



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Igor Collyer Lima Calandrini

**Processos Políticos da Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil:
Um Mosaico de Inúmeras Injunções**

Rio de Janeiro
2020

Igor Collyer Lima Calandrini

**Processos Políticos da Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil:
Um Mosaico de Inúmeras Injunções**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Questão Social, Políticas Públicas e Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silene de Moraes Freire

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CCS/A

C142 Calandrini, Igor Collyer Lima.
Processos Políticos da Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil:Um Mosaico de Inúmeras Injunções / Igor Collyer Lima Calandrini. – 2020.
250 f.

Orientadora: Silene de Moraes Freire.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social.

1. Reforma psiquiátrica – Teses. 2. Conflito social – Teses. 3. Política de saúde mental – Teses. I. Freire, Silene de Moraes. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 616.89

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Igor Collyer Lima Calandrini

**Processos Políticos da Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil:
Um Mosaico de Inúmeras Injunções**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Questão Social, Políticas Públicas e Serviço Social.

Aprovado em 07 de outubro de 2020.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Silene de Moraes Freire (Orientadora)

Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof^a. Dra. Maria Inês Souza Bravo

Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof^a. Dra. Rachel Gouveia Passos

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro
2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de existir.

Agradeço ao intelectual Antônio Gramsci por me guiar nas reflexões filosóficas e políticas.

Aos meus familiares, por todo amor empenhado ao longo da vida, em especial a minha irmã Luisa por ser uma excelente ouvinte nas horas de necessidade, e aos meus pais por terem me dado apoio durante as horas difíceis.

Aos amigos pelo suporte emocional e pelas trocas de afeto.

Aos companheiros de luta, colegas de profissão que estiveram e estarão comigo ao longo da jornada, na luta por igualdade e justiça social.

Aos companheiros de mestrado, em especial os meus colegas de turma e amigos, Marcela, Denises, Ohana e Leonardo que foram meu porto seguro nessa jornada turbulenta.

Aos professores do PPGSS/UERJ pelos ensinamentos e orientações que foram essenciais para desenvolver o meu pensamento crítico.

Ao prof. Paulo Amarante pelas importantes orientações e reflexões que me ajudaram na definição do caminho metodológico.

Aos membros da banca de qualificação, Rachel Gouveia e Maria Inês Bravo, pelas importantes contribuições teóricas que me fizeram aprofundar minha pesquisa.

A minha Orientadora, Silene Freire pela forma paciente e generosa como conduziu a orientação. Tais qualidades tornaram o processo de criação da dissertação mais agradável.

O presente trabalho foi realizado com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Agradeço imensamente a esta instituição pela concessão da bolsa-auxílio durante todo o período de realização do mestrado, entre abril de 2018 a março de 2020. Sendo a atuação da CAPES de grande importância para os programas de pós-graduação no país.

A massa não é apenas objeto da ação revolucionária; é sobretudo sujeito.

Rosa Luxemburgo

RESUMO

CALANDRINI, Igor Collyer Lima. **Processos Políticos da Reforma Psiquiátrica na Itália e no Brasil: Um Mosaico de Inúmeras Injunções**. 2020. 250 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

O presente estudo buscou refletir sobre as experiências de Reforma Psiquiátrica italiana (1961-1980) e brasileira (1978-2018), com objetivo de avaliar se os protagonistas políticos conseguiram promover uma unidade dialética entre pensamento e ação, capaz de concretizar na relação teoria-prática, uma práxis transformadora forte o suficiente para radicalizar o sistema psiquiátrico-asilar. Propomos como caminho metodológico investigar as experiências de reforma psiquiátrica enquanto processos inseridos na dinâmica social das lutas de classes, a fim de resgatar uma visão histórica que analise a relação Estado/sociedade no processo de formulação e implementação da política de saúde mental.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Pensamento e ação. Práxis transformadora. Luta de classes.

ABSTRACT

CALANDRINI, Igor Collyer Lima. **Political Processes of Psychiatric Reform in Italy and Brazil: A Mosaic of Injunctions**. 2020. 250 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

The present study sought to reflect on the experiences of Italian (1961-1980) and Brazilian (1978-2018) Psychiatric Reform, intending to evaluate whether the political protagonists managed to promote a dialectical unity between thinking and action, capable of concretizing the theory-practice, a transformative praxis strong enough to radicalize the psychiatric-asylum system. We propose as a methodological path to investigate the experiences of psychiatric reform as processes inserted in the social dynamics of class struggles, in order to rescue an historical view which analyzes the State/society relationship in the process of formulating and implementing mental health policy.

Keywords: Psychiatric Reform. Thinking and Action. Transformative praxis. Class struggle.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Leitos em Hospitais psiquiátricos e o número de CAPS no período entre 1991 e 2011	216
Tabela 2 - Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com a política de saúde mental – 2002 e 2011.....	216

LISTA DE SIGLAS

ABI	Associação Brasileira de Imprensa
ABIFARMA	Associação Brasileira de Indústria Farmacêutica
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AFDM	Associação de Familiares de Doentes Mentais
AIB	Ação Integralista Brasileira
AIM	Academia Imperial Médica
AIS	Ações Integradas de Saúde
AL-5	Ato Institucional Nº5
AMOPI	Associação de Médicos de Hospitais Psiquiátricos Italianos
ANL	Aliança Nacional Libertadora
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BNH	Banco Nacional de Habitação
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretário de Saúde
CONTAG	Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura
COSAM	Coordenação Nacional de Saúde Mental

CT	Comunidade Terapêutica
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
EUA	Estados Unidos da América
FAZ	Fundo de Apoio Social
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNRURAL	Fundo de Assistência Rural
HU	Hospital Universitário
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
II PND	II Plano Nacional de Desenvolvimento
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgênero
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MEC	Ministério da Educação
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MOPS	Movimento Popular em Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NOB	Norma Operacional Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPEP	Organização dos Países Exportadores de Petróleo
OS	Organização Social
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PCI	Partido Comunista Italiano
PDI	Psiquiatria Democrática Italiana
PDS	Partido Democrático Social
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PFL	Partido da Frente Liberal
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PMC	Projeto Montes Claros
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PPA	Plano de Pronto Ação
PREV Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos
PS	Previdência Social
PSDB	Partido da Social Democracia
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REME	Movimento de Renovação Médica
RENILA	Rede Nacional de Internúcleos da Luta Antimanicomial
RPB	Reforma Psiquiátrica brasileira
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares

SINPAS	Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social
SMRJ	Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro
SOSINTRA	Sociedade de Serviços Gerais para Integração
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNE	União Nacional de Estudantes
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
US	Unidade de Serviço

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSQUIÁTRICA ITALIANA.....	23
1.1 A institucionalização da loucura: uma estratégia da burguesia no século XIX	23
1.2 O desafio reformista nas sociedades capitalistas avançadas.....	38
1.3 O processo de desinstitucionalização da Itália	62
2 A REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA E A LUTA ANTIMANICOMIAL	89
2.1 A trajetória da institucionalização da loucura nos trópicos	89
2.2 A “ascensão” da psiquiatria ao controle das instituições asilares	110
2.3 Reforma Sanitária: o processo de democratização da saúde.....	133
2.4 Reforma Psiquiátrica: os desafios do processo de desinstitucionalização	171
3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA ATUALIDADE: A DISPUTA PELA HEGEMONIA.....	191
3.1 O processo de implementação da Reforma Psiquiátrica.....	191
3.2 A institucionalização distópica da Reforma Psiquiátrica e os projetos societários em disputa	217
CONSIDERAÇÕES FINAIS	230
REFERÊNCIAS.....	238

INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como foco central, analisar os processos de Reforma Psiquiátrica, no Brasil e na Itália, à luz de uma visão que busque acompanhar a relação entre Estado e sociedade, conforme o capitalismo se desenvolve. Procura-se situar a dinâmica do desenvolvimento da luta de classes e seu rebatimento na área da saúde mental, tendo como principais referenciais históricos: o segundo pós-guerra, que se convencionou chamar de a “era de ouro” capital (1950-1973), por ser um período de prosperidade econômica e social para os países centrais, além de o fortalecimento do movimento operário e socialista; e o período de hegemonia do neoliberalismo que é marcado por uma ofensiva do capital contra as conquistas históricas das classes trabalhadoras e pela resistência destes aos processos de superexploração e expropriação do grande capital.

A área da saúde é considerada um campo privilegiado para discutir democracia e cidadania, isso porque, ela é determinada por um conjunto de direitos (educação, moradia, salário, trabalho, alimentação, etc.), o que a torna potencialmente transformadora, visto que a luta por saúde dá como fundamental a defesa das reivindicações históricas da classe trabalhadora. Além disso, conforme observa Bravo (2011, p. 39), a saúde, por ser um valor largamente compartilhado, ela é propiciadora de consenso, ou seja, a saúde pode propiciar a união de forças para empreender lutas para sua conquista. A área da saúde mental, por seu lado, é um campo privilegiado para pensar o lugar da loucura na sociedade capitalista, que tende a negar a liberdade aos setores improdutivos da sociedade. Nesse sentido, a saúde mental também possui um caráter revolucionário, pois, toca na questão da liberdade de escolha e do respeito às diferenças, numa sociedade que reduz o homem a mercadoria e que dá como existente apenas o homem que vende sua força de trabalho estandardizada. Desse modo, a luta pela liberdade é um componente fundamental não só da cidadania e da democracia, como também, segundo Passos (2017), perpassa a busca pelo fim das desigualdades entre classes e as opressões, que envolvem a loucura e a sociedade.

Nossa proposta é provocar uma reflexão em torno de temas como a cidadania e a democracia, a fim de pensar a relação Estado e sociedade, mediatizada por políticas de saúde mental, pelas ações dos profissionais e movimentos sociais. Essa relação deverá ser situada no quadro de uma unidade dialética em que se busca acompanhar o reflexo das relações sociais de

produção na superestrutura (momento da política, cultura e ideologia), e vice-versa. Tal abordagem permitirá o estudo indireto da própria estrutura.

A grosso modo, o processo de democratização da relação sociedade/Estado tem início quando a socialização das forças produtivas entra em contradição com a apropriação privada da riqueza social, causando processos de socialização política, isto é, ampliando o número de grupos sociais interessados em organizar a defesa dos seus interesses. Logo, surgem no cenário político organizações sindicais, partidos políticos, associações profissionais, comitês de empresa e de bairros, etc. É por meio destes mecanismos sociopolíticos que as massas populares, e em particular a classe operária, organizam-se para lutar por melhores condições de vida e pela ampliação da sua cidadania, haja vista que não é da natureza da democracia liberal socializar os bens e os serviços sociais.

Historicamente, as conquistas sociais e democráticas são frutos de processos de organização das classes trabalhadoras, que além de conseguirem fixar na lei um conjunto de direitos sociais e políticos como, por exemplo, o sufrágio universal, a redução da jornada de trabalho, direito à associação sindical; também conseguiram reatualizar as formas de luta, que antes tinham a forma de guerra civil, e depois passou a assumir formas de lutas mais prolongadas (greves, disputa eleitoral, alianças partidárias), na medida em que a participação política foi ampliada e o Estado deixou de ser um instrumento exclusivo de uma classe. Desse modo, nos interessa compreender como a luta de classes se manifesta nos países capitalistas onde ocorreram Reformas Psiquiátricas. Em nosso entendimento, as experiências políticas que supostamente liberaram algum potencial de transformação social, como as reformas psiquiátricas no Brasil (1978-2018) e na Itália (1961-1980), estão profundamente relacionadas com a dinâmica da luta de classes nesses países, mas, sobretudo, com a forma como os protagonistas políticos desses processos buscaram enfrentar os problemas teóricos e práticos com as quais a socialdemocracia se deparou em meados do século XX. Dentre os quais, vale ressaltar pelo menos dois: 1) a incapacidade de superar uma visão neutra e instrumental da burocracia estatal; 2) a execução da política de reformas é realizada pelo Estado capitalista e não pela classe trabalhadora.

A política de saúde mental numa sociedade capitalista desenvolvida, tem por principal característica um cenário assistencial multiforme, onde as instituições de perfil tradicional, os asilos psiquiátricos, juntam-se a instituições e políticas de novos tipos, revelando um campo diversificado, rico de possibilidades, mas não necessariamente capaz de colocar um fim aos

processos de exclusão da loucura. A razão disso, é porque as políticas de saúde mental se desenvolvem numa formação social historicamente determinada. Não compreender isso, segundo Corces e Fagin (1977), leva os intelectuais a caírem na ilusão de considerar as diversas formas de assistência como expressão do antagonismo entre filosofias psiquiátricas. Um exemplo disso, são as chamadas Comunidades Terapêuticas que foram apresentadas como uma instituição moderna perante os manicômios, que iria solucionar o problema de exclusão da loucura, quando, na realidade, cumpria a mesma função de controle das instituições psiquiátricas tradicionais. Dessa forma, não foi por acaso que inúmeros países (França, Inglaterra e EUA), alguns considerados palcos de grandes conquistas das classes trabalhadoras, não conseguiram transformar radicalmente a assistência psiquiátrica, ou seja, extinguir as instituições manicomiais. Faltou-lhes uma teoria que guiasse a ação política para o confronto com as práticas de dominação exercidas pelo Estado, em favor dos interesses do capitalismo.

Contudo, essa ilusão tende a cair quando se situa a política de saúde mental no contexto da formação social capitalista, tornando inteligível a verdadeira finalidade da instituição psiquiátrica: a repressão dos setores improdutivos da sociedade e não a cura do corpo doente. Nesse sentido, entre os intelectuais que procuraram enfrentar teoricamente o problema social da loucura por meio de uma análise de classe, destaca-se o psiquiatra italiano Franco Basaglia, que a partir de um referencial teórico robusto (Foucault, Goffman, Sartre, Hegel, Gramsci, etc.) e da experiência como diretor de hospital psiquiátrico de Gorizia (1961-1968) e depois Trieste (1971), promoveu uma crítica verdadeiramente radical à instituição psiquiátrica tradicional. Ele questionou o mandato social atribuído à psiquiatria pela sociedade, recusou o papel de carcereiro da loucura, condenou a ciência que legitimou a exclusão do louco, visando provocar uma situação de ruptura entre o povo e a estrutura de poder que transformava o psiquiatra em agente da repressão. Porém, o que diferenciava o psiquiatra italiano dos intelectuais das reformas psiquiátricas de outros países como França e Inglaterra, não foi necessariamente a vontade de inventar uma rede de serviços comunitários, a fim de confrontar os hospitais psiquiátricos. A experiência francesa, por exemplo, implantou dispositivos mais sofisticados na comunidade e novas técnicas em geral inspiradas na psicanálise, porém, não alcançou os mesmos resultados que a Itália. A diferença, portanto, estava no caráter estratégico da proposta de reforma psiquiátrica de Basaglia que transformou a experiência italiana num movimento crítico vigoroso, de oposição a um sistema psiquiátrico arcaico. Sua linha de ação tinha como centralidade a desburocratização de um modo de fazer política, que consiste na transferência da execução das reformas para os sujeitos coletivos interessados na sua realização, ao invés de

deixar as reformas por conta da burocracia estatal e dos especialistas. Com isso, a experiência italiana, liderada por Basaglia, deu sinais de um reformismo alternativo (leia-se revolucionário), pois, ela não só seguiu o caminho da socialdemocracia de empenhar-se num movimento constante de reformas, fazendo uso dos seus mecanismos sociopolíticos (partidos políticos, sindicatos, associações, organizações populares), como também procurou dar às forças populares a chance de se libertar da opressão exercida pelo Estado burguês, dando à elas o papel de reformadores. Assim, pode-se supor que a Reforma Psiquiátrica italiana tenha conseguido superar teoricamente e politicamente o limite do reformismo socialdemocrata que, segundo Coutinho (2008), consiste na incapacidade de realizar um controle efetivo da máquina do Estado. Ao nosso ver, essa questão não foi enfrentada pelos protagonistas políticos desses outros países mencionados.

Por seu lado, o Brasil se espelhou na experiência de Reforma Psiquiátrica italiana, apropriando-se de suas ideias, princípios e estratégias, mas, devido à sociedade italiana ser distinta da brasileira no ponto de vista da formação social e da conjuntura histórica, ambas as reformas seguiram caminhos diferentes. Deste modo, revisitar esses processos desde a sua formação até o período de maturação, cria uma excelente oportunidade de observar como foi construída a relação entre pensamento e ação, nos permitindo interrogar se a construção teórica que subsidiou essas experiências, gerou eficácia ou não à ação política.

Vale ressaltar que o que determina o potencial da reforma psiquiátrica enquanto movimento de luta da classe trabalhadora, é a articulação entre o pensamento e a ação, que põe o movimento social em sintonia com a realidade concreta, liberando o seu potencial transformador. A falta de unidade entre essas duas formas de agir, tende a resultar em movimentos descolados da realidade social, que podem recobrir a luta de classe com uma imagem negativa, associada a uma prática política esvaziada de recurso teórico. Portanto, o foco central da nossa abordagem, passa pela caracterização do debate estratégico que se firmou no interior dos movimentos de Reforma Psiquiátrica italiana e brasileira, expresso na busca de uma teoria para guiar a ação política. Somente a história pode confirmar se as respectivas experiências conseguiram produzir estratégias realmente eficazes.

Assim, nos propomos a explorar o debate estratégico da classe trabalhadora brasileira dos 1970 para cá, tomando como representativo o processo político em torno da Reforma Psiquiátrica brasileira. Nossa intenção, é captar a combinação dialética entre história e

intencionalidade, tendo como foco as estratégias da esquerda brasileira no contexto da redemocratização (pós-ditadura militar de 1964) e da fase neoliberal.

No primeiro período, observa-se um acúmulo de forças sociais e políticas sem precedentes da classe trabalhadora, através de partidos políticos (PT, MDB), centrais sindicais (CUT, CONTAG), movimentos sociais e entidades civis (UNE, CNBB, OAB), que exerceram o papel de organizar a massa popular em torno da luta pela democracia e o fim do regime militar. O principal protagonista político da reforma psiquiátrica – o movimento antimanicomial – também acompanhou essa tendência, fortalecendo-se teoricamente através do diálogo com a corrente basagliana e politicamente ao se articular com as forças sociais e políticas da sociedade civil. Pode-se dizer que foi um período em que o movimento esteve bastante ativo, tanto no aspecto teórico-prático, quanto na questão organizacional, pois, além de promover uma articulação em nível nacional, também conseguiu transcender a luta setorial. Deste modo, abordar a agenda política da classe trabalhadora nesse período é uma forma de conhecer o sentido das ações do movimento antimanicomial.

No segundo período, evidencia-se os efeitos arrasadores das políticas neoliberais sobre os mecanismos sociopolíticos e bens sociais conquistados pela classe trabalhadora brasileira. Observa-se o esforço do capital para enfraquecer a luta da classe trabalhadora, através da retirada gradual das suas formas de luta e instrumentos organizatórios. Identificamos nessa conjuntura uma gradual institucionalização, desmobilização e cooptação da maioria dos movimentos sociais, sindicatos e partidos políticos que davam sustentação às reformas estruturais e a projetos sociais de cunho progressista. No âmbito da saúde mental, o cenário não foi diferente, surgiram muitas críticas ao estado de desagregação social e desmobilização em que se encontra o movimento antimanicomial.

Para autoras como Gomes (2018) e Passos (2018), existe atualmente no campo da Reforma Psiquiátrica brasileira, pouca expressão teórica que aborde a dimensão de classe na análise da questão da loucura. Um dos motivos que pode explicar essa lacuna teórica é o possível abandono da corrente basagliana pelo movimento antimanicomial, em razão de uma suposta hegemonia do pensamento foucaultiano no interior deste. Um fator que reforça essa afirmação é o traço voluntarista do ativismo micropolítico que tem se expressado no movimento, após a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil. Para Vasconcelos (2014, p. 69), no novo milênio, o movimento tem mobilizado apenas uma visão setorial, dentro de uma organização micropolítica entre profissionais e seus coletivos imediatos, como se o avanço da

política e dos serviços dependesse do comprometimento dos trabalhadores com os valores originais da luta antimanicomial e sua prática cotidiana. Esse voluntarismo distancia-se da proposta original da tradição basagliana, visto que se configura apenas com uma prática esvaziada de teoria, limitada ao plano da imediatez e colocada em ação com o objetivo de manter os dispositivos de saúde mental funcionando em momentos de paralisia perante uma conjuntura de ajuste fiscal e avanços antidemocráticos. Desse modo, tendo em vista que o perfil do movimento é bastante plural e heterogêneo, é fundamental entender os motivos que o levam à um estado de desagregação social e imobilismo político no contexto de vigência do neoliberalismo. Um estudo que aborde as principais influências teóricas do movimento, a forma como este interpretou a corrente basagliana e pôs seus princípios e estratégias em prática, pode nos ajudar a compreender o estado atual das forças sociais e políticas dos protagonistas políticos da reforma.

Esse estudo tem como pretensão identificar se a experiência brasileira de reforma psiquiátrica conseguiu, de fato, promover uma unidade dialética entre pensamento e ação, capaz de gerar alguma eficácia à prática política. Em nosso entendimento, o movimento apresenta sinais de ter conseguido superar o reformismo socialdemocrata, mas, apenas no âmbito teórico, tendo em vista que existem muitos estudiosos brasileiros (Paulo Amarante, Eduardo Vasconcelos, Denise Dias Barros, Maria Stella Goulart, etc.) que abordaram a questão da loucura na perspectiva basagliana. Entretanto, no âmbito da prática política, evidencia-se atualmente um cenário assistencial multiforme, similar aos países de capitalismo desenvolvido que não conseguiram suprimir as instituições manicomiais. Logo, pressupõe-se que a reforma psiquiátrica tenha sido atribuída a burocracia estatal, que certamente reconheceu as demandas do movimento antimanicomial, mas só depois de conciliá-las com as demandas de outros setores e de torna-las compatíveis com os interesses de reprodução do grande capital.

A partir desta hipótese, pode-se extrair alguns questionamentos: 1) a desagregação do movimento social pode ser atribuída a conduta institucionalista deste, de delegar à máquina estatal a função de agente principal da execução das políticas de reforma; 2) a incapacidade de formular uma visão estratégica contra o neoliberalismo, por parte do movimento e da esquerda brasileira no geral, pode estar por trás da desmobilização em torno da reforma psiquiátrica; 3) as conquistas sociais da reforma psiquiátrica na forma de serviços assistenciais comunitários, direitos de cidadania e legislações protetivas, são produto da luta de classes, mais especificamente, do movimento antimanicomial em articulação com os mecanismos sociopolíticos criados pela classe trabalhadora para defender seus interesses. Entretanto,

pressupõe-se que o movimento não tenha conseguido formular respostas práticas suficientes para superar os limites políticos do reformismo socialdemocrata, haja vista, o caráter “passivo” da política de reformas, ou seja, sem a participação direta do movimento; 4) presume-se que o movimento antimanicomial tenha abandonado a corrente basagliana por ter caído no canto da sereia do neoliberalismo, que se vale de um discurso salvacionista e supraclassista para resolver os problemas sociais mais urgentes. Até porque, existem intelectuais do campo da saúde mental que tem apostado no potencial das organizações não governamentais (ONGs), chegando a considera-las como importantes recursos para fazer avançar a reforma psiquiátrica.

Isso posto, temos como preocupação central deste estudo analisar o diferencial estratégico da ação compreendida como práxis, que consiste na capacidade de articulação entre pensamento e ação que gera potência às lutas sociais da classe trabalhadora. Desta forma nosso objeto busca conhecer as semelhanças e diferenças entre as experiências de Reforma Psiquiátrica brasileira e italiana, a fim de determinar se o movimento antimanicomial brasileiro conseguiu construir, no campo da teoria social, uma visão totalizante da realidade, de modo a torná-la propulsora de uma práxis transformadora.

Como atividades de realização da pesquisa, recorreremos a distintas fontes bibliográficas com livros e artigos publicados em português e italiano. Nossa intenção foi tentar promover uma reflexão que articulasse o debate estratégico da esquerda democrática nacional e internacional com as experiências de reforma psiquiátrica, a fim de mostrar que suas lutas estão interligadas, visto que ambas confrontam problemas sociais provocados pelo sistema capitalista e que são avalizados pelo Estado. Assim, procuramos fornecer nesse estudo um balanço teórico-político sobre a questão democrática e o Estado na tradição marxista. De maneira geral, é interessante ter como pano de fundo o processo de organização das massas populares que transforma a classe operária num importante sujeito político. Desse modo, utilizamos o materialismo histórico dialético, enquanto modo de análise, para compreender a natureza do Estado burguês e testar seus limites, tendo como elemento central de estudo a luta de classes em diferentes contextos sócio-históricos e formações sociais capitalistas distintas, em virtude do nível de complexidade da sociedade civil.

Num primeiro momento, buscamos adentrar o debate internacional da esquerda, centrado no antagonismo entre reformismo e revolução, que julgamos ser o mais adequado para se discutir os problemas teóricos e práticos com que hoje se depara o movimento dos trabalhadores em sua luta mundial por alternativas ao capitalismo. Pensamos ser necessário discutir os limites políticos do movimento socialdemocrata, tendo em vista o contexto histórico

atual marcado pela renúncia às reformas e a adoção de políticas neoliberais por parte de partidos e movimentos socialdemocratas. Além disso, tentamos conhecer o debate que a esquerda brasileira e seus principais intelectuais (Florestan Fernandes e Carlos Nelson Coutinho) travaram no século XX sobre as temáticas: revolução e democracia. Nossa escolha por essas temáticas tem como objetivo entender as estratégias políticas da classe trabalhadora e de seus representantes políticos (partidos, sindicatos e movimentos sociais) no período da segunda redemocratização e da vigência do neoliberalismo.

Num segundo momento, nos dedicamos a analisar a Reforma Psiquiátrica italiana, recorrendo a um estudo do pensamento e da práxis de Franco Basaglia para avaliar como estes subsidiaram a ação política que resultou num projeto de saúde mental vigoroso e radical, em contraposição as experiências reformistas na França e Inglaterra. Em relação a Reforma Psiquiátrica brasileira, nossa intenção foi analisar o desenvolvimento das políticas de reforma, desde a sua formulação até sua implementação, resgatando as ideias, projetos e estratégias colocadas em prática pelo movimento antimanicomial. Com isso, entendemos ser possível avaliar como o movimento se inscreveu na dinâmica da luta de classes, podendo ser através de uma abordagem classista, reformista ou mesmo pós-moderna. Deste modo, elucidar essa questão é uma oportunidade de repensar os referenciais teóricos e as estratégias políticas que estão em evidência atualmente.

No que tange a análise documental, optamos por analisar legislações, portarias, relatórios finais de movimento social, relatórios finais de conferências de saúde e de saúde mental, relatórios de congressos científicos e encontros de profissionais de saúde.

Temos claro que a metodologia não é algo preconcebido, pois, nossa compreensão é que se trata de uma tentativa de aproximação do sujeito em relação a um objeto inesgotável, visto que a realidade é aqui retratada como uma totalidade cheia de conexões que dependem de um conjunto de mediações e conceitos para torná-la inteligível e o mais realista possível. Ou seja, o estudo processa-se por meio de aproximações sucessivas da realidade para fornecer subsídios para uma interpretação dos fatos que estão inseridos numa determinada realidade. O que significa que existem infinitas possibilidades de caminhos para se discutir a Reforma Psiquiátrica e cada um deles traz um dado novo sobre esse fenômeno. Logo, os resultados obtidos com esse estudo, não se configuram como uma verdade absoluta, mas como uma interpretação histórica, a partir de uma abordagem que visa explicar a dinâmica social, concebendo-a como um produto da luta de classes e do jogo de forças em contextos sócio-históricos determinados. Portanto, nosso interesse é propor um caminho metodológico que

ajude a entender esse fenômeno Reforma Psiquiátrica, não com o objetivo de decretar sua vitória ou fracasso, mas com o intuito de retratá-lo como maior vivacidade, resgatando suas relações perdidas, isto é, sua práxis política.

Para melhor compreensão, nossa dissertação foi construída em 3 capítulos, interligados dialeticamente. No primeiro, buscamos explicar que a instituição psiquiátrica e o modelo manicomial eram expressões das contradições internas do modo de produção capitalista, da sua tendência de excluir os setores da sociedade que não podem ser mercadorizados. A partir desse pressuposto, analisamos as primeiras experiências de Reforma Psiquiátrica nas sociedades capitalistas mais avançadas do século XX (Inglaterra, França e EUA), buscando captar nesses processos os rebatimentos da luta de classes, a fim de testar e medir o nível de conflito social e de conquistas que essas experiências alcançaram. Levamos em conta, na nossa análise, os países, cuja luta de classes evoluiu sob a batuta dos partidos socialdemocratas, para justamente demonstrar alguns cenários favoráveis a reformas políticas duradouras. Por último, adentramos a experiência de Reforma Psiquiátrica italiana, cujo contexto sociopolítico distancia-se do panorama favorável, criado pela socialdemocracia, entretanto, a experiência italiana deu uma demonstração de força política muito mais profunda que os países anteriores.

Escolhemos a Itália como referência para pensar a experiência brasileira, porque, ambas vivenciaram regimes políticos autoritários (fascismo e ditadura militar) e fizeram das suas reformas psiquiátricas símbolos de oposição ao autoritarismo dos tempos pretéritos. Foi com essa motivação que procuramos resgatar um pouco da dialética que fundou essa práxis política na Itália para pensar o Brasil.

No segundo, reconstruímos a formação sócio-histórica do Brasil que foi determinante para fundar instituições psiquiátricas que funcionaram por mais de um século com a função de segregar as classes consideradas perigosas que foram excluídas do projeto de nação brasileira. Sustentamos que o tipo de revolução burguesa no Brasil, teve como consequência, sucessivas formações estatais autocráticas que retardaram as possibilidades de consolidar uma ordem democrática no país e, desse modo, também dificultaram a germinação de reformas psiquiátricas. Foi somente a partir do desenvolvimento de uma complexa sociedade civil, nos 1970, que as forças democráticas irromperam no cenário político, criando condições para uma ruptura política com modelo manicomial. Nesse sentido, tendo como referência a práxis política da experiência italiana, refizemos a trajetória do movimento antimanicomial brasileiro, em paralelo ao desenvolvimento das organizações representativas da classe trabalhadora para

avaliar de que maneira esses processos de ligaram e, assim, determinar as consequências sociais e políticas dessas múltiplas interrelações.

Por fim, no terceiro capítulo apresentamos o processo de implementação da reforma psiquiátrica brasileira, perante uma conjuntura marcada pela ofensiva neoliberal que tem como efeito o desmonte da estrutura democrática do Estado, a qual o movimento antimanicomial se apoia para avançar suas reformas. Diante de um cenário adverso, procuramos acompanhar o debate estratégico e ações política do movimento, consultando seus relatórios e materiais bibliográficos, a fim de identificar o projeto societário a qual ele se vincula na atualidade.

Temos clareza que todo estudo quando se encerra abre portas para novos começos, portanto, esperamos com esse debate fomentar no âmbito acadêmico mais discussões e reflexões sobre a reforma psiquiátrica e a política de saúde mental, dentro de uma abordagem teórica classista.

1 DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIATRICA ITALIANA

1.1 A institucionalização da loucura: uma estratégia da burguesia no século XIX

Através da História *da loucura* de Foucault, podemos ter uma noção do contexto social que determinou a institucionalização da loucura, ou seja, quando esta se tornou uma questão política, exigindo, portanto, a interferência do Estado. Antes da prática de enclausuramento que condenou a loucura a um regime de segregação institucionalizada, a loucura e os loucos, nas palavras de Amarante (2007, p. 23), “tinham múltiplos significados – de demônios a endeusados, de comédia e tragédias, de erro e verdade. Múltiplos e plurais eram também seus lugares e espaços: ruas e guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais”. Ela nem sempre significou “periculosidade” ou desrazão no sentido do racionalismo cartesiano que definiu a loucura como a impossibilidade de pensamento. Embora, na idade média, a sensibilidade social já diferenciava a anormalidade por meio de códigos morais da vida social, não havia uma lei ou costume que impedisse rigorosamente a circulação ou a liberdade de expressão dos loucos.

A partir do século XVII, assiste-se a um internamento massivo de todas as formas de diversidade e desvio em relação ao novo código moral que se estabeleceu com as transformações estruturais na Europa, isto é, por causa de fenômenos econômicos e sociais (BARROS, 1994). Tal período corresponde a fase de acumulação primitiva de capital, tal como Marx demonstra em sua análise no livro *um do Capital*. É importante recordar que fenômenos sociais como o desemprego, trabalho livre e mercadoria não regulavam o modo de vida da sociedade feudal. A subsistência dos trabalhadores rurais não estava amarrada às condições econômicas do mercado. Ainda que a miséria existisse por diversos motivos, como em razão de mudanças climáticas, guerras, propagações de doenças (Peste negra) e devido aos pesados impostos feudais que subtraíam consideravelmente a renda dos trabalhadores. A pobreza só foi se ligar a questão do desemprego quando os modos de produção feudal e pré-capitalista foram destruídos, pondo a baixo as relações sociais de solidariedade e mutualismo que eram típicas daquelas formações sociais anteriores ao capitalismo – como o acesso às terras comunais, o associativismo das corporações de ofício, a proteção do senhor feudal e dentre outras formas de cooperação social (HUBERMAN, 2016).

Em sua análise sobre a origem do “mundo dos internados”, Foucault inicia sua argumentação a partir dos efeitos do processo de acumulação capitalista:

Em toda Europa o internamento tem o mesmo sentido, se for considerado pelo menos em sua origem. Constitui uma das respostas dadas pelo século XVII a uma crise econômica que afeta o mundo ocidental em sua totalidade: diminuição dos salários, desemprego, escassez de moeda, devendo-se este conjunto de fatos, muito provavelmente, a uma crise na economia espanhola. Mesmo a Inglaterra, o menos dependente desse sistema dentre todos os países da Europa ocidental, vê-se as voltas com os mesmos problemas (FOUCAULT, 2014, p. 66).

De acordo com Huberman (2016, p. 75), um quarto da população de Paris em 1630 era constituída de indigentes e na zona rural seu número era igualmente grande. Buscando uma explicação para esse fenômeno na economia política, o autor acima apontou um conjunto de causas que contribuíram para formação dessa miséria generalizada: 1) a guerra, como sempre, foi uma das causas; 2) a expansão do mercado para além do âmbito das cidades, criou as condições para as manufaturas suplantarem as atividades econômicas artesanais; 3) os cercamentos das terras significaram a expulsão de uma massa de camponeses para as cidades; 4) a desvalorização da moeda aumentou o custo de vida da população; 5) a elevação dos arrendamentos tornou insustentável a vida do pequeno produtor rural. Esses grupos de trabalhadores, cujos meios de vida estavam desaparecendo, passaram a viver a mercê das vicissitudes da economia capitalista, que quando a indústria tem necessidade de trabalhadores, absorve sua força de trabalho. Por outro lado, quando a economia produzia sua crise, esses grupos ficavam à deriva, passando a formar um contingente de desocupados que tendiam a se concentrar nas cidades. Nesse sentido, no ponto de vista da classe proprietária, o espantoso crescimento da miséria, em virtude do desemprego, criou condições de insegurança para o transporte de mercadorias.

Visando pôr em ordem o mundo da miséria, a burguesia e o Estado monárquico, em reconhecimento aos riscos que os mendigos e ociosos constituíam, responderam com tentativas de expulsá-los das cidades, punições físicas, atitudes filantrópicas executadas pela igreja católica, aprovação de leis contra os cercamentos e, por fim, a solução que melhor correspondia as preocupações econômicas e sociais da classe burguesa, o internamento em uma instituição – hospital geral - que tinha como objetivo reprimir a desordem e assegurar a reprodução social da força de trabalho reserva. De início, conforme Foucault observa,

a instituição atribuía-se a tarefa de impedir a mendicância e a ociosidade. De fato, essa era última das grandes medidas que tinham sido tomadas a partir da renascença a fim

de pôr termo ao desemprego ou, pelo menos, à mendicância (FOUCAULT, 2014, p. 64).

Barros sustenta que,

se a preocupação da burguesia de pôr ordem no mundo da miséria, de controlar, portanto, o pauperismo, estava na base desta instituição, é preciso reconhecer que o gesto que no século XVII criou o “mundo dos internados”, implicou outros significados culturais, antropológicos e éticos. As preocupações econômicas e de ordenação social não justificavam inteiramente a tendência ao aprisionamento (BARROS, 1994, p. 30).

De fato, a nova instituição deveria vir imbuída de um grau de legitimidade se quisesse submeter os pobres, que existiam em grande número, a uma única administração organizada exclusivamente para reprimi-los e enclausurá-los. Apesar do Estado monárquico possuir o monopólio da violência, podendo fundar o terror a qualquer momento para garantir a coesão social, não podia contar somente com o uso da violência. Maquiavel que detinha uma percepção ampla sobre o papel do Estado, compreendia que o governante deveria estar preparado para exercer a opressão, entretanto, era necessário conquistar a aprovação do povo em relação a forma de governar (GUANABARA, 2013).

Com base em Foucault (2014), Barros (1995) entendeu que o internamento foi justificado por meio de um novo código moral fundado numa ética do trabalho, onde o ócio era visto como um obstáculo a ordem e o trabalho como um meio de devolver a dignidade ao miserável. A ligação que a autora estabelece entre o ordenamento moral, de onde a burguesia retira sua legitimidade, e a medida policial de internamento, adquire um significado mais profundo quando situamos essa relação no contexto social e econômico que lhe dá dinamismo e sentido. Vale dizer, o código moral que vai dar legitimidade as casas de correção e de trabalho forçado – *Workhouses* -, provêm da relação entre a necessidade de reprimir a pobreza nos períodos de recessão, como também ocultar o desemprego, e a necessidade de reabsorver a força de trabalho ociosa em períodos de crescimento econômico. O caráter instável da economia capitalista permitiu que o valor ético do trabalho se sobressaísse mais que o econômico, fazendo surgir uma nova sensibilidade social a miséria. Além disso, tanto o Estado, como as igrejas católica e protestante, reforçaram o código moral através da criação de aparatos legislativos e institucionais que legitimaram a segregação dos ociosos. Isso explica porque a população que foi reclusa não era compreendida simplesmente de pobres, mas de formas indiferenciadas de desordem que se expressavam através da ociosidade.

No período entre a metade do século XVII e todo século XVIII, foram internados indigentes, vagabundos, loucos, criminosos, insensatos, depravados. Todos encontrados em circunstâncias parecidas, ou não pertenciam ao mundo do trabalho, ou foram considerados perturbadores da ordem moral. Segundo Barros (1994), no interior do hospital ocorria a separação entre tranquilos e perigosos, ociosos e trabalhadores, de modo que a repressão era o destino daqueles que apresentavam um comportamento moral fora dos padrões aceitáveis e a “beneficência” era para os que conseguiam manter ritmos coletivos de trabalho. Os loucos, por demonstrarem uma incapacidade para o trabalho, apareceram nesse período indiferenciados a outras formas de desordem social - como criminosos, vagabundos e miseráveis -, de modo que passaram a ocupar o mesmo status social de periculosidade.

As internações no século XVII eram determinadas por autoridades reais e judiciárias. Por se tratar de uma instituição monárquica e burguesa, foi delegada ao administrador do hospital um poder quase absoluto para ser exercido sobre a população e a clientela internada. Segundo Foucault (2014), tratava-se de uma

Estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa (...) Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – o hospital geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei, é a ordem terceira da repressão (FOUCAULT, 1978, p. 50 apud AMARANTE, 2007, p. 24)

Portanto, os valores que orientavam o internamento no século XVII, não reportavam a nenhum conhecimento médico. O hospital geral era uma instituição da burguesia para a burguesia, cujo papel era dar resposta a uma sensibilidade moral à miséria que foi gerada após o primeiro recolhimento dos miseráveis, quando se descobriu uma dupla utilidade no internamento: reabsorver o desemprego e controlar os preços das mercadorias mediante o uso de mão de obra extremamente barata. A dinâmica da economia que uma hora torna útil a força de trabalho reserva e outra hora a torna inútil, conferiu uma eficácia ética ao trabalho, tornando-o imune as reviravoltas da história, ou seja, o trabalho foi percebido pela sociedade como a cura para todos os males sociais, ganhando um valor universal que na realidade não possuía. Deste modo, a perda da liberdade e a coação física, sem direito de defesa jurídica, foram justificadas pela sensibilidade moral burguesa que passou a regular a ordem pública.

Até a metade do século XVIII, a relação entre governante e governados será pautada numa extensão do poder despótico da monarquia à classe burguesa, a qual foi delegada a função

de organizar o mundo da miséria. Embora existem inúmeros exemplos no *História da Loucura*, demonstrando a interferência de mais de um poder no que tange o internamento, como é o caso do poder judiciário e o juízo médico, o poder predominante no século XVII partiu dos delegados do poder, uma espécie de força policial tendo como base social, a própria burguesia. Nesse contexto, a internação era praticada de forma arbitrária, visto que respondia a uma sensibilidade moral à miséria e não a um critério jurídico ou médico. Segundo Foucault (2014, p. 128), o procedimento mais comum era a carta régia – *lettres de cachet*. As famílias e a vizinhança faziam o pedido ao rei que concedia ou não a internação. Alguns pedidos eram acompanhados de certificados médicos, todavia, o fator que de fato pesava era a sensibilidade social e a consciência suscetível ao escândalo público. O médico era só um personagem secundário que tinha pouco poder de decisão. Nesse sentido, é suposto que muitas violações aos direitos civis eram recorrentes no período abordado, uma vez que, nas palavras de Amarante (2007, p. 34), “no antigo regime, o debate em torno dos direitos humanos, sociais e políticos era consideravelmente precário”.

Antecipando o período revolucionário na França que colocaria um fim ao Estado absolutista, em algum momento foi necessário limitar o uso das cartas régias para evitar as arbitrariedades cometidas pela sensibilidade social, pois o papel de vigilância moral atribuída a família burguesa, invadia não só o espaço público, como o ambiente privado, tornando a experiência social normativa altamente opressora. Deste modo, de acordo com Foucault (2014), um dos esforços do século XVIII, em sintonia com pensamento político iluminista, foi a tentativa de ajustar a noção jurídica de “sujeito de direito” com a experiência social do homem contemporâneo. O primeiro-ministro francês Breteuil determinou que os internamentos deveriam ser precedidos de um procedimento jurídico mais detalhado que fizesse justiça à sentença dada. Nesse contexto, o louco não era conhecido pelo fato de a doença mental tê-lo afastado do padrão de normalidade social, mas sim porque a ordem social vigente o situou num espaço entre o internamento e o conhecimento jurídico que discerne a capacidade dos sujeitos de direitos.

As condições necessárias para libertar a loucura da forma indiferenciada de desordem a qual se juntou no século XVII, só apareceram a partir de uma sucessão de ocorrências entre o fim do século XVIII e o início do século XIX.

De acordo com Foucault (2014), desenvolveu-se uma nova consciência política em torno da loucura, que não estava necessariamente ligada a um quadro de um movimento

humanitário, nem estava sob pressão de uma necessidade científica. Ela surgiu como expressão do conflito que existia no interior do próprio estabelecimento de internação. Os próprios internos protestaram contra a presença dos loucos nas casas de internamento, fazendo chegar suas críticas aos ministros, policiais, diretores e magistrados. O teor da crítica era em torno das barbaridades que a instituição absolutista encerrava ao misturar pessoas que raciocinam e os loucos, condenando todos a mesma sorte, ou seja, a vivenciar situações de violência e humilhação que só uma pessoa insana, pelo seu grau de passividade, poderia suportar. Deste modo, a mera existência dos loucos e criminosos nas casas de internamento evocava as punições mais severas e violentas que cedo ou tarde respingavam em todos os internos. Em razão disso, toda população carcerária acabava sendo submetida a um processo de embrutecimento que transformava pessoas sãs em loucas. Um dos prisioneiros que viveu essa realidade na pele, foi o ativista da revolução francesa Mirabeau que ilustra bem o pensamento burguês da época sobre a política de internamento do Estado:

para ele, nenhum dos que estão encerrados nas “célebres prisões do Estado” é inocente; mas o lugar deles não é nessas casas dispendiosas, onde levam uma vida inútil; por quê prender “as mulheres de vida alegre que, levadas para as manufaturas do interior, poderiam tornar-se mulheres trabalhadoras”? (FOUCAULT, 2014, p. 397).

Desse primeiro gesto de reação política, vieram novos protestos por várias razões como: a insatisfação dos diretores de casas de trabalho forçado, em virtude de os loucos atrapalharem o bom andamento do trabalho; a indignação dos intelectuais iluministas pelo tratamento inumano que o Estado conferiu aos loucos ao prenderem eles juntos com os criminosos. Porém, os mais importantes gestos que produziram uma renovação no espaço social que situava a loucura, foram os de caráter econômico. De modo lento e gradual, as casas de internamento foram sendo esvaziadas até sobrar somente aquela população considerada alienada pelo direito burguês e pela ordem moral: os loucos e os criminosos.

Segundo Foucault (2014, p. 400), no século XVIII, a rivalidade comercial da Inglaterra com a França chegou a um ponto que atingiu suas colônias agrícolas na América, de modo que com o desenvolvimento das plantações, aumentou-se a demanda por força de trabalho. A partir dessa época, as medidas de internação não somente serviam para abastecer o mercado de trabalho francês, como também da colonização. Desse modo, houve um constante incentivo a imigração da população pobre por meio das práticas de internamento.

Outra mudança de nível econômico e, talvez, a que mais causou impacto na história da loucura no mundo ocidental, foi, segundo Barros (1996, p. 32), o nascimento do período

industrial. As transformações produzidas pela chegada das indústrias foram determinantes para construir uma nova posição social e moral para a pobreza. Foucault destacou as diferenças entre o período mercantilista e o industrial:

Na economia mercantilista, não sendo nem produtor nem consumidor, o Pobre não tinha lugar: ocioso, vagabundo, desempregado, sua esfera era a do internamento, medida com a qual era exilado e como que abstraído da sociedade. Com a indústria nascente, que tem necessidade de braços, faz parte novamente do corpo da nação (FOUCAULT, 2014, p. 405).

Nesse contexto, a prática do internamento como forma de reprimir o desemprego e controlar o preço das mercadorias, perdeu a eficácia enquanto ferramenta da estrutura econômica. As crises econômicas não podiam mais ser contornadas com medidas de enclausuramento e trabalho forçado, visto que o custo de produção nas indústrias era inferior às manufaturas que exploravam a mão de obra dos internados. Portanto, a pobreza não podia mais ser confundida com ociosidade e preguiça. Era outra coisa, falta de recurso e meios de subsistência, ou seja, um problema econômico. Assim, o pensamento econômico da época – oriundo de Turgot e os fisiocratas –, de inspiração liberal, entrou em cena para elaborar uma nova noção de pobreza adequada às necessidades do capitalismo na sua fase industrial. Uma parcela da culpa dos problemas econômicos do país recaiu sobre a política estatal de internamento, que foi criticada por restringir o mercado de trabalho, quando era necessário realocar a população no circuito de produção. Observando a situação com cuidado, percebe-se que as formas clássicas de assistência eram vistas como as causadoras da pobreza e um obstáculo ao crescimento econômico, enquanto o liberalismo se oferecia como solução (FOUCAULT, 2014).

A crescente divisão do trabalho na sociedade industrial provocou o rompimento com as tradicionais políticas de assistência. Nesse sentido, pobreza e a superpopulação tornaram-se os recursos que o comércio e a indústria precisavam explorar para se desenvolver mais depressa. Em sintonia com o liberalismo econômico, os pensadores iluministas enfatizaram o princípio da liberdade como a única forma de assistência válida e repudiaram a coerção como forma de impedir o livre curso da ação de homens e mulheres. Porém, a noção de liberdade que estava se constituindo, era uma expressão da sociedade econômica que estava querendo se libertar das organizações corporativas que limitavam a livre circulação de mercadorias e da força de trabalho. Na visão de Merquior (2014), tratava-se da liberdade individualista no sentido moderno, que consistia no exercício da autonomia como realização e conquista pessoais, construídas com base numa ampla privacidade. Em outras palavras, tratava-se da liberdade para

celebrar contratos sociais entre proprietários sem o risco de sofrer a intromissão do Estado e das grandes corporações que detinham os monopólios.

Para a literatura marxista, essa “liberdade individual moderna” significava a liberdade para a classe proprietária impor contratos de trabalho à classe proletária numa relação unilateral entre poderes. O maior interesse da burguesia liberal era o direito de organizar a política de salários baixos e estabelecer contratos que forçassem os trabalhadores a trabalharem muito em troca de salários muito baixos. Eis o sentido real do princípio da liberdade na bandeira tricolor francesa.

Na perspectiva de Castel, a revolução francesa ajudou a instaurar a sociedade contratual¹ - entendida também como o período da liberdade contratual (liberalismo). A partir desse contexto, o direito à liberdade foi condicionado pela capacidade de entrar no circuito de produção, gerando uma divisão social entre o pobre-hábil e o pobre-doente. Onde o primeiro, por ser útil ao projeto burguês, tem direito a ser introduzido na comunidade. Já o segundo, é o elemento improdutivo e passivo que só participa da sociedade como consumidor, ou seja, é aquele que aliena todo seu poder de contrato em favor de terceiros. Assim, na visão de Barros (1996, p. 33), é “nesse mecanismo de exclusão/ inclusão no mercado de trabalho que os loucos irão se tornar mais visíveis, tendo a sua exclusão justificada pela incapacidade”. A loucura, então, deixa de se expressar por meio da roupagem confusa do ócio e da vagabundagem para ser vista mediante o fardo da doença e da incapacidade para se manter no circuito da produção.

O impacto da sociedade contratualista num sentido Lockeano², onde a classe burguesa refez o pacto social sem alienar todo seu poder em favor de uma assembleia, produziu uma ruptura com os tradicionais equilíbrios do regime político anterior. A começar pela Assembleia Constituinte que pôs um fim as *lettres de cachet*. Em consequência disso, as intimações motivadas por falhas morais e conflitos familiares foram reduzidas. A Declaração de Direitos Humanos proibiu as prisões, exceto os casos previstos em lei; exigiu a libertação de todas as

¹ Optamos pela abordagem de Robert Castel do contratualismo moderno para explicar como o regime liberal desencadeou o processo histórico e social que culminou na institucionalização da loucura. Ainda que a abordagem do autor não considere a relação orgânica entre estrutura e superestrutura, é importante compreender os limites dessa análise, pois a crítica só avança no confronto de ideias, e Castel, como intérprete da história da loucura, possui uma influência teórica significativa que não pode ser ignorada.

² “O contratualismo de Locke representou a apoteose do direito natural no sentimento individualista moderno. Hobbes antes dele e Rousseau depois imaginaram contratos sociais em que os indivíduos alienariam por inteiro seu poder em favor do rei ou da assembleia. Por contraposição, em Locke os direitos pessoais provêm da natureza, como dádiva de Deus, e estão longe de dissolver-se no pacto social. Enquanto os membros do pacto, no caso de Hobbes, abandonam todos os direitos exceto um – suas vidas –, os indivíduos de Locke só abandonam um direito – o direito de fazer justiça com as próprias mãos – e conservam todos os outros” (MERQUIOR, 2014, pp. 72-73).

pessoas detidas por cartas régias ou por autoridades administrativas locais, que não tivessem sido condenadas em razão de um crime, ou não tivessem sido presas por loucura. Com o fechamento das casas de internamento e a proibição dos sequestros realizados por autoridades administrativas, instalou-se o conflito entre a esfera do direito e das necessidades sociais:

- 1) Os loucos que já estavam internados, foram transferidos para verdadeiras prisões como o hospital Bicêtre;
- 2) A corrente liberal do novo governo propôs que os loucos fossem confiados novamente à família, uma vez que, para eles, o melhor tratamento era a liberdade. A proposta caminhava na direção da assistência domiciliar como alternativa à internação numa instituição totalitária, além de prestação de benefício pecuniário;
- 3) A Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão proclamou que todos os cidadãos devem ter garantidos seus direitos de “liberdade, propriedade, segurança, e resistência a opressão”.
- 4) Os novos pedidos de internamento foram centralizados para as autoridades judiciárias, cujo sistema lento e burocrático não conseguia responder com eficácia à crescente demanda;
- 5) O debate político exercido na Assembleia Nacional em torno da loucura, não era no sentido de criar hospitais para os loucos com o propósito de curá-los, ao contrário, seguia por um caminho de retrocesso em relação ao direito burguês:

De todos os lados exige-se da Assembleia um texto que permita a proteção contra os loucos antes mesmo da criação dos hospitais. E por uma regressão, que será de grande importância para o futuro, faz-se com que os loucos caiam sob as medidas imediatas e não controladas que não se tomam nem mesmo contra criminosos perigosos, mas contra animais daninhos e ferozes (FOUCAULT, 2014. p. 420).

Na visão de Castel (1978, p. 10), o contexto político do advento do legalismo burguês, colocou o seguinte problema em relação a questão da loucura: o quadro de desordem social indicava a necessidade repressão, porém, o recurso ao poder político para executá-la havia sido bloqueado com a destruição do poder monárquico. A sociedade contratual pretendia absorver todos aqueles que fossem aptos para entrar nas relações de compra e venda de mercadoria, delegando ao mercado e a família a tarefa de controle social da pobreza. Todavia, em virtude desse sistema, o louco havia caído no limbo:

Ele não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de “servir”, não entra no circuito regulado das trocas, essa “livre” circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, se reprimido, porém, segundo

um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediram as leis. Ilha de irracionalidade, ele deve ser administrado, porém, segundo normas diferentes das que designam o lugar das pessoas “normais” e as sujeitam a tarefas em sociedade racional (CASTEL 1978, p. 19).

Na realidade, o problema não estava na relação conflituosa entre o direito burguês – criado para regular a sociedade contratual – e os sujeitos de direito (pobre-hábil e pobre-doente), conforme expõe Castel. A principal contradição consistia na distância entre o direito formal burguês e a realidade social capitalista. A estrutura jurídica não podia distinguir os sujeitos de direito (burguês, proletário e louco) sem correr o risco de expor a relação de exploração e dominação capitalista sobre o trabalho. Sendo assim, o direito estava limitado a tratá-los nos limites da igualdade formal, como se o proprietário do capital e do trabalho fossem sujeitos equivalentes. Mas sabemos que a realidade não é assim. Segundo Marx e Engels (2017), a relação entre a burguesia e o proletariado, é uma relação de supremacia da classe burguesa, que ao monopolizar os meios de produção, criou a condição de existência do capital, que consiste no direito exclusivo da burguesia de comprar a força de trabalho, de explorá-la economicamente e de se apropriar da maior parte do que é produzido pela classe trabalhadora. O capital, portanto, é uma forma de apropriação privada da riqueza produzida pelos trabalhadores, que ao venderem sua força de trabalho, são forçados a produzir numa escala superior ao seu valor de mercado, pois é daí que nasce o ganho da burguesia. Como a lógica do capitalismo é a acumulação incessante de riquezas nas mãos de particulares, supõe-se que o inverso ocorra com a classe trabalhadora, ou seja, que gere uma acumulação da miséria relativa à acumulação de capital. Encontrando-se aí a raiz da produção capitalista, fica evidente que para garantir a reprodução das relações sociais de produção, é necessário que o capital exerça também seu poder numa forma política.

De acordo com Marx, o papel histórico do Estado – incluindo o direito – é de funcionar como um órgão de dominação de uma classe sobre outra. É a criação de uma ordem que legalize essa submissão, servindo como instrumento para reprimir conflitos entre classes, arrancando da classe subalterna os meios necessários para sua resistência e luta. Para complementar esse raciocínio, recortamos um trecho escrito por Marx e Engels na obra “A ideologia alemã”: “a classe que é a força material dominante na sociedade, é ao mesmo tempo, sua força intelectual dominante”, ou seja, a classe que tem os meios de produção ao seu dispor, também controla os meios de produção mental (MARX, 1987 apud CARNOY, 2013, p. 97).

Prosseguindo com a reflexão acima, o Estado capitalista é interpretado como o reflexo dessa estrutura econômica ou uma forma de regular as relações sociais de um determinado modo de produção que, dado o antagonismo de classe, não se sustentaria sem uma força jurídica, política e militar destinada a reprimir a classe subalterna através de aparelhos repressivos (polícia, lei, prisão, tribunal, etc.). Melhor dizendo, o Estado é um dos componentes de uma superestrutura que se ergue para garantir a reprodução das relações materiais e espirituais de produção. Não era o único componente dessa esfera, visto que a superestrutura é o terreno da ideologia, da cultura e da política, por onde a classe dominante manifesta sua visão de mundo particular, fazendo-a passar por uma vontade geral, uma vez que detém o monopólio dos bens espirituais. Mas, com certeza, o Estado era o principal vigia noturno do capital.

Retomando a questão sobre a impossibilidade de a loucura ser inserida nas categorias jurídicas da sociedade burguesa. É preciso brevemente entender a diferença entre relação jurídica e o direito burguês formal. Para o senso comum, o direito é considerado o oposto do arbítrio, todavia, quando se compara os diferentes “sujeitos de direito” tendo como referência a realidade social concreta, pode-se admitir o contrário. Deste modo, a relação jurídica é simplesmente um meio que possibilita união de dois ou mais sujeitos, mas isso não quer dizer que tal relação está ausente de conflito. Até porque, como diria Marx, em *Grundrisse*, “[...] o direito do mais forte também é um direito [...]” (MARX, 2011). Entende-se que o direito burguês é uma interpretação muito distante da relação jurídica e não pode ser tomado como uma conjectura fiel desta (RODRIGUES, 2018).

O direito burguês, por ser um mecanismo de dominação política do Estado, seu papel é acompanhar as contradições que surgem em meio as relações econômicas e jurídicas, com o objetivo de acobertá-las a fim de fornecer à sociedade uma impressão de ordem jurídica e de igualdade entre diferentes sujeitos de direito. Em outras palavras, havia uma condição necessária para que o capital pudesse se desenvolver e conservar a aparência de uma relação de equivalência entre os sujeitos de direito. Para tanto, seria imprescindível a garantia da paz e da ordem, porque esta é uma condição essencial para o comércio (*ibidem*).

No que tange ao problema da loucura, esta era uma expressão da acumulação da miséria que não podia ser inserida no sistema de trocas. Por conta disso, o direito burguês do século XIX encontrava-se além do limite seguro da legitimidade do seu próprio fundamento. A condição jurídica imposta ao louco pelo capitalismo era de alienação total dos seus direitos em favor do Estado e de instâncias encarregadas do controle social. A sua liberdade havia sido

confiscada sem haver um fundamento jurídico, a não ser o estigma da periculosidade. Nesse sentido, não foi o legalismo burguês que criou o conflito quando aboliu o regime absolutista, mas a própria classe burguesa quando supervalorizou a ideia de que o projeto liberal seria suficiente para equacionar todas as contradições do capital. Diante desse clima de desordem social e jurídica, o caráter repressivo e segregador da sociedade capitalista não tinha como prosseguir a não ser disfarçado.

De acordo com Barros (1996), o dispositivo que devolveu o equilíbrio aos poderes encarregados de controlar a loucura, foi a medicina mental ou psiquiatria alienista. Esta forneceu uma justificativa terapêutica para criação de um novo status jurídico que vai autorizar a continuação das medidas de repressão centradas na prática de internamento. Se antes a loucura era um problema do governo que respondia com uma política de repressão sem a necessidade de disfarce e, não obstante, amparada pelo Estado monárquico e a justiça da família. Na fase da sociedade liberal, quem responde ao governo é a psiquiatria, que vai deslocar o impacto político do problema, transformando em uma questão puramente técnica, ou seja, a loucura vai se tornar possível de ser gerida.

A substituição da sociedade absolutista pela contratual destinou um novo papel às instituições. Era necessário encontrar um meio termo entre a necessidade de repressão – institucionalização - em razão do perigo que os loucos representavam, e o dever de prestar assistência aos que não tinham capacidade para trabalhar. Vale lembrar que no século XIX, já existiam tentativas de dissociar a repressão da assistência através da crítica à estrutura hospitalar. Surgiram nesse período, projetos de assistência em comunidades locais e assistência domiciliar. A medicina, inclusive, dava sinais de querer estender sua prática à comunidade. Mas estes projetos esbarraram em forças antagônicas na sociedade – o poder judiciário, a família burguesa, médicos, administradores públicos, etc. –, especificamente, quando se tratava dos loucos e criminosos, que eram os mais rejeitados pela sociedade contratual por oferecerem riscos a propriedade privada. Desse modo, a solução que prevaleceu, foi o projeto reformista e filantrópico, cuja proposta era realizar uma grande reforma administrativa e assistencial nos antigos hospitais, e o qual o psiquiatra alienista Philippe Pinel³ foi seu principal operador (CASTEL, 1987).

³ Philippe Pinel (1745-1826) foi um médico francês que ficou conhecido como o fundador da psiquiatria, como também foi um dos responsáveis pela clínica médica moderna. Sua teoria sobre a loucura revolucionou o pensamento médico do seu tempo. Sustentar a origem moral da alienação e propor que a essência dela é o

O elemento inovador do projeto reformista foi a maneira como conseguiu sobrepor o direito burguês sem substituir um poder pelo outro, ou seja, o mérito foi propiciar uma sobreposição entre punição e tratamento, trazendo, nas palavras de Barros (1996, p.34), “uma quase identidade do gesto que pune e do gesto que trata”. Para a corrente reformista da burguesia que estava encabeçando o projeto com ares de modernização conservadora, o hospital:

Não se tratava de um aparelho de poder que esmaga homens e reproduz a servidão. Trata-se de um estabelecimento mal gerido. O que se deve fazer é renovar essa ala da instituição totalitária, coloca-la em harmonia com o novo ambiente moral da sociedade burguesa (CASTEL, 1979, p. 77).

Vejamos como o psiquiatra Pinel conseguiu justificar a permanência do enclausuramento. Segundo Pessotti (1996), Pinel compreendeu que a loucura não deveria ser mais entendida a maneira de Descartes, que a vê como desrazão, ou seja, a loucura exclui a racionalidade e cancela a identidade do homem. O pensamento cartesiano correspondia ao tempo em que o louco estava abandonado a um estado de animalidade, visto que nas casas de internamento do século XVII, a loucura, em virtude da sua familiaridade com o crime, recebia as formas mais violentas de punição.

Diferente do pensamento cartesiano, Pinel apreendeu a loucura como uma possibilidade de qualquer ser racional, visto que não se tratava mais de uma impossibilidade da razão, mas de um desequilíbrio na razão ou nos afetos. Trata-se de uma concepção que resgata a identidade humana para o louco e impõe ao alienista – e a sociedade – o dever de propiciar o retorno ao equilíbrio (PESSOTTI, 1996). Entretanto, Pinel propôs que antes dos loucos serem libertados, era necessário submetê-los a um tratamento asilar sob um regime de total isolamento. A razão que o levou a adotar tal medida, estava na sua explicação sobre origem da loucura. Segundo ele, a principal causa da loucura era a degradação moral oferecida pela ação de circunstâncias nocivas do meio externo, como álcool, a fome, a miséria, excessos de paixões, intoxicações e dentre outras condutas irregulares.

De acordo com Pinel, interpretado por Amarante (2007, p. 31), o primeiro passo para o tratamento, seria o isolamento do mundo exterior. O isolamento - entendido como institucionalização – era a viga mestre para garantir que o louco pudesse ter um tratamento

desarranjo de funções mentais, destoava completamente da atitude e do pensamento vigente até o final do século XVIII (PESSOTTI, 1996, p. 68).

adequado. O afastamento do louco do seu meio social tinha a função de: 1) afastá-lo do foco de desordem moral que provoca a loucura; 2) livrá-lo de interferências que pudessem prejudicar uma observação apurada para consolidação do diagnóstico; 3) garantir a ordem e a disciplina necessária para que a mente desregrada pudesse recuperar o equilíbrio na razão.

O isolamento foi justificado por meio do argumento científico e técnico. Para Pinel, interpretado por Amarante (2007), a produção de conhecimento sobre a loucura dependia do isolamento, visto que o hospital, agora transformado em instituição médica, deixou de ser um cárcere para se tornar um laboratório onde as pessoas são observadas e estudadas, e seus comportamentos são comparados, analisados e classificados. A transformação do hospital-albergue num grande experimento científico, foi inspirada no positivismo naturalista que forneceu a ideia de isolar a doença em estado puro. Todavia, embora o novo modelo tenha fornecido um saber original sobre a loucura, este conhecimento referia-se apenas as características do corpo doente no contexto da institucionalização. Não dizia a respeito da condição de sofrimento-existência do homem em sua relação com a realidade social. Deste modo, na concepção de Amarante (2007), “a doença isolada terminava por ser uma doença produzida e transformada pela intervenção médica”, na medida em que todo conhecimento gerado era para gerir somente a doença e não o sujeito em sofrimento. Como ainda não existiam os fármacos, na prática, o conhecimento servia para produzir códigos de vigilância e controle social.

A segunda razão que tornava o isolamento um imperativo fundamental, foi dada pelo conceito de alienação mental. Este seria um distúrbio no âmbito das paixões e da moral, capaz de produzir um desequilíbrio na razão. Com base nisso, Pinel sustentou que o papel do hospital seria de submeter o louco a um regime disciplinar, preparado para impor regras, condutas e normas, com o intuito de reorganizar o âmbito das paixões. Esse disciplinamento era a base do tratamento moral proposto pela psiquiatria alienista que fazia do equipamento hospitalar o lócus do processo de cura.

Assim, ao enxergar no hospital uma função terapêutica e no alienista o operador da cura, Pinel deslocou o problema político da repressão para o âmbito técnico de uma estrutura de poder criada no interior do hospital. Esta estrutura de poder, segundo Castel (1987, p. 81), pode ser expressa em três dimensões que articuladas vão constituir a síntese alienista francesa: a classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica entre médico e paciente, “o tratamento moral”.

Foi nesse contexto de operacionalização das instituições asilares, que a psiquiatria alienista recebeu seu mandato social para administrar a loucura. De acordo com Castel (1979, p. 144), apoiado nas reflexões de Szasz, o mandato social conferiu à psiquiatria alienista uma certa legitimidade para definir quando o problema da alienação mental existe ou não, qual sua verdadeira natureza e como deve ser tratada. Assim, são os especialistas que definem a realidade da loucura para sociedade, podendo, como diz Szasz (1970 apud CASTEL, 1979), “transformar seu julgamento em realidade social”.

Por conta do mandato social, a psiquiatria alienista restabeleceu o equilíbrio entre os poderes que administravam a loucura. Daí em diante, o isolamento deixou de ser entendido como perda da liberdade e tornou-se o tratamento que pode restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação mental. A doença se tornou um dos principais motivos que leva à necessidade de assistência em situações onde não há transgressão à lei. Isso permitiu que as contradições presentes nas relações jurídicas e econômicas fossem encobertas. Todos os elementos conflitantes da sociedade capitalista como a pobreza, a indigência, a fome, as condutas sociais irregulares e o sofrimento do indivíduo, passaram a ser explicados através do rótulo das doenças, o que possibilitava reduzir a maioria dos problemas sociais que exigiam respostas políticas e econômicas, à questão de disciplina e ordenamento moral – a nova face da repressão.

A noção de periculosidade social que dá legitimidade às práticas de coerção e violência contra o louco, foi reforçada pelo conceito de alienação mental que significa o estado em que o homem está fora de si, sem o controle de suas próprias vontades e desejos. Na medida em que alguém está nessa condição, ele pode apresentar sério perigo à sociedade. Para Amarante,

o conceito de alienação contribuiu para produzir, como consequência inerente a sua própria noção, uma atitude social de medo e discriminação para com as pessoas identificadas como tais (AMARANTE, 2007, p.31).

Levando em conta que o mandato social da psiquiatria alienista advém não só da sua própria força, mas também de uma superestrutura política encarnada no Estado e, especificamente, no seu aparelho jurídico-político (direito, polícia, administração, legislação, etc.). Entende-se essa relação de poderes como uma questão de equilíbrio e de intercâmbio entre os representantes desses aparelhos, a qual psiquiátrica foi a última peça que faltava para legitimar a lógica da tutelarização. De acordo com Castel (1987, p. 212), como o louco escapa de qualquer tipo de relação contratual, ele foi submetido por esses aparelhos jurídicos-políticos

a uma tutelarização unilateral em todos os níveis de relação médica, institucional, jurídica e pública da assistência. A medicalização da loucura consiste na institucionalização desse status de total tutela.

Por fim, a loucura foi reconhecida e sancionada pelo parlamento francês em 1838, recebendo sua primeira atenção sistemática. Segundo Barros (1996), esse fato antecipa em 50 anos todas as outras medidas ligadas a assistência. Dois tipos de internações eram previstos pela nova lei: uma voluntária e outra compulsória. A última consistia em uma resposta social às situações que causavam perturbação da ordem pública, onde, geralmente a intervenção partia de autoridades ligadas à política de segurança. A intervenção médica só ocorria quando o alienista considerava que o sequestrado deveria ser internado numa instituição asilar. Já a internação voluntária, ocorria quando solicitada pela família. Essa medida permitia maior espaço de intervenção do médico, pois não sofria intervenção dos outros poderes com tanta regularidade. Nota-se que a fronteira entre poderes é bastante tênue, principalmente, em relação a psiquiatria e a justiça, cuja aproximação faz com que o conceito de periculosidade social seja a principal característica da loucura. Assim, o nó que amarrava esses poderes numa configuração confusa, só iria começar a se desfazer no século seguinte, com a ampliação da esfera pública para além da burocracia e o aparecimento da sociedade de massa.

1.2 O desafio reformista nas sociedades capitalistas avançadas

O problema é o seguinte: como se alcançam as condições sociais através das quais um indivíduo, psiquiatricamente inválido, pode passar da família para sociedade como uma pessoa autônoma? Na metade do século XIX, já havia um movimento contestatório dos manicômios, na França, que mobilizava a imprensa, intelectuais e instituições da sociedade civil. Entretanto, segundo Gramsci (1978, p. 45), “nenhuma sociedade assume encargos para cuja solução ainda não exista condições necessárias e suficientes, ou que pelo menos esteja em vias de aparecer e se desenvolver”. De acordo com Pessotti (1996), o movimento propunha uma abertura ampla dos manicômios, pois, considerava que o estado de superlotação das instituições asilares esvaziava o potencial terapêutico do hospital. Mas, a rigor, não contestava a legitimidade e a utilidade dos manicômios, principalmente, em relação aos pacientes tachados de perigosos. Além disso, o movimento antecipava a luta pela generalização dos direitos políticos como o direito a associação dos trabalhadores e a greve. Portanto, o “dever ser”, nesse caso, não estava

abalizado por uma vontade concreta de transformação do asilo, visto que ainda não existiam ou estavam em processo embrionário, os recursos políticos inventados pela classe trabalhadora para se libertar da tutela de um poder estatal autoritário e paternalista.

Basaglia (1977, p. 40) enxergava a questão da transformação dos asilos psiquiátricos de duas formas: uma é uma ação de adaptação, a outra uma ação de conflito. A primeira tenta resolver os problemas de modo pragmático, sem ultrapassar o âmbito técnico, de modo que a questão da loucura é recortada em problema médico, de gestão, de família. A tecnologia assistencial tende a sofrer avanços e os métodos de controle social procuram ser suavizados, dando um aspecto mais humanitário aos serviços, porém, não muda o caráter imperativo da sociedade capitalista que decide quem é normal e anormal, assim como decide que a principal resposta política deve ser a repressão. Quanto a ação de conflito, esta envolve não só os trabalhadores do hospital, mas também o povo, porque, segundo Basaglia, esse tipo de ação exige que seja transportada para fora da instituição, toda uma problemática que não é exclusiva do manicômio, do asilo, visto que é uma questão que envolve a libertação do povo. Portanto, a luta que deveria ser travada, não podia se limitar a combater a instituição manicomial ou a classe psiquiátrica que cumpria a função de oprimir o internado. Era necessário confrontar toda classe burguesa responsável pelo projeto de tutelarização do louco.

Em relação ao movimento de contestação aos manicômios, nascido no século XIX, pode-se dizer que ainda não existiam as condições sociais e históricas necessárias para que a vontade passional se transformasse em vontade política. E ainda que existissem meios de realizar reformas, estas seriam limitadas a ação de adaptação, porque a única política permitida eram os atos de coerção e a perda da liberdade. O problema da libertação dos loucos, coloca como necessidade uma profunda articulação entre cidadania e democracia que é incompatível com o capitalismo. Contudo, isso não significa que o enfrentamento do problema tem que ser adiado para um contexto pós-revolucionário. O “como fazer” antes da hora H, tende a aparecer ao longo do século XX, na medida em que sociedade mundial vai alcançando patamares cada vez maiores de democratização. Por fim, a experiência do movimento antimanicomial francês nos traz uma lição importante que Gramsci nos ajuda a esclarecer com a seguinte reflexão:

Trata-se de considerar se o “dever ser” é um ato arbitrário ou necessário, é vontade concreta, ou veleidade, desejo, sonho. O político em ação é um criador, um suscitador; mas não cria do nada, nem se move no vazio turbido dos seus desejos. Baseia-se na realidade factual. Mas, o que é esta realidade factual? É talvez algo de estático e imóvel, ou não é antes uma relação de forças em contínuo movimento e mudança de equilíbrio? Aplicar a vontade à criação de um novo equilíbrio de forças realmente existentes e atuantes, baseando-se numa determinada força que se considera progressista,

fortalecendo-a para leva-la ao triunfo, é sempre mover-se no terreno da realidade factual, mas para dominá-la e superá-la (ou contribuir para isso) [...] (GRAMSCI, 1978, p. 43).

Com essa exposição, Gramsci quis dizer que toda ação política se move num espaço dominado por uma relação de forças que está estreitamente ligada a uma estrutura social. E assim como Maquiavel, ele entendia que a eficiência da ação política depende de uma interpretação realista e historicista da realidade, que saiba equacionar a correlação de forças em presença. Mas o que se entende por estrutura e relações de força? Na visão marxiana, a estrutura pode ser compreendida como a totalidade das relações de produção, isto é, as forças produtivas e as relações sociais entre capital e trabalho. Levando em conta que a sociedade capitalista se baseia na acumulação da riqueza, que se dá por meio da intensificação das formas de exploração e dominação sobre a classe trabalhadora. Pressupõe-se que a conservação da sociedade capitalista está condicionada a produção e reprodução de relações sociais antagônicas, que tendem a ser encobertas pela intervenção do Estado e por instituições privadas (igreja, família e indústria), do contrário, poderia haver um confronto entre classes sociais que levaria ao declínio da ordem social.

No que tange a relação de forças, esta se situa no terreno da conjuntura política. Quando se fala em relação de forças, se pensa logo no conceito marxista-lenista de correlação de forças sociais. Para Lenin, interpretado por Harnecker (2012, pp. 85-86), esse conceito nos ajuda a determinar quais são as classes e grupos que se enfrentam, como se agrupam (no sentido de alianças) e como se altera o seu comportamento diante de uma determinada conjuntura histórica. Como se trata de um conceito complexo, que envolve noções de estratégia e tática política, nos concentraremos em alguns aspectos fundamentais. Em primeiro lugar, a correlação de forças se verifica através de um enfrentamento real e não antes disso. Em segundo, somente são levados em conta os setores que os dois lados estão dispostos a utilizar. O equilíbrio de forças corresponde a qualidade de forças ativas (mobilizadas) que os dois lados apresentam, de modo que não é a expressão numérica que desestabiliza a disputa de poder. Em terceiro, é fundamental que se leve em conta o grau de coesão ou de contradição interna de cada grupo ou classe. Em quarto, o comportamento de uma classe em relação a outra depende do grau de desenvolvimento do movimento revolucionário. Se a correlação de forças sociais for favorável às forças revolucionárias, a situação passa a ser de equilíbrio de forças, que se caracteriza pela impossibilidade do regime manter o status quo, sendo necessário buscar uma saída para situação, como a negociação e conciliação entre classes e frações de classes sociais.

De acordo com Marx (apud BIANCHI, 2008, p. 125), em certo grau de seu desenvolvimento, as forças produtivas entram em colisão com as relações sociais existentes. Vejamos um exemplo de como as contradições insanáveis da estrutura podem contribuir para uma mudança no equilíbrio de forças, fundando a partir daí uma nova correlação de forças sociais. Segundo Coutinho,

No protocapitalismo, a exploração do trabalhador se dava muito mais pela extração de mais-valia absoluta do que mais-valia relativa, ou seja, muito mais pela intensificação da jornada de trabalho e/ou pela redução do salário real, implicando num processo de pauperização absoluta; também é verdade que o baixo grau de socialização política não tornava possível propor um modo de ação que não fosse a conquista completa e imediata por meio de um “assalto revolucionário” (COUTINHO, 2008, pp. 41-42).

Nesse contexto descrito pelo autor, a carência de condições sociais e institucionais não possibilitava que os cidadãos participassem da formação do governo e do controle social, ou seja, o espaço político não era democrático. O Estado atuava como o comitê executivo da burguesia ou nas palavras de Behring e Boschetti (2011, p. 63), “este Estado liberal tinha característica de Estado policial e repressor e sua função primordial era não intervir na liberdade individual”. Entretanto, em um dado momento do seu desenvolvimento, o próprio capital, ao impulsionar a socialização das forças produtivas, também estimulou a formação de sujeitos políticos coletivos. A dinâmica do capitalismo incitou a socialização política de duas formas: 1) ao agrupar as massas humanas para submetê-las a condições de trabalho extenuantes, ampliou o número de pessoas e grupos empenhados em se organizar para defender seus interesses; 2) ao aumentar a produtividade social, permitiu a redução da jornada de trabalho, de modo que o tempo livre criou o pressuposto que faltava para que a classe trabalhadora pudesse dar início a organização popular. Coutinho (2008) viu nessas duas formas uma intermediação dialética que é importante destacar: a partir do momento que os trabalhadores puderam se organizar, conseguiram reduzir a jornada de trabalho, provocando dois efeitos: forçaram os capitalistas a buscar novos métodos de extração de mais-valia e conquistaram o tempo para sua organização política.

De acordo com Behring e Boschetti (2011, pp. 63-64), “a mobilização e a organização da classe trabalhadora foram determinantes para a mudança da natureza do Estado liberal no final do século XIX e início do século XX”. Entende-se que a luta de classe nos países capitalistas mais avançados, deixou de se expressar na forma de guerra civil – à moda jacobina – e passou a ocupar o campo de luta pelo fortalecimento da cidadania, ou seja, de conquista de direitos políticos e sociais. Porém, isso só foi possível a partir de uma árdua luta das classes

trabalhadoras contra as forças sociais e políticas do capital. O resultado desse choque violento, que não se deu em uma única ocasião, mas por meio de vários embates (as jornadas revolucionárias de 1848, a Comuna de Paris, o Cartismo inglês, etc.), foram importantes conquistas na dimensão dos direitos políticos, como: o direito de voto, de organização de sindicatos e partidos, de greve, de livre expressão e manifestação.

Na visão de Coutinho (2008, p. 51), as conquistas dos trabalhadores indicavam um fato fundamental: a cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez só, de maneira que não possa mais ser tirada. Não é algo que vem de cima para baixo, nem resultado da ação dos governos, mediante o reconhecimento das fragilidades do mercado em prover as necessidades sociais de uma população. É o resultado de uma luta permanente, travada a partir de baixo, das classes subalternas. Apoiando-se nas reflexões de Marx, Coutinho examina a noção de cidadania como um processo essencialmente histórico que melhor expressa o embate entre a democracia e a alienação política promovida pelas forças sociais que representam o capital.

Segundo Marx, os indivíduos constroem coletivamente todos os bens sociais, toda riqueza material e cultural e todas instituições sociais e políticas, mas não são capazes – dada a divisão da sociedade em classes antagônicas – de se reapropriarem efetivamente desses bens por eles mesmos criados (COUTINHO, 2008, p. 50).

Prosseguindo com o raciocínio de Marx, compreendemos que antes da conquista dos direitos políticos pela classe trabalhadora, o fenômeno da democracia – conforme concebido por Rousseau – não passava de uma ideia política sem qualquer possibilidade de manifestação concreta. Para o pensador francês, interpretado por Coutinho (2008), a democracia é a soberania do povo, é uma construção coletiva do espaço público, que exige a participação consciente de todos os cidadãos na gestão e no controle social da esfera política. No contexto histórico vivido por Rousseau, a democracia era somente a expressão de um pensamento revolucionário que desafiava o status quo, era a linguagem adotada por Rousseau para denunciar a desigualdade política, ou seja, a distinção entre governantes e governados que permitia a manutenção dos privilégios da propriedade privada. Porém, a democracia passou a ser mais que uma ideia. Tornou-se expressão de uma vontade política concreta no momento em que se ligou a luta pela ampliação da cidadania. A cidadania, nesse sentido, nada mais é que a capacidade de alguns indivíduos - ou de todos os indivíduos, no caso de uma democracia plena – de superar o estado de alienação política descrito por Marx na citação acima e de se apropriar dos bens socialmente criados. Entretanto, a cidadania, como resultado das lutas da classe trabalhadora, não pode atingir um estado de plenitude – de universalização dos direitos civis, políticos e sociais – sem

entrar em confronto com a lógica do capital de apropriação privada da riqueza socialmente produzida.

Quando enfatizamos que a questão da libertação do louco exige uma articulação profunda entre cidadania e democracia, é porque, no período de hegemonia do liberalismo, todos os seus direitos como cidadão foram negados. Além disso, o exercício da cidadania para os cidadãos comuns (leia-se trabalhadores urbanos e camponeses) era bastante restrito, visto que o Estado era o único ator político coletivo. Desse modo, a ideia de Basaglia de uma ação de conflito que exige a politização do povo, não podia se manifestar, a não ser como veleidade ou desejo. Com a socialização da política, surgiu uma nova correlação de forças sociais que tornou possível avançar na luta pela emancipação política da loucura. E embora a cidadania plena da loucura não possa ser conquistada dentro da ordem capitalista, visto ser a constituição da sociedade em classes sociais que rebaixa o indivíduo à condição de mercadoria ou de tutelado. É importante lembrar que uma formação social não perece enquanto não houver novas e mais elevadas relações sociais incubadas no seio da velha sociedade.

Observemos as principais mudanças que a socialização política promoveu:

Surge uma complexa rede de organizações coletivas, de sujeitos políticos de novo tipo, com um papel mais ou menos decisivo na correlação de forças que determina os equilíbrios de poder. Com isso, a esfera da política se amplia para além do âmbito do Estado em estrito, ou seja, das burocracias ligadas aos aparelhos executivos e repressivos. (COUTINHO, 2008, pp. 27-28).

Em outras palavras, a generalização dos direitos políticos criou condições sociais e institucionais (a base subjetiva) para que a classe trabalhadora pudesse lutar por direitos sociais, questionar e mudar o papel do Estado no âmbito do capitalismo (BEHRING & BOSCHETTI, 2011). O que vai caracterizar a nova conjuntura política é a mudança no equilíbrio de poderes, pois, ao lado do Estado-força – dos aparelhos repressivos do Estado, cujo o controle é realizado pelas burocracias executivas e policial-militar –, surgiu o que Gramsci denominou de sociedade civil. Num ponto de vista mais concreto, por assim dizer, a sociedade civil é formada pelo conjunto plural de sujeitos coletivos, ou, de organizações de massa, que buscam uma participação mais ativa na sociedade, visando influenciar nas decisões políticas e na construção de uma visão de mundo adequada aos interesses de sua classe social, grupo ou corporação (COUTINHO, 2008).

De acordo com Semeraro (1999), os inúmeros confrontos das massas operárias com os regimes liberais, havia, de fato, provocado uma ruptura entre a classe trabalhadora e a ideologia dominante (liberalismo ortodoxo), gerando uma crise de autoridade dos Estados capitalistas em relação aos métodos tradicionais (leia-se coercitivos) de manutenção do poder e de conquista da legitimidade. Com o ingresso na esfera pública de múltiplos organismos, privados e voluntários, conquistou-se um espaço relativamente autônomo no campo político, em face do Estado no sentido restrito. Este deixou de ser um instrumento exclusivo da classe burguesa, para se tornar uma arena privilegiada de luta de classe. Desse modo, o Estado não podia ser mais compreendido apenas como um sistema burocrático-repressivo. De acordo com Semeraro,

as suas dimensões não podem se limitar aos instrumentos exteriores do governo, mas abarcam também a multiplicidade dos organismos da sociedade civil onde se manifesta a livre iniciativa dos cidadãos, seus interesses, suas organizações, sua cultura e seus valores, onde, praticamente, se estabelecem as bases do consenso e da hegemonia (SEMERARO, 1999, p. 69)

Numa sociedade do tipo organizada e de massa, a qual Gramsci batizou de sociedade “ocidental”, em virtude de um moderno modo de produção e da multiplicação dos mecanismos de representação política da plebe, os problemas relativos ao poder se tornam muito mais complexos. Para Coutinho (2008), as lutas por reformas sociais e transformações radicais, são travadas no âmbito da sociedade civil, visando à conquista do consenso da maioria da população, de modo que é compondo uma base social sólida que as associações particulares (partidos políticos, sindicatos, movimentos sociais, etc.) conseguem obter a força necessária para conquistar espaços no interior do Estado, visto que este se tornou permeável a ação do conflito. Além disso, o Estado, visando garantir sua legitimidade, tende a fazer concessões à classe trabalhadora organizada em situações em que a correlação de forças exige mais o consenso que o uso da violência.

Pensemos a sociedade civil em termos de correlação de forças sociais. Segundo Coutinho (2008), a passagem da passividade política das massas para uma certa atividade organizada e reivindicatória, produziu na esfera política o fenômeno do pluralismo, da diversidade de sujeitos coletivos interessados em participar da formação do governo. Em razão disso, criou-se uma crise de hegemonia do liberalismo clássico como ideologia dominante. Para Simionatto (2011, p.67), o cenário de crise do “Estado em seu conjunto”, permitiu que o pensador marxista Gramsci compreendesse que o capitalismo enquanto sistema, não só exercia o domínio político quando recorria ao uso da força, como também exercia o controle ideológico

sobre a sociedade. Assim, o Estado era muito mais que uma força repressora, era também um instrumento de hegemonia da classe dominante, ou seja, a hegemonia burguesa se expressava no predomínio ideológico dos valores e normas burguesas sobre o resto da sociedade. Ao exercer a direção política e ideológica, a classe dominante conseguia manter a coesão social que permitia a reprodução das relações sociais capitalistas. Entretanto, a ideologia liberal que mantinha o equilíbrio entre a esfera da estrutura (as relações sociais de produção) e da superestrutura (as ideias, costumes, comportamentos morais, a vontade humana), só era eficaz porque atuava sobre uma formação social em que a sociedade civil era quase inexistente e o homem-massa era atomizado e despolitizado.

Com a multiplicação das associações particulares, formou-se uma consciência e uma vontade coletiva com força suficiente para questionar os valores da ordem burguesa. Do fim do século XIX até o início do século XX, o capitalismo viveu uma grave crise histórica que se manifestou com: 1) a socialização da política; 2) o colapso do liberalismo econômico, estampado para o mundo todo através da crise econômica de 1929; 3) o processo de concentração e monopolização do capital que, segundo Behring e Boschetti (2011, p. 61), derrubou a utopia liberal do indivíduo empreendedor; 4) o crescimento dos movimentos operários e socialistas nos países ocidentais, que passaram a adotar uma política de cunho reformista, no caso da socialdemocracia; 5) a experiência do socialismo real na União Soviética; 5) a trágica experiência da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) que teve um efeito destrutivo na economia de vários países centrais. A partir desse contexto, a saída para crise se desdobrou em diferentes vias, conforme a correlação de forças existente em âmbito doméstico e internacional. Das três vias mais conhecidas: o fascismo, socialismo e a democracia-liberal; somente a última não reprimiu o pluralismo político em nome de uma unidade monolítica e, por consequência disso, foi o cenário em que a luta de classe mais produziu conquistas em termos de direitos e políticas sociais. Todavia, a presença das organizações de massa não significava que a ordem social havia se tornado efetivamente democrática.

Analisemos, brevemente, o sentido da disputa pela hegemonia na formação capitalista liberal-democrática. Coutinho (2008, p. 31) caracteriza o cenário como um desafio posto à esquerda democrática, pois, mesmo com multiplicação das organizações de massa, a burguesia encontrou um modo de neutralizar os resultados da socialização política e, ao mesmo tempo, consolidar a ordem privatista do capitalismo. A estratégia pressupõe manter o nível de negociação no limite dos interesses setoriais, de modo a conduzir a luta de classe à um corporativismo selvagem capaz de minar o efeito do processo de democratização pretendido

pelos grupos mais progressistas. Essa orientação corporativa tem como tarefa construir obstáculos ao controle social da classe trabalhadora sobre o Estado. Desse modo, Coutinho aponta duas maneiras eficazes de fazer isso: colocando o mercado para mediar os interesses corporativos e burocratizando a máquina do Estado. O centralismo burocrático permite que a classe dominante centralize o processo decisório, tornando a elaboração das políticas sociais um processo de cima para baixo, onde os funcionários e as massas possuem quase nenhum poder de participação social, nem o controle efetivo sobre a máquina estatal.

O maior desafio das forças ativas da classe trabalhadora nas formações capitalistas liberais-democráticas, é buscar uma síntese entre o predomínio da vontade geral – ou, nos termos de Rousseau, da soberania do povo – e a conservação do pluralismo político (COUTINHO, 2008, p.32). Isso implica um trabalho de conquista da hegemonia, que não deve ser entendido como uma questão de subordinação ao grupo hegemônico, igual ocorreu no fascismo, onde tentaram integrar as massas nas velhas formas políticas, ou seja, tentaram suprimir a sociedade civil por meio do Estado forte. Para Gramsci (1978, p. 33 apud ALVES, 2010, p. 8), a ampliação da base social da classe trabalhadora, depende de um sistema de alianças e da conquista de outros grupos pelo consenso, pois, estes se constituem como aspectos fundamentais para o estabelecimento de um aparato hegemônico.

Gramsci, interpretado por Coutinho (2014), aponta que a questão da hegemonia pressupõe que se leve em consideração os interesses dos grupos sobre os quais a hegemonia será exercida, que se estabeleça uma relação de compromisso que supere a dimensão econômico-corporativa dos grupos. Para isso, segundo Coutinho (2008, p. 32), o bloco dirigente deve elaborar uma pauta de prioridades globais, selecionar dentre os múltiplos interesses que representa, os que mais correspondem ao interesse comum dos seus integrantes. Trata-se, portanto, de elevar o nível dos grupos sociais ao interesse ético-político, o que ocorre mediante a criação do seu próprio aparato hegemônico, com uma direção política e ideológica própria.

Entretanto, de acordo com Lenin, a classe trabalhadora não atinge essa consciência ético-política de maneira espontânea, não se torna independente da ideologia dominante por si só. A sociedade capitalista é um sistema em que os trabalhadores competem uns com os outros. Sem se organizar, a classe trabalhadora não adquire a consciência da contradição objetiva, profunda, entre os seus interesses e os da burguesia. Para Gramsci, essa organização deve partir de uma consciência externa que seja capaz de influir no grupo social uma nova concepção de mundo que não se limite a relação trabalhador/patrão, mas que possa abranger as relações de

classes sociais entre si, suas relações com o Estado, que proporcione uma visão global da sociedade para além da experiência imediata da vida proletária. Como não existe organização sem intelectuais, estes representam o elemento de ligação entre teoria e prática, entre estrutura e superestrutura. Contudo, o intelectual na visão Gramsciana, não é um indivíduo concreto e sim um elemento complexo da sociedade civil que manifesta a vontade coletiva. De acordo com o pensador italiano, esse elemento é o partido político (GRUPPI, 1978, p. 36).

Buscamos demonstrar que a implementação de política sociais, mesmo num contexto de pluralismo político, possui limites, devido à tendência corporativista das associações particulares e da própria lógica de acumulação capitalista. Deste modo, a não ser que modifique a correlação de forças sociais firmada na ordem liberal-democrática, não é possível implementar profundas reformas sociais. Vale lembrar que as primeiras políticas sociais (as sociedades de socorro mútuo e os sistemas de seguro social) foram organizadas por associações de trabalhadores, ou foram uma concessão do Estado às demandas da classe operária. Em geral, essas políticas atendiam à interesses corporativos de grupos específicos, sendo o maior exemplo, o modelo bismackiano na Alemanha, que era identificado como um sistema de seguro social semelhante aos seguros privados.

No período da primeira guerra mundial à crise de 1929, ainda não havia se consolidado a base material necessária que daria impulso a expansão dos direitos sociais (saúde, trabalho, renda, educação, etc.) e a implementação das reformas psiquiátricas no continente europeu. Nesse contexto, o capitalismo viveu um processo concentração e centralização de capital que marca a fase das organizações monopólicas, que, segundo Behring e Boschetti,

cada vez mais o mercado foi liderado por grandes monopólios, e a criação de empresas passou a depender de um grande volume de investimento, dinheiro emprestado pelos bancos, numa verdadeira fusão entre o capital bancário e o industrial, que dá origem ao capital financeiro, como nos mostra o estudo de Lenin sobre *o Imperialismo, fase superior do capitalismo* (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 68).

Na perspectiva de Netto (2011, pp. 22-24), o capitalismo monopolista, em virtude da sua dinâmica de acumulação, introduziu um efeito bola de neve que provou a incapacidade do mercado de regular os movimentos da economia. Um traço específico desse momento, foi a crescente tendência a economizar força de trabalho, através da introdução de novas tecnologias. Se por um lado, houve um aumento significativo da extração de mais-valia relativa, por outro lado, fez crescer o exército industrial reserva. Com isso, configurou-se o fenômeno da superacumulação que consiste na superabundância de capital ao lado de uma escassez de lucros.

Esse cenário produziu o desemprego generalizado e a queda do consumo, em virtude de o montante capital acumulado encontrar crescentes dificuldades de valorização. Outro dado relevante desse período histórico, foi que a busca pela maximização dos lucros levou a uma concorrência intercapitalista pelo controle do mercado mundial, que se transformou num confronto violento das duas grandes guerras mundiais, dando curso ao que Netto chamou de políticas neocolonialistas.

De acordo com Behring e Boschetti (2011), o mundo vivia um quadro econômico-político bastante tenso, pois, a legitimidade do capitalismo estava posta em discussão, em razão da forte crise econômica, do desemprego em massa, do progresso eleitoral dos partidos socialistas na Europa (Inglaterra, França, Alemanha, etc.) e dos acontecimentos da revolução socialista de 1917. Os governos ainda praticavam a política ortodoxa de contenção da demanda para evitar a inflação, enquanto a crise se agravava. Diante disso, as ideias liberais heterodoxas do economista Keynes se tornaram o novo corolário da economia capitalista. Ele defendia uma maior intervenção do Estado para reativar a produção, onde o poder estatal deveria exercer a função de regular, produzir e planejar a economia. Além disso, Keynes acreditava que era necessário criar uma política de pleno emprego, uma vez que a única maneira de satisfazer a crescente exigência do capital por lucro, era quando havia uma demanda suficiente (SINGER, 2018).

Deste modo, no período do capitalismo monopolista, houve uma demanda pela intervenção do Estado para garantir condições externas de produção e reprodução capitalista. O que se quer dizer, é que pela sua nova dinâmica, o capital, diante da necessidade reativar o emprego, o consumo e garantir a legitimidade política do seu sistema, criou condições para que a função econômica do Estado fosse ampliada. Dito de outro modo, o Estado foi pressionado a colocar o fundo público à disposição do capital.

Assim, caberá ao Estado a função de criar as condições externas da produção capitalista. Tal intervenção decorre da demanda do capitalismo por uma garantia de crescimento dos lucros e da recomendação Keynesiana por uma política que se aproxima do pleno emprego. Para entendermos melhor essa nova postura do Estado, vejamos algumas de suas funções: 1) gerar emprego via produção de serviços públicos, além da produção privada; 2) aumentar a renda e promover maior igualdade, por meio da instituição dos serviços públicos, dentre eles as políticas sociais; 3) distribuir subsídios aos monopólios com garantia explícita de lucros; 4) investir recursos públicos em infraestrutura, transporte, formação profissional requerida pelos

monopólios, ciência e tecnologia; 5) construir monopólios com fundo público para entrega-los ao capital; 6) administrar os setores não rentáveis, com intenção de fornecer aos monopólios, a baixo custo, matéria-prima e energia (NETTO, 2011, p. 25).

Entretanto, a ordem monopólica, ao necessitar do aparato estatal para captar os recursos da sociedade, criou a base material que faltava para classe trabalhadora ampliar sua cidadania. Assim, no momento em que os representantes do capital passaram a disputar o fundo público, precisaram se submeter às regras democráticas para legitimar sua política econômica. Do contrário, a sociedade não iria aderir passivamente as políticas fiscais que praticamente absorviam uma fração significativa da renda nacional. Desse modo, o cenário político que o capitalismo monopolista inaugura é todo tensionado, não só pelas exigências da classe capitalistas, como também da classe trabalhadora organizada que vê nesse momento uma oportunidade de estender sua luta por direitos sociais (ibid., p. 29).

É precisamente neste contexto histórico que a loucura se torna uma questão social⁴, quer dizer, uma expressão das desigualdades geradas na sociedade capitalista, cujo enfrentamento ocorre mediante uma relação orgânica entre Estado, sociedade civil e luta de classe. Porque embora a loucura tenha recebido uma intervenção sistemática do Estado já no século XIX, a classe trabalhadora não havia ingressado no cenário político com força suficiente para exigir a interferência do Estado para o reconhecimento e a legalização dos direitos civis, políticos e sociais das pessoas institucionalizadas em manicômios.

O que deve ser posto de reflexão para entendermos os limites da ação política das reformas psiquiátricas nos países da França e Inglaterra – consideradas como referenciais mundiais no assunto –, é o fato de que, num panorama geral, sua realização é mediatizada por uma correlação de forças sociais, ou seja, pelo confronto entre as correntes liberal-conservadora, keynesiana e social democrática, no interior do Estado capitalista, cujos limites abordamos quando falamos da formação capitalista liberal democrática. Sendo assim, analisemos o processo sócio-histórico por trás do consenso entre classes que viabilizou a expansão das políticas sociais ou do chamado Estado de Bem-estar Social (Welfare State), quer

⁴ Na visão de Iamamoto, a questão social diz respeito ao conjunto de expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado [...]. A questão social expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder Estatal (IAMAMOTO, 2001).

dizer, Estado em que os gastos com seguridade social – manutenção da renda, saúde, educação, previdência – se tornaram a maior parte dos gastos públicos.

Em primeiro lugar, concordamos com Behring e Boschetti (2011, p. 89), quando elas dizem que o Keynesianismo-fordismo constituem os processos que dão fôlego aos “anos de ouro” do capital, isto é, a possibilidade econômica e histórica do Welfare State. Trata-se, realmente, da base material que vai propiciar a expansão dos direitos sociais. Todavia, a perspectiva de combinar a ideia fordista de produção em massa, que pressupunha uma nova política de gerência do trabalho, com o consumo de massa, que era uma noção mais próxima do pensamento Keynesiano; não se deu de forma automática, assim como narram alguns teóricos fordistas. Segundo Navarro (1993), a brutal introdução da produção em massa mediante a cadeia de montagem gerou uma forte resistência por partes dos trabalhadores nas indústrias que adotaram os métodos de Ford. Além disso, a adoção ao Fordismo não era uma garantia de altos salários. O consumo massivo surgiu como consequência de um longo processo de crescimento do consumo individual (principalmente através de salários e benefícios pessoais) e do consumo coletivo (através de gastos sociais com políticas sociais). Para atingi-lo, a classe trabalhadora teve que travar lutas gigantescas com as classes capitalistas, que se opuseram, em sua maioria, ao aumento de salários, benefícios complementares e transferências de recursos por parte do governo. Nesse sentido, a correlação de forças entre as classes foi a principal determinante no processo que agregou o Keynesianismo ao pacto fordista e o livrou da influência liberal conservadora que freava o processo de generalização do fordismo.

Em segundo lugar, a base subjetiva que permitiu o pacto consensual entre capital e trabalho, ao invés de um projeto radical, foi o aparato contra-hegemônico do movimento operário ocidental – a social democracia – e o paradigma socialista que se expandia a leste da Europa. Na visão de Esping-Andersen (1991), é um fato histórico que a construção do Welfare State dependeu da edificação de coalizões políticas. Numa sociedade do tipo ocidental, a estrutura das coalizões de classe é muito mais decisiva que as fontes de poder de classe tomada isoladamente. Além disso, as insurreições armadas tornaram-se impraticáveis, dadas as mudanças tecnológicas do aparato bélico – esse ponto já havia sido enfatizado por Engels no prefácio da obra *As lutas de Classes na França* de Karl Marx. Deste modo, o parlamentarismo se tornou um dos principais recursos ao alcance da classe trabalhadora.

Segundo Przeworski (1988), a socialdemocracia é um fenômeno histórico que surgiu, de fato, quando o movimento operário abriu mão do objetivo socialista de nacionalização dos

meios de produção, em prol de conquistas e reformas imediatas. A conversão da socialdemocracia em um partido de massa significou a diluição do caráter de classe, visto que, ao buscar apoio nas camadas médias da sociedade, os partidos não mobilizaram as pessoas como trabalhadores, mas como “massas”, “consumidores” e “cidadãos”. As alianças supra-classes foram baseadas numa convergência de interesses econômico-corporativos, que viam na social democracia uma oportunidade de ter suas reivindicações atendidas. Se, por um lado, a mobilização da classe trabalhadora enfraquecia com o ingresso da massa nos partidos, por outro lado, uma solidariedade universal nascia da combinação heterogênea entre classe trabalhadora, classe média, pequena burguesia, etc. Entretanto, era uma solidariedade que se sustentava não pela direção política e ideológica dos partidos, mas, em razão do pacto Keynesiano-Fordista que dava margem para o consumo de massa e a construção de acordos coletivos para os trabalhadores obterem ganhos de produtividade.

O limite do reformismo da social democracia, a nosso ver, tem duas manifestações. Uma no terreno político-econômico e outra no terreno sociopolítico. No plano político-econômico, o limite do reformismo reside no fato da social democracia supor que as reformas sejam cumulativas e irreversíveis, e que o capitalismo iria gradualmente conceder reformas até gerar sua própria aniquilação. Contudo, segundo Coutinho (2008), a ampliação dos direitos sociais é, a longo prazo, incompatível com a lógica de acumulação capitalista. A prova disso foi a crise do Welfare State nos anos 1970, que desmoronou quando o pacto fordista-keynesiano perdeu a utilidade como instrumento de acumulação do capital. Outro elemento que vale destacar, foi a hegemonia da ideologia Keynesiana no seio dos partidos social-democratas. A partir daí, os partidos substituíram a luta pela nacionalização da produção, pela socialização do consumo. A defesa dos interesses econômico-corporativos dos trabalhadores se tornou a principal política social a ser perseguida, uma vez que a socialdemocracia associou que a melhoria do bem-estar social – o aumento dos salários diretos e indiretos –, estava condicionada pela maximização dos lucros e à capacidade do Estado de regular a economia e atenuar os efeitos sociais do mercado. Nesse sentido, formou-se o compromisso da socialdemocracia com o capital que consentia aos capitalistas o direito de se apropriarem da riqueza socialmente produzida, desde que uma parcela do lucro fosse redistribuída para outros grupos sociais (PRZEWORSKI, 1988).

No plano sociopolítico, os limites do reformismo social democrata tem consistido na sua incapacidade de superar a visão “neutra” e “instrumental” da burocracia estatal e de impedir a burocratização das reformas políticas. O que significa que mesmo que os partidos socialdemocratas consigam ampliar direitos, isso não quer dizer que as demandas da classe

trabalhadora serão atendidas integralmente, pois, quem ficará responsável pela execução das reformas, é a burocracia estatal que tende a conciliar os interesses do capital e do trabalho, mas, dando prioridade ao primeiro (COUTINHO, 2008, p. 47). Logo, nenhuma política social reformada escapa do controle efetivo da máquina estatal. Com base nesse pressuposto, Iamamoto (2001) demonstrou a estratégia do Estado burguês para responder as demandas sociais sem pôr em risco a estrutura social capitalista. Segundo a autora, a intervenção estatal, via políticas sociais, se caracteriza pela compartimentalização e fragmentação da questão social, que resulta na autonomização de suas múltiplas expressões, em detrimento da perspectiva de unidade. Com isso, o Estado impede que se descubra a relação causal entre os problemas sociais e a organização social capitalista.

Na visão de Netto,

Enquanto intervenção do Estado burguês no capitalismo monopolista, a política social deve constituir-se em *políticas sociais*: as sequelas da “questão social” são recortadas como problemáticas particulares (o desemprego, a fome, a carência habitacional, o acidente de trabalho, a falta de escolas, a incapacidade física, etc.) e assim enfrentadas [...].

Assim, a questão social é atacada nas suas refrações, nas suas sequelas apreendidas como problemáticas cuja natureza totalizante, se assumida consequentemente, impediria a intervenção. Donde a “categorização” dos problemas sociais e dos seus vulnerabilizados, não só com a decorrente priorização das ações (com sua aparência quase sempre fundada como opção técnica), mas sobretudo com a atomização das demandas e a competição entre as categorias demandantes. As implicações são de monta: o atendimento das demandas também opera na direção de travar representações menos mistificadas do processo social (NETTO, 2011, p. 32).

Com base na exposição acima, podemos compreender que o formato das políticas sociais, típico da ótica liberal, não permite que os problemas sociais sejam resolvidos na raiz que o origina, no máximo possibilita que os problemas sejam geridos, conforme critérios de eficiência, que à luz de um saber técnico, acima de qualquer diretriz política, definem onde o recurso será melhor aplicado. Trata-se de uma lógica, cuja alocação de recursos, é aquela na qual ninguém pode ser favorecido sem que haja o prejudicado. Assim, a política social dos social democratas consiste, geralmente, em atenuar e controlar os efeitos das desigualdades engendradas pelo modo de produção capitalista (PRZEWORSKI, 1988, p. 46).

Para Coutinho (2008), o problema da social democracia estava no caráter da luta política, que não era conduzida pelas massas através da ação direta, mas em conformidade com a estrutura do Estado burguês, segundo o modelo representativo (via parlamentar), por pressão exercida no corpo legislativo. Nesse contexto, não havia uma forma de governo capaz de

articular hegemonia e pluralismo, isto é, não existiam organismos políticos de base popular para atuar de forma articulada com os mecanismos tradicionais de representação política. Na ausência desse nível de articulação política, as políticas sociais terminam por serem operadas, ou pela burocracia estatal, ou pelo mercado.

Vejamos como as reformas psiquiátricas inglesa (as comunidades terapêuticas), americana (psiquiatria comunitária) e francesa (o setor) se inserem no desafiante cenário da formação capitalista liberal democrata que não foi revertida em sua essência pelo movimento social democrata.

A partir do pós-segunda guerra mundial, começou a se consolidar uma forte crítica à psiquiatria tradicional, fundada no princípio do internamento como solução política para o problema social que a loucura colocava para o capitalismo, “se ela não pode se transformar em mercadoria, então não tem utilidade”. São muitas as tentativas de explicar os aspectos determinantes e condicionantes das reformas psiquiátricas. Para Desviat (2015, p. 27), o contexto sócio-histórico como um todo influenciou na ruptura com o paradigma da psiquiátrico: os tempos de boom econômico do pós-guerra; o desenvolvimento dos movimentos civis e de maior tolerância e sensibilidade com as diferenças e minorias; o New Deal americano; o clima de revolta contra o autoritarismo das instituições e o caráter classista das mesmas, que atingiu seu ponto ebulição no questionamento da ordem social capitalista nos eventos do intempestivo maio francês de 1968. Na concepção de Passos (2009, p.19), o solo histórico que desencadeou os processos de revisão do aparato psiquiátrico asilar, foi o cenário político ocidental saído das atrocidades dos totalitarismos que ameaçavam dominar a humanidade. Embora a comunidade mundial se dividisse entre posições mais radicais (abolição das instituições manicomiais) e moderadas (a humanização do espaço asilar), já não havia como justificar a permanência das instituições psiquiátricas tradicionais.

Na Inglaterra, a reforma psiquiátrica se expressou de duas formas: mediante a humanização terapêutica do espaço institucional asilar e a intervenção externa por meio do sistema de saúde inglês, criado no contexto histórico do pacto social entre a social democracia (representada pelo partido trabalhista e as organizações sindicais) e as forças políticas do capital. No primeiro caso, de acordo com Desviat (2015), os tempos de guerra provocaram uma escassez de força de trabalho, de modo que criou a necessidade de reabilitar parte da população internada para abastecer o mercado, e reorganizar as atividades institucionais para compensar a carência de técnicos. O termo Comunidade Terapêutica (CT), ligado a figura do seu operador

mais famoso, o psiquiatra Maxwell Jones, era um reflexo de uma necessidade histórica que assumiu uma forma institucional e conceitual, quer dizer, as circunstâncias econômicas produziram novas relações institucionais no interior do manicômio. Assim, a responsabilidade pelo tratamento e “porque não dizer instituição?”, deixou de ser restrita ao pessoal médico, para ser compartilhada com os outros membros da comunidade, inclusive, os pacientes.

Na visão de Amarante, o termo “comunidade terapêutica”

passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar (AMARANTE, 1995, p. 28).

A ideia de comunidade terapêutica consiste na tentativa de desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora. Para Jones, interpretado por Amarante (1995, p. 29), “o hospital deve ser constituído de pessoas, doentes e funcionários, que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição”. Trata-se de uma proposta inovadora que visa confrontar a velha estrutura psiquiátrica - pautada na condição de tutela do paciente e no monopólio institucional e científico exercido pelo especialista (leia-se o médico) -, através de uma cultura terapêutica democrática e uma estrutura social mais horizontal. Entretanto, a comunidade terapêutica era limitada em dois aspectos: em primeiro lugar, era uma ação de adaptação, uma vez que seu efeito não era esvaziar o hospital, mas transformar seu funcionamento. Como já dizia Rotelli (1994, p. 150), “ela não conseguia colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico”. Deste modo, a comunidade terapêutica só podia enquadrar-se como uma forma de resposta as necessidades que surgem na reprodução e no controle da força de trabalho. Em segundo lugar, de acordo com Desviat (2015, p. p. 46), as CTs foram consideradas como experiências marginais, se comparadas ao avançado sistema de saúde inglês.

Em relação ao sistema de saúde inglês, foi atribuída a burocracia estatal o papel de agente principal de execução das políticas de reforma psiquiátrica, que assumiam fortes traços do que Gramsci chamou de revolução passiva. Com isso, Gramsci se refere aos casos de transformação “pelo alto”, onde a classe dirigente do processo de transformação social, temendo às possibilidades de uma mudança efetiva e radical, apenas incorpora algumas demandas populares, mas sem, de fato, extinguir as velhas estruturas de dominação e exploração (COUTINHO, 2014).

O processo de reforma psiquiátrica foi protagonizado pelo governo inglês que, na visão de Jones (1972), se voltou mais para os direitos dos pacientes do que para a questão do fechamento dos hospitais psiquiátricos. O sistema de saúde seguia o princípio da desospitalização que não objetiva, de modo radical, superar a internação, mas apenas reduzi-la. Em comparação à psiquiatria tradicional asilar, percebe-se que houve inúmeros avanços: 1) a lei da saúde mental de 1954 determinou que os pacientes psiquiátricos fossem tratados como os demais pacientes; 2) foi garantido o direito ao tratamento psiquiátrico às pessoas que sofrem com problemas de saúde mental, sem restrições a sua liberdade ou a sua competência legal; 3) foi estimulada a criação de serviços para pacientes psiquiátricos através de serviços sociais (alojamentos protegidos, auxílio social, etc.) e sanitários na comunidade (hospital-dia, assistência domiciliar); 4) foi garantido a continuidade do tratamento após a alta hospitalar, mediante o acompanhamento de um clínico generalista, ou de um especialista. Era um sistema de saúde considerado avançado, pois oferecia um planejamento regionalizado, com ênfase na oferta de serviços a nível local. Dito isso, é importante ressaltar que a possibilidade de fechar hospitais e reduzir internações, dependia do investimento em serviços de saúde e de outros serviços comunitários no plano local. No entanto, a política sanitária planejada, era guiada por critérios de eficiência e competitividade, iguais aos do mercado, o que prejudicava a distribuição de recursos dentro dos princípios da equidade e justiça social. Por causa disso, até 1991, os gastos com serviços comunitários eram bastante reduzidos e ainda existia um contingente significativo de hospitais psiquiátricos em funcionamento (DESVIAT, 2015, pp. 44-45).

Nos Estados Unidos da América (EUA), por volta da década de 1950, o processo de reforma psiquiátrica foi uma resposta política ao crescimento exponencial de pessoas com problemas de saúde mental que, de algum modo, estava relacionado com a guerra do Vietnã, o aumento do uso das drogas pelos jovens, o crescimento das gangues, a pobreza e entre outras refrações da questão social. Nesse contexto, o modelo de assistência centrado na internação hospitalar deu sinais de esgotamento, uma vez que o crescimento acelerado de casos se converteu num alto custo financeiro para o Estado e as famílias, e as instituições asilares que deveriam reduzir esse ônus, não possuíam a estrutura adequada para promover a reabilitação da população internada. Em virtude de o caráter disfuncional do modelo asilar em solucionar o problema e ainda por cima conseguir agravá-lo, o governo Kennedy criou uma nova política de saúde mental fundada num conjunto de medidas de desospitalização (AMARANTE, 1995; BIRMAN & COSTA, 1994).

Assim como ocorreu na Inglaterra, a reforma psiquiátrica nos EUA foi protagonizada pelo governo, que contou com a cooperação de especialistas para embasar teoricamente o projeto. Porém, esses não exerceram um papel central no processo de elaboração e implementação da reforma, conforme ocorreu na experiência francesa (PASSOS, 2009). Além disso, a população teve uma participação política praticamente nula. É nesse aspecto de revolução passiva que podemos reconhecer os limites da dimensão renovadora frente ao aspecto restaurador que conserva o projeto dominação burguesa para a área de saúde mental. O elemento renovador se expressa no fato do governo ter abandonado a reforma do hospital como ação preferencial para intervir no espaço social, ou seja, o espaço de atuação da psiquiatria passou a ser a comunidade (BIRMAN & COSTA, 1994). Essa proposta de mudança baseava-se nos conceitos preventivos do professor Gerald Caplan, que introduziram na psiquiatria a crença de que as doenças mentais podem ser prevenidas, desde que os fatores condicionantes do adoecimento sejam precocemente detectados, de modo a resolvê-los antes que resultem em casos de internação. Dessa forma, a tarefa da psiquiatria preventiva consistia em perscrutar a vida comunitária com intuito de identificar possíveis sinais de anormalidade, de desvio e marginalidade e com isso, de uma só vez, reduzir o contingente de doença mental e erradicar os males da sociedade.

De acordo com Amarante (1996, p. 15), o plano do governo americano de implantar uma rede de serviços preventivos e comunitários, estava alinhado com três princípios fundamentais: a prevenção da internação em instituições psiquiátricas através de alternativas comunitárias de tratamento; o retorno dos pacientes institucionalizados a comunidade; a manutenção de um sistema de suporte comunitário para pessoas não institucionalizadas.

Embora a Psiquiatria Comunitária seja considerada um projeto inovador, pelo fato de ter mudado o enfoque da exclusão pela internação psiquiátrica para a intervenção na comunidade, tendo como meta a redução da doença mental no meio social. Esse projeto nunca teve a pretensão de substituir o manicômio por uma rede de serviços comunitários. O que nos leva a tal conclusão, é o aspecto restaurador ou conservador da reforma psiquiátrica. Então, renova no sentido de tentar esvaziar as instituições psiquiátricas, na medida que a intervenção na comunidade permite manipular as circunstâncias sociais que provocam o adoecimento. Contudo, como não houve uma ruptura radical com o paradigma psiquiátrico tradicional que dá a psiquiatria o domínio exclusivo sobre os saberes e práticas de intervenção sobre a loucura, o papel normalizador da psiquiatria que divide a sociedade entre categorias normal e anormal, se deslocou do interior do asilo para toda comunidade. Deste modo, o fato do especialista (no

caso, o psiquiatra) se tornar o principal responsável pela normalização de vida comunitária, produziu o risco de psiquiatrização do social, pois todo comportamento fora dos padrões passou a ser interpretado como resultado de desajustamento e inadaptação e a intervenção médica se tornou a maneira de realizar um ajustamento saudável.

De acordo com Paulin e Turato (2004 apud COSTA, 1989), o modelo de medicina preventiva ou psiquiatria comunitária, provocou o aumento da população em atendimento ambulatorial e extra-hospitalar. Não porque houve o esvaziamento dos hospitais psiquiátricos, mas devido ao projeto de medicalização da vida social que permitiu tocar em novas categorias da população. Além disso, segundo Costa (2006), a psiquiatria preventiva não conseguiu atingir as instituições asilares. Pelo contrário, o ingresso de novos contingentes de pessoas para fazer tratamento em saúde mental, só fez aumentar as internações em instituições psiquiátricas.

No caso da França, a reforma psiquiátrica teve um caráter institucionalista, reformista e corporativista. Segundo Passos (2009), a política de setor foi comandada e elaborada por especialistas, sem o apoio dos movimentos de base. É interessante situar isso porque a França viveu um período turbulento de crítica radical no fim dos anos 1960, inspirada no movimento anticultural de antipsiquiatria⁵, cujas as atitudes e tendências tinham como ponto comum pôr em questão o saber e práticas psiquiátricas. Para Castel (1987), a antipsiquiatria forneceu uma crítica potente que balançou as bases que fundamentavam a psiquiatria tradicional, porém, era um movimento essencialmente universitário de pouco impacto político. Além disso, nesse contexto, ocorria um movimento mais amplo de cunho político-cultural conhecido como maio de 1968, considerado por historiadores – por exemplo, Hobsbawn (1995) – como um sinal de desgaste do pacto fordista-keynesiano, visto que o equilíbrio entre crescimento produtivo e a capacidade de consumo, caminhava para a instabilidade. São muitas opiniões diferentes sobre o potencial político e transformador dessa experiência, algumas no sentido de rebaixá-la a uma manifestação cultural e outras que viam no maio francês o ressurgimento da luta revolucionária abandonada pela corrente social democrata. Não podemos aqui alongar sobre a questão, mas não há dúvida de que esse movimento, que juntou estudantes e operários em nome da solidariedade contra repressão, poderia ter ditado os rumos da reforma psiquiátrica francesa.

⁵ A antipsiquiatria consiste num movimento contestatório, oriundo da década de 1960, que surgiu no interior da psiquiatria, instaurando uma contra-prática psiquiátrica de tratamento e fazendo uma verdadeira crítica às instituições psiquiátricas asilares. Seus principais representantes são os psiquiatras da Inglaterra: Cooper, Lang e Esterson.

Num ponto de vista ideológico, a via francesa se movia de forma arrojada. Os protagonistas da luta, todos psiquiatras progressistas, propunham trocar o modelo alienista pela doutrina do setor. Para Passos (2009, p. 57), tal mudança consistia em “abandonar a perspectiva assistencialista marcada pelo preconceito da periculosidade e da incurabilidade, pondo em seu lugar um verdadeiro imperativo de cuidado e tratamento”. Diferente da comunidade terapêutica que era uma mera modernização no modo de operar a instituição, a doutrina do setor questionava a estratégia da internação hospitalar como principal meio terapêutico. Não pretendia, de fato, abolir a prática de internação, mas torna-la um recurso secundário e supérfluo, frente a uma estratégia de intervenção no social, ou seja, o eixo da assistência deveria se descolar do hospital para comunidade onde a questão social e suas formas de enfrentamento se manifestavam. Para isso, a aposta do setor era em torno da lógica de desospitalização que consistia em combater o hospitalocentrismo por meio de uma estratégia que fosse capaz de concretizar a unidade entre prevenção, profilaxia, cura e pós-cura.

Para os intelectuais do setor, o monopólio do hospital psiquiátrico era um reflexo de um sistema hierarquizado de oferta de serviços e ordenação da demanda, que sobrevalorizava o aspecto curativo, em detrimento dos outros níveis de complexidade em saúde. Frente a isso, a proposta do setor, segundo Passos (2009, pp. 61-64), era realizar a unidade dos níveis de complexidade e responsabilizar uma equipe única por uma zona populacional específica. Cada zona iria dispor de uma estrutura hospitalar e extra-hospitalar (lares pós-cura, oficinas protegidas, clubes terapêuticos, etc.), que cobriria as reais necessidades da população.

Entretanto, é preciso compreender que os protagonistas dessa luta limitaram sua ação intervencionista a dimensão corporativa, técnica e institucionalista. Na visão de Passos (2009), o movimento nunca se aliou a outras forças da sociedade para questionar politicamente o establishment psiquiátrico, a fim de provocar uma crise de hegemonia da psiquiatria tradicional. O embate entre as forças sociais do setor e da psiquiatria asilar mantivera-se no âmbito técnico-profissional, onde no máximo houve uma disputa pela distribuição das diferentes formas de controle da loucura. Não é casual o fato de os representantes do setor não terem conseguido ir além da ação da adaptação, isso porque não assumiram a dimensão política que envolve os processos de exclusão, repressão e controle da loucura. Além disso, o ponto de convergência entre os militantes da causa setorista era o interesse corporativo da classe psiquiátrica de dar a sua prática um caráter médico e científico como o de qualquer especialidade da medicina. Todavia, para esse objetivo se concretizar, era necessário se desvencilhar da psiquiatria asilar e o setor foi o meio encontrado para levar adiante esse projeto.

É preciso acrescentar que além do movimento não querer fazer política no sentido de confrontar a política de repressão psiquiátrica, que tomou forma no asilo no contexto econômico de hegemonia do liberalismo, e que tomará, certamente, outra forma com o capitalismo monopolista. Ele foi responsável por promover uma transformação institucional, a qual não tinha como proteger das tendências burocráticas e tecnicistas, que logo dominariam a gestão do setor francês. Assim, se por um lado, o caráter institucionalista do movimento – de ocupação de cargos estratégicos do Estado – possibilitou um respaldo do meio governista que desaguou na modernização da instituição psiquiátrica. Por outro lado, a ausência de fortes aliados políticos na sociedade civil, deu margem para que o Estado Keynesiano, a mando do grande capital, controlasse o processo de implantação do setor. Logo, sem a consolidação de um espaço político democrático, não é surpresa que o Estado francês tenha instituído a divisão entre funções médicas e direção, e centralizado a administração mediante uma alta burocracia estatal (PASSOS, 2009; CASTEL, 1987; CASTEL, 1977).

Prestemos atenção nos encadeamentos do processo de modernização do sistema psiquiátrico, sob a égide da organização monopólica. No capitalismo monopolista, para além de uma abordagem economista, o padrão fordismo-keynesianismo se tornou uma forma de regulação das relações sociais. Behring e Boschetti (2011) sustentam que a combinação entre produção em massa e consumo em massa, ou seja, essa nova política de controle e gerência do trabalho, tende a extrapolar o espaço da fábrica, pois a manutenção das altas taxas de lucro, requer um controle sobre o modo de vida e de consumo dos trabalhadores. Netto também acompanha esse raciocínio quando analisou a organização monopólica:

Na idade do imperialismo, a organização monopólica da vida social tende a preencher todos os interstícios da vida pública e da vida privada; a subordinação ao movimento do capital deixa de ter como limites imediatos os territórios da produção: a tendência manipuladora e controladora que lhe é própria desborda os campos que até então ocupava (no capitalismo concorrencial), domina estrategicamente a circulação e o consumo e articula uma indução comportamental para penetrar a totalidade da existência dos agentes sociais particulares. Aqui, é o inteiro cotidiano dos indivíduos que tende a ser administrado, um difuso terrorismo psicossocial se destila pelos poros da vida (Lefebvre, 1968) e se instila em todas as manifestações anímicas e todas as instancias que outrora o indivíduo podia reservar-se como áreas de autonomia (a constelação familiar, a organização doméstica, a fruição estética, o erotismo, a criação dos imaginários, a gratuidade do ócio, etc.) convertem-se em limbos programáveis como áreas de valorização potencial do capital monopolista (NETTO, 2011, pp. 38-39).

A imbricação entre economia e política, que é uma característica da ordem monopólica, não só visa assegurar a reprodução do capital, mas também a reprodução material e espiritual da força de trabalho, em condições determinadas pelo próprio capital. Nesse contexto, no lugar

do Estado-força que era expressão do monopólio da violência nas mãos da burguesia, entrou o espaço tensionado da sociedade civil, onde as associações particulares (corporações, entidades, organizações, movimentos sociais) tendem a travar disputas políticas para ocupar o vazio deixado pelos antigos aparelhos de dominação que perderam a legitimidade frente aos novos tempos de sensibilidade social das massas. Em razão disso, a questão social se tornou alvo de políticas sociais que, como já abordamos, são expressões das demandas da classe trabalhadora, porém, os critérios de distribuição e seleção dos recursos públicos, são decididos pela burocracia estatal ou pelo mercado. Não foi por acaso que a questão social foi compartimentalizada e combatida nas suas últimas consequências. A multiplicação dos sujeitos políticos nas formações capitalistas liberal democráticas leva frequentemente ao fenômeno do corporativismo, quando não existe uma instância democrática – ou um fator de coesão - para efetuar uma síntese entre vontade geral e pluralismo.

Portanto, se o capitalismo monopolista, com sua tendência de supercapitalização de transformação dos serviços em mercadoria, captura todos os espaços da vida social (atividade doméstica, saúde, família, lazer, etc.), que antes eram instâncias autônomas e reservadas à família e a comunidade. O mesmo ocorre com o Estado burguês, que no papel de agente político da esfera da reprodução social, exerce a função mediadora de conciliar os múltiplos interesses manifestados na sociedade civil até torná-los compatíveis com a reprodução do capital.

O capitalismo monopolista e o processo de democratização que decorre da socialização da política, também produziram seu efeito no campo da psiquiatria. No capitalismo concorrencial, as lutas ocorriam essencialmente dentro e contra o asilo psiquiátrico, mas numa situação de capitalismo mais avançado, mais industrializado, mais organizado politicamente, essas lutas seguem um curso que uma economia mais rica permite. De acordo com Castel (1977), as lutas são travadas em outros tipos instituições que são de fato diferentes, são mais diversificadas, mais racionais, pois elas, em nossas palavras, expressam o deslocamento da situação psiquiátrica do Estado-coerção para uma sociedade complexa e organizada.

Segundo Rotelli (2001, p.19), as reformas psiquiátricas na Europa foram impulsionadas pelo intento de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, liberando-a das funções arcaicas de controle social, coação e segregação. Nesse contexto político e cultural de rompimento do monopólio da psiquiatria asilar, o resultado, tanto no setor francês, como no sistema de saúde inglês, não foi a supressão das formas de controle social, mas a expansão das políticas de repressão, do asilo para toda sociedade. Vale destacar os dois fatores que mais contribuíram

para generalização do controle psiquiátrico: 1) o desenvolvimento dos neurolépticos nos anos 1950 colaborou para o abandono de práticas mais arcaicas como a lobotomia e o aspecto carcerário do hospital (PASSOS, 2009, p. 62); 2) a transformação institucional permitiu tocar em novas categorias populacionais que o asilo não chegava (CASTEL, 1977, p. 61).

Na visão de Rotelli (2001), numa sociedade capitalista avançada, o sistema de saúde mental funciona como um circuito psiquiátrico. A segregação em uma instituição separada e total, foi substituída pela dinâmica da circulação entre serviços especializados e prestação de serviços pontuais e fragmentados. Com o fim do monopólio da psiquiatria tradicional, tem-se uma elevada difusão de serviços psiquiátricos e psicológicos na comunidade, à disposição do mercado e do Estado, para psiquiatrizar os problemas sociais, ou seja, para reduzir o problema social (fome, miséria, desemprego, etc.) a uma questão de cunho pessoal e privado.

Outro aspecto do circuito, é o elevado nível de especializações que provoca uma intervenção social compartimentalizada que alimenta os problemas e os torna crônicos, pois estes não são tratados numa perspectiva de totalidade por um único serviço. Ao contrário, o problema tende a ser recortado em múltiplas demandas pelos serviços que só podem oferecer uma solução paliativa e parcial. Nas palavras de Rotelli (2001), “assim, funcionam: o centro para intervenção durante a crise, o serviço social que distribui subsídios, o ambulatório que distribui fármacos, o centro psicoterapia etc...”. Essa multiplicidade de serviços desenvolveu-se numa linha do corporativismo selvagem, onde cada serviço só se responsabiliza pelos problemas respectivos à sua competência e quando não é o caso, abandona. Portanto, a difusão de unidades psiquiátricas num mosaico de serviços desatados, tende a causar relações de dependência entre os usuários e os serviços, em razão da perda da noção de totalidade dos problemas sociais.

Podemos, então, concluir que numa formação capitalista liberal e democrática, não há reformas radicais sem uma concomitante transformação radical do aparelho estatal, pois, este é uma manifestação política do estado atual da correlação de forças sociais em presença. Se a correlação de forças se mantém no limite da consciência econômica-corporativa, a tendência é que a política de repressão a loucura continue hegemônica, através de formas de controle social mais suaves, com uma aparência menos agressiva aos olhos inocentes da sociedade. Por fim, convém lembrar que a perda do monopólio da psiquiatria tradicional não representa a perda do mandato social conferido a instituição psiquiátrica pela sociedade, todavia, apenas o

compartilhamento desse poder de tutela e repressão que, por sua vez, emana da própria sociedade.

1.3 O processo de desinstitucionalização na Itália

Na Itália, até a metade do século XX, o desenvolvimento da psiquiatria era próprio de uma sociedade economicamente atrasada. A prática manicomial se afirmava de forma hegemônica no campo da assistência, ao passo que nas universidades o conhecimento produzido em torno do fundamento teórico organicista (biologicista), era restrito ao ambiente acadêmico que, além do mais, era monopólio de uma pequena elite da sociedade. Deste modo, os campos da teoria e da prática eram dominados por feudos profissionais que não permitiam o compartilhamento e a transferência de conhecimentos (BARROS, 1994, p. 41). A lei que vigorava nesse período, era a lei Giolitti de 1904, que possuía uma interpretação conservadora e discriminatória da loucura, pois entendia os doentes mentais como sujeitos perigosos e irrecuperáveis. Nesse sentido, as manifestações de adoecimento mental eram vistas pelo Estado como casos de ordem pública, que exigiam medidas de caráter higienista e policialesco. A política pública de saúde mental era reduzida a internação compulsória em manicômios ou hospitais psiquiátricos (GOULART, 2007, p. 59).

No período do segundo pós-guerra, a Itália põe-se a desenvolver as condições materiais e subjetivas necessárias para modificar a realidade social da loucura que se define pela tutelarização total do louco. No cenário político, o Estado se tornou uma democracia formal após o fim do regime fascista que durou 20 anos. A luta política contra os resíduos do fascismo será uma das principais marcas da relação entre Estado e sociedade civil, pois a defesa da democracia contra todo tipo de reviravolta reacionária, implicará num pacto social e político entre seus principais atores, os partidos políticos (democrata cristão, socialista, comunista, liberal) e as forças sindicais. Tal pacto consiste na construção de uma unidade democrática e antifascista em que o objetivo é fortalecer o regime democrático no seu aspecto formal - sufrágio universal, parlamento, partidos políticos, sindicatos, justiça, etc. Decerto, cada partido político ou grupo social tinha sua forma de ver e explorar o pacto. Alguns partidos, por exemplo, visavam o fortalecimento do aspecto substancial da democracia, o qual exige uma efetiva participação das largas massas populares no campo da política (MONDAINI, 2011). O mais importante disso, são as consequências políticas desse compromisso em relação a um dos atores da reforma psiquiátrica, o partido comunista italiano (PCI). Este irá se prender as regras do jogo

político de uma formação capitalista liberal democrata, onde irá se repetir alguns dilemas da social democracia, que consiste em: substituir a estratégia marxista-lenista de tomada de poder pela via parlamentar, construir coalizões político-partidárias, adotar o modelo de partido de massa e manter uma estrutura de poder verticalizada para garantir o controle da base social.

Em suma, o pacto significou adesão dos partidos de direita, esquerda e os sindicatos às regras do jogo político democrático que ojeriza toda forma de extremismo político e pede as lideranças que mantenham suas de base de apoio sobre controle. Discutiremos esse assunto mais à frente quando abordarmos o período de efervescência política de 1968.

Outro fator de extrema relevância para o país, foi, segundo Goulart (2007, p. 49), o chamado “milagre econômico”, que representou o momento em que o país se converteu de uma sociedade eminentemente agrícola em uma potência econômica industrializada, urbanizada, capitalista e moderna. Para Magri (2014), o boom da economia estava relacionado a dois importantes fatores: a passagem de uma base industrial limitada e artesanal para uma indústria do tipo fordista; e por causa dos baixíssimos salários. O resultado desse momento, a longo prazo, foi uma verdadeira revolução no modo de vida dos italianos. Todos os índices sociais (educação, alimentação, saúde, transporte, lazer, etc.) que impactavam na qualidade de vida aumentaram consideravelmente, aproximando a Itália dos tradicionais índices europeus. Os italianos tiveram acesso ao consumo de bens duráveis que até então eram restritos a poucos, como televisores, máquinas de lavar, geladeiras e automóveis.

O milagre econômico impulsionou muitos outros fenômenos: 1) a migração em massa de trabalhadores do campo para cidade; 2) a cultura do consumismo, onde se afirma a preponderância do indivíduo sobre o coletivo; 3) o declínio das práticas e valores tradicionais; 4) o reforço do poder dos sindicatos com a aproximação do pleno emprego; 5) o surgimento da escola de massa como uma resposta política às necessidades do mercado por força de trabalho qualificada; 6) o aumento da taxa demográfica em razão da melhoria da qualidade de vida da população; 7) o crescimento da camada média da sociedade (DUGGAN, 2017).

Contudo, ainda que neste período a Itália tenha conquistado um patamar de renda, de bem-estar e de poder de consumo maior do que já houve em qualquer época anterior, as desigualdades econômicas e sociais não foram abolidas e a pobreza continuou presente, especialmente nas regiões do sul do país. No que diz respeito ao tipo de Welfare State, este refletia o desenvolvimento da luta de classe que era limitado a dimensão econômico-corporativa e ao localismo, resultando num sistema de proteção social de tradição corporativista e

particularista, que distingue os beneficiários por classe, status e capacidade de organização política das distintas categorias de trabalhadores. Vale destacar que a seguridade social (previdência e saúde) era obrigatória, porém, a lógica de acesso era a do seguro social, onde só o contribuinte possuía os direitos sociais (FERRARA, 2012 apud SILVA, 2017). Além disso, segundo Magri (2014, p. 154), existia uma política de transferência de renda mínima aos excluídos, não como um direito universal, mas como subsídio concedido em determinadas zonas ou outorgado em troca de votos. Deste modo, não existia na Itália um Welfare State nos moldes dos países europeus social democrata que introduziram políticas sociais e benefícios de cobertura universal.

Foi mais ou menos nesse contexto que despontaram as mudanças políticas e institucionais na psiquiatria italiana. Podemos destacar duas experiências pioneiras na história da Reforma Psiquiátrica italiana: a conquista da lei Mariotti de 1968 e o trabalho da equipe de Franco Basaglia num hospital psiquiátrico da cidade Gorizia (1961-1968). Em relação ao primeiro caso, surgiram várias iniciativas por parte da Associação de Médicos de Hospitais Psiquiátricos Italianos (Amopi), que era uma organização de natureza profissional e sindical, criada em 1959, com intuito de zelar pelos interesses dos psiquiatras e promover melhorias aos hospitais psiquiátricos e a política do setor psiquiátrico (GOULART, 2007).

De acordo com Goulart (2007, pp. 60-61), o período entre os anos 1960 e 1970, foi um contexto de forte tensionamento em torno da luta pela transformação das instituições psiquiátricas, onde a categoria profissional de psiquiatras se reuniu em múltiplos fóruns para debater os rumos da Reforma Psiquiátrica italiana. A Amopi participou ativamente das negociações com o governo, contando com o apoio do ministro da saúde, o socialista Luigi Mariotti. As conquistas mais notórias foram a implementação de comunidades terapêuticas (até por recomendação da Organização Mundial de Saúde), a adoção de métodos psicoterápicos com base no pensamento fenomenológico, e a criação da Lei Mariotti. Esta última trouxe importantes avanços em relação a legislação anterior. Segundo Goulart, a lei introduziu a internação voluntária, recomendou a formação de uma equipe multidisciplinar para modernizar a política de assistência, colocou a necessidade de criar estruturas extra-hospitalares. Entretanto, a lei não repudiava ou impedia a internação obrigatória, não dissociava o trabalho da psiquiatria da justiça penal, visto que o conceito de periculosidade social permanecia sendo a característica principal da loucura, justificando, portanto, a continuidade das práticas de segregação social, seja em manicômios tradicionais ou modernos. Deste modo, como toda mudança exercida nos limites do reformismo, o resultado foi uma operação dentro da lógica da

desospitalização, que embora possa promover uma futura redução das internações em hospitais psiquiátricos, ainda assim, não consegue superar a necessidade da coação e dos locais de internação.

No que diz respeito ao segundo caso, falaremos das experiências de transformação institucional executadas por Franco Basaglia e sua equipe no hospital psiquiátrico de Gorizia (1961-1968) e, depois, no hospital psiquiátrico regional de Trieste (1971-1978). Mas antes de iniciar nossa análise sobre o processo de desinstitucionalização nos locais que serviram de base para construção da Reforma Psiquiátrica italiana, é importante esclarecer quem foi Franco Basaglia.

Franco Basaglia é um dos psiquiatras mais discutidos no mundo, em função dos trabalhos que desenvolvia na Itália. Em 1961, deixou a Universidade de Padova para dirigir o Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Basaglia introduziu uma série de transformações naquela instituição e no Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, para onde se transferiu em 1971. Acabou com as medidas institucionais de repressão, promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, serviços de emergência, leitos psiquiátricos em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de cultura e moradias assistidas (chamadas por ele de "grupos-apartamento") para os loucos.

Aparentemente, foi um militante bastante ativo que contribuiu expressivamente com a força de uma prática crítica à luta pelo fim dos manicômios. Todavia, é relevante, desde já, demarcar as nuances entre a herança de vulto deixada por Basaglia e as diversas experiências reformistas de reforma psiquiátrica. Paulo Amarante (1995), em sua obra *"Loucos pela vida"*, realiza um resgate histórico dessas experiências situadas em diferentes países - Comunidade terapêutica na Inglaterra; Psiquiatria de setor na França; Psiquiatria comunitária no EUA -, não nega o mérito de suas realizações e conquistas, entretanto, nenhuma das experiências supracitadas tratou a questão da segregação e repressão da loucura com a radicalidade que a situação exige, ou seja, não projetaram a crítica para a estrutura social e às relações de poder mantidas na sociedade. O que separa o reformismo da vitalidade do pensamento e da ação política de Basaglia, é que esse último demonstrou com ações que é possível abolir os manicômios, na medida em que a sociedade entra em conflito com as estruturas sociais de poder.

Para nossa própria organização, iremos dividir a experiência italiana em três etapas, visto que explicar o processo de desinstitucionalização, consiste em reconstituir todo o processo de transformação da instituição psiquiátrica que durou vinte longos anos e percorreu todo território nacional. As etapas são: 1) a renúncia da vocação terapêutica (fase negacionista) – em Gorizia; 2) a instituição inventada (fase da territorialização) – Trieste; 3) a psiquiatria democrática italiana (fase do espraçamento) – nacional.

A fase negacionista representa o momento em que uma parte crescente de especialistas (leia-se psiquiatras) tomaram consciência do seu verdadeiro papel dentro da ordem social capitalista e começaram a rejeitar o mandato social outorgado à psiquiatria. Nas palavras de Berlinguer (1976, p. 29), “cresce com isto a consciência de que, entregar o cérebro aos especialistas, comporta numa renúncia à sua personalidade própria e numa aceitação do caráter opressivo da sociedade”. Nesse contexto, Basaglia foi um dos intelectuais responsáveis por liderar a crítica ao caráter repressivo, autoritário e classista das instituições e a expor a derrota histórica a qual a psiquiatria foi imposta desde o seu nascimento. Para ele:

toda sociedade cujas estruturas se baseiem exclusivamente sobre diferenciações culturais, de classe, e sobre sistemas competitivos, cria em si áreas de compensação para as próprias contradições, onde possa concretizar a necessidade de negar ou de fixar objetivamente uma parte da subjetividade (BASAGLIA, 2010, p.117).

Com essa exposição, Basaglia quiz dizer que as sociedades que atingiram determinado grau de desenvolvimento econômico, a partir de uma complexa e intensa divisão trabalho, possuem em comum a relação de opressão e violência do poder contra o não-poder, do grupo dominante contra o grupo subordinado, nas diferentes esferas da vida (trabalho, família, escola, hospital, justiça). Isso significa que a relação de dominação inerente a divisão de classe, tende a se estender a todos os estratos sociais da sociedade, conforme vão surgindo subjetividades subversivas – que, por vezes, não são expressões diretas da relação antagônica entre capital e trabalho –, mas suas existências sociais, na medida em que obtém espaços na sociedade, se tornam ameaçadoras aos padrões normativos em vigor.

Podemos atingir o raciocínio do autor de outra forma. O homem ao ser reduzido ao estado de simples mercadoria, só existe para venda da sua força de trabalho padronizada e normalizada. Qualquer outra forma de vida que não se enquadre na nítida divisão de papéis da esfera de produção, acaba por entrar em contradição com a organização social, pois, sua própria existência irregular denuncia a tendência segregadora da ordem social capitalista. Como o

sistema não pode simplesmente abandonar todas as categorias humanas que não se inserem na esfera de produção, visto que isso provocaria um colapso na ordem vigente, foram criadas áreas de compensação para lidar com as contradições. Deste modo, são expressões de tais áreas de compensação: a família, os asilos para idosos, os manicômios, abrigos para indigentes, escolas, internatos, guetos, favelas, as prisões, etc.

Portanto, a lógica por trás dessas instituições é a divisão de trabalho entendida como a relação entre poder e não-poder que é o princípio que fundamenta a dominação capitalista. Outro ponto que elas têm em comum, é a violência exercida pelos que tem poder contra os que não tem, mediante atos de exclusão mais ou menos mascarados. Assim, se compreende, sobre essas bases, que à velha instituição psiquiátrica, foi delegada a tarefa de aprisionar o louco, pois, dentro da lógica racionalizadora da ordem burguesa, a loucura não podia ser controlada nas outras esferas como o trabalho e família, exceto, as famílias com altos recursos financeiro. Estas podiam garantir as necessidades dos seus membros adoecidos sem precisar privá-los dos seus direitos fundamentais. Isso demonstra que a loucura não era excluída da sociedade em virtude da doença, conforme a instituição psiquiátrica tentava justificar, mas em relação ao fator econômico do louco ou da sua família (BASAGLIA, 1985, p.101).

Basaglia (2010, p. 186), sustenta que o que convém compreender é o processo pelo qual o capital consegue transformar a contradição no objeto de sua auto-reparação, isto é, como se desenvolve na prática a transformação do real – a exclusão e a violência na base de todas as relações que se estabelecem na nossa sociedade – na realidade-ideológica da doença mental, onde se cria a ilusão de que o problema pode ser resolvido mediante práticas terapêuticas (psicoterapia, psicanálise, terapia ocupacional, terapia medicamentosa, etc.), quando, na realidade, jamais se enfrentou o problema pela raiz.

Prosseguindo com o raciocínio do autor, entende-se que o princípio que anulava o valor terapêutico da instituição psiquiátrica e a transformava numa instituição da violência, não estava na psiquiatria em si, mas na vocação terapêutica ou no mandato social outorgado pela sociedade. Assim, ficou claro para Basaglia que o problema consistia na tendência da organização social de delegar aos técnicos o papel de interpretar e intervir nos problemas sociais da loucura.

[...] qualquer vocação terapêutica, seja na ênfase colocada na instituição, seja no investimento social do território, condena a psiquiatria à sua presunção original: aquela de querer, todavia sem jamais conseguir, expelir, da sua ordem depurada, a carga de miséria e de pobreza que lhe é constantemente destinada (BASAGLIA & GALLIO, 1991)

Visando desmascarar o terreno ideológico sob a qual a prática e o saber psiquiátrico se sustentavam, Basaglia buscou apoio na fenomenologia existencial (especialmente Sartre e Husserl) e nas produções de Foucault e Goffman, para demonstrar que a psiquiatria tradicional estava impossibilitada de conhecer o problema social da loucura e de construir uma solução. O mérito da fenomenologia foi ter lançado uma luz crítica ao conceito de doença mental, cuja compreensão era limitada às características do corpo doente, institucionalizado, de modo que terminava por provocar um distanciamento significativo entre o psiquiatra e a existência global e concreta dos pacientes (AMARANTE, 1996, pp. 70-71). Nesse sentido, na medida em que a psiquiatria suspende a realidade social da loucura mediante um objeto fictício, a “doença”, todo processo de construir uma solução para o problema, torna-se ideológico, ou seja, todo o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, criados em torno da doença, é visto como uma moldura para encobrir a violência da prática de confinamento da loucura. Para Rotelli (2001), é esse o conjunto de aparatos que é necessário desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com a situação global na qual vivem os loucos.

O trabalho desenvolvido no hospital psiquiátrico de Gorizia, volta-se para o único ato possível quando se escolhe a ação do conflito: recusar o mandato social. Tal postura conduz a uma tomada de consciência da situação global na qual estão submetidos tanto os excluídos, quanto aqueles que excluem. Para o terapeuta, significou a descoberta de que não existe uma resposta técnica ou soluções de cunho científico para pessoas relegadas à violência institucional psiquiátrica. Isso porque, ainda que surjam novas práticas para suavizar os conflitos institucionais, ou busquem uma nova explicação para a loucura, a relação que se estabelece com o doente permanece a mesma. O louco continua objetivado como doente irrecuperável e o psiquiatra, na medida em que acata o mandato de modo submisso, ajuda o paciente adaptar-se à condição de objeto da violência. Sendo assim, Basaglia afirma que a ação de transformação em Gorizia:

só pode prosseguir no sentido de uma dimensão negativa que é, em si, destruição e ao mesmo tempo superação. Destruição e superação que vão além do sistema coercitivo-carcereiro das instituições psiquiátricas e do sistema ideológico da psiquiatria enquanto ciência para entrar no terreno da violência e da exclusão do sistema sociopolítico, negando-se a se deixar instrumentalizar por aquilo que quer negar (BASAGLIA 1968 apud AMARANTE, 1996, p. 72).

Esse modo de abordar a questão propõe que a ação seja uma negação que conduza a recusa: do ato terapêutico como resolutivo dos conflitos sociais; da condição desumana em que se encontra o doente mental; da instituição manicomial; do papel de poder do psiquiatra em relação paciente; da psiquiatria como ciência; do conceito de doença mental, da violência a qual o louco é sujeito dentro da instituição; da pretensão de neutralidade das ciências.

Entretanto, apenas recusar o papel de carcereiro da loucura não transforma o hospital psiquiátrico num lugar de tratamento. Era necessário provocar uma ruptura com a realidade adialética e alienante do manicômio, cuja solução-cura encontrava-se restrita aos ditames do conceito de doença mental, às relações de poder pré-estabelecidas pela divisão do trabalho (entre médico e doente) e aos mecanismos de repressão da instituição psiquiátrica. Assim, o primeiro passo na direção de uma prática transformadora, foi desmontar a solução institucional, uma vez que o paradigma racionalista da psiquiatria se encontrava impedido de encontrar uma solução para o problema da loucura. Segundo Rotelli (2001, pp. 25-31), a prática da psiquiatria no manicômio estava em desacordo com seus pressupostos científicos, isso porque não era o saber da psiquiatria que determinava a solução para o problema da loucura. Ao contrário, era a solução institucional (o aparato manicomial) nascida da relação entre poder e não poder, que formulava como o problema devia ser interpretado e enfrentado. Por isso, este primeiro passo, a qual Rotelli chamou de projeto de desinstitucionalização, vai se concentrar em desmontar o manicômio e tudo que ele representa – as relações de poder entre instituição, técnicos e doentes – para depois desmontar o problema, isto é, a maneira como a sociedade interpreta e intervém sobre o problema social da loucura.

O processo de transformação institucional teve como ponto de referência o modelo de comunidade terapêutica anglo-saxônica que foi a primeira ação de negação da realidade manicomial. A proposta era construir um terreno institucional mais democrático, onde se pudesse viver um novo tipo de relação entre doentes, profissionais e a sociedade, na qual o papel de transformar a instituição psiquiátrica fosse compartilhado por todos de forma equânime (BASAGLIA, 2010, p. 113). Em outras palavras, a desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional, “os técnicos ativam toda rede de relações que estruturam o sistema de ação institucional e dinamizam as competências, os poderes, os interesses, as demandas sociais, etc... (CROZIER & FRIEDBERG, 1977 apud ROTELLI, 2001, p. 31).

O trabalho de Gorizia, mediante uma dinâmica de assembleísmo, se concentrou em confrontar todas as contradições que o manicômio ocultava: 1) a função social de tutela e de controle da psiquiatria, do manicômio e do técnico na constituição da hegemonia; 2) a redução do paciente à objeto da violência; 3) o efeito destrutivo da institucionalização na saúde dos pacientes; 4) a cultura do tecnicismo, onde se percebe a busca por soluções exclusivamente técnicas; 5) a origem e o pertencimento de classe dos internos do hospital. Esses dois últimos tópicos, em particular, representavam o cerne da crítica Basagliana, pois, era sua estratégia para questionar e ir além do reformismo psiquiátrico (AMARANTE, 1996).

Em relação ao tema da cultura do tecnicismo, Basaglia se aproxima da leitura de Frantz Fanon e Antônio Gramsci, cuja influência lhe ajuda a compreender sua posição de psiquiatra politizado. Basaglia percebe que a relação institucional (médico e paciente) se baseia em papéis definidos pelo sistema, de modo que sua ação técnica só podia chegar no máximo no reformismo. Como ele era obrigado a gerir uma instituição que negava, ao menos não faria através de uma aceitação silenciosa do sistema. Deste modo, o sentido político que Basaglia deu ao confronto com a política da repressão, foi enfrentar dialeticamente as contradições do real. Isto é, foi contribuir para que os loucos tomassem consciência da sua própria exclusão e da responsabilidade que a sociedade carrega nessa exclusão, e que tivessem um espaço aberto de contestação desta realidade. É nesse espaço de liberdade, mesmo limitada, porém, de livre expressão, de não aceitação à objetificações, de confrontos entre os atores institucionais, sem a antiga divisão de papéis para cercear a subjetividade da loucura, que reside a experiência de uma ação política concreta no sentido desmistificar a ideologia médica.

Sobre o tema da situação de classe dos doentes, a equipe de Basaglia partiu da reflexão de que a relação social entre a loucura e a sociedade precisava ser resolvida de forma dialética, o que levava a seguinte conclusão: a primeira ação é o “homem, com suas necessidades, sua vida, dentro de uma coletividade que se transforma para obter a satisfação dessas necessidades e a realização dessa vida para todos” (BASAGLIA, 2010, p. 231). Neste sentido, a organização comunitária se fazia essencial, pois, sua função era construir uma comunicação real e direta entre todos os componentes (médicos, enfermeiros, pacientes e familiares), visando oferecer a experiência de fazer parte do esforço em comum que culmina com a saída de todos do hospital. É com base nessa premissa organizadora que a comunidade terapêutica vai funcionar. Assembleias eram organizadas com os profissionais e os internos para discutir o cotidiano institucional. A vida comunitária se enriqueceu com grupos de discussão e convivência, clubes

de cultura, atividades laborativas, e novas formas de vivência que aproximassem os internos da comunidade externa em termos de necessidade que só a coletividade pode satisfazer.

Para Basaglia, o trabalho executado no manicômio tinha como fim provocar um choque cultural entre a sociedade e a loucura, demonstrando que a razão da cisão entre ambos não era a doença, mas simplesmente a condição de classe ou, na linguagem de Castel, o poder contratual. Nesse sentido, a instituição se tornou mais terapêutica na medida em que os membros da comunidade tomaram consciência da exclusão social e da violência presente na dinâmica da estrutura social, e a partir disso começaram a assumir a responsabilidade de combatê-las e dialetizá-las. É da valorização das necessidades e das alternativas, explorada de forma coletiva, que reside o conteúdo político da experiência de Gorizia (BASAGLIA, 1985, p. 127; BASAGLIA, 2010, p. 115).

Assim, a grande descoberta da experiência de Gorizia foi ter demonstrado que o encontro entre o louco e a sociedade, só é possível se ele for livre e se todos os membros da comunidade se encontrarem num plano de liberdade e responsabilidade (GOULART, 2007, p. 40). Instaura-se um trabalho político, organizado a partir da base, no sentido de que, “em vez de apresentar-se como um esquema a qual a vida comunitária deveria aderir, seria a própria vida comunitária que criaria uma ordem nascida das suas exigências e das suas necessidades” (BASAGLIA, 2010, p. 111). A partir da organização comunitária, Basaglia criou uma prática política de democracia de base, onde substituiu os esquemas burocráticos que cristalizavam a relação institucional por um organismo popular que, de fato, deu os primeiros passos em direção a uma política voltada para libertação da loucura. Ao contribuir para que as contradições fossem vividas dentro e fora da comunidade terapêutica, o grupo de Gorizia forçou a sociedade a se posicionar frente a uma contradição fundamental: afinal, o problema da loucura deveria ser resolvido com tratamento ou tutela? Dito de outro modo, o papel do organismo popular nascido na CT, foi esclarecer, de forma gradual, à sociedade sobre a necessidade de enfrentar o problema social da loucura remetendo-o a origem das contradições, no esforço de usar cada mediação para combater os poderes e instituições (instituição psiquiátrica, justiça, burocracia, etc.) que afastam a sociedade de assumir a responsabilidade para com a loucura.

Entretanto, Basaglia menciona os limites do projeto de desinstitucionalização em Gorizia. Segundo o autor, a comunidade terapêutica surgiu como uma estratégia de recusa da situação dada, que por sua vez, viveu seu limite quando desmontou o manicômio e o que ele representava, porém, não foi além da função contestatória, da fase da negação – o hospital se

tornou aberto para sociedade, mas sua existência não foi abolida. Embora a comunidade interna e parte da comunidade externa tenham tomado consciência do papel da superestrutura na exclusão da loucura, percebe-se que o louco ainda continuava sendo objeto da violência na medida em que era um homem sem poder econômico, social e contratual, ou seja, sem os direitos fundamentais para exercer sua cidadania (BASAGLIA, 2010, pp. 107-108). Deste modo, a pergunta que Basaglia se fez é, como socializar a prática política de Gorizia enquanto a característica constitutiva da loucura continua sendo a privação de bens e a de poder contratual? (BASAGLIA, 2010, p. 243).

O quadro político também era desfavorável no período em que a experiência de Gorizia amadureceu. Em primeiro lugar, porque, a correlação de forças sociais que havia se formado na Itália era corolária do pacto Keynesiano-fordista, que se manifestou através de um projeto societário de expansão econômica com ressalvas. Estas representavam o nível de influência da hegemonia Estadunidense que exigia dos seus aliados, em troca de apoio econômico – via plano Marshall –, uma postura política dentro limites da democracia burguesa. O que significava que a Itália – e a classe trabalhadora – deveria respeitar unilateralmente as regras do jogo político de uma democracia formal, sem a hipótese de avanço em torno de uma democracia mais participativa. Nesse cenário, o partido governista Democrita Cristão, visando manter o compromisso com o pacto Keynesiano-fordista e com a burguesia nacional, adotou uma política de coalização partidária com os partidos de esquerda. O resultado foi uma correlação de forças no terreno político-institucional que restringiu o movimento dos partidos de esquerda (Partido Comunista e Socialista) à ação parlamentar e a política de alianças, necessárias para impor reformas no interior do Estado. Segundo Magri (2014, pp. 171-185), o PCI, nesse período (até o fim da década de 1960), estava dividido entre a estratégia parlamentar e a tarefa de elevar a luta de classe no sentido de fortalecer o embrião da democracia de base. Todavia, a primeira opção acabou prevalecendo.

Em segundo lugar, a decisão do PCI de restringir a luta a ação parlamentar, significou sua aceitação as regras de uma formação social liberal democrática, o que condicionou os métodos de execução das reformas políticas (MAGRI, 2014, p. 175). Assim, concordamos com Passos (2009, p. 144), quando ela diz que a situação italiana era uma forte candidata a um tipo de resposta assistencialista e planificadora do Estado (leia-se centralizadora e burocrática), pois, ao nosso ver, sem organismos de base popular para exercer o controle social, a tendência era entregar a responsabilidade das reformas aos especialistas. No campo da saúde mental, já conhecemos as implicações desse modo de fazer política, significa, nas palavras de Basaglia

(2010, p. 94) “ampliar as fronteiras da exclusão”, ou, simplesmente a abertura para uma enxurrada de teorias e práticas de psicanálise e psicologia, que virão com a finalidade de mascarar o caráter histórico e social dos conflitos.

Em terceiro lugar, tanto os partidos como as centrais sindicais, possuíam uma organização política nos moldes de uma estrutura de gestão vertical, baseada numa hierarquia de poder que atuava para controlar os impulsos reivindicativos que emergiam da sociedade e de sua própria base social (MAGRI, 2014, p. 185; BUBBICO, 2018). Em quarto lugar, diz respeito ao nível da correlação de forças sociais daquele contexto. A luta dos sindicatos, segundo Berlinguer (1983), estava limitada dimensão econômica-corporativa, visto que até o problema referente a saúde do trabalhador nas fábricas, ou seja, os acidentes de trabalho e as doenças profissionais, eram tratados em termos de ganhos materiais, ao invés de aprofundar a necessidade de políticas de prevenção em saúde. Deste modo, na visão de Basaglia (1979), os sindicatos não tomavam posição frente aos problemas de saúde, os quais estavam ligados aos problemas de assistência geral que o Estado dava.

Já no período de 1971, em que se inicia a experiência de desmonte do hospital psiquiátrico de Trieste (a fase da territorialização), observa-se um quadro político em profunda mudança em relação ao contexto de atuação em Gorizia. Segundo Hobsbawn (1995, pp. 279-280), os alicerces do padrão keynesiano-fordista começaram a dar sinais de desgaste, quando o equilíbrio entre o crescimento da produção e a capacidade dos consumidores, foi abalado por consequência da própria dinâmica de acumulação do capital e da luta de classe no contexto já de capitalismo tardio. A saber, foi inicialmente a desaceleração econômica que forçou a classe proprietária italiana a reagir com medidas de contenção ou redução do salário real, demissões, exportação de capital, intensificação do trabalho (MAGRI, 2014). Em tal situação, o setor da classe trabalhadora que estava integrado e satisfeito com o pacto keynesiano-fordista, viveu um momento de mal-estar social que não podia ser combatido pelo Estado com reformas sociais, uma vez que a fase era de crise econômica e fiscal.

Para explicar o processo de transição da aparente inércia da classe trabalhadora no período do segundo pós-guerra até os acontecimentos do maio de 1968 e do outono quente italiano, Navarro (1993, p. 15) sustenta que as reformas advindas da era de ouro do capital não cooptaram a classe trabalhadora italiana. Embora esta tenha restringido à sua estratégia política aos limites da ideologia Keynesiana, igual fez a social democracia, que se concentrou na defesa dos seus interesses corporativos – na socialização do consumo – e permitiu que os partidos e

sindicatos institucionalizassem a luta de classe (PRZEWORSKI, 1988). Ainda assim, as reformas fortaleceram o movimento dos trabalhadores e lhe permitiu rebelar-se no pós-68 contra as opressivas condições de trabalho que resultaram das medidas do capital de intensificação da produção e de controle salarial estabelecidas pelo Estado (NAVARRO, 1993). A prova disso, é que com a crise do modelo econômico Keynesiano, a legitimidade política dos partidos e das centrais sindicais foi contestada pela classe operária e, desse modo, produziu-se uma nova correlação de forças sociais.

Essa nova correlação de forças sociais pode ser caracterizada através de dois grandes movimentos de contestação que tornaram o quadro político favorável à negação e superação da instituição psiquiátrica em Trieste. O primeiro foi a explosão do movimento estudantil em 1968, que irrompeu quando a acelerada industrialização produziu o fenômeno escola de massa, sem a contrapartida de reformas ou financiamento adequado. A situação do sistema educacional revelava um quadro bastante caótico: o mercado de trabalho não tinha capacidade de absorver o número crescente de graduados; a expansão da oferta de serviços em educação, sem planejamento, resultou num modelo de ensino que produzia uma formação profissional limitada e inadequada para as funções que o mercado exigia; o sistema educacional não era democratizado, pois, possuía um forte caráter classista, que submetia as classes subalternas a um ensino midiático e repetitivo, enquanto delegava aos centros de excelência a tarefa de transformar os filhos da burguesia em profissionais qualificados (MAGRI, 2014, p. 204; BERLINGUER, 1987, p. 59).

A partir desse contexto, o movimento estudantil difundiu-se por todo país, com a finalidade de reformar o ensino e a condição do estudante. A princípio, o movimento era restrito ao setor da educação, porém, com o desdobramento da luta política, por meio das ocupações universitárias, foram incorporados novos elementos que enriqueceram sua visão estratégica. Segundo Goulart (2007, p. 50), o movimento passou a se organizar em assembleias, grupos de trabalhos, cursos informais, e a produzir boletins informativos. Daí em diante, nasceu o principal ponto de convergência entre o movimento estudantil e o movimento antimanicomial. De acordo com Magri (2014, p. 196), os estudantes foram capazes de identificar que a fonte do mal-estar social da massa estudantil, estava relacionada com a maneira autoritária como a ordem social capitalista reproduz sua dominação. Com essa tomada de consciência, o antiautoritarismo se tornou o grande recurso do movimento, porque permitiu unir, de modo não corporativo, as exigências e motivações diversas, e reconhecer outros conflitos que estavam em

desenvolvimento naquele momento como o feminismo, a luta contra o racismo e o imperialismo, a luta antimanicomial, etc.

De certa forma, o movimento estudantil criou condições para que a experiência Triestina e outras ultrapassem os muros do manicômio, de duas formas: propondo a democracia direta, de maneira que o povo gerisse, verdadeira e diretamente, as estruturas assistenciais; garantindo espaço universitário para divulgação da luta anti-institucional e antiautoritária do movimento antimanicomial (GOULART, 2007, p. 51)

O segundo movimento de contestação foi o de base operária, que teve uma primeira fase de ondas de greves e ocupações de fábrica com a finalidade de defender os interesses corporativos da classe trabalhadora. Entretanto, por mais importantes que tenham sido esses movimentos, os que verdadeiramente foram reconhecidos como ameaçadores à ordem, foram os movimentos que surgiram na segunda fase. Vale dizer, com a crise de hegemonia do modelo Keynesiano, seguido do enfraquecimento do papel centralizador dos partidos e sindicatos, a luta de classe se abriu para novas tendências (NAVARRO, 1993). No ponto de vista do capital, a palavra crise servia como justificativa para toda e qualquer odiosa medida econômica e política que esmague a vida dos trabalhadores. Mais trabalho, menos salário, mais exploração e menos consumo, fim às graves, demissões em massa, medidas voltadas para reestruturação da produção. Significava, para os trabalhadores, que o Estado e o grande capital estavam tentando impor uma política de sacrifícios, uma espécie de enxugamento da máquina estatal (TARI, 2019, pp. 25-27).

Diante de um quadro de crise econômica, os movimentos operários passaram a reivindicar não só aumento de salários, como também exigiram a redução do verticalismo sindical e o controle operário sobre o processo de trabalho e as mudanças no modelo de produção, isto é, os trabalhadores queriam controlar os processos de reestruturação da produção para contornar as demissões e impedir o aumento da exploração (NAVARRO, 1993). Trata-se de um momento em que a situação política se tornou mais descentralizada, o que abriu espaço para maior controle popular. No âmbito sindical, a iniciativa de baixo, mediante a formação de conselhos de fábrica, deu um caráter mais profundo as suas exigências políticas, ao voltar-se para relações de poder no local de trabalho (MAGRI, 2014, p. 200).

O que essa reviravolta significou em termos de vantagem política para o movimento antimanicomial que surgiu da iniciativa de Basaglia em Gorizia? Podemos dizer que a classe operária passou a se interessar pelos processos decisórios no ambiente de trabalho (por

exemplo: jornada de trabalho, condições de trabalho, políticas de emprego, saúde do trabalhador, reestruturação da produção, etc.) e os sindicatos e grandes partidos deixaram-se penetrar por essas reivindicações para poder representa-los. Por causa desse cenário de descentralização política e aumento da participação social, constituiu-se uma possibilidade de estabelecer uma ligação não só entre o movimento antimanicomial com os líderes sindicais e de partido (PCI, principalmente), mas também com a base, o que fazia aumentar o grau de penetração das ideias de Basaglia na consciência das massas.

Outra mudança de grande importância que vai potencializar o surgimento de iniciativas políticas locais e de base popular, foi a introdução dos governos regionais nos anos 1970, com conselhos eleitos com o poder de legislar em áreas como saúde, assistência social, planejamento urbano, obras públicas e dentre outros. O resultado foi o surgimento das administrações de esquerda na “região vermelha” da Toscana, Úmbria e Emília-Romanha (DUGGAN, 2017, p. 663; DUGGAN, 2016, pp. 301-302).

O processo de desinstitucionalização que ocorreu em Trieste entre 1971 e 1978, tem como característica um projeto de socialização dos problemas da loucura que até então eram mantidos afastados da sociedade. Mesmo em Gorizia, os problemas continuavam sendo geridos no interior da comunidade terapêutica, de modo que fora desse ambiente, ainda não existiam as condições concretas e materiais (habitação, renda, alimentação, assistência comunitária, etc.) necessárias para os loucos travarem a luta histórica por sua cidadania. Desse modo, quando Basaglia assumiu a responsabilidade pelo hospital psiquiátrico de Trieste em outubro de 1971, a convite da administração local de centro-esquerda, foi com o objetivo de estender a luta contra a exclusão da loucura a todos os setores da vida social.

Nesse momento, Basaglia faz uma leitura analítica da situação política local e nacional, que vai ser determinante para formação da sua estratégia de reforma psiquiátrica:

a disponibilidade da administração da província para apostar numa reestruturação da organização dos serviços psiquiátricos, embora parcialmente determinada por circunstâncias particulares, encaixava-se no quadro global nacional de reformas institucionais, em grande parte mais projetadas que realizadas. Tal disponibilidade comportava a possibilidade de aprofundar e acelerar a transformação da instituição, que, todavia, continuava a movimentar-se num terreno minado, no qual os obstáculos jurídicos, econômicos e ideológicos permaneciam inalterados, até mesmo dentro de um programa que se dispunha a superá-los (BASAGLIA, 2010, p. 244).

De maneira geral e muito por conta dos movimentos de contestação política de 1968/1969, produziu-se uma nova correlação de forças sociais muito diferentes daquela dos

anos 1950 e 1960. Ao invés do PCI e sindicatos lutarem pela socialização do consumo, voltou-se a questão dos meios de produção, do controle do processo produtivo, cuja pauta tinha sido abandonada pela social democracia (NAVARRO, 1993). Durante a década de 1970, o processo reivindicatório da base operária e popular deu resultado: foram aprovadas legislações sobre aposentadoria, pensões, habitação pública, salários indexados à inflação (DUGGAN, 2017). Ampliou-se os direitos dos trabalhadores no local de trabalho, fortalecendo os sindicatos e trabalhadores, permitindo-lhes influir em decisões empresariais sobre novas reestruturações e introdução de novas tecnologias (NAVARRO, 1993). Contudo, embora fosse um cenário otimista, tanto no âmbito nacional, quanto local, Basaglia não perde de vista o risco do projeto de desinstitucionalização se converter numa proposta reformista semelhante ao setor francês. Isso porque, por trás da oportunidade dada pela administração local, havia todo um aparato ideológico-jurídico, administrativo e assistencial organizado com base na lógica da repressão e da exclusão. Desse modo, o pacto pela mudança que Basaglia formou com o governo Triestino, incorria no perigo do processo de reforma assumir características de revolução passiva, caso não fosse criado um controle de base da ação do técnico (BASAGLIA, 2010, p. 244).

Então, em invés de esperar uma reestruturação administrativa ou a regulamentação reformada das relações com a organização médica, assistência e demais poderes, que inevitavelmente resultaria num projeto burocrático. O trabalho de desinstitucionalização partiu de uma gestão de base que escolheu o caminho artesanal: ele mobilizou todos os atores envolvidos na instituição, usou os mesmos espaços e recursos, com o intuito de desmontar o manicômio e, aos poucos, ir construindo uma nova política de saúde mental. Segundo Rotelli (2001, p. 35-37), as estruturas e o modo de trabalhar nos quais se concretiza o novo sistema de saúde mental, não nasce a partir da intervenção de forças externas e de reformas governamentais, mas através dos recursos institucionais e financeiros do manicômio e da mobilização de todos os atores interessados (técnicos, doentes e familiares) em responder conjuntamente a totalidade das necessidades de saúde mental de uma população determinada. Com essa tática, Basaglia demonstrou que a única forma da crítica antinstitucional se realizar, era por meio da vida prática de uma organização comunitária, que não hesitasse em ter uma relação orgânica entre técnicos e forças sociais, a fim de oferecer uma alternativa à instituição psiquiátrica. Do contrário, não haveria como abrir processos críticos à realidade institucional pré-constituída.

A experiência de Trieste parte de uma organização comunitária na instituição com o objetivo de reconstruir a cidadania dos internos. Buscou-se restabelecer a relação de troca social

dos sujeitos internados com a sociedade por meio da recuperação de recursos econômicos e jurídicos indispensáveis à condição de membro do corpo social (por exemplo: reativando alojamentos e pensões, buscando locais de trabalho, criando espaços de convívio e cultura, fornecendo subsídios, etc.). Assim, a equipe de Basaglia trabalhou com a ideia de abrir espaços na sociedade que se configurassem como instâncias abertas à comunidade, não mais exclusivas ao setor psiquiátrico, mas um lugar de encontro entre ex-internos, pessoas da cidade e novos sujeitos com questões de saúde mental, que pudesse se desdobrar num espaço de reconhecimento das necessidades e das opressões em comum (BASAGLIA, 2010, pp. 244-258). Dito de outro modo, as classes subalternas⁶, compostas de grupos oriundos da classe trabalhadora, marcados pela desagregação social e subordinação aos valores dominantes, necessitava de territórios virgens (leia-se lugares livres de relações institucionais pré-constituídas) onde pudessem progressivamente descobrir interesses em comum e constituir alianças.

É dessa fase (Gorizia e Trieste) que nasce a noção de território formulada por Basaglia. Para os italianos, o território indica a comunidade, o espaço geográfico e cultural onde transcorre a vida do cidadão e, no caso, do usuário dos serviços psiquiátricos (BARROS, 1994, p. 127). Com Basaglia (2010, p. 242), o território ganha uma dimensão mais profunda. Trata-se do lugar da plena expressão das contradições de classe, é o espaço real da dialética e do confronto, onde reside a produção de subjetividades e políticas diversas no campo da saúde mental. Em outras palavras, é o espaço político aberto para a ação e representação de novos sujeitos sociais – partidários do setor, basaglianos, defensores da psiquiatria tradicional, antipsiquiatria, etc. –, o que não existia quando a loucura era monopolizada pela psiquiatria asilar.

O processo de desinstitucionalização impõe a necessidade de agir em mais de uma frente, visto que o processo gradual que libera a psiquiatria e seu objeto da necessidade de internação, depende da construção de respostas inteiramente substitutivas. Em outras palavras,

⁶ Para Gramsci, como afirma Joseph A. Buttigieg no Dicionário Gramsciano, é inútil tentar formular uma definição precisa de “subalterno” ou de grupo subalterno, pois segundo o autor, tal termo não constitui uma homogeneidade. Logo, a categoria classes subalternas compreende muitos outros componentes da sociedade, além da classe operária ou do proletariado. Dentre os elementos mais marcantes sinalizados no pensamento Gramsciano sobre as classes subalternas, podemos destacar a fragmentação, “desagregação” e falta de uma coesão. Os indivíduos pertencentes aos grupos subalternos possuem diferentes etnias, culturas e religião. São grupos que historicamente não apresentam uma homogeneidade no âmbito político-institucional, o que os torna susceptíveis de sofrerem influências das classes dominantes, como por exemplo, cita o autor, no ocorrido durante a Revolução Francesa (LIGUORI & VOZA, 2017, p. 746-749).

era necessário substituir a relação de tutela pela de cidadania, sem poupar nenhuma esfera da vida social. Assim, criaram-se serviços territoriais geridos pela própria comunidade para atender a totalidade das demandas sociais dos pacientes. Isso não significa que o papel do especialista foi recusado, mas que as exigências do coletivo se uniram as possibilidades técnicas e científicas, ao invés da velha cultura tecnicista que monopolizava o saber e a prática. Os serviços territoriais eram: os centros de saúde mental, as cooperativas de trabalho, as moradias compartilhadas, clubes, bares, os comitês populares de controle social e dentre outros (BASAGLIA, 2010, pp. 248-252).

Na medida em que a experiência vai assumindo uma validade concreta e o integrar-se no território, ainda marcado pela cultura do manicômio, atinge um determinado limite de recursos financeiros e de pessoal, tem-se a busca por uma participação generalizada capaz de suportar com os técnicos e os grupos subalternos (pacientes, ex-pacientes, novos doentes, familiares etc.) o peso da ruptura da instituição (BASAGLIA, 2010, p. 252). É nesse momento que a luta democrática da reforma psiquiátrica estabelece um salto de qualidade. Segundo Minguzzi (1977, p. 79), o grupo Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), nasceu em 1973, com o propósito de ampliar a relação do movimento antimanicomial com as massas populares e a maneira de se conseguir essa ligação, foi resolver através de uma relação com os sindicatos e partidos de esquerda. Deste modo, o PDI, que era formado por pessoas progressistas ligadas a psiquiatria e a política, buscou ocupar espaços nas universidades, partidos e sindicatos para criar uma ligação de diferentes focos de iniciativas anti-institucionais e mudar a opinião pública. O momento era propício dado o estado atual da luta de classe e da descentralização política, que aproximava os atores políticos para os problemas locais (GOULART, 2007, p. 83).

A estratégia adotada pelo PDI para conquistar o apoio das organizações populares, foi demonstrar a essas organizações que a classe de origem dos pacientes era a classe operária, de modo que a internação era o único destino de todo trabalhador mentalmente adoecido que não pudesse conservar seu poder de compra. Como a sociedade ainda enxergava o problema da loucura por meio da ideologia médica, foi preciso demonstrar na prática que era possível uma assistência diferente e que o louco não era irreversível e perigoso. Sem essa verificação concreta, o discurso anti-institucionalista seria nada mais que utópico e irrealista. Portanto, foi essa iniciativa de ação prática que permitiu conquistar pouco a pouco o suporte político dessas organizações, até que a experiência se expandiu a ponto de as organizações populares controlarem o processo de reforma psiquiátrica (BASAGLIA, 1979, pp. 114-123).

Na fase do espraçamento, o PDI cumpriu o papel de ator político, organizativo e representativo, conquistando posições estratégicas nas administrações locais e no Estado. Tal meta foi alcançada em virtude de um trabalho de construção de alianças que mobilizou a mídia (televisão, jornais, revistas, periódicos) e diferentes atores políticos (profissionais, movimentos de esquerda, de operários, de estudantes, partidos políticos, associações civis, grupos de usuários e familiares, sindicatos de esquerda). Pode-se dizer que foi a ação original, fundada nas experiências Goriziana e Triestina de protestos públicos e intervenções institucionais e comunitárias, que sustentou toda uma rede de relação de movimentos. Assim, muitas experiências se espalharam pelo território italiano com o apoio do PCI e outros partidos de esquerda: Perugia, Arezzo, Parma, Região-Emília, dentre outras.

Os frutos dessa união de forças sociais e políticas levou o parlamento a aprovar a lei 180 de 1978 que representou, pelos menos no âmbito legal, uma resposta política as duas contradições fundamentais da instituição psiquiátrica. O problema da loucura é uma questão de: “tutela ou tratamento?”, “saúde ou justiça penal?”. Na concepção de Barros, a lei 180 reafirmou:

a centralidade do território como lugar onde deve ser desenvolvido o tratamento, descentralizou a assistência e revolucionou a legislação psiquiátrica. Dessa forma, o locus específico da cura foi deslocado das estruturas hospitalares para as chamadas estruturas intermediárias (os serviços de saúde mental, grupos-apartamentos, cooperativas e oficinas de atividades artísticas). Contudo, a descentralização da atenção psiquiátrica não significou o único aspecto inovador, pois altera profundamente (pelo menos ao nível teórico) a lógica psiquiátrica vigente ao deslocar a ênfase posta na custódia do louco e proteção da sociedade para a necessidade de criação de serviços capazes de assistir o cidadão em sua “crise”, oferecendo condições para que ele possa permanecer no interior das relações que lhe substanciam a existência na comunidade na qual é membro (BARROS, 1994, pp. 127-128).

Assim, a lei 180, expressando forte caráter popular, ao contrário da lei Mariotti, trouxe vários avanços: 1) decide pelo tratamento sanitário para questão social da loucura ao invés da tutela repressiva; 2) nega definitivamente as velhas normas e rótulos que caracterizam o louco como perigoso e irrecuperável, o que implica na superação do conceito de periculosidade social, que foi o grande parâmetro de avaliação da necessidade de internação psiquiátrica; 3) interrompe o canal de entrada dos novos doentes no manicômio; 4) proíbe a construção de novos hospitais e novas internações psiquiátricas; 5) determina o esvaziamento gradual dos hospitais psiquiátricos existentes; 6) inverte a ótica da condição do internado associado ao estigma da psiquiatralização para transformar-se em direito a uma solução que não seja o manicômio; 7) a lei deslocou o poder dos magistrados de supervisionar os serviços sanitários

para a autoridade administrativa da política de saúde local; 8) a abolição da Lei Giolitti de 1904 que previa o tratamento em instituições manicomiais e a internação compulsória (BARROS, 1994, p. 128).

A partir desses avanços, o doente mental adquiriu o status de cidadão e o tratamento de saúde, em liberdade, passou a ser visto como um direito. Deste modo, a Lei 180, produziu um verdadeiro impacto na sociedade, pois, a proposta de superação do conceito de periculosidade do louco, serviu não só para questionar os parâmetros de avaliação da necessidade de intervenção psiquiátrica, como também para desinstitucionalizar o aparato legal e institucional que regulava os sequestros arbitrários, isto é, as internações compulsórias (ibidem). Enfim, a lei trouxe alguns pontos importantes que, em tese, resolvia alguns problemas sociais da loucura, mas não necessariamente todos, visto que a cidadania plena do louco dependente da libertação deste por uma situação potencialmente revolucionária.

Entretanto, é importante levar em conta que a crise da instituição psiquiátrica não chegou ao seu derradeiro. A Reforma Psiquiátrica italiana produziu uma polarização na política de saúde mental que antes era monopolizada pela lógica manicomial. Em tal situação, o problema da loucura é posto para ser resolvido no território, o que equivale a socialização do problema-solução e ao desenvolvimento de tendências contraditórias. Por um lado, diversificaram as estratégias de luta contra segregação e repressão psiquiátrica. Por outro lado, segundo Castel (1977, p. 59), o território pode ser retomado por uma ideologia muito tecnicista e tecnocrática do problema da gestão da saúde mental, assim como ocorreu no setor francês.

Para Basaglia (2010), o hospital psiquiátrico continua a existir numa forma mais atualizada, humanizada e medicalizada, uma vez que a abolição dos manicômios não impede a interrupção da cadeia de psiquiatralização do sofrimento, nem a cultura do tecnicismo. Deste modo, na medida em que a psiquiatria e outras especialidades foram liberadas das funções arcaicas de controle social, surgiram significativas adaptações dos aparatos médico-psiquiátricos à nova realidade do sistema de saúde mental. Por exemplo: o terapeuta privado; o ambulatório; o setor hospitalar; as comunidades terapêuticas; as clínicas privadas de psiquiatria, psicanálise e psicologia; indústria de medicamentos e entre outros.

A experiência italiana nos ensina que a aprovação de uma lei nacional antimanicomial não garante que o Estado vai conseguir efetivar uma reforma psiquiátrica no mesmo sentido dado por Basaglia. Ainda mais quando se trata da formação social italiana que, segundo Passos (2009, p. 127), tem uma tradição histórica de pluralismo e independência cultural e política no

âmbito local e regional, que inviabiliza uma política centrada nacional. Não é à toa que o processo italiano foi muito mais conflituoso e multifacetado que os outros países da Europa. Vale dizer, a Reforma Psiquiátrica italiana não procedeu de maneira uniforme. Em várias cidades onde não houve uma ação política de base popular, a transformação institucional teve como inspiração a psiquiatria de setor francês e o modelo de comunidade terapêutica anglo-saxônica. Além disso, nas regiões do sul, onde é baixa a participação social, por razões de ordem econômica e política, o processo de reforma se mostrou incipiente e lento.

Podemos concluir que o processo de territorialização ou de expansão do controle psiquiátrico numa sociedade capitalista madura, tende a uma gestão burocrática e tecnicista do problema social da loucura, caso esse processo não seja interrompido ou confrontado por organismos populares capazes de criar um controle de base. Se o território representa o pluralismo político no campo da saúde mental, a única maneira de combater o corporativismo e reformismo na sociedade civil, ou seja, de articular hegemonia e pluralismo, é através da articulação entre os organismos populares de democracia de base (criados de baixo para cima) e mecanismos tradicionais de representação política indireta (como os parlamentos). O que distingue a experiência triestina, que conseguiu abolir o manicômio, foi ter conseguido criar formas de representação política direta para pressionar os sujeitos coletivos para uma direção geral e unitária. A fórmula de gestão de base foi a organização comunitária e os comitês populares de controle social.

Por fim, consideramos importante fazer uma breve recapitulação do conceito de desinstitucionalização para não deixar dúvidas acerca das suas diferenças em relação a ideologia de desospitalização, que nos anos 1950/1960, passou a orientar a política de saúde nos países centrais, pois oferecia uma saída reformista e conservadora para o problema do gigantismo hospitalar que sinalizava um desequilíbrio entre despesa e nível de saúde de uma população.

De acordo com Berlinguer (1988), na segunda metade do século XX, havia uma pressão industrial e profissional para o aumento de gastos sanitários que rendem dinheiro, enquanto havia contrapressão na sociedade por ações que rendem saúde. O gigantismo hospitalar era uma consequência da pressão de interesses econômicos sobre a cultura da medicalização da vida social⁷, que segundo Machado (et al., 1978), representa o momento em que a instituição médica,

⁷ O conceito de medicalização reduz o indivíduo à sua dimensão biológica (resume o sujeito à doença) e associa o adoecimento à problemas da máquina humana que a assistência médica e hospitalar resolve, retirando do campo de possibilidades terapêuticas, ações políticas de natureza não-médica que chamem a atenção para

por intermédio do Estado, se encarrega de maneira positiva da saúde da população, de modo que a sociedade aparece como passível de regulamentação médica. E administrar a organização social num ponto de vista médico, exige que a medicina produza um saber científico capaz de determinar a causa das doenças e de transformar esse diagnóstico em intervenção terapêutica. Foi a partir desse esquadramento que a medicina realizou sobre a sociedade capitalista, oferecendo um saber médico aparelhado capaz de reduzir as causas sociais do adoecimento físico e mental à ordem biológica e psiquiátrica, e de se articular a um tipo de prática centrada na cura individual, que as relações de necessidade e consumo em saúde se entrelaçaram.

No âmbito da sociedade industrial e do consumo, observa-se uma complexa relação entre diversas instituições sociais como a medicina, indústria, comércio e o Estado; que segundo Cordeiro (1980, p.60), se expressa em uma crescente hipertrofia da intervenção das instituições. A ideia de que a saúde poderia ser comprada como um produto, mediante o consumo de tecnologias, medicamentos e serviços médicos, se encaixou perfeitamente na sociedade capitalista moderna e industrializada, pois era compatível com a fetichização das relações sociais capitalistas. A ordem social capitalista, por ser incapaz de atender a demanda por bens materiais a todos os consumidores, os substitui por serviços que tem uma eficácia limitada no que tange a melhoria das condições de saúde da população. Desse modo, ao invés da sociedade dar maior importância à fatores sociais ligados a melhoria das condições de saúde como: nível de renda, educação, alimentação, saneamento básico, moradia, práticas de higiene, etc., a lógica predominante que regula a relação entre demanda e oferta na área da saúde, é a do mercado que tende ao caráter de terceirização do problema-solução, ou seja, de institucionalização do cuidado à saúde e doença (pela medicina), onde substitui a resolução direta dos fatores sociais que determinam os níveis de saúde, por serviços e tecnologias de saúde que não atingem o cerne do problema. Dupuy e Karsenty, interpretados por Cordeiro (1980, pp. 62-63), compararam a mercadorização da área da saúde à uma sociedade das próteses, que substitui a ação pessoal direta por relações mediadas por coisas, que paralisam a capacidade autônoma do indivíduo de se relacionar com ambiente social e o torna dependente de bens e serviços dispensados pelo mercado ou o Estado.

Nesse sentido, o estudo de Berlinguer (et. al., 1988), apontou os riscos, caso a concepção mercadológica de saúde não seja combatida:

necessidade de promover uma maior qualidade de vida da população através da ampliação da cidadania, o que envolve o acesso à políticas sociais como moradia, alimentação, trabalho, educação, cultura, lazer, saneamento básico, etc.

certamente, também há necessidade de tecnologias mais aperfeiçoadas, de novos produtos e aparelhamentos, com objetivos diagnósticos, terapêuticos e preventivos. Mas nos arriscamos a entrar em uma espiral sem fim, de tecnologias cada vez mais dispendiosas e sofisticadas, de despesas sempre crescentes, de benefícios sanitários cada vez mais escassos e, em contrapartida, de danos iatrogênicos cada vez mais difundidos (BERLINGUER et. al., 1988, p. 22).

Portanto, o mal de transformar os serviços de saúde em um negócio é que a saturação de um hospital tem o mesmo valor econômico de um shopping center cheio, isto é, quanto maior a taxa de saturação, maior é o benefício de quem investiu na indústria da saúde. Nesse sentido, a indústria da saúde segue um caminho contrário ao que seria uma política de saúde eticamente compromissada com a qualidade de vida de uma população, que tem por prioridade buscar métodos que gerem benefícios sanitários, ao invés de métodos mais rendosos que visam mais a manutenção da clientela do que a resolutividade dos problemas de saúde.

A estratégia de desospitalização, defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1950, se pauta numa abordagem sistêmica para tentar reequilibrar em termos políticos, econômicos e éticos, a relação custo/benefício da organização sanitária. Portanto, se o conceito de desospitalização municia uma política, esta não tem por natureza interferir radicalmente na esfera de produção e consumo, a fim de implementar políticas que partam do princípio da desmercadorização dos direitos sociais. Ao contrário, seu propósito é articular os interesses econômicos e políticos que disputam a hegemonia da política de saúde, sem prejudicar as condições de acumulação do capital no setor saúde. Tanto é que a cultura da medicalização não vai sofrer uma transformação profunda no sentido da política de saúde hospitalizante e curativista ser gradualmente substituída por uma de caráter predominantemente preventiva que vise sanear a esfera de produção e consumo para adoção de uma sociabilidade menos danosa à vida humana. A premissa da desospitalização é reduzir os custos da hospitalização sem haver uma perda considerável de mercado, pois a relação custo-benefício se torna desproporcional, na medida em que o custo da produção do serviço ultrapassa a renda do hospital na sua fase de saturação. Impasse que foi resolvido com a descentralização dos serviços de saúde em unidades menos volumosas (ambulatórios, policlínicas, consultórios, laboratórios, etc.).

No campo da saúde mental, a desospitalização se expressa na tentativa de humanizar o hospital psiquiátrico, reduzindo o número de leitos e o tempo médio de internação, aumentando o número de altas, mas, sem exigir a extinção da internação em hospital psiquiátrico, e criando serviços intermediários que exerçam basicamente a mesma função do manicômio: psiquiatrização dos problemas sociais, controle, segregação, classificação dos pacientes

conforme a nosologia das doenças mentais, e hegemonia do poder médico sobre o processo de conhecimento e intervenção terapêutica. Para Amarante (1996), embora a desospitalização opere uma crítica ao sistema psiquiátrico, em virtude deste ser centrado na prática hospitalar, contudo, não questiona o saber psiquiátrico que legitima a tutelarização do louco. Portanto, com a política de desospitalização, o projeto de medicalização formulado pela psiquiatria não sofreu uma ruptura com o paradigma psiquiátrico tradicional. Prosseguindo com esse ponto de vista, entende-se que a falência do sistema psiquiátrico, no que tange ao provimento da cura e reabilitação dos usuários, estava relacionada mais com a má gestão dos recursos do que com a natureza da assistência. Tanto é que a solução encontrada para o problema foi o entendimento de que o manicômio de grande porte além de ser oneroso, não cumpria com a função terapêutica de reconduzir os internos à sociedade. Deste modo, era necessário a criação de serviços intermediários que funcionassem num sentido de “passagem” entre o hospital psiquiátrico e a comunidade. A relação entre o hospital psiquiátrico e os serviços intermediários era, portanto, de cooperação e de possibilidade de os usuários transitarem entre ambos os serviços, contudo, a dinâmica dessa relação depende do contexto político de cada país.

A desinstitucionalização difere da desospitalização nos seus objetivos, meios empregados e até na estratégia política se tivermos como referência o processo social de desconstrução do sistema psiquiátrico ocorrido na cidade de Trieste na Itália nos anos 1970. Em suas intenções, ficou claro que sua proposta era: a superação gradual da internação psiquiátrica até sua extinção; a ampliação da cidadania das pessoas consideradas loucas, de modo que lhes fossem garantidos todos os direitos que um cidadão comum desfruta; a liberdade das pessoas viverem sua existência-sofrimento de forma mais ativa sem sofrer com restrições dos seus direitos de cidadão. No que diz respeito a desospitalização, como não há uma ruptura com o paradigma psiquiátrico, o conceito de doença mental impõe limites aos direitos do cidadão, isso porque mesmo que as pessoas possam viver fora do manicômio, a liberdade é exercida de forma passiva nas diversas esferas da vida social, pois o louco continua preso a uma relação de tutela que o faz circular num circuito de instituições aptas para controlá-lo e tutelá-lo.

O processo de desinstitucionalização mobilizou atores, recursos institucionais e comunitários, com o único propósito de realizar uma crítica capaz de desmontar o paradigma psiquiátrico. Contudo, para que esta crítica pudesse se realizar enquanto uma filosofia com capacidade suficiente para antagonizar com o saber médico hegemônico, era necessário que a crítica se manifestasse na vida prática como uma ação política que expressasse uma nova visão

de mundo. Rotelli (2001) caracterizou esse processo de luta de hegemonias políticas em três aspectos que sintetizam a maneira como a nova filosofia foi ganhando corpo:

- a) A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados;
- b) A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos “doentes”, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais;
- c) A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI, 2001, p. 36).

A estratégia política adotada na experiência triestina, foi composta de dois estágios. A primeira linha de ação dá como privilégio a instituição psiquiátrica, onde se busca mobilizar todos os atores institucionais (doentes, técnicos e membros da comunidade) para construir respostas políticas e institucionais que possam liberar a psiquiatria e o seu objeto da necessidade de internação. Nesse processo, os atores institucionais mudaram o foco da doença para o sujeito, que consiste no entendimento de que a loucura abarca a totalidade da experiência humana e social, desde questões objetivas como trabalhar, cuidar da casa, etc. até a dimensão subjetiva (relações interpessoais). Portanto, a marca desse momento é a recusa da abordagem centrada na doença, deslocando o processo do tratamento para a pessoa que vive algum tipo de sofrimento, o que significa assumir a “responsabilidade” pela totalidade das necessidades sociais desse sujeito que foi institucionalizado.

Já a segunda linha de ação privilegia o território, que consiste no espaço onde ocorrem as trocas sociais (trabalho, família, escola, igreja, etc.) ou o lócus o qual o indivíduo forma seus vínculos sociais e produz sua subjetividade. Minguzzi (1977) fez um alerta sobre os riscos da intervenção técnica no território, que, geralmente, tendem para as práticas de prevenção da doença mental. A seu ver, existe uma grande possibilidade de ocorrer o fenômeno da psiquiatrização das necessidades, pois, no momento em que o técnico atua fora do hospital, este observa que existem necessidades que não são satisfeitas pelo hospital, pela instituição, de modo que corre-se o risco de responder tecnicamente a essas necessidades, que são fundamentalmente necessidades sociais e políticas. Vejamos um exemplo trazido pelo membro fundador do Movimento de Psiquiatria Democrática Italiana:

é verdade que há um problema de habitação num bairro de lata⁸, é verdade que é preciso organizar o trabalho sem ser pelo trabalho em cadeia das grandes fábricas, mas não se pode responder a esses problemas com iniciativas e rótulos psiquiátricos. É preciso tomar consciência de que é necessário responder com iniciativas sociais e políticas a tais necessidades (MINGUZZI, 1978, p. 77).

Castel (1977, p. 60) enfatiza esse mesmo risco quando coloca em evidência a nova forma de organização da doença mental a partir do processo de saída da instituição totalitária (leia-se manicômio). Segundo ele, numa sociedade de capitalismo arcaico, as instituições políticas assumem aspectos de instituições totalitárias (asilo, prisões, conventos, internatos), pois correspondem a um certo tipo de equilíbrio econômico e social. Nesse estágio do capitalismo, o asilo se contentava em neutralizar os elementos improdutivos da sociedade. Já numa sociedade de capitalismo mais avançado, o processo de organização da doença mental ocorre no exterior do asilo, o que possibilita expandir o exercício do poder psiquiátrico para além das categorias improdutivas da sociedade, atingindo também as categorias produtivas. Embora seja uma conceituação bastante simplista, ela assinala um ponto relevante. O reformismo institucional experimentado por sociedades avançadas como França (setor), Estados Unidos (psiquiatria comunitária) e Inglaterra (comunidade terapêutica), ao promover a generalização do controle psiquiátrico, estendendo sua influência à outras instituições como a escola, a fábrica, prisão, empresa; reforçou sua ligação com a regularização do mercado. Para Castel (1977), essa generalização do controle pretende normalizar os indivíduos, do nascimento a morte, para submetê-los a um estado de passividade política.

Minguzzi (1977) e Basaglia, que também chegaram as mesmas conclusões que Castel, compreenderam que a única maneira de evitar ou enfrentar o risco da psiquiatrização das necessidades, é criar uma estratégia de controle de base popular sobre ação do técnico de maneira possa frear os mecanismos de humanização de segregação institucional. Por controle de base, Minguzzi se refere a construção de um modelo de gestão democrática, onde o povo chegue a gerir diretamente as estruturas assistenciais, seja institucional ou extra-institucional. Essa foi a razão da formação do grupo de Psiquiatria Democrática italiana que se incumbiu de dar conteúdo concreto à essa formula verbal. Para não se estender muito sobre o tema, uma vez que já tratamos da estratégia de construção da hegemonia pelo PDI, entendemos que o papel do movimento foi de conseguir estabelecer uma relação com os técnicos e com as massas, a partir de uma ligação com os grupos que dirigem as corporações e as massas – os partidos e os

⁸ O termo bairro de lata, ou, na linguagem popular, favela, é um aglomerado de casas pobres, sem infraestruturas fundamentais, normalmente habitado por pessoas de baixa renda e localizado na periferia de centros urbanos.

sindicatos. Contudo, vale lembrar que o contexto político dos anos 1970 era favorável, visto que o poder político que emanava dessas instituições estava descentralizado, horizontalizado e menos burocratizado. Essa combinação de fatores permitiu a criação de conselhos de fábrica e conselhos populares que possuíam uma relação mais próxima com a massa, o que permitia uma maior fiscalização das instituições públicas estatais e não estatais.

Podemos concluir a partir dessa reflexão, que embora o objetivo da reforma psiquiátrica de eliminar o manicômio tenha sido alcançado na Itália – pelo menos em algumas cidades onde a PDI exerceu uma forte influência política –, isso não significou a finalização do projeto de desinstitucionalização. A razão disso, é que o campo de ação da desinstitucionalização se expandiu para todo o território. Deste modo, o complexo percurso social que provocou o conflito no interior do manicômio, foi transferido para a sociedade onde existem estruturas institucionais em que o sistema psiquiátrico está inserido. É por isso que o trabalho de desinstitucionalização não tem um prazo para terminar, visto que seu papel é continuar implementando a reforma psiquiátrica através de uma gestão democrática que seja capaz de eliminar as tendências tecnocráticas e burocráticas, do contrário, sem um controle efetivo da máquina do Estado, a tendência é que as relações de poder em torno da política de saúde mental se distanciem das exigências das massas.

2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A LUTA ANTIMANICOMIAL

2.1 A trajetória da institucionalização da loucura nos trópicos

A história da loucura no Brasil viveu contextos particulares para cada época do desenvolvimento econômico, político e social do país. Por isso, procuramos evidenciar os marcos históricos que consideramos mais relevantes, tendo como principal objeto de análise as atividades superestruturais orgânicas, isto é, todo ato político ou ideologia orgânica vinculado à estrutura. Essa organicidade foi definida abstratamente pelo pensador marxista Antônio Gramsci, através do conceito de bloco histórico que tem como finalidade, interpretar a relação entre estrutura e superestrutura, não numa perspectiva estática ou mecânica, que identifica a superestrutura (leia-se o momento da cultura, ideologia e política) como um reflexo do conjunto relações de produção, onde a ideologia organiza os grupos sociais de acordo com as necessidades das condições socioeconômicas da ordem social capitalista. Mas numa perspectiva dialética que considera os momentos estrutural e superestrutural como igualmente determinantes (PORTELLI, p.1977).

Anteriormente, trabalhamos com a definição de que a superestrutura é um reflexo da estrutura, porque os movimentos superestruturais orgânicos que se vinculavam a estrutura eram, de fato, reflexos, pois a superestrutura só podia se desenvolver nos limites estruturais (ibid., p. 977). Nesse estágio da relação de forças sociais, os movimentos superestruturais orgânicos estavam ligados estreitamente ao desenvolvimento das forças produtivas e os agrupamentos sociais ocupavam, cada um, uma posição determinada na produção (GRAMSCI, 1978, p. 49). Portanto, a interpretação de Marx sobre a primazia da base sobre a superestrutura, não era necessariamente mecânica, mas, sobretudo, histórica, pois estava associada a um tempo histórico em que a estrutura socioeconômica desempenhava um papel decisivo, enquanto que a superestrutura política lhe era subordinada e a sociedade civil era praticamente atomizada. Nesse contexto, a concepção de mundo burguesa estava sendo difundida em todas as camadas sociais, variando o grau qualitativo conforme o nível cultural de cada classe ou fração de classe social. Enquanto a classe proprietária foi vinculada à classe dirigente por meio da filosofia, da arte à ciência; as classe proletária e camponesa foram subjugadas pelo poder normativo do direito burguês e pela ação repressora do Estado-força, em nome dos princípios e das práticas excludentes do liberalismo (PORTELLI, 1977).

Na França, por exemplo, o processo revolucionário de 1789 culminou em um regime liberal de governo que proibiu a organização de sindicatos, mediante a aplicação da Lei Le Chapelier de 1791, sob alegação de que feriam as leis do mercado, uma vez que as associações de trabalhadores interferiam na dinâmica de acumulação capitalista. A lei, junto com a doutrina do liberalismo econômico, refletia as necessidades da classe dominante em ascensão de liberalizar as atividades econômicas, livrando-as do controle das corporações de ofício. Entretanto, com desenvolvimento e acumulação privada que gera a desigualdade e a pobreza, as forças produtivas entraram em contradição (tensão) com as relações sociais de produção. É a partir dessa contradição que os movimentos de massa começam a surgir no cenário político, operando transformações no seio da superestrutura (COUTINHO, 2008).

Gramsci (1978, pp. 49-50) definiu esse momento como: a relação de forças políticas. Trabalhamos esse grau desenvolvimento da relação de forças no capítulo anterior, onde foi demonstrado o grau de homogeneidade, autoconsciência e organização da classe trabalhadora – em partidos de massa e sindicatos – e de grupos sociais como o movimento de Psiquiatria Democrática Italiana. Para o pensador marxista, esse momento pode ser diferenciado em vários níveis que correspondem aos diversos graus de consciência política coletiva. O primeiro grau de consciência é o econômico-corporativo onde ocorre a unidade homogênea do grupo profissional e a necessidade organizá-la. O segundo é referente ao momento em que se reconhece um nível de solidariedade e convergência de interesses entre todos os membros de um grupo ou classe social, todavia, o grupo ainda se mantém no campo econômico. Nas palavras de Gramsci,

Neste momento, já se coloca a questão do Estado, mas apenas visando alcançar uma igualdade jurídico-política com os grupos dominantes: reivindicando o direito de participar da legislação e da administração e, talvez, de modifica-las, reformá-las, mas nos quadros fundamentais já existentes (GRAMSCI, 1978, pp. 49-50)

Um terceiro momento, consiste no ápice em que o grupo social supera a consciência corporativa e adquire a força necessária para impor seus interesses de classe a outros grupos subordinados, isto é, esta é a fase que as ideologias difundidas por cada grupo se transformam em partido, lutam entre si até que prevaleça uma direção ideológica e moral (GRAMSCI, 1978, p. 50). Trata-se do momento ético-político da relação de forças que, segundo Portelli (1977, p. 66), desempenhou na superestrutura ideológica ou na sociedade civil o papel de motor da história. É nesse nível de construção política que torna possível desenvolver a consciência de classe e organizá-la política e ideologicamente no âmbito da superestrutura, visto que a vontade

de ir além da unidade pelos fins econômicos, para buscar a unidade intelectual e moral, conduz o grupo social a um caminho num plano universal, onde seu desenvolvimento pressupõe a luta pela hegemonia sobre uma série de grupos subordinados. Deste modo, se a estrutura econômico-social é o verdadeiro palco da história, a superestrutura é o cenário onde se resolve as contradições criadas na base.

Na revolução burguesa clássica, o liberalismo – a superestrutura ideológica – se liga claramente a classe burguesa nascente, que possui as forças materiais, e à sua luta pela consolidação da ordem capitalista. Ele foi o fator que organizou as forças sociais em torno da direção exercida pela classe burguesa revolucionária. Assim, em sua análise, Gramsci mostra que a relação entre estrutura e superestrutura é, ao mesmo tempo, dialética e orgânica. Dialética porque o intercâmbio entre a base e superestrutura faz com que elas convivam numa relação onde uma determina a outra. A estrutura socioeconômica ergue uma superestrutura ideológica e jurídica e esta sustenta a ordem vigente para garantir a reprodução das relações sociais da base. É orgânica no sentido de a atividade superestrutural desempenhar a função de homogeneizar e organizar diversos grupos sociais subordinados ao redor de uma direção ideológica e moral. Logo, as atividades superestruturais que são orgânicas, são necessárias à estrutura, pois elas, através da direção ideológica da sociedade, ou mantém a solidez do bloco histórico antigo, ou a relação de forças políticas cria novas combinações históricas e concretas (PORTELLI, 1977).

Portanto, temos como tarefa demonstrar o papel da sociedade civil na relação entre dois movimentos dicotômicos (estrutura e superestrutura) para compreendermos como a ideologia da classe burguesa se vincula a ideologia da loucura no processo de psiquiatrização da sociedade brasileira. Vale lembrar que a segregação das pessoas consideradas loucas está relacionada com dinâmica da estrutura social capitalista que historicamente exclui indivíduos improdutivos, pois, na sua lógica de acumulação incessante, o homem só tem utilidade no seu estado de mercadoria ou de consumidor. Dito de outro modo, a sociedade capitalista só reconhece como cidadão, o indivíduo produtivo, o consumidor e o louco que possui capacidade consumo. Desse modo, considerando que a sociedade civil tem como vocação dirigir o bloco histórico, é ela que “resolve”, por meio de um organismo composto de intelectuais, o problema social da loucura e adapta todos os grupos sociais à visão de mundo burguesa, utilizando métodos anteriormente citados como a ciência, filosofia, arte, folclore, para justificar a retirada dos direitos humanos da população carimbada com o rótulo da loucura.

Através da obra pioneira *Danação da Norma* de Machado (1978), além de referências como o texto “*Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*” de Resende (2000), podemos ter uma noção do contexto sócio-histórico que determinou a institucionalização da loucura no Brasil, entre o período do Segundo Reinado (1840-1889) e o início da primeira república (1889-1930).

Começamos com a visão histórica de Resende (2001), que ao comparar as circunstâncias que determinaram a emergência da loucura como problema social na Europa do XVI e no Brasil do XIX, justificando a necessidade de instituições voltadas para o controle e tratamento, observou que as causas que levaram a essa mesma situação variaram por conta das particularidades da vida econômica e social vividas em cada cenário.

Decerto, em ambos os quadros sócio-históricos, o louco faz sua aparição no cenário da cidade, em meio a um contexto marcado pela ameaça à ordem pública, visto que o livre trânsito dos loucos pelas ruas desencadeava não só perturbação da paz social e da vida econômica, como também havia o risco deles sofrerem maus tratos pelas mãos de forças arbitrárias. É de supor que tenha sido dessa forma, pois, segundo tendências históricas universais, foi no âmbito da cidade onde se manifestou o primado do público, que Bobbio (2017, p.30) define como o aumento da intervenção estatal na regulação coercitiva dos comportamentos sociais. A presença dessa força externa acima dos interesses privados e de forças arbitrárias, permitiu que a sociedade fosse normalizada pelo Estado a fim de garantir um ajustamento das pessoas tidas como loucas à ordem social, de acordo, claro, com o conhecimento e os recursos de cada época. Sem a primazia do público sobre o privado, a ordem moral não poderia ser positivada pelo Estado (leia-se aparato jurídico) a fim de garantir o controle da loucura por meio de um corpo sistemático de normas homogêneas.

Embora, seja relevante conhecer as semelhanças entre quadros sócio-históricos diversos, ainda mais quando as semelhanças sugerem que há uma relação causal entre o aparecimento da loucura como questão de ordem pública e o aumento da intervenção estatal. Todavia, são os aspectos distintos que se sobressaem na crítica do autor. Resende (2000) sustenta que as características herdadas da estrutura socioeconômica colonial foram de uma importância fundamental na determinação da organização e da ideologia da instituição psiquiátrica neste país. Analisemos seu raciocínio com cuidado:

Enquanto na Europa, como já vimos, a ruptura da ordem feudal e a emergência do capitalismo mercantil trouxeram consigo a necessidade de um novo <<homem>> e introduziram-lhe exigências que não puderam ser satisfeitas por muitos deles – entre os

quais os loucos – e que, deixados à deriva, vieram abarrotar a cidade e perturbar-lhes a ordem, no Brasil, o doente mental faz sua aparição na cena das cidades, igualmente em um contexto de desordem e ameaça à paz social, mas, diferente do que se observou na Europa, em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, tradicionalmente pouco discriminativa para a diferença. Ou seja, aquelas condições classicamente invocadas como determinantes de um corte a partir do qual o insano torna-se <<um problema>> – a industrialização, a urbanização maciça e suas consequências – e que levaram muitos autores do século passado a admitir a doença mental como corolário inevitável do <<progresso>>, ainda não se tinha instalado no Brasil [...] (RESENDE, 2001, pp. 29-30).

Prosseguindo com o raciocínio de Resende (2000, p. 30), temos uma visão determinista da história da loucura, onde o autor trata a esfera da superestrutura ideológica como um reflexo da estrutura socioeconômica. Ele afirma que as particularidades da situação socioeconômica brasileira no século XIX condicionaram a ideologia da instituição psiquiátrica, a ponto das ideias importadas – principalmente, a psiquiatria francesa de Pinel e do seu discípulo, Esquirol, – caírem em segundo plano. Nas palavras do autor: “Estas, quando aqui chegarem, serão adequadamente mutiladas e tropicalizadas [...]”. Desse modo, na sua opinião, o aparato alienista francês seria adaptado as necessidades daquelas condições que o país vivia e não o contrário.

Segundo Resende (2000, pp. 32-33), a emergência da loucura como problema social está intrinsicamente relacionada a vida econômica e social herdada da colônia que tem como características centrais: o trabalho escravo, as grandes propriedades rurais que concentram a maior parte da população (majoritariamente formada por escravos negros) e as cidades brasileiras escassamente populadas. O sistema de produção escravista influenciou de maneira determinante a sociedade, tanto é que gerou consequências devastadoras não só para a população negra e escrava, como também restringiu de tal forma o trabalho livre que poucas atividades laborais sobraram. Deste modo, com a vida social fortemente polarizada entre senhores e escravos, o resultado foi que a própria noção geral de trabalho ficou estigmatizada, terminando por ser depreciada pelos homens livres. Por consequência disso, gerou-se uma massa indefinida de desajustados, de homens livres sem trabalho, que terminaram caindo na indigência ou entrando para o lumpesinato da sociedade brasileira, isto é, uma população que nada contribui para produção, dedicando-se a atividades marginais, como prostitutas, ladrões, mendigos, fugitivos de prisão, milicianos e outras categorias marginalizadas.

Diante do crescimento da desordem pública, causada pela numerosa horda de vadios e criminosos, as autoridades públicas, num primeiro estágio, colocaram em prática uma política de remoção dos elementos perturbadores da ordem pública. Num segundo momento, os sequestros promovidos pelo Estado tiveram como finalidade a educação para o trabalho. Quanto

aos loucos, também foram pegos na correnteza da repressão, isso porque o comportamento desordenado deles os colocavam no mesmo rol do lumpesinato. Assim, acabaram tendo o mesmo fim que os marginalizados de outra natureza, foram recolhidos e presos em hospitais – que eram administrados pelas Santas Casas de Misericórdia⁹ –, prisões e casas de correção. Vale ressaltar que a exclusão do louco não obedecia a nenhuma indicação científica e clínica. Além disso, nos porões das Santas Casas onde eram depositados os loucos, não havia assistência médica, de modo que a instituição era praticamente uma cópia deficiente de prisões. Ao interpretar esse momento histórico, Resende (2000, p. 35) concluiu que as circunstâncias sociais que levaram a perturbação da ordem pública, eram basicamente semelhantes a situação vivida há alguns séculos atrás na Europa, que Foucault (2014) denominou de a fase do grande enclausuramento.

Em 1852, surgiu a primeira instituição destinada a abrigar exclusivamente os loucos – o Hospício D. Pedro II – como resposta a uma situação social bastante turbulenta. Por um lado, havia o agravamento da questão da marginalidade, colocando a necessidade de intensificação das práticas de repressão e exclusão. Por outro lado, o coletivo dos médicos representado pela Sociedade de Medicina¹⁰ enfatizava a necessidade de dar tratamento adequado aos loucos, com base em teóricas científicas e técnicas reconhecidas. Tendo como base esse cenário, Resende (2000) pressupôs que a ideologia da nascente instituição psiquiátrica estava sob o peso de três proposições contraditórias: 1) a remoção e exclusão dos agentes perturbadores da ordem pública, visando a proteção da propriedade privada e pública e a segurança dos “cidadãos”; 2) a intenção de prover tratamento e cura aos loucos; 3) a proposta de atenuar o sofrimento das pessoas tidas como loucas, segundo as tradições das instituições de caridade brasileira.

⁹ De acordo com Fausto (2015, p. 54), duas instituições básicas ficaram responsáveis por organizar a colonização do Brasil: o Estado e a igreja católica. Ao Estado coube o papel de garantir a soberania da Coroa portuguesa sobre a colônia, sendo responsável pela administração desta, mediante políticas que garantam o povoamento, a mão de obra, as condições materiais de produção e, principalmente, o reconhecimento da autoridade política do Estado lusitano. Como na época não existia o conceito de cidadania, de pessoas com direitos e deveres em relação ao Estado, coube a religião do Estado, a igreja católica, exercer algumas funções públicas como educar parte da sociedade e prestar serviços filantrópicos a fim de responder a algumas necessidades sociais. As Santas Casas de Misericórdia foram as primeiras instituições de caráter hospitalar a se instalarem no Brasil, prestando atendimento aos enfermos dos navios dos portos e moradores das cidades.

¹⁰ A sociedade Medicina pode ser compreendida como uma associação particular pertencente a sociedade civil, criada no século XIX com objetivo de defender os interesses políticos dos médicos e cirurgiões brasileiros. O coletivo médico tinha como meta, conquistar o monopólio da profissão médica; promover a autonomia da ciência, buscando organizar-se como instituição científica independente do Estado; e converter a saúde numa questão de interesse público e de responsabilidade estatal. Tratava-se de um grupo bastante politizado que atuou de forma ativa para inserir um projeto de institucionalização da higiene na agenda política do país, com o intuito de aumentar sua credibilidade técnica e científica em relação ao Estado e a sociedade (FERREIRA et. al, 1998).

A seu ver, dentre as proposições mencionadas, foi a primeira que realmente se integrou a estrutura ideológica da instituição psiquiátrica. O papel da instituição psiquiátrica na fase imperial foi voltado exclusivamente para remoção e segregação de elementos perturbadores da paz social. Portanto, o hospital psiquiátrico não existia enquanto espaço de cura no sentido alienista francês e a caridade religiosa jamais conseguiu penetrar a estrutura ideológica da instituição psiquiátrica, ainda que o Hospício D. Pedro II tenha sido administrado pelo pulso firme das Santas Casas de Misericórdia. A fim de justificar essas afirmações, o autor levantou algumas evidências históricas: a população internada era formada por homens livres, pobres, sem-trabalho e em situação errante; a nosologia psiquiátrica estava ausente nas instituições psiquiátricas, visto que os critérios de classificação dos loucos eram fundamentalmente leigos; os médicos não detinham o poder administrativo e o seu saber não orientava o processo de internação.

Enfim, em que pese a trajetória analítica que Resende optou em fazer para chegar a todas essas conclusões, observamos algumas limitações teóricas que necessitam ser apontadas para que possamos avançar em nossas reflexões. Em primeiro lugar, ao analisar a superestrutura ideológica da instituição psiquiátrica através de uma interpretação determinista da história, o autor nos possibilitou uma compreensão dos fatores que determinavam a emergência da loucura como problema social, além de expor a natureza e os limites das atividades superestruturais, com o auxílio de evidências históricas. Assim, Resende analisou um período histórico em que a superestrutura era apenas um reflexo do momento estrutural, haja vista que a sociedade civil era primitiva e gelatinosa. Desse modo, pode-se supor que a estrutura ideológica da instituição psiquiátrica só podia se desenvolver em limites estruturais bem precisos. Contudo, é importante esclarecer que limites são esses e o porquê de o aparato alienista francês não ser necessário à estrutura socioeconômica naquele período histórico. Tais questões devem ser respondidas para que possamos entender o processo social que levou o saber psiquiátrico a se vincular a ideologia da classe dominante.

Em segundo lugar, o aspecto essencial da sua análise determinista demonstrou ser uma concepção mecânica das relações entre base e superestrutura. Ao apresentar as mudanças nas esferas política e ideológica como expressão imediata da estrutura socioeconômica da colônia, Resende tomou a realidade social como algo estático e imóvel, onde as possibilidades de ação estavam determinadas pelo passado cristalizado da colônia, e embora esta tenha deixado uma herança histórica na formação social brasileira que não foi completamente superada com o fim do status colonial, a relação de forças se modificou com a ruptura da ordem social colonial.

Desse modo, para compreendermos as atividades superestruturais que se formaram em torno do problema social da loucura, não como simples reflexo da base econômica e social, mas como tendências de desenvolvimento da estrutura, é imprescindível mudar a perspectiva teórica de análise. Nesse sentido, ao invés de tomarmos o quadro sócio-histórico do Brasil no século XIX como uma sociedade pré-capitalista¹¹, partiremos do pressuposto de que nesse momento histórico o país já vivia um processo peculiar de transformação social capitalista.

Pode-se argumentar, e não faltam estudos sólidos sobre a trajetória do capitalismo no Brasil¹², que o processo que caracteriza a revolução burguesa no Brasil, enfrentou tarefas de transformação social do tipo “não clássico”, ou seja, ocorreu de forma diferente dos países desenvolvidos como Inglaterra, França e EUA, cujo processo de transição da antiga ordem para o capitalismo se deu “por baixo”, através de uma ruptura radical entre as frações modernas da classe dominante com as frações atrasadas, que ao se aliarem às forças populares, acabaram por germinar sociedades do tipo ocidental ou liberal-democrática (COUTINHO, 2006). Como já falamos antes, numa sociedade do “tipo ocidental”, a sociedade civil não possui mais aquela formação social atomizada que fizeram alguns intelectuais contratualistas a confundirem com a sociedade política. Nesse sentido, a sociedade civil não dependia somente da sociedade política – e dos recursos da ditadura – para obter a harmonia entre os indivíduos e entre as classes sociais antagônicas. Com a mudança para uma sociedade de massa organizada, a sociedade civil desenvolveu mecanismos democráticos que ao mesmo tempo em que possibilitam a dominação burguesa com hegemonia, também permitem que as demandas populares sejam satisfeitas como forma de haver o consenso necessário à legitimação da ordem.

Já no caso do Brasil, pode-se dizer que o país ingressou na modernidade, enfrentando, de maneira peculiar, as tarefas históricas de transformação social e política que marcam a passagem para era de uma sociedade nacional. O que sucedeu em nosso país foi um lento e gradual processo de transição ao capitalismo, cujo percurso pode ser melhor compreendido à luz do conceito de “Revolução Passiva”, elaborado pelo pensador marxista Antônio Gramsci. Este chama de revolução passiva, os processos de transformação social que resultam da

¹¹ É importante salientar que essa mudança no foco da análise de uma “sociedade pré-capitalista” para uma “sociedade em processo de transformação social capitalista”, não significa que estamos questionando a condição da formação social pré-capitalista do Brasil do século XIX. Mas que optamos por um conceito mais abrangente que permita captar no processo de transformação social capitalista já em curso no período pós-Independência, as mudanças na correlação forças sociais e políticas.

¹² Destacam-se entre as obras mais conhecidas: “*A Revolução Burguesa no Brasil*” do Florestan Fernandes e o “*A Revolução Brasileira*” do Caio Prado Júnior.

conciliação entre grupos sociais modernos e arcaicos (oriundos da velha ordem), com o objetivo de excluir grande parte da população do processo de construção da nação e impedir a consolidação de uma democracia de ampla participação popular (COUTINHO, 2006). Dito de outro modo, essas transformações sociais se dão basicamente “pelo alto”, sem a participação das camadas subalternas da sociedade, o que significa o enfraquecimento do papel da sociedade civil e, assim, do espaço de construção do consenso entre classes sociais por meio da assimilação de demandas populares pelo Estado. Nesse tipo peculiar de transição ao capitalismo, ao mesmo tempo em que ocorrem mudanças na organização social que dinamizam e diversificam a esfera da economia, também se conservam elementos da velha ordem, como a permanência de relações sociais baseadas na servidão entre senhores e servos. Além disso, um processo de transformação social que conta somente com a sociedade política, cria uma situação em que grupo social não hegemônico só pode dominar a sociedade por meio exclusivo da coerção (ditadura), graças a detenção do aparato estatal (PORTELLI, 1977, pp. 82-83).

Coutinho (2006), ao analisar processo de independência e os desdobramentos que conduziram a unificação do Estado nacional, concluiu que o processo de ruptura da ordem colonial não foi essencialmente revolucionário, visto que não representou um rompimento com a ordem estatal e socioeconômica anterior, embora tenha provocado mudanças nas relações de força, graças ao processo de nativização dos centros de poder, que se iniciou a partir do governo de D. João VI. Talvez, a mudança no equilíbrio de forças sociais, seja o aspecto mais revolucionário do processo de independência, visto que criou condições para que o país pudesse trilhar uma trajetória econômica e política mais autônoma, ainda que tendo que lidar com as especificidades históricas dessa forma particular de transição ao capitalismo. Falaremos mais à frente sobre o tipo de relação entre base e superestrutura constituída a partir dessa relação de forças que surgiu na fase imperial. Mas, primeiro, é importante examinar com mais cuidado os aspectos basilares da via brasileira de transição para o capitalismo.

Para Coutinho (2006), a situação brasileira apresentou características de revolução passiva, pois, ao invés do processo de unificação nacional ter sido gerado “por baixo”, mediante ações de movimentos republicanos com forte apoio popular que poderiam, de fato, conduzir o país a uma ordem liberal democrática. Na realidade, a unificação brasileira se deu “pelo alto” por meio de uma forte presença do Estado na condução do processo e isso criou um fato atípico, que foi o surgimento de um Estado unificado antes de ser uma nação, ou seja, antes de ocorrer o reconhecimento da cidadania de todos os membros da sociedade. Segundo o autor, isso gerou consequências terríveis para as camadas mais baixas da sociedade que não estavam incluídas

na elite senhorial ou nos estratos sociais ligados diretamente à ela, pois criou uma classe dominante que não tinha identificação com as classes populares, que não era expressão de movimentos populares, mas foi, na verdade, imposta de cima para baixo, sem diálogo ou consenso. Assim, criou-se um abismo político entre as classes sociais que só poderia ser preenchido por meio do exercício da dominação, através de uma forte intervenção estatal destinada a garantir a hegemonia política do grupo dominante por meio da ditadura. Portanto, o Estado Brasileiro, nas palavras de Coutinho (2006, p. 4), sempre foi “uma ditadura sem hegemonia”.

No ponto de vista da relação de forças políticas que se estabeleceu a partir do processo de constituição do Estado nacional, podemos recorrer as reflexões de Florestan Fernandes (2005). Para o autor, a formação do Estado nacional representou o início do processo de solapamento da ordem econômica, social e política do sistema colonial. Na linha similar de raciocínio de Coutinho, Fernandes¹³ (2005) também enxerga no processo de Independência do Brasil um caráter puramente revolucionário e outro conservador. Apesar do caráter revolucionário, este se revela na constituição do Estado nacional que teve uma importância significativa para o desenvolvimento econômico e político do país, pois, foi através da unificação do Estado que a elite rural conseguiu ter maior envolvimento na construção da política nacional e se desenvolver para além do âmbito doméstico. Desse modo, essa maior autonomia criada pela sociedade nacional, possibilitou que a elite agrária fosse progressivamente aburguesada, na medida em que se colocava em contato com o mercado interno em desenvolvimento, a cidade, a estrutura burocrática, os planos de organização do poder político e outras esferas da vida nacional e internacional.

Em relação ao caráter conservador do processo de Independência, este se revela no fato de não ter ocorrido uma ruptura radical com a estrutura social e econômica do sistema colonial. Somente o estatuto colonial foi superado como estado jurídico-político, ou seja, o sistema colonial deixou de ser administrado de fora para dentro, para ser organizado por dentro. Desse modo, ao invés das elites agrárias se erguerem contra a estrutura da sociedade colonial – a grande propriedade, o trabalho escravo, o Estado comprometido com o poder privado. –, elas atuaram revolucionariamente no âmbito das estruturas de poder político para garantir o funcionamento daquela ordem social (FERNANDES, 2005, p. 50). Diante da implementação

¹³ Esses autores – Florestan Fernandes e Carlos Nelson Coutinho –, apesar das suas divergências acerca da natureza política do Estado, têm como ponto de convergência o fato de terem identificado nos métodos repressivos, o fator determinante para o desenvolvimento do capitalismo brasileiro, dependente e de periferia.

do Estado independente, as relações de força interna do novo Estado-Nação se entrelaçaram as relações internacionais, criando uma nova qualidade de dependência - o pacto neocolonial. Este pode ser caracterizado pelo processo de modernização econômica do país sob comando da elite local, de modo a assegurar uma forma de acumulação onde se associam burguesia local e países hegemônicos, repartindo desigualmente entre si o excedente econômico à custo de uma expropriação e exploração selvagem do trabalho (TOTORA, 1999).

Com a constituição de um Estado nacional independente, a elite agrária pôde estender a forma de dominação baseada no patrimonialismo doméstico para a comunidade e o Estado, ampliando seu nível de poder por meio da burocratização da dominação estamental no plano político. Nessas circunstâncias, o Estado se apresenta como um instrumento de dominação política dos estamentos senhoriais, orientado a servir aos propósitos econômicos, políticos e sociais da classe dominante e dos estratos sociais vinculados a ela por aliança ou vantagens mútuas. Seu papel consistia em garantir o funcionamento da ordem social vigente, promovendo a proteção e o fortalecimento da iniciativa privada, assumindo encargos sociais que venham assegurar certos privilégios como a criação de serviços públicos, a continuidade do trabalho escravo, o poder de nomear funcionários públicos ou de influenciar na condução dos poderes judiciário e legislativo e dentre outras possibilidades do patrimonialismo estatal (OLIVEIRA & VAZQUEZ, 2010).

Por certo, podemos supor que a dominação estamental no plano político acabou moldando um Estado Nacional que não permitia a gestão democrática e impedia o ingresso do setor majoritário da sociedade (escravos negros, índios, libertos, mulheres, analfabetos) ao exercício da cidadania. Tratava-se de um Estado forte e autoritário, que atuava na direção de preservar os principais mecanismos de dominação daquela ordem: a organização escravista de produção e a grande propriedade. O primeiro representava o fator mais negativo da cidadania, uma vez que os escravos negros não possuíam direitos civis básicos como direito à liberdade e a própria vida, visto que eram propriedade do senhor. Na época da independência, os escravos eram 30% da população. O segundo era outro obstáculo a expansão da cidadania, porque na grande propriedade rural, a lei do senhor valia mais que a do Estado, e como o Brasil era predominantemente agrícola (até 1930, 70% da população vivia no campo), não existiam cidadãos, mas súditos do senhor. Na ausência de direitos de cidadania, o melhor que as classes subalternas poderiam obter era o paternalismo do senhor e do Estado (CARVALHO, 2019). Vale dizer, essa condição de superexploração e cidadania negativa, era um efeito econômico e político do neocolonismo que transformou o capitalismo brasileiro no que Fernandes (1977,

p. 304 apud TOTORA, 1999) denominou de capitalismo periférico ou selvagem: um capitalismo que combina poder, riqueza, luxo e status, de um lado, e miséria extrema, barbárie e opressão do outro.

Portanto, não é à toa que Fernandes (2005, pp. 62-65) compreendeu a sociedade civil como um palco social onde se movimentavam os senhores-cidadãos, pois, eles, juntos com os estratos sociais que se apoiavam nos estamentos dominantes, eram as únicas forças ativas nos processos políticos. Vale ressaltar, a ideia de nação ou povo indicava simplesmente os diversos estratos das camadas senhoriais e excluía o resto da sociedade de participar da construção política. É por isso que o autor resumiu a sociedade civil a sociedade burguesa, visto que ela representava o substrato social e moral da classe dominante, isto é, era um espaço onde se exprimia as ideias e princípios dos intelectuais vinculados à elite brasileira como a defesa da propriedade privada, da escravidão, do status quo, do liberalismo, republicanism. Contudo, como os grupos dominantes não possuíam mecanismos próprios na sociedade civil para organizar os interesses gerais de classe, as questões referentes à ordem societária e à integração nacional dependeram do aparato administrativo, político, policial, militar e jurídico para manifestar a vontade geral dos setores dominantes.

Por consequência de a organização dos interesses gerais de classe ter partido tão-somente da figura do Estado, que estava comprometido com o poder privado - dos estamentos senhoriais -, houve uma correlação inevitável entre elementos arcaicos e modernos. Assim, se por um lado, o aparelho estatal buscou burocratizar a dominação patrimonialista, visando fortalecer a estrutura socioeconômica da colônia e garantir os privilégios sociais da elite. Por outro lado, a ideologia liberal difundida no horizonte cultural, serviu como fator mínimo de homogeneização dos interesses dos estamentos senhoriais. Com isso, o Estado nacional assumiu uma forma de governo ao estilo das monarquias constitucionais e representativas europeias (FERNANDES, 2005). Esse processo marcou o advento da ordem legal que permitiu regular – ainda que numa escala mínima – a organização social e criar um ambiente jurídico-político mais seguro e de maior autonomia para pensar em termos de coletividade. Embora a noção de coletividade nesse período tivesse associada as forças ativas na sociedade civil que basicamente faziam parte das camadas sociais estamentais. De todo modo, pode-se dizer que o Estado moderno introduziu um significado político que transcendia o privatismo da dominação patrimonialista (OLIVEIRA & VAZQUEZ, 2010).

Retomando a questão da relação entre base e superestrutura, podemos agora conjecturar que o Brasil do século XIX era uma sociedade do tipo “oriental”, que é um termo utilizado por Gramsci para se referir à uma formação social onde o Estado é a única força garantidora da ordem, enquanto a sociedade civil é primitiva e gelatinosa. Nesse estágio da formação social, entende-se que é a estrutura socioeconômica que desempenha o papel histórico decisivo, enquanto que a sociedade política lhe é apenas subordinada e a sociedade civil depende da sociedade política para assumir alguma forma concreta.

Fernandes (2005) interpretou os limites estruturais impostos por essa formação social à ideologia liberal. A seu ver, o liberalismo como se pensa, foi adaptado aos propósitos políticos da elite, empenhada em manter seus privilégios e o monopólio do poder do Estado. Por causa da estrutura socioeconômica que condenava grande parte da sociedade à uma vida de miséria extrema, de exploração intensa e selvagem, de ausência total de cidadania, o liberalismo, apesar de cultivado; segundo padrões europeus, não pôde se manifestar numa dimensão universal, pois lhe faltava as condições sociais necessárias como uma ampla participação popular no cenário político. Como consequência, houve um enorme descompasso entre a vida jurídica e realidade social, isso porque, da ideologia liberal, só foram retirados os aspectos compatíveis com a visão de mundo da elite brasileira, como, por exemplo, a defesa da propriedade privada, o modelo de governo representativo, a recusa em regular associações e profissões. Logo, nasceu um liberalismo excludente que garantia os direitos civis e políticos de uma minoria, enquanto que o problema social da escravidão foi ignorado e os direitos mais básicos¹⁴ foram negados a maioria da sociedade.

Assim, toda atividade superestrutural nascida na sociedade civil, dependia da sociedade política para se afirmar, contudo, nesta última, o domínio senhorial tipicamente patrimonialista, seja no nível de poder político e burocrático, era politicamente hegemônico. O que nos leva crer que embora o advento da ordem legal tenha significado um primeiro pontapé para criar uma

¹⁴ Na exposição de Carvalho (2019, p. 50-51) fica evidente a ausência de direitos civis para a maioria da população no século XIX: “A herança colonial pesou mais nos direitos civis. O novo país herdou a escravidão que negava a condição humana do escravo, herdou a grande propriedade rural, fechada à ação da lei, e herdou um Estado comprometido com o poder privado. Esses três empecilhos ao exercício da cidadania revelam-se persistentes. A escravidão só foi abolida em 1988, a grande propriedade ainda exerce seu poder em algumas áreas do país e a desprivatização do poder público é tema de agenda atual das reformas”. Quanto aos direitos políticos, o direito ao voto era a única forma de participação política das camadas sociais subalternas e, deste grupo, somente o público masculino (culto ou analfabeto) podia votar. Não era permitido participar das eleições: as mulheres, escravos, crianças e os libertos só podiam votar nas eleições primárias. Outro ponto que vale destacar, é que os analfabetos praticamente não tinham direito ao voto, visto que na ausência do direito a voto secreto, eles terminavam sendo manipulados pelo mandonismo local (CARVALHO, 2019, pp. 35-36).

ordem impessoal, onde se pressupõe uma forma de dominação cuja legitimidade seja fundamentada por uma autoridade legal (o que caracteriza a dominação legal-racional pensada por Weber) que organiza objetivamente a hierarquia institucional da administração estatal com base em critérios técnicos e racionais. A ordem legal constituía um passo importante para desvincular, ainda que parcialmente, o Estado dos interesses privados, colocando-o no horizonte das necessidades públicas e coletivas. Contudo, o que prevaleceu, de fato, foi a dominação patrimonialista, onde a administração e o exercício do poder eram tratados como patrimônio do senhor. Logo, ainda que a administração estatal assumisse traços burocráticos, o acesso ao quadro administrativo era regulado por “uma situação de status” que, por vezes, priorizava o cidadão comum no lugar do especialista (PORTELA JUNIOR, 2012).

Concluimos a primeira jornada teórica que foi explicar os limites estruturais do Brasil no século XIX impostos às atividades superestruturais da sociedade civil. Daqui para frente, tentaremos responder o porquê de a ideologia alienista dos trópicos não ser necessária a estrutura socioeconômica, o que remete a questão da participação política dos intelectuais na sociedade e no Estado.

Convém, agora, analisarmos o papel dos intelectuais na tarefa de manter a unidade desse bloco histórico. Vale dizer, são os intelectuais os responsáveis por organizar o Estado, a cultura e a ideologia, com o intuito de homogeneizar a classe social que representa e promover o caráter orgânico do vínculo entre base e superestrutura. Segundo Gramsci, interpretado por Portelli (1977, p. 105), os intelectuais não constituem um grupo social autônomo, mas grupos vinculados às diferentes classes. Todavia, as camadas de intelectuais mais importantes são aquelas que estão estreitamente ligadas a classe social que detêm o domínio econômico. Podemos concluir, então, que o sistema hegemônico possui uma hierarquia qualitativa entre os intelectuais, onde a função de direção pertence aos representantes da classe dominante e a função subalterna, de caráter manual e instrumental, é destinada às camadas sociais inferiores.

Outro ponto que vale ressaltar, é que da mesma forma que a estrutura determina dialeticamente a superestrutura, a cada modo de produção tem-se uma nova classe fundamental e, assim, um tipo específico de intelectual. Sendo assim, numa sociedade de base essencialmente agrária, preponderam os intelectuais tradicionais que põem a massa camponesa em contato com os proprietários de terras, por intermédio do aparelho do Estado. Historicamente, esse tipo de intelectual (clero, filósofo, advogado, médico, etc.) se mostrou sempre vinculado aos grupos sociais dominantes, desempenhando funções administrativas

estatais e exercendo a função política de organizador do consenso. Além disso, o caráter desagregador das massas camponesas não permitiu que estas produzissem seus próprios intelectuais, resultando na neutralização política do homem do campo. Logo, a função de intelectual era exercida por uma minoria ligada à classe dominante, que tinha como papel assegurar a disciplina dos grupos sociais subalternos (BUCI-GLUCKSMANN, 1980, pp. 42-46).

Já numa sociedade industrializada, surgiu um novo tipo de intelectual, moderno, ligado ao desenvolvimento da produção capitalista: o quadro técnico, o especialista da ciência aplicada. Diferente das sociedades predominantemente agrárias, onde a vida intelectual está concentrada no Estado e os intelectuais representavam um número baixo, visto que a estrutura econômica não necessitava de trabalhadores altamente especializados. Nas sociedades em que as forças econômicas se desenvolveram em sentido capitalista, a atividade intelectual se tornou parte de toda vida nacional, pois, a esfera econômica colocou como necessidade para sua evolução, o ingresso em massa de trabalhadores técnicos e cientistas. Em razão disso, o intelectual se tornou um fenômeno de massa, embora, o intelectual moderno, diferente do tradicional, não exerça naturalmente uma função política, já que sua atividade intelectual está previamente sob o controle expresso da estrutura produtiva capitalista. Ou seja, os intelectuais modernos encontram-se vinculados à classe burguesa, cumprindo o papel de funcionários subalternos, haja vista que não ocupam o lugar da direção, porém, colaboram no processo de forja do bloco histórico burguês, organizando e executando o plano de produção (MARTINS, 2011).

Tanto no velho, como no novo bloco histórico, a função do intelectual orgânico é exercer a direção ideológica e cultural de um sistema social, homogeneizar a classe social que ele representa. Entretanto, considerando que o novo bloco histórico é muito mais complexo que o primeiro, é necessário atentar para as implicações históricas que surgem com a condição do intelectual como massa. Em primeiro lugar, ao contrário dos intelectuais tradicionais que impregnaram a visão de mundo do grupo social dominante em todo corpo social, os intelectuais modernos, por estarem ligados diretamente à produção, não se colocam como organizadores ideológicos da classe dominante. Em segundo lugar, como os intelectuais modernos não servem de vínculo político entre a massa operária e a classe capitalista, logo, eles podem ser organizados sob a direção política de intelectuais orgânicos vinculados às classes subalternas. Em terceiro lugar, considerando que o intelectual moderno habita toda vida nacional na condição de massa, é necessário que o intelectual orgânico da classe operária opere como uma

organização social (partido político, sindicato, movimentos sociais), assumindo tarefas de cunho científico-filosófico, educativo-cultural e político para garantir a homogeneização da classe social que representa e por meio disso forjar uma outra cultura e as condições de produção de outro bloco histórico (BUCI-GLUCKSMANN, 1980, pp. 42-46).

Levando em conta a reflexão gramsciana exposta, podemos supor que o tipo de intelectual que predominava no contexto sócio-histórico do Brasil do século XIX, era o intelectual de velho tipo, em razão do grau de desenvolvimento do capitalismo. Portanto, com base no que já conhecemos sobre o intelectual tradicional na sua forma abstrata, é válido afirmar que sua posição política e ideológica obedece a algumas limitações por atuarem num sistema hegemônico ditatorial à serviço da classe dominante, mas, também é preciso equacionar as particularidades históricas da sua formação. Com isso, propomos um esforço de tentar entender a relação intrínseca entre os intelectuais médicos com suas tentativas de institucionalização da medicina mental e de fortalecer o discurso científico, e o desenvolvimento socialmente desigual do capitalismo brasileiro que para se sustentar, depende de um Estado extremamente forte e autoritário em contraponto a uma sociedade civil inócua.

Ao nos debruçarmos sobre a trajetória dos intelectuais da medicina, topamos com um lento processo de institucionalização e de conflitos deflagrados em face de: 01) uma forte concorrência da medicina oficial perante as concepções terapêuticas populares exercidas por leigos, intelectuais, médicos não-formados, curandeiros e outros; 02) o Estado não permitir que a medicina tivesse autonomia institucional para exercer uma função de dirigente em áreas de sua competência como a questão da higiene pública e da ciência (CALAÇA, 2005; DORNELAS, 2019). No século XIX, a medicina teve que enfrentar dois grandes desafios, a falta de legitimidade popular e a falta de autonomia institucional e científica.

O Problema da falta de legitimidade da medicina oficial – que tem justamente esse nome por estar vinculada de forma corporativa ao aparelho estatal – reside na fragilidade do velho bloco histórico, visto que o desenvolvimento do capitalismo no Brasil, fez o trânsito para modernidade, conservando características da propriedade fundiária pré-capitalista que, no plano político, corresponde à uma dominação estatal autocrática. Assim, o país iniciou um processo de modernização tendo como base a estrutura socioeconômica colonial, resultando num desenvolvimento social desigual que associa, por um lado, a expansão interna do capitalismo sem a tirar a centralidade da estrutura agrária. Por outro lado, tem-se uma realidade social caracterizada por uma organização social de produção escravista, pela carência de um mercado

trabalho para trabalhadores livres, pela exclusão da população no que tange a sua participação na arena política e nos direitos de cidadania. Em razão do caráter desigual da nova ordem social, conviviam-se no Brasil “duas nações”: entre a fração do grupo dominante valia o Estado representativo, o status, os privilégios do patrimonialismo estatal; enquanto que ao restante da sociedade predominavam as formas autocráticas de poder e o paternalismo do Estado e da elite (TOTORA, 1999).

Nesse contexto, a medicina brasileira não nasceu identificada com as camadas populares, não se desenvolveu num sistema econômico e político aberto, onde os problemas de saúde do modo de vida industrial levaram a massa operária e as camadas médias, socialmente estandardizados, a exigir uma assistência médica que unisse investimento em recursos científicos e humanos, adequados para atender as necessidades sociais que surgiram a partir do advento da sociedade industrial e do consumo. Pelo contrário, a base social da medicina brasileira tem sua origem nos quadros da elite, que foram formados para cuidar de problemas na ordem de saneamento que se tornaram questões de Estado com a vinda do Corte portuguesa ao Brasil. Por ter se desenvolvido no interior do aparelho do Estado, a medicina assimilou o caráter desigual do desenvolvimento capitalista, tanto é que buscou conquistar uma maior legitimidade para sua profissão – fortalecendo o discurso científico através de ocupação de cargos públicos, da criação de periódicos científicos e de investimento em instituições de ensino – por meio de status e privilégios conferidos às camadas sociais estamentais. Contudo, em relação as camadas sociais populares, em que predominavam concepções terapêuticas alternativas, oriundas de diversas culturas, a medicina oficial não gozava de reconhecimento por parte delas, em virtude do fato de não terem afinidades culturais, além de não pertencerem a mesma nação no sentido simbólico da divisão imposta pela sociedade estamental. Desse modo, o acesso a medicina oficial na forma de assistência era um privilégio dos estratos sociais dominantes, enquanto que na ausência de uma cidadania com força para contrabalancear a desigualdade de classes, vastos setores da população recorriam às curas alternativas oferecidas por leigos e religiosos.

Em razão da baixa legitimidade popular, a medicina oficial buscou ampliar sua influência frente a sociedade, através dos mesmos instrumentos (status) utilizados para obter o reconhecimento do Estado. Aqui vale uma importante reflexão. Se no espaço da sociedade civil do Brasil neocolonial, o status é uma mediação entre iguais para realização de acordos e obtenção de privilégios. No espaço da sociedade política, onde o grupo social domina a sociedade através da coerção, o status adquire um valor diferente, pois se trata de uma relação

entre forças desiguais. Nesse caso, ele só pode se expressar numa relação de violência do Estado contra as classes subalternas, que não possuindo garantias legais de proteção, tendem a sofrer imposições do poder autocrático. Assim, a medicina oficial utilizou o próprio status que tinha conquistado no interior do Estado para perseguir e tentar extinguir as práticas terapêuticas alternativas. Para o historiador Carlos Eduardo Calaça, a longevidade e a difusão de concepções terapêuticas populares, representava o conflito entre as duas nações, isto é, era uma expressão simbólica da resistência cultural e social ao autoritarismo do Estado (TOTORA, 1999; CALAÇA, 2005).

Com isso, concluímos que a medicina oficial não possuía no século XIX qualquer legitimidade entre as camadas populares para conseguir apoio ao seu projeto de medicalização da loucura, uma vez que seu conhecimento sobre o assunto era visto com descrença pela sociedade. Portanto, o único caminho que sobrava para medicina era o da imposição “pelo alto”, que como já demonstramos acima, depende da força repressiva do Estado.

Embarquemos, finalmente, na questão da autonomia institucional da medicina que vai nos ajudar a entender porque seus intelectuais não tiveram legitimidade para impor seu conhecimento importado no hospício Pedro II. O processo de institucionalização da medicina teve dois importantes marcos históricos. O primeiro foi a vinda da Corte portuguesa em 1808 que viabilizou a criação de Escolas Médico-Cirúrgicas no Brasil, embora, segundo Dornela (2019), a fundação desses estabelecimentos atendia a propósitos meramente utilitaristas, já que a corte necessitava de profissionais para intervir em questões relativas ao saneamento das cidades e dos portos, a fim de assegurar a regularidade das atividades comerciais do país. Não havia, portanto, o interesse por parte da Corte em impulsionar o crescimento de instituições médicas e científicas que viessem no futuro a questionar a autoridade política da metrópole. O segundo marco histórico se deu no período do pós-Independência, quando os intelectuais da medicina buscaram se organizar para defender seus interesses corporativos como a necessidade valorização intelectual e de maior autonomia científica e institucional. Foi a partir desse movimento que nasceu, em 1829, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ), que representou o início da ambição do coletivo dos médicos de tentar ampliar sua participação política junto ao governo com vistas de obter algum reconhecimento para o financiamento dos seus próprios projetos como ampliar a atuação política da medicina, fortalecer o discurso científico na sociedade, conquistar o monopólio da cura, melhorar a infraestrutura da formação profissional, mediante a criação de faculdades, centros de ciência e mecanismos de divulgação do conhecimento (DORNELA 2019).

A estratégia adotada pela SMRJ para angariar maior espaço de poder no cenário político, foi no sentido de atuar junto ao Estado na tarefa de controle da população brasileira, cujo modo de vida moralmente desregrado e o estado de insalubridade das cidades, despertavam cada vez mais atenção do poder público. Desse modo, a tarefa da medicina constitui-se em oferecer suporte científico ao aparato estatal para atuar ao nível das causas dos males sociais, com vistas a neutralizar os fatores de mal funcionamento e desorganização da sociedade. Por consequência dessa relação entre Estado e medicina, criou-se no aparelho político, um mecanismo fiscalizador da ordem moral que se propôs a verificar as condutas antissociais – consideradas perigosas – na sociedade e a restabelecer os elementos de desordem ao estado de normalidade por meio de ações de caráter repressivo e disciplinar. O projeto de institucionalização da higiene pública¹⁵ no país ocorreu de forma concomitante ao processo de institucionalização da medicina que no decorrer dos seus trabalhos, conseguiu reunir bastante visibilidade intelectual e, mais tarde, conquistou patrocínio estatal para manutenção da SMRJ. Esta, em 1835, passou a ser denominada de Academia Imperial Médica (AIM), como sinal expreso do vínculo corporativo da associação de médicos com o Estado (DORNELA, 2019; FERREIRA et. al, 1998).

Vale destacar que mesmo antes da fundação da AIM, o papel exercido pelos médicos dentro do aparelho do Estado era meramente consultivo, portanto, não deliberativo ou executivo. De acordo com Edler (2002 apud DORNELA, 2019, p. 10), o caráter centralizado do governo imperial de concentrar o poder nas mãos do executivo político, entrava em contradição com a pretensão da medicina em elevar a autoridade da ciência acima do poder político. Na visão de figueiredo (2002), o papel do Estado foi de constituir-se de forma centralizada e racional, de modo que as instituições deveriam funcionar no sentido apenas de fortalecê-lo. Portanto, dar autonomia a medicina seria antitético a natureza do Estado autocrático. A nosso ver, a medicina representava dentro do Estado uma forma de conflito entre o domínio patrimonialista encarnado na figura do político ou do Estado imperial, e a ordem legal e impessoal que tentava se infiltrar por uma fissura criada pela ciência médica. Com base

¹⁵ O processo de institucionalização da higiene pública no Brasil, que ocorreu entre o período do Segundo Reinado até o contexto da primeira República, foi documentado na obra “Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil” dos autores Roberto Machado, Ângela Loureiro, Rogério Luz e Kátia Muriey. Trata-se de um processo também chamado de medicalização da sociedade que, segundo Machado (1978), “é o reconhecimento de que a partir do século XIX a medicina em tudo intervêm e começa a não mais ter fronteiras; é a compreensão de que o perigo urbano não pode ser destruído pela promulgação de leis ou por uma ação lacunar, fragmentária, de repressão aos abusos, mas exige a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos e as populações tornando-os produtivos ao mesmo tempo que inofensivos [...]”. Nesse contexto, o objeto de ação do médico é deslocado da doença para saúde da cidade, onde seu papel é se colocar como apoio científico ao poder do Estado para dificultar o surgimento das doenças, atuando contra tudo que pode provocar um desequilíbrio no bem-estar físico e moral.

no vínculo orgânico entre base e superestrutura, é válido afirmar que enquanto a estrutura socioeconômica herdada da colônia se mantivesse intacta, o domínio estamental tipicamente patrimonialista predominaria sobre as demais forças políticas e sociais.

Outro aspecto não menos relevante, foi o fato de a AIM ter funcionado como órgão corporativo do Estado, garantindo privilégios para os seus membros e o mínimo de regularidade e segurança jurídica para pensar o futuro da profissão em termos coletivos. Entretanto, se por um lado, a aliança entre os médicos da AIM e o Estado resultou no monopólio do mercado profissional, que permitiu que os membros da academia acesso privilegiado aos cargos públicos. Por outro lado, os privilégios corporativos foram acompanhados de uma gradual perda da autonomia institucional por parte da burocracia estatal que exerceu um rígido controle da vida administrativa e científica da AIM. Esta acabou perdendo o poder de influir na construção do aparato institucional da medicina (FERREIRA et. al, 1998).

A falta de autonomia institucional e o isolamento intelectual da medicina foi objeto de crítica de Machado (1978), que analisou o processo de institucionalização da loucura no século XIX. De acordo com o autor, a luta dos médicos pela criação do hospício, ou seja, de um instrumento terapêutico que fosse capaz de prover tratamento aos loucos, foi direcionada ao paternalismo de políticos e benfeitores privados. Embora o autor não ofereça detalhes sobre essa mediação, é possível supor que o coletivo de médicos não tinha esperança de contar com o apoio do Estado na criação de uma instituição pública que funcionaria sob a autoridade central dos médicos, dado a tradição do Estado de confiar a assistência social às instituições religiosas e filantrópicas. Além disso, na qualidade de intelectuais tradicionais que exerciam um papel de vigilante da moral pública, a função dos médicos era de natureza subalterna. Auxiliavam na organização da visão de mundo da classe dominante que tratava os males sociais (pobreza, prostituição, doenças, insalubridade urbana, violência, etc.) como problemas de ordem moral que requerem a organização do espaço urbano por meio medidas repressivas e disciplinares. Portanto, a ausência de autonomia institucional, de poder diretivo e de recursos materiais, levou a AIM a fazer uso do seu status e influência na sociedade civil para atrair a atenção de políticos e benfeitores privados em torno de um discurso que dirigia fortes críticas ao caráter desmedicalizado das Santas Casas de Misericórdia.

Machado (1978) conseguiu captar o conteúdo dos protestos dos médicos contra a situação dos loucos nos hospitais das Santa Casas:

[...] tal como está organizado, o hospital não cura, não possibilita o domínio da loucura. Pode segregar o louco, retirá-lo do convívio social quando se mostra perigoso – e neste sentido o louco está no hospital como em uma prisão – mas é incapaz de atingir sua loucura. No hospital, o louco não é considerado como doente, muito menos como doente específico; não recebe tratamento físico e moral condizente com a natureza da sua doença; não há repartição espacial dos doentes em espécie; não existe médico especialista, dedicado a esse tipo de doente, nem enfermeiros competentes; as condições higiênicas são completamente inadequadas [...] (MACHADO, 1978, pp. 423-424).

Nos chama atenção os meios materiais e institucionais que deram concretude a criação do Hospício Pedro II. O coletivo de médicos se aliou com a figura política de José Clemente, o provedor das Santas Casas de Misericórdia, que se tornou o elemento chave na mediação política com o governo imperial para conseguir autorização e recursos para criação da nova instituição. Clemente, enquanto político influente, detinha um poder que faltava aos médicos, o de influir na elaboração do aparato institucional das Santa Casas, o que lhe dava as condições materiais para levantar o hospício. Logo, para concretização do hospício, juntou-se o aparato administrativo da Santa Casa e a assessoria técnica da AIM. Mas, o que isso trouxe em termos de avanços? Na verdade, poucas foram as mudanças em relação a situação anterior. A administração do edifício asilar permaneceu nas mãos das irmãs de caridade, o que impossibilitou o processo de medicalização da instituição. Tal fato impediu que a estrutura institucional e hierárquica fosse organizada a partir de valores técnicos e racionais, o que dava margem para soberania dos poderes arbitrários em detrimento do discurso científico. A organização espacial continuou a ser definida por critérios não-clínicos, mais baseados na ideologia burguesa que interpretava o mundo num ponto de vista da moral cristã.

Entretanto, é preciso se perguntar qual foi o nível de influência alcançado pela medicina mental (psiquiatria) nesse dispositivo institucional. Veja bem, o problema da falta de autonomia da medicina para ocupar um papel dirigente na sociedade remete ao fato de o sistema hegemônico ser fundado por procedimentos autocráticos que não permitiam que a dominação estatal perdesse espaço de poder para outras formas de dominação como a ordem legal e impessoal, que tentava se afirmar por meio de movimentos em prol da ciência e do republicanismo. Além disso, por se tratar de um bloco histórico do tipo velho, onde a sociedade civil é bastante primitiva, todas as atividades superestruturais dizem respeito a função de coerção, o que significa que toda legitimidade conquistada pelos intelectuais da medicina provém do poder de dominação do Estado, que não faz mais do que assegurar o funcionamento da ordem social vigente. Com base em tudo que já refletimos, entende-se que os intelectuais da medicina tinham pretensões maiores do que a estrutura socioeconômica exigia deles. Enquanto

os médicos desejavam maior liberdade e autonomia para desenvolver o ambiente científico no país e ampliar sua participação política na sociedade, a classe dominante enxergava a instituição médica sob um ponto de vista puramente utilitarista, em que seu conhecimento tinha que ser utilizado exclusivamente para efetivação do processo de higienização das cidades. Isso explica o isolamento intelectual que o coletivo de médicos sofria e o porquê de não conseguirem impor a ideologia alienista no Hospício Pedro II.

Contudo, embora os médicos não tenham conseguido consolidar o seu projeto de medicalização do hospício com base na ideologia alienista francesa, isso não significa que não tenham exercido influência sobre a forma de organizar aquela instituição psiquiátrica. Segundo Machado (1978), a grande contribuição da medicina mental foi a introdução do poder disciplinar, que se desenvolveu no transcurso do projeto de higienização pública do país. Nesse processo, a medicina cumpriu o papel de reforçar cientificamente a visão burguesa que reduz os problemas sociais a questões de ordem moral e física, que podem ser resolvidos mediante a transformação do desviante em um ser normalizado. Sem pretensão de esgotar o assunto, ficou claro que o Estado nessa época se apossou do discurso médico para inserir no aparelho repressivo, uma visão normatizadora da vida social que justificasse o uso de medidas de controle e disciplinamento contra personagens desviantes e fatores de desordem social. De certa forma, essas medidas disciplinares, pensadas com base em critérios de normalidade/anormalidade, foram incorporados a rotina da instituição asilar sem a necessidade de uma autoridade científica para lhes dar legitimidade, visto que ainda não existia o legalismo burguês para entrar em conflito com as contradições inerentes ao regime de produção.

2.2 A “ascensão” da psiquiatria ao controle das instituições asilares

O período da República velha (1889-1930) pode ser descrito como um marco divisório entre a administração eclesiástica e filantrópica do hospício e a laicização asilar, a ascensão da figura do médico no controle da instituição psiquiátrica e o reconhecimento da saúde como uma questão de interesse público e de competência do Estado. Segundo Resende (2001), não há dúvidas de que os médicos se tornaram os porta-vozes legítimos do Estado, assumindo não só a atribuição exclusiva de prestar assistência médica as pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico, como também auferiram o monopólio científico, que consiste na prerrogativa de serem os únicos capazes de perscrutar a etiologia da loucura e ditarem as formas adequadas de tratamento. As evidências históricas acompanham esse raciocínio, visto que a partir de 1890,

de acordo com Amarante (1994, p. 76), o Hospício Pedro II foi desvinculado da Santa Casa e, posteriormente, subordinado à administração pública, que em sintonia com a nova fase da assistência à loucura, mudou o nome da instituição para Hospício Nacional de Alienados. Além disso, a dissolução do absolutismo político colocava em xeque a legitimidade dos poderes arbitrários, cuja existência destoava dos ideais republicanos, que pressupõem uma estrutura política de poder em que o bem comum está acima dos interesses particulares. Não que a proclamação da república tenha significado o fim das formas arcaicas de poder (leia-se instituição despótica), mas, na ausência de um poder moderador para resguardar as práticas repressivas ante ao problema da loucura, criou-se a necessidade de um substituto para o despotismo na tarefa de conservação da ordem social. Assim, para preencher esse vácuo entre poderes, nasceu a primeira instituição normatizadora da assistência psiquiátrica no Brasil – a Assistência Médico-Legal aos Alienados do Rio de Janeiro. Para Lougon (2006, p. 53), esse termo “médico-legal” representava “uma proximidade entre o aspecto médico da assistência e os aspectos legais que envolvem a ação dos loucos”, ou seja, constituiu-se uma dupla tutelarização dos loucos pelos poderes da justiça e da medicina.

Outro dado importante que contribuiu para o fortalecimento da instituição psiquiátrica, caracteriza-se pela gestão do primeiro diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados e do Hospício Nacional de Alienados, João Carlos Teixeira Brandão, que se destacou pela ampliação do espaço asilar, a criação da primeira cadeira de psiquiatria para estudantes de medicina, assim como a primeira escola de enfermagem (AMARANTE, 1994, p. 76).

Enfim, concluiu-se que o período da República velha se constituiu como uma etapa relevante para o desenvolvimento da psiquiatria. Contudo, convém revisitar o processo sócio-histórico em que a ideologia da instituição psiquiátrica se torna necessária à estrutura socioeconômica para determinarmos como a psiquiatria se integrou ao processo de direção ideológica e política, que tem como fim assegurar o vínculo orgânico entre base e superestrutura.

Começamos pelo processo de transição entre a fase Imperial e a Primeira República. Segundo Fernandes (1976), interpretado por Totorá (1999), a burguesia nacional não empreendeu uma revolução nacional de cunho democrático, ao contrário, manteve a separação da sociedade em “duas nações” para assegurar a coexistência da ordem social anterior com a então emergente ordem social competitiva, fazendo com que a livre iniciativa e a propriedade privada se tornassem privilégios estamentais. Nessas condições, a expansão do capitalismo

ficou acorrentada a um privatismo econômico que privilegiava as classes possuidoras (setores agrário e burguês) em detrimento dos interesses nacionais e democráticos da totalidade da nação (FERNANDES, 2005, p.200).

A coexistência da ordem social anterior com a ordem social competitiva, era necessária a condição de capitalismo dependente que a classe dominante mantinha no plano interno e externo. No plano interno, a dependência era do setor burguês em relação ao setor senhorial e agrário, uma vez que a burguesia não dispunha de força política suficiente para dirigir os grupos que disputavam a esfera de poder, nem condições de dar uma solução às pressões democráticas do povo. Deste modo, a dominação burguesa não teve escolha a não ser se escorar em procedimentos autocráticos da ordem social anterior que, por um lado, protegeram seus interesses econômicos e privilégios, mas, por outro lado, condicionou a expansão capitalista à um desenvolvimento desigual que associa os elementos da economia moderna e capitalista (indústria, comércio, trabalho assalariado, instituições bancárias, etc.) com a tradicional (relações de servidão, parceria, obrigação, etc.). Esse processo não apenas impedia a redistribuição de renda e de poder, como também aumentava a concentração de riqueza, poder e propriedade. Já no plano externo, a relação de dependência se expressa na transferência do excedente econômico para fora, reduzindo as economias dependentes a meras economias de consumo, limitando as possibilidades de autonomização em bases capitalistas e expropriando as riquezas nacionais (OLIVEIRA & VAZQUES, 2010).

Em consequência dessa dupla articulação: 1) tem-se a emergência do capitalismo associada ao crescimento da vida urbana, onde se desenvolveu uma incipiente industrialização e relações sociais de produção fundadas no assalariamento, entretanto, devido à condição de dependência do país com a dominação imperialista externa, o salário da classe trabalhadora tendia a ser rebaixado à níveis que quase inviabilizam a subsistência, a fim de maximizar a expropriação do sobretrabalho a ser repartido entre as frações burguesas locais e externas; 2) no campo, não houve uma reforma agrária que pudesse promover um amplo acesso à terra aos pequenos agricultores, de modo que conservou-se a estrutura fundiária baseada no latifúndio (grande propriedade) e relações sociais de produção predominantemente pré-capitalistas (colonato, arrendamento, parceria) que levavam à situações que beiravam a escravidão (TOTORA, 1999).

A divisão da sociedade em duas nações também refletiu no tratamento dado aos escravos. De acordo com Carvalho (2019, pp 57-58), a libertação dos escravos não trouxe

consigo a efetiva igualdade, visto que os libertos não foram integrados a sociedade na condição de cidadãos brasileiros. Assim, aos ex-escravos não foram dadas as condições mínimas para superarem a situação social de inferioridade herdada do regime de produção escravista. Não lhes deram acesso nem a escolas, nem terras e nem mesmo a empregos. Por consequência disso, muitos ex-escravos regressaram as fazendas para se submeter à trabalhos pesados em troca de baixos salários. Outros dirigiam-se as cidades, onde defrontaram com uma situação de desemprego crônico, fazendo com que muitos buscassem trabalhos mais brutos e mal pagos na informalidade, ou viviam como agregados a famílias ricas, onde exerciam extensas jornadas de trabalho doméstico não-pago.

Os imigrantes também sofreram com as consequências dessa dupla articulação. Observemos a leitura trazida por Maria Helena Patto sobre a situação social dos imigrantes no período da Primeira República:

Os imigrantes, por sua vez, lutavam contra as dores do desenraizamento, do preconceito e das “duras condições de existência, resultantes das condições gerais de tratamento dos trabalhadores no país, onde quase equivaliam aos escravos”. A ausência de leis que garantissem os direitos básicos dos trabalhadores sancionava uma jornada de trabalho fabril esgotante, que podia chegar a 17 horas ininterruptas; a inexistência de férias e de repouso remunerado; salários aviltantes, ainda mais baixos no caso de mulheres e crianças, que em 1920 correspondiam a 43% dos trabalhadores industriais na cidade de São Paulo. Tudo isso fez da Primeira República lugar privilegiado do que Antônio Candido chamou de “esquema decididamente espoliador que está na raiz da nossa sociedade”. (PATTO, 1999).

Considerando que estamos nos debruçando sobre um bloco histórico do tipo velho ou uma sociedade orientalizada, entende-se que a concentração da riqueza e do poder nas mãos das oligarquias, constituiu-se num modelo de Estado nacional autocrático, onde o sistema político é funcional apenas para as classes que detêm o poder econômico, político e social. Entretanto, isso não significa que não tenha existido participação política no Estado autocrático. Pelo contrário, a debilidade da sociedade civil em contraste com o predomínio quase absoluto do Estado-coerção, impõe a luta de classes uma estratégia de ataque frontal contra o Estado, ou como diria Gramsci, uma “guerra de movimento” voltada para conquista e conservação do Estado em sentido restrito (COUTINHO, 2014, p. 147). Prosseguindo com esse raciocínio, é válido afirmar que o período da República Velha era marcado pela debilidade da organização das massas, mas num ponto de vista histórico, foi também um momento de muita instabilidade política, tendo em vista que as condições gerais de vida dos trabalhadores, tanto na cidade, como no campo, eram extremamente penosas e degradantes, e como os direitos de cidadania

mais básicos lhes foram negados, só sobrava as classes oprimidas, a tarefa histórica de conquistar sua cidadania por meio do confronto direto com o Estado-força (COUTINHO, 2014). Não foi à toa que ocorreram inúmeros episódios de confronto de grupos sociais subalternos contra o aparato estatal e as instituições capitalistas, como: o movimento tenentista iniciado em 1922 que atacou as oligarquias políticas estatais, visando o assalto ao poder; a Revolta da Chibata, em 1910, quando marinheiros negros e mulatos se revoltaram contra o uso do chicote como forma de punição na Marinha; a greve de operários numa fábrica de sapatos no Rio de Janeiro, em 1902; a greve dos ferroviários paulistas em 1906; a primeira greve geral, em 1917, que concentrou cerca de 50 mil trabalhadores da cidade de São Paulo (PATTO, 1999).

Trata-se, então, de um contexto histórico em que a questão social era considerada pelo Estado como “caso de polícia”, de maneira que os confrontos sociais com os grupos sociais subversivos eram resolvidos na base de medidas repressivas e policiais, ou seja, pelo uso expresso da violência física para imobilizar e controlar a classe trabalhadora. A partir daqui, é fácil concluir pela relação desequilibrada entre Estado e sociedade civil, que a direção política possuía uma posição de primazia em relação a direção ideológica e cultural, de modo que era seu papel dizimar os quadros ativos que surgiam na sociedade civil. Entretanto, para este estudo, é importante tentar compreender como a ideologia da instituição psiquiátrica se vinculou a direção política nesse quadro sócio-histórico e sociopolítico. Ao que nos parece, a resposta está na formação da classe trabalhadora dentro de uma estrutura socioeconômica recém saída da ordem escravista e na visão de mundo das camadas sociais estamentais que não admitiam os direitos dos ex-escravos e exigiam privilégios para si próprios.

De acordo com Patto (1999), o processo de constituição da classe trabalhadora brasileira destoou bastante em relação ao da classe operária inglesa. Enquanto o segundo se destaca pela força numérica e organizada da classe operária que, por meio de lutas sociais por melhores condições de trabalho e vida, conseguiu ingressar no cenário político, exigindo o seu reconhecimento como classe por parte do Estado e o direito de participar da política mediante organizações políticas e classistas. O primeiro, por seu lado, se formou numa sociedade essencialmente agrária¹⁶, marcada pelos resíduos da escravidão e pela grande propriedade rural. Esses dois obstáculos a cidadania, sobretudo civil e política, impactaram negativamente na

¹⁶ Para Maria Helena Souza Patto (1999), “o Brasil da Primeira República não foi industrial: segundo o Censo de 1920, 69.7% da população economicamente ativa dedicava-se à agricultura, 16.5% ao setor de serviços e 13.8% à indústria, quadro que não se alterou significativamente até 1930”.

possibilidade de formação de cidadãos mais ativos e da organização de uma classe operária homogeneizada com forte representatividade política. Vale dizer, segundo Carvalho (2019, p. 63), em 1920, apenas 16,6% da população vivia na cidade, o que significa que a maioria do povo vivia no campo sob o domínio das oligarquias agrárias que faziam uso do sistema de clientela para manter a classe camponesa num estado de submissão e passividade política.

No que diz respeito aos efeitos negativos da ordem escravista na formação da classe trabalhadora, Ortegá mostrou como a escravidão ainda estava enraizada na sociedade brasileira, mesmo no período Pós-Abolição da escravatura:

Nesse processo de transição do regime escravista para o capitalista, a mão de obra escravizada passa a ser substituída pela mão de obra livre e assalariada. Isso, porém, não significa dizer que o trabalhador que antes era escravizado foi absorvido como assalariado. Num sentido contrário, estudos como o de Sales dos Santos (1997) demonstram a intensificação da importação de mão de obra de países europeus, com vistas a substituir os trabalhadores negros, movidos pela ideologia racista do sucessivo branqueamento da população brasileira. É nesse contexto, então, que se formam no Brasil as classes sociais capitalistas (ORTEGAL, 2018).

As consequências da não absorção da população negra como assalariado, foram devastadoras para formação de uma consciência de classe homogênea, visto que ao invés de vigorar uma única forma de exploração do trabalho fundada na condição de assalariado, as relações sociais de produção em vigor abarcavam várias formas exploração do trabalho. Assim, para Carvalho (2019, p. 58), os novos empregos, tanto na indústria como na agricultura, foram ocupados por milhares de imigrantes, enquanto os descendentes de escravos engrossaram a grande parcela da população sem emprego fixo ou foram relegados às incertezas do trabalho informal e aos sabores do lumpesinato.

Entre a elite, a opinião de maior força era de que os negros não tinham os requisitos necessários para satisfazer a demanda por mão de obra operária e rural, sendo, portanto, um segmento populacional que a classe dominante não queria incluir no seu projeto de nação (SANTOS, 1997 apud ORTEGAL, 2018).

Em que pese esses obstáculos à organização de classe, dentro do próprio setor operário também existiam divergências. O movimento operário, na década de 1920, lutava por direitos básicos, como o direito de organizar-se politicamente em partidos e sindicatos, de realizar greves com respaldo da lei, sem correr o risco de sofrer reprimenda da polícia. Entretanto, a hegemonia do movimento operário era disputada por tendências reformistas que defendiam a integração política e social dos trabalhadores à sociedade de classes; e por tendências

anarquistas, introduzidas no Brasil por operários imigrados, que conclamavam a mobilização da classe operária contra o Estado e a igreja (MAESTRI, 2019, p.86). Assim, por mais confrontador que fosse o movimento operário, ele era frágil e numericamente limitado, por conta de particularidades históricas que já mencionamos como a escravidão, a grande propriedade e a ideologia anarquista importada da Europa. Por consequência disso, o sistema político de dominação prescindia dos trabalhadores, ou seja, não havia uma necessidade histórica de integrá-los, pois, a classe operária, atomizada nos núcleos regionais fabris do país, não oferecia um grande risco à classe dominante, podendo ser controlada por um sistema hegemônico ditatorial.

Nesse contexto de cidadania negada, cabe aqui uma reflexão de Patto (1999) sobre as formas de sobrevivência e/ou resistência da classe trabalhadora urbana. Segundo ela, o cotidiano das classes populares na fase da Primeira República tinha características próprias: os explorados pelo sistema de dominação salarial resistiam à espoliação e a miséria por meio de greves, sabotagens, atos contra a propriedade e depredação dos bens públicos que os trabalhadores não usufruíam; os de fora do sistema salarial, procuravam ganhar a vida por meio de ações que os punham em conflito com a lei, como a mendicância e os pequenos furtos espontâneos, individuais, de miseráveis que não estavam organizados em quadrilha. Foi em resposta a esses conflitos sociais, despontados no panorama da abolição da escravatura, dos movimentos migratórios e do crescimento das cidades, que se intensificaram as práticas repressivas do Estado, mediante a fortificação do aparato policial e jurídico, com o objetivo preservar a ordem social vigente.

Embora o sistema hegemônico por nós analisado seja de primazia da direção política, isso não significa necessariamente um vazio referente às funções culturais e ideológicas no seio do Estado. Até porque nenhum bloco histórico se mantém somente pela força e a ditadura, como diria Portelli (1977), não é simples utilização da coerção, mas a decapitação pacífica dos grupos inimigos. Com isso, o interprete de Gramsci está querendo dizer que a ditadura não se apoia somente na sociedade política, também utiliza o bloco ideológico para neutralizar as outras classes. Porém, vale lembrar que por causa da natureza do bloco histórico do tipo velho, as funções ideológicas e culturas se tornam um aspecto da dominação política, na medida em que a sociedade civil não dispõe de autonomia suficiente para sobrepor à sociedade política. Assim, considerando o cenário de caos urbano, miséria e criminalidade, que passava a fazer parte do cotidiano das classes populares urbanas, e o correspondente aumento das intervenções das forças repressivas para assegurar a paz social, tornou-se necessário a criação de um bloco

ideológico – que vincula as camadas de intelectuais aos representantes da classe dominante – para dar alguma legitimidade ao regime de produção, as diversas relações sociais de produção; típicas de uma sociedade capitalista dependente, a extrema desigualdade social e racial, e à violência institucional empregada pelos aparelhos do Estado.

Por fim, é preciso chamar atenção para o principal fator que vincula o discurso científico da psiquiatria à estrutura socioeconômica. Isso porque, como já vimos, a medicina prestou suporte científico ao Estado no século XIX, que utilizou a sua perspectiva normatizadora para exigir da ordem social critérios de normalidades e por meio disso corrigir os comportamentos sociais que estavam fora dos padrões. Entretanto, como afirma Resende (2000, p. 40), os critérios de seleção da clientela do hospício eram a juízo da autoridade pública (leia-se leigos), de modo que o saber médico mal contribuía nesse processo. Desse modo, o discurso científico da psiquiatria tinha validade somente como suporte às medidas repressivas, mas não tinha legitimidade no seu próprio ambiente institucional e nem como uma ciência em si. É somente no contexto da abolição da escravidão e da vinda dos imigrantes que esse cenário se altera, porque, no decorrer do processo de transição à uma ordem social competitiva, a estrutura socioeconômica absorveu a força de trabalho imigrante e excluiu a mão de obra dos descendentes de escravos. Em consequência disso, como já falamos, criaram-se dois problemas sociais: 1) criou-se uma classe operária, pequena e frágil, porém, combativa e restrita a luta econômica e corporativa contra os patrões; 2) a situação do desemprego do povo negro levou ao aumento crescente da indigência, criminalidade e outras formas de comportamento desviante, engrossando as fileiras do lumpesinato (prostitutas, ladrões, vendedores de mercadorias ilícitas, etc.). Mas, é o último problema que vai tornar o discurso científico da psiquiatria necessário a estrutura socioeconômica, a ponto do saber médico incidir no recolhimento da clientela.

Primeiramente, temos que levar em conta que o problema da escravidão não foi resolvido com a abolição da escravidão, tanto é que não se chegou a uma solução material para a questão da desigualdade racial. Assim, do ponto de vista da formação do cidadão, a escravidão afetou não só o escravo, como também o senhor e o homem livre. Isso porque, se o escravo não desenvolvia a consciência dos seus direitos civis, o senhor tão pouco o faria. Por seu lado, o senhor não admitia os direitos da população negra e desejava manter seus privilégios a qualquer custo (CARVALHO, 2019). Nesse sentido, mesmo com o fim da escravidão, a elite brasileira continuou atribuindo as condições sociais degradantes as quais os negros estavam destinados, à ideia de inferioridade da raça e da constituição étnica, deixando de lado a causa estrutural da

desigualdade racial. Todavia, diferente do período escravista em que as revoltas sociais de escravos eram problemas de ordem privada, logo, não havia necessidade de buscar a aprovação da sociedade para lidar com a situação. No período republicano, as ações desordeiras nas cidades, eram questões de ordem pública, que exigiam não só a intervenção estatal para restabelecer a ordem social, como também o consenso da sociedade burguesa, no que tange a leitura da realidade e as formas de resolução do problema.

Dito de outro modo, se no imaginário social da elite, o modo de vida miserável da população negra era atribuído pela condição de inferioridade racial, o aumento da criminalidade e dos desvios sociais, que ofereciam perigo à vida urbana, necessitavam de uma explicação convincente que atuasse nessa mesma linha ideológica, porque, na prática, a condição social do ex-escravo não era muito diferente do período escravista. O que era diferente, de fato, eram as relações sociais de poder, que por não contarem mais com o arbítrio do imperador e a estrutura social escravocrata para defender o status quo, só sobrava o legalismo burguês, caduco, para regular as relações sociais capitalistas que não eram as únicas na sociedade brasileira, visto que ainda predominavam relações sociais de produção pré-capitalistas. Deste modo, o legalismo Burguês não podia controlar tudo, já que ele só regulava as relações contratuais, o que criava uma espécie de vácuo jurídico e institucional em relação aos vários problemas sociais que se agravaram no período pós-abolição da escravatura como: mendicância, vadiagem, pauperismo, doentes indigentes, loucura e entre outros.

Portanto, para justificar aquela estrutura socioeconômica e a visão de mundo escravocrata da elite brasileira, que jogaram a população negra e pobre na base da pirâmide social, como aqueles que deveriam ser os mais sacrificados pelo capitalismo selvagem, teorias raciais evolucionista, social-darwinista e psiquiátrica foram importadas da Europa. Tais teorias tinham como fim explicar a raiz da desigualdade social brasileira e auxiliar na organização do aparato de controle social do Estado. Em síntese, segundo Patto (1999, pp. 18-19), “o negro e o mulato [...] passaram a ser objeto de atenção da ciência e arcar com peso da responsabilidade pelo ‘corrompimento social’ em que o país se encontraria”. O principal argumento das teorias racistas, foi a condenação ao cruzamento racial, que levou a afirmação de que a mestiçagem era responsável pela produção de seres humanos inferiores, no ponto de vista físico e intelectual, chegando ao ponto de associá-la ao perigo da delinquência, criminalidade, loucura, insubordinação às autoridades, vadiagem e outros fatores de desordem.

Para Weyler (2006), o aumento das estatísticas de criminalidade¹⁷, alcoolismo e loucura, colocaram a necessidade de a sociedade ser abordada como um corpo social doente e mestiço, que requeria a intervenção médica. Ao nosso ver, para fortalecer a concepção de mundo dos grupos dominantes em torno das teses raciais, a psiquiatria brasileira, representada na figura de Teixeira Brandão, se apoiou na teoria da degenerescência dos psiquiatras franceses Morel e Magnan. Para Morel, interpretado por Filho (2000), os comportamentos considerados degenerados e nocivos podiam ser transmitidos hereditariamente ou precocemente adquiridos por diversas causas como alcoolismo, intoxicações, atributos físicos defeituosos, alimentação deficiente, meio social miserável, conduta sexual desregrada, imoralidade dos costumes, etc. Uma vez adquirida a degenerescência, esta seria transmitida aos descendentes até que a linhagem fosse extinta. Tal concepção instalou a crença de que a maioria dos problemas sociais (pobreza, delinquência e loucura) eram produtos de maus hábitos das classes sociais tidas como inferiores, que por viverem a vida de maneira desregrada e corrupta, tendiam a se tornar figuras degeneradas que poderiam trazer algum tipo de risco à sociedade. Além disso, por considerarem que os desvios sociais eram transmissíveis entre gerações, especulava-se que a descoberta de um indivíduo degenerado era suficiente para condenar toda sua linhagem ao rótulo de desordeiro e perigoso. Com base nessa aceção, a teoria da degenerescência servia para estigmatizar todas as categorias sociais que se distanciavam do padrão de normalidade imposto pela classe dominante. Em outras palavras, os descendentes de escravos foram considerados como seres inferiores por causa da condição social dos seus antepassados, os loucos mansos foram tachados de perigosos por causa da conduta violenta de outros insanos, o imigrante, de modo geral, foi caracterizado como subversivo, por causa da tendência anarquista de alguns imigrantes. Portanto, a psiquiatria contribuiu muito para que a sociedade desenvolvesse medo desses personagens da vida urbana (o louco, o negro pobre e o imigrante). Não estamos com isso tirando o mérito de outras teorias e conceitos – como o evolucionismo social e o darwinismo social – que foram eficazes da mesma maneira que o conceito de degenerescência. Contudo, foi graças a esse conceito Moreliano que a psiquiatria criou um material ideológico verdadeiramente útil ao aparelho de dominação do Estado.

Assim, foi com base na crença da degeneração do povo brasileira, composto de raças inferiores, que se justificava o sequestro e recolhimento de negros pobres, imigrantes, de

¹⁷ Segundo os dados colhidos por Patto (1998), a maior parte das prisões entre 1890 e 1924 se deu por prática de contravenção (83,8%), isto é, crimes qualificados como embriaguez, desordem e vadiagem, portanto, sem vítimas. Isso mostra que o que mais preocupava as autoridades era garantir o controle da força de trabalho e a reprodução das múltiplas relações sociais de produção.

integrantes da classe proletária, para serem colocados em prisões ou hospitais psiquiátricos. Porém, para entendermos o processo de desenvolvimento da instituição psiquiátrica no seio do Estado, é preciso se atentar para o caráter subalterno da direção ideológica que corresponde a uma sociedade orientalizada. Vale dizer, a teoria da degenerescência, segundo Weyler (2006), conferiu a psiquiatria um patamar teórico e prático elevado, trazendo o reconhecimento que o saber médico necessitava para integrar os trabalhos de higienização e saneamento da cidade com mais autonomia científica. Uma prova dessa içada no status da medicina pode ser confirmada no trecho abaixo:

O exemplo da distribuição por diagnósticos da clientela do Hospício Nacional de Alienados (90% dos casos classificados como degenerados atípicos) dá bem uma ideia das possibilidades de se recolher das ruas, sob esses rótulos bombásticos, um leque extremamente amplo de indivíduos, desde doentes mentais, digamos autênticos, a marginalizados sociais de todos os matizes e categorias (RESENDE, 2000, p. 44).

Por um lado, é válido afirmar que a psiquiatria conquistou um espaço político que a permitiu trilhar um caminho de maior atividade científica e o maior exemplo disso é que seu sistema de classificação de doenças estava sendo utilizado como referência no processo de remoção dos focos de doença que eram os cortiços e os focos de desordem que eram os desempregados que se aglomeravam nas ruas da cidade (RESENDE, 2000, p. 45). Além disso, mais à frente, poderemos ter uma noção melhor de como a psiquiatria científica evoluiu a partir da implantação do modelo de colônias agrícolas para alienados e da criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM).

Por outro lado, de acordo com Patto (1999), as muitas medidas saneadoras não eram comandadas pelos médicos e nem tinham como propósito a saúde pública ou disciplinar os pobres pela imposição de normas. Ao contrário, elas eram uma resposta do Estado às más condições de saneamento advindas do crescimento demográfico nos centros urbanos. Em geral, eram operadas pelo aparato repressor do Estado (leia-se força policial jurídico-burocrática) que tinha como estratégia eliminar as práticas populares ameaçadoras, ou seja, as conveniências do capital falavam mais alto que qualquer projeto de higienização da moral pública.

Desse modo, podemos concluir que no período da República Velha, havia um projeto de nação, cuja crença na regeneração do povo, por meio do isolamento das raças consideradas inferiores, não era mera retórica, mas uma concepção de mundo da elite brasileira que estava instrumentalizada em algumas estruturas ideológicas e políticas ligadas ao aparelho do Estado. Convém ficar claro também, que nesse complexo de jogo de interesses que montava o país,

coube a psiquiatria apenas o papel secundário de recolher as sobras humanas do processo de saneamento, de encarcerá-las no hospício e tentar curá-las (RESENDE, 2000, p. 45).

Apesar do período republicano ser considerado um momento em que a psiquiatria reivindicou para si o domínio sobre a doença mental, podendo afirmá-la como um saber especializado, o campo da psiquiatria permaneceu fragilizado, repleto de contradições e incertezas. O que nos dá certeza desta afirmação é o uso contraditório da ciência no processo de recolhimento da clientela e na assistência prestada nos asilos. No momento da internação, a legitimidade do saber médico advém da tarefa de livrar a sociedade da degeneração, que era um recurso ideológico para justificar o domínio dos brancos sobre os negros, dos ricos sobre os pobres, e quebrar as formas de resistência política à expropriação dos meios de produção, à dominação e à exploração. Para Resende (2000, pp. 45-46), bastava examinar o perfil da clientela do Hospício Nacional para confirmar o papel subalterno da psiquiatria no processo de saneamento do meio urbano:

[...] numa estatística de dez anos, de 1905 a 1914, Juliano encontrou 31% de estrangeiros entre os internados, um espelho fiel da situação externa ao asilo. Repete-se pois o mesmo fenômeno que já se dera no período anterior, pré-científico, da psiquiatria do Vice-Reinado. No caso atual, Juliano Moreira, socorrendo-se da sua ciência, em seus aspectos hereditários, e partindo do argumento de que << a terra era boa e o índio sadio >> (antes da chegada dos colonizadores) concluiu que a Europa nos mandava sua <<escumalha>>, e propôs-se a bater às portas dos consulados estrangeiros pedindo a repatriação do material <<defeituoso>> que nos enviavam [...] (RESENDE, 2000, p. 49).

Lima Barreto que teve uma breve passagem como paciente no Hospício Nacional de Alienados, também questionou o poder ilegítimo da psiquiatria em seu tempo. Segundo Calaça (2005), ao analisar os sintomas de loucura, Lima Barreto questionou a base epistemológica de elucidação da loucura, que a seu ver, se aproximava mais das concepções ditas populares e pouco tinham haver com o saber científico sob o domínio de um especialista, cujos olhos foram treinados para diagnosticar os sintomas. Ao que nos parece, o papel que a psiquiatria exercia enquanto ciência não era explicar as causas da loucura e, a partir disso, determinar uma forma de tratamento, mas apenas justificar a intervenção policial na vida dos segmentos populares que entravam em confronto com a ordem social, por meio do rótulo de “degenerado atípico”. Era essa a condição de subalternidade em que a psiquiatria se encontrava, visto que ela representava um tipo de poder – a dominação política –, contudo, não tinha para si o poder legítimo sobre a loucura, isto é, de se colocar acima de todas as instâncias.

Se no processo de recolhimento da clientela, o discurso científico se afirmava apenas no momento da coerção, portanto, o psiquiatra não possuía autonomia para diagnosticar a doença mental com base no que a ciência determina. No que tange ao momento do tratamento, a ciência se fazia muito menos presente. De acordo com Resende (2000, p. 46), os recursos terapêuticos da época contavam apenas com a clinoterapia (leia-se repouso no leito), meloterapia (terapia com música) e o *open-door* (praxiterapia), que se baseava na crença do valor terapêutico do trabalho. Além disso, os asilos mantinham uma organização arcaica de assistência, dos tempos do período Imperial, onde o propósito da instituição psiquiátrica não era propriamente a cura, mas o enclausuramento e controle moral dos pacientes por meio de métodos repressivos odiosos. Conhecemos alguns deles na obra de Machado (1979, p. 446): a privação de visitas, o colete de força, banhos de emborcação, diminuição de alimentos, a reclusão solitária. O fato é, que essa estrutura institucional, a maneira como ela estava organizada, criava problemas à própria psiquiatria da época. Primeiro, porque o ambiente era incompatível com a função da medicina mental que era curar os pacientes a fim de devolvê-los ao convívio social. Segundo, porque, a linha terapêutica utilizada no asilo, similar ao regime interno de uma instituição correcional, não oferecia soluções para o problema de superlotação que as instituições psiquiátricas urbanas produziam em quantidades crescentes. Essa situação instalou a descrença sobre a psiquiatria, gerando implicações, inclusive, para o saber psiquiátrico que estava tentando se firmar na sociedade.

Sendo assim, em que pese o problema da legitimidade que colocava vários empecilhos ao domínio da psiquiatria sobre a loucura. Na visão de Amarante (2015, p. 60), fazia-se necessário que a psiquiatria conseguisse delegar poderes, demarcar espaços e definir papéis, que até então estavam mal definidos, principalmente nas questões de ordem curativa, profilática e na intervenção do meio social. Havia, a seu ver, várias instituições que interferiam na assistência ao louco. Levando em conta que o papel da psiquiatria era reforçar a noção de periculosidade social que propunha uma relação entre doença mental e delinquência, era comum a sobreposição do poder jurídico em relação a psiquiatria e vice-versa. Ainda mais no contexto do início do século XX, em que a psiquiatria exercia quase uma função de polícia médica do Estado.

Prosseguindo com as reflexões de Amarante (2015, p. 60), fica patente que a questão da normatização da intervenção psiquiátrica era motivo de preocupação de vários psiquiatras

renomados como Teixeira Brandão e Juliano Moreira¹⁸ que queriam resolver o problema da legitimidade de qualquer modo para enraizar o discurso científico da psiquiatria na sociedade, contudo, era preciso uma instituição que incorporasse este fim, que permitisse aos psiquiatras desenvolver uma vigilância pragmática do louco, ou seja, que possibilitasse a identificação das etiologias no espaço social. Na perspectiva dos psiquiatras daquele tempo, a colônia agrícola era o instrumento de poder para concretizar os propósitos da psiquiatria.

Entre os intelectuais visionários da psiquiatria, convergiu-se a crença de que a colônia agrícola era um ideal modernizador da assistência psiquiátrica que deveria ser perseguido. Na concepção de Lougon (2006, p. 61), a ideia central que orientava a criação das colônias era o princípio da praxiterapia que propunha a introdução da vida laborativa no interior da instituição psiquiátrica como alternativa para o confinamento dos hospitais fechados. Ao nosso ver, tendo como base a obra de Machado (1978), os psiquiatras estavam convencidos de que o modelo do hospício era um antro de desordem em todos os aspectos possíveis: 1) a organização espacial e do pessoal não obedecia critérios técnicos e racionais; 2) a população interna não era composta só de loucos; 3) as precárias condições de trabalho resultavam em violência e descaso; 4) a carência de recursos materiais e humanos adequados, inviabilizavam o estabelecimento de uma administração ordenada e disciplinadora, favorável à uma observação clínica da doença mental; 5) o instrumento terapêutico do hospício se distanciava da suposta cientificidade do tratamento moral de Pinel, que pressupõe que o louco deveria ter uma vida ocupada, ordenada e custodiada, para recuperar o equilíbrio na razão. Entretanto, no hospício, proliferaram aplicações inadequadas do tratamento moral, que sem os cuidados originais do método pineliano, acabaram se tornando práticas de imposição da ordem e disciplina que visavam apenas o bem da instituição e de quem a controlava, e não necessariamente ao bem dos alienados.

Desse modo, segundo Lougon (2006, p. 61), “em lugar da vida ociosa entre quatro paredes nos hospícios tradicionais”, as colônias agrícolas seriam dotadas de um amplo espaço físico e social, em extensas áreas verdes, onde os pacientes poderiam passar o tempo, ocupados em atividades de cultivo da terra ou trabalhando em oficinas. Na percepção de Amarante (2015, p. 56), a colônia, tendo o trabalho como o seu principal alicerce, criou condições para introduzir o tratamento moral no asilo moderno, que consiste na ideia de criar um ambiente de

¹⁸ Juliano Moreira (1873-1933) foi um psiquiatra brasileiro, designado para dirigir em 1903 o Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro e a Assistência Médico-Legal aos Alienados. Com Moreira na administração do complexo assistencial aos alienados (hospício e colônias agrícolas), foram criados novos asilos, reorganizou-se os já existentes e sua gestão é marcada pela luta em favor da legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional (AMARANTE, 1994, p. 77)

liberdade controlada, onde as regras internas do asilo, a vigilância e a disciplina devem manter o paciente continuamente ocupado.

Outro dado importante que corroborou para adesão à construção de colônias agrícolas, foi o ambiente político e ideológico propício do início do século XX. De acordo com Resende (2000, p. 47), o capitalismo brasileiro incorporou a ideologia da sociedade burguesa que, por um lado, exalta aqueles que se dedicam ao trabalho e se submetem a rotina disciplinada da vida laboral, de modo que o trabalho chegava a representar uma certidão de nascimento cívico e de honestidade. Por outro lado, o não-trabalho representava os inadaptados à ordem social, os vadios que faziam do ócio um modo de vida, os perturbadores da paz social. Portanto, o trabalho estabelecia os limites entre o normal e o anormal, o que tornava ele um importante parâmetro para que a psiquiatria pudesse atuar em conformidade com os valores da sociedade. Ao nosso ver, a psiquiatria moderna mostrou um forte alinhamento com os ideais da classe burguesa, visto que, além de se propor a devolver indivíduos tratados e curados à comunidade, ela também assumiu a tarefa de torná-los aptos para o trabalho.

Além dos problemas criados pelo modelo arcaico de assistência e pela superpopulação dos asilos, os psiquiatras também forneceram uma razão teórica para criação das colônias como alternativa moderna ao modelo tradicional do hospício. Na visão de Amarante (2015, pp. 60-61), o discurso higienista e preventista encontrava vigor dentro do discurso das colônias, pois, as colônias representavam a abertura de um novo espaço à psiquiatria, tanto em termos de espaço físico, mas, principalmente, pela possibilidade de exercer uma vigilância sobre o louco num espaço social mais complexo. Nesse sentido, as colônias serviam para ampliar o campo de abrangência da psiquiatria na área da prevenção e também para construir uma relação mais produtiva entre o âmbito da ciência e da assistência que não poderia nascer no asilo.

Entre os principais porta-vozes do discurso higienista estava o psiquiatra Juliano Moreira que acreditava ser possível adaptar à psiquiatria a postura da moderna microbiologia. Esta, por seu lado, fez grandes avanços no tratamento das doenças infectocontagiosas (tuberculose, lepra e sífilis), isolando os agentes de contaminação e o modo de transmissão, por meio de práticas de higiene e profilaxia, que prevenissem o contágio. Tendo como ênfase a noção de degenerescência, que era a tônica do discurso higienista, Juliano Moreira procurou dar mais precisão a teoria, colocando-a sob à luz da corrente organicista alemã de Kraepelin que tomava a loucura como uma patologia orgânica. Assim, ao invés de se deixar conduzir por especulações sem fundamento que atribuíam a causa da degeneração à mestiçagem, Juliano

Moreira procurou se debruçar sobre os fatores físicos que poderiam causar degeneração mental, de modo que os inimigos a combater seriam: o alcoolismo, a sífilis, as verminoses, as condições sanitárias e educacionais adversas. Portanto, parafraseando Lougon (2006, p. 62), “importava intervir nos hábitos dos cidadãos, na sociedade, na cultura, na raça, onde necessário se fizesse, de modo a garantir a normalidade psíquica e evitar que as pessoas chegassem a enlouquecer”.

Entretanto, diante de fatores adversos como a superlotação dos asilos, o alto custo para financiar projetos de higienização pública nas cidades, as propostas pensadas por Juliano Moreira não vingaram, ou como afirmou Resende (2000), não existem evidências de que qualquer prática preventiva tenha sido implementada. Desse modo, o processo de modernização da assistência, como queriam os psiquiatras mais visionários, se deu a partir de empreendimentos extra-asilares como alternativas ao hospital fechado. Dentre as estratégias de intervenção adotadas, temos a ampliação do modelo de colônias agrícolas para vários lugares do país (1890-1954), por outro lado, surgiram serviços fundamentados nos princípios de higiene e profilaxia, que eram os ambulatórios e dispensários (LOUGON, 2006).

Além disso, a visão teórica de Juliano Moreira nem mesmo era hegemônica no interior do movimento intelectual higienista que em 1922 fundou a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) com o propósito de difundir nos meios culturais a necessidade do cuidado eugênico da raça brasileira. Para esses intelectuais,

uma das principais razões da crise atravessada pelo regime republicano encontrava-se nas condições *naturais* constitutivas do Estado brasileiro. O Brasil estava sacudido por revoltas sociais e crises econômicas, não por questões históricas ou políticas, mas – segundo eles – por causa do clima tropical e da constituição étnica do povo. O brasileiro não tinha podido promover o desenvolvimento harmônico do país porque o calor e a mistura com raças inferiores tinham-no tornado preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente. Infelizmente, nada podia ser feito contra o clima. Em contrapartida, o problema racial ainda podia ser resolvido (COSTA, 2006, p. 44).

Essa concepção eugênica, apoiada na crença de que é possível melhorar a raça humana através de uma mistura seletiva de pessoas e raças, foi assimilada por um número significativo de intelectuais da sociedade brasileira, principalmente, os psiquiatras que defenderam a ideia de criar programas voltados para a prevenção e educação dos indivíduos considerados normais. A tônica do discurso que norteava os pressupostos teóricos e os programas eugenistas, era fundamentada na ideia simplista de garantir a preservação da raça, impedindo aqueles tidos como anormais da possibilidade de reprodução e miscigenação. Entretanto, o papel da LBHM foi mais no sentido de direção ideológica do que política, isso porque os eugenistas brasileiros

não contavam com nenhum organismo institucional para coordenar suas ações. Logo, o campo de atuação o qual a LBHM exerceu maior influência, foi o da cultura, onde os intelectuais buscaram difundir a propaganda eugênica, mediante artigos, campanhas publicitárias, congressos científicos, em apoio à vigilância policial aplicada aos delinquentes, alcoólatras e outros marginais (COSTA, 2006).

Por outro lado, a necessidade de tornar a instituição psiquiátrica mais científica e eficiente possível, fez com que o discurso higienista se ligasse ao projeto terapêutico proposto pelo modelo de hospital-colônia, dando a entender que a colônia concretizava os pressupostos teóricos e o ideais da LBHM. Assim, como as colônias agrícolas não significavam o fim dos asilos, mas a sua modernização, o que remete a noção de ação de adaptação elaborada por Basaglia (1977, p. 40), onde a transformação do asilo ocorre nos limites do âmbito tecnocrático e pragmático, que divide a problemática do caráter não-terapêutico do hospício em problemas específicos – hierarquia institucional, recursos humanos e materiais, espaço físico, instrumento terapêutico – que podem ser resolvidos à nível de reformulação na gestão. Trata-se, portanto, de um processo de transformação que não questiona o mandato social que confere a psiquiatria e outras instâncias, o poder de tutelar e excluir o louco da sociedade. Nesse sentido, uma vez que o mandato social de reclusão do louco permaneceu incólume, a colônia deu continuidade ao trabalho de isolar os degenerados, o que no discurso higienista significava que a instituição cumpria o papel de bloquear a transmissão do comportamento degenerado pela hereditariedade.

Finalmente, após analisarmos algumas premissas teóricas que motivaram a criação das colônias – a praxiterapia e o discurso profilático e higienista – em contraste com a noção de adaptação de Basaglia (1977), cabe uma reflexão sobre a função reabilitadora das colônias, ou seja, se esta conseguiu solucionar o problema da superlotação dos asilos. Vale dizer, as colônias mostraram, pelo menos na aparência, que poderiam, de fato, transformar o ambiente manicomial em um espaço terapêutico dinâmico, ordenador, disciplinante e moralizador. Do ponto de vista técnico/ teórico, o modelo assistencial, centrado no trabalho terapêutico, efetivou um ambiente propício para o desenvolvimento do tratamento moral pineliano, que além de abrigar muitos pacientes, pretendia tratá-los e recuperá-los por meio do trabalho para assim devolvê-los a sociedade. Entretanto, a tarefa dos hospitais-colônias de reabilitar os loucos por meio do trabalho entrava em contradição com a estrutura social capitalista e as particularidades históricas da formação social brasileira. Ainda que os pacientes fossem reinseridos na sociedade, terminavam por defrontar com as expressões da questão social atinentes à uma estrutura socioeconômica que se escorava em formas pré-capitalistas e capitalistas de

exploração do trabalho para assegurar uma alta concentração de riqueza social e regional. O fato é, que o capitalismo brasileiro, por não promover a desagregação das formas tradicionais de produção, não chegou a superar a condição dependência frente aos países imperialistas, de modo que o custo social para o desenvolvimento econômico do país era a manutenção de sintomas mórbidos como a recusa das classe dominante em conciliar o capitalismo e democracia, o que permitia levar a exploração do trabalho além do limite cívico-humanitário e conservar um sistema hegemônico ditatorial.

Desse modo, a clientela que deixava os hospitais-colônias, batia de frente com uma realidade penosa comum às classes oprimidas, que viviam em condições materiais precárias, vendiam sua força de trabalho a preços que degradavam a vida, quando não a inviabilizavam, além disso, estavam relegados a situação de pré-cidadania quando não possuíam um trabalho formal. Embora o movimento operário dos anos 1920 tenha promovido importantes avanços no ponto de vista dos direitos civis (reconhecimento legal dos sindicatos em 1907, lei de acidente de trabalho, etc.), a parca conquista da cidadania era uma realidade de uma pequena minoria de trabalhadores sindicalizados, de modo que o grosso da sociedade só tinha contato com o Estado quando o aparato policial intervia no seu modo de vida. Portanto, em que pese as condições de existência da maioria da classe trabalhadora, a tendência era que os egressos de manicômios, pelas circunstâncias sociais que os esperavam, retomassem os hábitos, os vícios e os costumes pelos quais acabaram sendo alvo de apreensão por parte do aparato policial do Estado. Assim, a imensa desigualdade social empurrava as camadas sociais populares para formas de existência que os punham em conflito com a ordem social. Nesse processo, a função da superestrutura política e ideológica, a qual a psiquiatria fazia parte, era eliminar os elementos causadores de perturbação social e justificar a desigualdade social por meio de pensamentos eugenistas.

A partir desse ponto, é possível compreender que o hospital-colônia não tinha condições de intervir nos processos sociais de exclusão e seleção que ocorriam na sociedade brasileira no período da república velha (RESENDE, 2000). Por mais eficaz que fosse o instrumento terapêutico, a psiquiatria não possuía capital político para impedir a destinação social do louco, que era o hospital psiquiátrico. Enquanto os comportamentos sociais das camadas sociais populares continuassem sendo classificados, de maneira preconceituosa, como condutas degeneradas ou desordeiras, e a vida política continuasse sendo conduzida autoritariamente, ocorreriam processos sociais de exclusão direcionados as formas de vida desaprovadas pelo capital. Desse modo, enquanto não ocorressem mudanças estruturais capazes de gerar a redistribuição de riqueza e poder, com vistas a reduzir a desigualdade social e ampliar

a socialização da política, o Estado prosseguiria sendo um instrumento exclusivo de uma classe, assim como a instituição psiquiátrica permaneceria com funções estritamente custodiais, equivalente a um instrumento de exclusão social.

Em outras palavras, o capitalismo no Brasil ainda não havia gerado as contradições internas que permitem criar as condições objetivas para transformação social. O que significa que a sociedade brasileira no contexto dos anos 1920, ainda precisava passar por um processo de industrialização que aprofundasse o desenvolvimento das classes, seus antagonismos e conflitos, de modo que desse processo decorresse uma revolução democrática que nasce no seio de uma sociedade civil, complexa e organizada, para então promover a ampliação da esfera pública do Estado.

Assim, até os anos 1950, pode-se dizer que o cenário da assistência psiquiátrica não mudou muito. Ao analisar a situação das colônias agrícolas, Resende compôs um quadro bastante desanimador:

Superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios, a mesma situação que Teixeira Brandão denunciava quase cem anos antes. As colônias agrícolas de há muito haviam abandonado o trabalho do campo como atividade terapêutica mesmo porque, num país que se industrializava e se urbanizava rapidamente, a reeducação para o trabalho rural tornara-se um anacronismo. Em seu lugar surge, aqui e ali, limitado assim mesmo a pequenos grupos de pacientes, um arremedo de praxiterapia, constando de atividades monótonas e repetitivas, nas quais o doente não podia perceber qualquer sentido (RESENDE, 2000, p. 55).

Entretanto, se, por um lado, o campo da assistência psiquiátrica revelava um quadro caótico, que era um reflexo direto do papel social que a sociedade atribuiu à psiquiatria, de instituição responsável por custodiar e isolar as categorias sociais marginalizadas (os sem-trabalho, indigentes, grevistas, etc.). Por outro lado, a luta da classe operária, após o movimento de 1930, viveu um momento de expansão dos direitos sociais que culminou na regulação das relações de trabalho – regulamentação da jornada de 8 horas de trabalho, do salário mínimo, da Justiça do trabalho, do direito de férias, da previdência sob ingerência estatal; sindical e empresarial, do trabalho feminino e dentre outros. Mas foram direitos sociais introduzidos em um contexto de participação política quase nula e de fragilidade dos direitos civis. Tal cenário, colocava em dúvida o sentido das conquistas democráticas e retardava o desenvolvimento de uma cidadania mais ativa (CARVALHO, 2019, p. 114). Vale lembrar que o contexto ideal para ocorrer a transformação da instituição psiquiátrica em conformidade com uma ação de

conflito¹⁹ proposta por Basaglia (1977), dependia de uma participação política ativa da sociedade em torno da problemática da libertação do povo e, em específico, do louco. Portanto, cabe aqui uma reflexão sobre as particularidades da revolução burguesa no contexto dos anos 1930 aos 1960, que resultaram numa forma de democracia restrita, “aberta e funcional só para os que tem acesso a dominação burguesa”, que vai deixar marcas profundas no sistema político brasileiro (FERNANDES, 1977 apud TOTORA, 1999).

Para Fernandes, interpretado por Totorá,

A Revolução de 30 não passou de um arranjo no poder entre a oligarquia agrária "tradicional" e a oligarquia "moderna" — comercial, financeira e industrial — cedendo ao radicalismo das camadas médias. Esta revolução ditou as soluções do conflito que iriam prevalecer a partir de uma forma conservadora de dominação burguesa, selecionando a luta de classes e a repressão do proletariado (FERNANDES, 1977 apud TOTORA, 1999).

Ao nosso ver, amparados nas reflexões de Maestri (2019, p. 110), o movimento de 1930 foi um reflexo da instabilidade econômica e política, impulsionada pela crise econômica de 1929 que enfraqueceu economicamente a organização federalista e oligárquica do Brasil, dando margem para criar um cenário de tensão social e política entre as oligarquias hegemônicas e a coalizão opositora, composta pela burguesia industrial, setores da classe média e as oligarquias periféricas. O que nos chamou atenção nesse contexto de crise de hegemonia, que resultou na construção de um novo bloco histórico, foi a tendência de “revolução passiva” que esse processo incorporou. De acordo com o Coutinho (2006), como a burguesia industrial não dispunha de força política suficiente para dirigir os demais grupos sociais, coube ao Estado o papel de protagonista de nossa industrialização, bem como de solucionar as pressões das massas populares urbanas. Na visão de Weffort (2003), trata-se de uma situação em que nenhum dos grupos participantes do poder detinham a exclusividade do poder político, ao passo que o Estado era o único que possuía legitimidade para arbitrar em nome dos interesses nacionais, uma vez que ele soube adequar o comportamento político da classe operária urbana às exigências da formação do capitalismo. Grosso modo, o populismo, segundo Gorender (2014, apud MAESTRI, 2019), foi “a forma de hegemonia ideológica por meio da qual a burguesia tentou e – obteve em elevado grau – o reconhecimento da classe operária para a construção da nação burguesa”.

¹⁹ Introduzimos o conceito “ação de conflito”, elaborado pelo pensador e psiquiatra italiano, Franco Basaglia, na página 21.

Diferente do período da república velha em que a classe operária era pequena e de formação recente, portanto, era facilmente dominada por métodos autocráticos. A classe operária dos anos 1930, já começava dar sinais de amadurecimento, na medida em que a sociedade se industrializava, o que significava que a dominação pela ditadura já não era suficiente para assegurar a solidez do bloco histórico. Vale dizer, a maioria das correntes políticas²⁰ da época (1930-1937), em consonância com o ambiente internacional, tramavam o assalto ao poder, com ou sem apoio popular. Deste modo, como as classes dominantes não podiam oferecer as bases de legitimidade para dirigir a nação, o fato de o Estado conquistar o consenso da classe operária urbana num contexto de fragilidade política, rendia-lhe o direito de governar em favor dos demais grupos sociais dominantes. Essa condição peculiar em que o Estado esteve ante as classes sociais, foi chamada de “Estado bonapartista” por Moniz Bandeira (1976 apud MAESTRI, 2019, p. 116).

Contudo, o que interessa para nós, são os traços de “revolução passiva” que vão marcar o Estado brasileiro, gerando implicações na vida dos grupos sociais subalternos que ficaram de fora do pacto populista. Segundo Coutinho (2006), além da estratégia de exclusão das massas populares, o Estado assumiu uma forma corporativista semelhante a que foi posta em prática pelo fascismo italiano. Essa orientação corporativista se expressa na tentativa de incorporar ao aparelho do Estado as categorias sindicalizadas da classe operária urbana, enquanto que o resto da classe trabalhadora é colocada em segundo plano, isto é, ficando à margem da sociedade. Com isso, o Estado impõe uma representação corporativa dos interesses da classe trabalhadora que impede a universalização da representação dos trabalhadores, ou seja, evita que a classe

²⁰ Temos como exemplo a formação do Partido Comunista Brasileiro (PCB) em 1922, dentro do espectro da Terceira Internacional. O partido disputou com os anarquistas-sindicalistas e os reformistas, a organização do operariado (CARVALHO, 2019, p. 94). Nos anos 1930, o PCB viveu uma fase ultraesquerdista, em que colocava na ordem do dia o assalto ao poder e a construção de um governo popular. Posteriormente, em 1934, abandonou o esquerdismo, em favor do colaboracionismo, que consistiu na aliança do PCB com a burguesia industrial para completar a revolução burguesa, visando a extinção de formas de poder pré-capitalistas. Em 1935, nasceu um grande movimento político chamado Aliança Nacional Libertadora (ANL), liderado por Luís Carlos Prestes, sob orientação da Terceira Internacional. Embora não se trata-se de um partido de estado-maior, o movimento teve uma expressão nacional, de organização de massa (ibid., p. 106). Para Maestri (2019, pp. 116-117), a ANL tinha como inspiração ideológica os ideais anti-imperialista, antifascista, anti-latifundiário e democráticos. Mas não chegou a propor uma agenda revolucionária como a liquidação da propriedade privada, nem o controle das fábricas e empresas nacionais. Seu foco era lutar contra os abusos do imperialismo e do semifeudalismo. Segundo Carvalho (2019, p. 106), nesse mesmo período (1930-1937), também havia uma representação política de direita, um movimento de orientação fascista chamado Ação Integralista Brasileira (AIB), que assim como a ANL, foi um grande mobilizador de massa, com forte expressão nacional. A AIB se considerava uma força nacionalista, criada com o objetivo de unir moralmente a nação, mas para realizar tal empreendimento, era necessário combater as ideologias divisionistas que separavam a sociedade brasileira: o liberalismo, comunismo, anarquismo e sindicalismo.

trabalhadora, no seu processo de constituição de classe, ascenda à luta num plano universal, criando a hegemonia de grupo social fundamental sobre uma série de grupos subordinados.

Por consequência dessa forma de Estado corporativo, a sociedade civil que emergia nos 1930 foi absorvida pela sociedade política (COUTINHO, 2006). Além disso, tendo o positivismo como sua maior influência, o Estado resolveu adotar uma política moderna de incorporar a classe operaria urbana à sociedade por meio de políticas de proteção social ao trabalhador e a família. Contudo, ao incorporar apenas as categorias profissionais politicamente organizadas, o Estado criou um sistema de estratificação ocupacional que Wanderley G. dos Santos chamou de “cidadania regulada”. Assim, eram cidadãos aqueles que tivessem vinculados a uma ocupação profissional sindicalizada, podendo gozar de benefícios trabalhistas e previdenciários conquistados. Um exemplo claro disso, foi a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em 1934 pelo governo provisório de Getúlio Vargas (1930-1937), que eram baseados em categorias profissionais amplas. Por outro lado, o sistema excluía categorias importantes de trabalhadores: os autônomos, trabalhadores rurais e domésticos. Estes não eram sindicalizados e nem se beneficiavam de políticas previdenciárias e trabalhistas (CARVALHO, 2019, pp. 118-119).

Nesse sentido, ao fundar uma concepção de política social como privilégio e não como direito de todos, o Estado, sob o amparo da ideologia populista, conseguiu resolver dois problemas que ameaçavam sua legitimidade: 1) ao limitar a representação da classe operária à dimensão econômica-corporativa, impediu que esta elaborasse uma consciência ético-política; 2) ao excluir a classe trabalhadora desorganizada e conformista, foi capaz cumprir com as determinações dos países imperialistas que condicionavam o desenvolvimento econômico dos países satélites à manutenção de formas marginais de exploração para assegurar a drenagem do excedente econômico. Com base nesse raciocínio, entende-se que o Estado burguês conservou os processos sociais de seleção e exclusão das classes subalternas (os pré-cidadãos), pois, estes, garantiam a estabilidade estrutural do capitalismo dependente.

Portanto, com a inclusão de parte da classe operária ao Estado corporativista e populista, ao lado de um processo de exclusão de uma massa de indivíduos descartados pelo modo de produção capitalista, a função social da psiquiatria permaneceu vinculada ao papel que a sociedade lhe conferiu, de custodiar e excluir os indivíduos que lhe chegavam e sobre os quais deveria intervir. Desse modo, pode-se supor que o estado de abandono em que se encontravam os hospitais psiquiátricos públicos, era um reflexo da forma como as classes e frações de classe satisfazem suas necessidades, reproduzem sua situação de classe e as desigualdades inerentes

ao sistema capitalista. Com isso, estamos querendo dizer que o fato de a classe operária ter se atrelado ao Estado, condenou o movimento dos trabalhadores a uma escassa autonomia, que o impossibilitava de confrontar os processos sociais de exclusão e seleção das classes subalternas. Por consequência disso, o grosso da classe operária urbana e sindicalizada se beneficiou com a assistência médica fornecida pelo sistema previdenciário, enquanto que o resto da classe trabalhadora e do lumpesinato, ficou na dependência de ações filantrópicas ou se tornou um potencial alvo das políticas higienistas do Estado. Nesse contexto, a atenção psiquiátrica não chegou a ser incorporada na estrutura da previdência, pelo menos até o final dos anos 1950, pois, os hospitais psiquiátricos estavam destinados às categorias sociais marginalizadas. Logo, a referida condição caótica dos asilos psiquiátricos, retratada por Resende (2000, p. 58), era consequência direta do papel que a sociedade atribuía à psiquiatria e do nível de organização da classe trabalhadora que ainda estava no momento econômico-corporativo. Dito de outro modo, enquanto houver cidadãos e pré-cidadãos, no seio da classe trabalhadora, ocorrerão processos sociais de exclusão e seleção, movidos pelo arbítrio, visto que é da tendência de o capitalismo descartar as forças de trabalho sobranter.

A psiquiatria só será transformada pela ação do conflito quando a classe trabalhadora elaborar uma consciência ético-política capaz de transmitir a problemática da libertação do louco à toda sociedade ou à setores ativos dela. Entretanto, para isso acontecer, era necessário que o Estado se abrisse, pelo menos formalmente, à disputa das diversas classes, para, assim, introduzir a socialização política na vida social. Esse cenário começou a ganhar relevo a partir de 1945 com o desgaste do regime populista frente ao crescimento da sociedade civil. Na visão de Carvalho (2019, p. 150), a participação do povo na política cresceu expressivamente tanto no campo da eleição – o voto foi estendido às mulheres –, como no lado da ação política organizada em partidos, sindicatos, ligas camponesas, associações estudantis e entre outras. Desse modo, a sociedade civil já não era mais formada por um conjunto de pequenos sindicatos e partidos que, dado ao limitado grau de influência na sociedade, não tinham condições de oferecer resistência política às tentativas do Estado corporativo de absorvê-los. Dos anos 1950 em diante, a sociedade civil correspondia a um progressivo amadurecimento democrático que poderia ser verificado com o surgimento de partidos de massa mais competitivos – que estavam organizados nacionalmente e possuíam programas definidos – e com a boa receptividade das populações das capitais ao sistema de representação político-partidária. Pelo menos 64% das populações das principais capitais aceitavam o sistema partidário. De certa forma, isso

representava uma ameaça política ao modo de governar autocrático burguês que se prendia a figura de um forte Estado intervencionista, capaz de manter o poder centralizado (ibid., p. 153).

Contudo, o processo de ocidentalização da sociedade brasileira foi interrompido no meio do caminho, devido ao golpe civil-militar de 1964 que se antecipou as pressões democráticas das camadas populares, fortalecendo a natureza autocrática do Estado em nome dos interesses da classe burguesa nacional que não tinha convicção na prática democrática representativa. Posteriormente, é no fim dos anos 1970, em meio ao processo de reabertura do sistema político à luta de classe, que aparecerão as condições necessárias para o começo da transformação da instituição psiquiátrica.

2.3 Reforma Sanitária: o processo de democratização da saúde

A luta pela Reforma Sanitária se inseriu no contexto geral da luta de classe no Brasil, caracterizado por um quadro mais amplo marcado pelo capitalismo monopolista e pelo regime autoritário-burocrático instaurado em 1964 para restaurar a ordem e assegurar o desenvolvimento econômico sem romper com a posição subalterna da economia nacional perante o capital estrangeiro. A consolidação do capitalismo monopolista no Brasil foi concretizada às custas da exclusão econômica dos setores populares e da supressão do regime liberal-democrata. Entretanto, conforme observa Bravo (2011, p. 40), “As relações de classe, dentro e fora do Estado, emergem de lutas por ganhos materiais. Nessa perspectiva, as classes trabalhadoras, dependendo de sua organização, podem conquistar uma democracia mais ampla, mesmo estando fora do poder”. Ao nosso ver, embora as relações Estado-sociedade ainda apresentassem traços de autoritarismo, patrimonialismo e privatismo, que foram exacerbados pelo regime militar, o processo de transição à democracia (1975-1988) não foi controlado unilateralmente pelas elites, conforme ocorreu nos processos anteriores de sucessão de blocos históricos. Nesse contexto, em particular, o cenário político foi ocupado pelas massas populares que se mobilizaram contra a distribuição desigual de poderes e direitos sobre os recursos produtivos relevantes à sociedade. Essa postura foi acompanhada de ações políticas de várias frações de classes sociais envolvidas com uma noção ampla de cidadania e democracia, que se traduz na construção coletiva do espaço público. Isso implicou na necessidade de concessões da classe dominante às classes subalternas por meio da ampliação da dimensão pública do Estado.

A área da saúde, conforme compreendeu Escorel (1989 apud BRAVO, 2011, p. 39), revelou-se ao longo do processo de transição à democracia, como um campo fundamental de construção de cidadania, tanto pela questão da luta por direitos sociais e políticos, como por ser “um elemento potencialmente revolucionário e de consenso” (ibidem). Vale dizer, o potencial revolucionário destacado por essa autora (cf. também BRAVO, 2011), consiste no fato da área da saúde ser um campo em que se confrontam as concepções de mundo de diferentes classes, portanto, é um espaço de construção do consenso e de luta pela hegemonia, onde se pode aglutinar um conjunto de forças sociais e políticas para empreender transformações sociais. Nesse sentido, levando em conta que o processo de Reforma Psiquiátrica se originou no seio da luta pela reforma sanitária e pela democratização da sociedade, é importante verificar como a saúde foi apropriada pelos movimentos sociais num contexto de revigoração da sociedade civil, em contraste com o modelo burocrático-autoritário de Estado.

Começamos pelas questões econômico-sociais e políticas que foram determinantes para emergência da ditadura brasileira. Segundo Florestan Fernandes (1986 apud BRAVO, 2011, p. 55), “a ditadura foi um meio de impedir que a revolução nacional e democrática interferisse negativamente (de uma perspectiva burguesa, ou seja, univocamente nacional e imperialista) na eclosão do capitalismo monopolista”. Se observamos o contexto histórico que antecede o golpe civil-militar de 1964, fica evidente que se tratava de uma conjuntura política favorável a reformas e avanços sociais. Sob a tônica da justiça social e da soberania nacional, o governo de Jango buscou promover políticas de valorização dos direitos trabalhistas e de defesa de reformas de base (agrária, tributária, educação, eleitoral, etc.), com intuito de resolver os problemas estruturais que aprofundavam a desigualdade social. Além disso, a política econômica do governo dava sinais de independência das relações externas, tendo em vista a tentativa de limitar as remessas de lucro do capital estrangeiro (LARA & SILVA, 2015).

Para Petras (1999 apud LARA & SILVA, 2015), o golpe de 1964 foi uma reação capitalista contra as possibilidades de reformas sociais que desagradavam a burguesia brasileira associada ao capital imperialista. Sob o pretexto da bipolarização do mundo (capitalismo vs. Comunismo), os setores reacionários do país tentaram de todo jeito desativar e mesmo reprimir a sociedade civil, relegando as formas de representação política, social e cultural da classe trabalhadora à ilegalidade. Seu objetivo foi viabilizar a internacionalização da economia brasileira e a alta concentração de renda, poder e propriedade nas mãos de corporações transnacionais, monopólios estatais e privados, latifúndios, de modo a promover uma maior

integração ao mercado mundial, isto é, aprofundando suas conexões com o capital financeiro e industrial internacional.

Para Netto, interpretado por Bravo (2011, p, 55), o golpe de 1964 foi a conclusão da crise de dominação burguesa concebida a partir da contradição inerente ao regime de produção capitalista, entre as demandas oriundas da dinâmica do desenvolvimento e as relações sociais de produção capitalista. Nessa fase do capitalismo brasileiro, a indústria de base colocava como necessidade a redução do custo de produção a fim de favorecer o processo de acumulação, em contrapartida, a massa de trabalhadores gestada pelo capital monopolista, procurou defender seus interesses através de modalidades de representação e articulação de classes no sistema político. Segundo essa autora, o padrão de acumulação entrou em contradição com os anseios democráticos e populares, de forma que só havia duas alternativas para burguesia: ou frear a ascensão das classes subalternas por meio de uma ditadura; ou assegurar o desenvolvimento econômico, concorrendo com projetos alternativos não burgueses. A primeira opção acabou sendo a solução política padrão para os países de terceiro mundo que ensaiavam movimentos de libertação nacional.

Para Lara e Silva (2015), tem-se no período da ditadura civil-militar a ofensiva do grande capital sobre as pretensões econômicas e sociais do governo Jango. Procuramos dar destaque as medidas que mais favoreceram a alta burguesia nacional e estrangeira: 1) foi revogada a lei que impedia as empresas estrangeiras de fazer remessas de lucros exageradas para o exterior; 2) restringiu-se os crédito às pequenas e médio empresas; 3) revogou o decreto que desapropriava terras adjacentes as estradas para a reforma agrária; 4) impediu-se a nacionalização de refinarias privadas; 5) o fim da lei que garantia estabilidade aos trabalhadores após dez anos de trabalho e a introdução do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) que estimulava a rotatividade da força de trabalho; 6) estabeleceu-se o arrocho salarial. Esta última, segundo Ianni (1981 apud BRAVO, 2011, p. 56), foi uma das principais políticas econômicas da ditadura, visto que ela exercia uma influência direta e indireta no processo de acumulação capitalista e na expansão das grandes empresas.

Para manter a superexploração do trabalho, representada na queda do valor do salário mínimo que se acentuava na proporção inversa ao crescimento econômico, o Estado adotou, segundo Bravo (2011, p. 58), uma estratégia de intervenção na questão social baseada no binômio repressão-assistência. No que diz respeito as medidas de repressão, Carvalho (2019) caracterizou o período de 1964 a 1974 como o momento de maior uso do aparato repressivo do

Estado – com destaque para o governo Médici (1969-1974) – que se expressou na retirada violenta de direitos civis e políticos. O direito a greve foi confiscado pela Lei n. 4.330 de 1964, a censura à imprensa eliminou a liberdade de opinião, os partidos foram regulados pelo governo, os sindicatos estavam sob constante ameaça de intervenção coerciva²¹, as centrais sindicais foram eliminadas, o direito a defesa foi cerceado por prisões arbitrárias.

Ao mesmo tempo em que o retiraram os direitos civis e políticos, os governos militares expandiram os direitos sociais. Para Bravo (2011, p. 58), a política assistencial foi ampliada, burocratizada e modernizada com o objetivo de aumentar o poder de regulação da máquina estatal sobre a sociedade, atenuar conflitos sociais e obter a legitimidade que o regime militar precisava para assegurar a ordem social vigente. Carvalho (2019, p.175) demonstrou como a política assistencial foi utilizada pelo regime ditatorial. Em 1966, os militares junto com a tecnocracia do governo, criaram o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que unificou e universalizou a previdência, isto é, acabou com as IAPs e unificou o sistema. Assim, os benefícios previdenciários, como aposentadoria, pensão, assistência médica, foram uniformizados. Com a dissolução das IAPs, os sindicatos perderam a ingerência sobre a previdência, que passou a ser controlada pela burocracia estatal, o que provocou o enfraquecimento dos trabalhadores no jogo político.

Além disso, o regime militar resgatou a tática populista ou getulista de assimilar corporativamente alguns segmentos das classes subalternas as quais o governo tentava obter o consenso por meio de direitos trabalhistas e previdenciários. Em 1971, foram incluídos na previdência os trabalhadores rurais, mediante a criação do Fundo de Assistência Rural (Funrural), que garantiu os direitos à aposentadoria, pensão e assistência médica. Posteriormente, foram incluídos também os trabalhadores autônomos e as empregadas domésticas. Por outro lado, como se tratava de uma política assistencial dentro da lógica do Estado corporativista, os trabalhadores que não tinham relação formal de emprego foram excluídos. Outra medida não menos importante, foi a criação do Banco Nacional de Habitação (BNH) que tinha como propósito facilitar a compra da casa própria por famílias de baixa renda (CARVALHO, 2019).

Portanto, a combinação entre repressão e assistência cumpriu um papel pertinente a um sistema hegemônico, cujo primado é o momento da ditadura. Como a classe dominante não

²¹ De 1964 a 1970, segundo os dados colhidos pelo historiador José Murilo de Carvalho (2019) acerca do número de intervenções repressivas do Estado contra entidades civis. Foram ao todo 536 intervenções, sendo 483 em sindicatos, 49 em federações e quatro em confederações.

podia ser dirigente, a dominação burguesa ficou por conta da sociedade política que não só utilizou o aparato policial e jurídico-burocrático para reprimir as manifestações contra o governo, como também fez uso do bloco ideológico para neutralizar as outras classes. A política assistencial fez essa função de decapitar pacificamente os grupos inimigos, operando nos temas de Gramsci, o transformismo das classes subalternas. Tal tática contribuiu para reduzir a combatividade política, assim como gerou dividendos para os governos militares (PORTELLI, 1977, pp. 84-90).

Na perspectiva da política de saúde, a organização dos serviços permaneceu amparada por princípios corporativos que implicaram na associação entre assistência médica previdenciária e trabalhadores vinculados ao Estado corporativista, ao passo que a ênfase das ações de saúde pública como políticas e modelos de serviço, voltou-se para criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e rurais. Assim, nas palavras de Bravo (2011, p. 59), “as doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sob responsabilidade do setor previdenciário”. Na prática, manteve-se uma política de saúde excludente que só reconhecia como cliente-cidadão aqueles que estivessem inseridos em ocupações regulamentadas pela lei.

A saúde pública que era predominante até meados dos anos 1960, acabou relegada a segundo plano no período em que se instalou o regime militar. De acordo com Cordeiro (1980, p. 160), na segunda metade da década de 60, observou-se uma diminuição gradual dos gastos estatais em saúde pública, sendo que todos os programas dirigidos ao controle das doenças infecciosas e parasitárias (leia-se doenças de massa) sofreram reduções e paralizações, devido à orientação política do governo de cortar gastos. Ao nosso ver, o declínio da saúde pública estava relacionado a dois fatores: a ampliação do corporativismo estatal para atender a uma nova estrutura de classe²² do capitalismo monopolista; e a tendência deste de supercapitalização, de transformar o setor de serviços em mercadorias. Em outras palavras, o

²² A nova estrutura de classe do capitalismo monopolista se refere a tendência de supercapitalização que consiste, segundo Behring & Boschetti (2011), na “industrialização da esfera de reprodução em setores que não produzem mais-valia diretamente, mas que indiretamente aumentam a massa de mais-valia”. Trata-se do estágio monopolista do capitalismo, em que o capital atingiu um grau tão elevado de concentração e centralização, que acabou gerando a necessidade de transformar todo o conjunto do processo global de produção e reprodução social (circulação, consumo, distribuição) em relações sociais capitalistas para acelerar a rotação do capital. A partir daí, o capital avançou sobre o setor de serviços, visando sua mercadorização, o que resultou na submissão das camadas assalariadas a um processo proletarianização, que não ocorreu pela condição de assalariamento, mas pela perda do controle sobre o processo de trabalho. Braverman (2015) chamou os trabalhadores da área de serviços que estavam nessa condição de nova classe média, pois, não podiam ser considerados como profissionais liberais.

capitalismo monopolista foi responsável por ampliar a concentração da massa operária em novos setores da indústria e pela proletarianização dos trabalhadores do setor de serviços. Logo, não foi por acaso que o regime militar implantou uma nova estrutura do setor saúde, já que um dos pilares daquele sistema hegemônico, era absorção das categorias ocupacionais pelo Estado corporativista. Segundo Carvalho (2019), houve um enorme aumento da população empregada, que passou de 22,7 milhões em 1960. Houve também um deslocamento gradual de pessoas do setor primário (agricultura) para o secundário e terciário. Junto a isso, foram incluídos no sistema previdenciário outros contingentes populacionais (trabalhadores rurais, autônomos e empregadas domésticas) na década de 70. Desse modo, era evidente a necessidade de expandir a cobertura de serviços de saúde, que até 1964 era fornecida somente pelos próprios institutos de aposentadoria e pensão, que não tinham estrutura para dar conta das novas demandas. Em paralelo a isso, as corporações médicas ligadas as forças capitalistas, se organizavam para pressionar o Estado para investir no setor privado.

Por outro lado, a saúde pública, no período de 1945 a 1964, mesmo melhorando as condições sanitárias e tendo mais recursos, não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil e geral (BRAVO, 2009, p. 92). Tal quadro negativo serviu para opinião pública, controlada pela elite tecnoburocrata, denegrir a imagem da saúde pública, atribuindo suas deficiências a falta de capacidade gerencial, e lançar um forte argumento em favor da eficácia da iniciativa privada. Considerando que a estrutura hospitalar de natureza privada já estava montada desde os anos 1950 (ibidem), não surpreende que o desfecho dessa situação-problema tenha sido a organização privatizante da assistência médica. Vale dizer, 22,7 milhões de habitantes integrados ao sistema previdenciário, representava o potencial de consumidores que seriam inseridos nos mercados de medicamentos, equipamentos médico-hospitalar e serviços privados de saúde. Portanto, por se tratar de um contexto em que as grandes empresas monopolistas percorriam o mundo em busca de maiores taxas de acumulação, o que significava para o Brasil a possibilidade de atrair capital estrangeiro para dinamizar a economia nacional. Pode-se dizer que tanto as relações internas, quanto externas, pressionaram o setor de saúde a adotar características capitalistas modernizantes.

Por fim, venceu o discurso privatista em conformidade com o crescente papel interventivo do Estado, cujo aumento do poder regulatório sobre a sociedade era necessário para desmobilizar as forças políticas impulsionadas no período populista ou varguista. O resultado desse complexo jogo de interesses foi a organização de um novo padrão de serviços

médicos previdenciários, com preferência na contratação do setor privado, no lugar dos serviços próprios do instituto. Bravo (2011, pp. 61-62), ao analisar a forma de articulação da previdência com o setor privado, deu conta de nos esclarecer a estrutura do modelo de privilegiamento do produtor privado. Segundo ela, várias medidas foram tomadas no sentido de “financiamento de hospitais privados e credenciamento para compra de serviços e convênios com empresas”. Logo, o INPS estabeleceu convênios e contratos com empresas da “medicina de grupo”, ou empresas médicas e, inclusive, os governos militares favoreceram as empresas multinacionais em detrimento de empresas nacionais. Um exemplo disso, foi o caso da Central de Medicamentos (CEME), que foi criada em 1971, para ampliar o poder competitivo da indústria nacional, mas não conseguiu impedir que as empresas estrangeiras dominassem o mercado de medicamentos no Brasil.

O modelo de privilegiamento do produtor privado, conforme observaram Oliveira e Teixeira (1986 apud BRAVO, 2009), apresentou cinco características dignas de destaque:

Extensão da cobertura da previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos;

Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capitalismo internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar;

Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação das grandes empresas monopolistas internacionais na área da produção de medicamentos e de equipamentos médicos;

Interferência estatal na previdenciária, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços;

Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986, p. 207 apud BRAVO, 2009, p. 94).

Em suma, a política de saúde, no período de 1964 até 1975, teve como finalidade gerar uma alta lucratividade para o capital nacional e estrangeiro e, ao mesmo tempo, legitimar a dominação burguesa através da assimilação das demandas sociais da classe trabalhadora.

Apesar da história da ditadura estar identificada precisamente com um Estado autoritário que tentou, por diferentes meios, reprimir a sociedade civil emergente. Isso não significa que ela tenha tido êxito nas suas pretensões. De acordo com Coutinho (2006), o quadro sociopolítico dos anos 1970 sinalizou justamente o oposto ao cenário de ordem e segurança pretendido pela

tecnoburocracia militar. Uma das explicações fornecidas pelo autor vem do fato de regime militar estar claramente a serviço do grande capital e por causa disso foi uma ditadura modernizadora que, por um lado, promoveu o desenvolvimento das forças produtivas e, por outro lado, tornou a ordem capitalista mais complexa. Essa complexificação trouxe como consequência a diversidade de interesses, gerando os pilares de uma sociedade civil forte e articulada. E como a classe dominante não possuía um partido de massa para domar a sociedade civil, igual se deu no fascismo clássico, a única solução foi promover um lento retorno à democracia para evitar o colapso da dominação burguesa. Desse modo, foi por meio dessa contradição fundamental entre Estado autoritário e o progresso da sociedade civil, que se criaram as condições para o processo de distensão política e de Reforma Sanitária brasileira.

Havia outras razões para encaminhar um projeto de reabertura. Para Bravo (2011, p. 63), a crise do milagre econômico que se verificou em 1974 e seus efeitos sobre a população brasileira, impulsionaram o surgimento de forças sociais de índole opositora no cenário político. Carvalho (2019, pp. 172-173), ao analisar o sentido do milagre econômico, expôs a outra face do crescimento rápido que foi o fato das desigualdades terem crescido ao invés de diminuir. Para ilustrar melhor as consequências da política econômica dos governos militares, trouxe alguns dados que confirmam essa conclusão:

Em 1960, os 20% mais pobres da população economicamente ativa ganhavam 3,9% da renda nacional. Em 1980, sua participação caiu para 2,8%. Em contraste, em 1960, os 10% mais ricos ganhavam 39,6% da renda, ao passo que em 1980 sua participação subiu para 50,9%. Se subirmos na escala de renda, cresce a desigualdade. O 1% mais rico ganhava 11,9% da renda em 1960; em 1980 sua participação era de 16,9%. Se os pobres não ficaram muito mais pobres, os ricos ficaram muito mais ricos (CARVALHO, 2019, p. 173).

Outra possível causa da distensão política, foi a crise econômica do país articulada a explosão do preço do petróleo, que segundo Maestri (2019, p. 224), causou uma das maiores crises econômicas na história do capitalismo. Falaremos mais sobre esse processo mais à frente. O que nos interessa por hora, é compreender que a triplicação do preço do petróleo promovida pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP), atingiu o Brasil com muita força, visto que 80% do consumo dependia de petróleo importado. Logo, o país caminhava na direção de uma grave recessão econômica, cujo horizonte era o aumento brusco do desemprego e da inflação, o risco de estagnação de vários setores da economia, a queda de receita do governo e o endividamento externo para reduzir os danos da crise do petróleo na economia brasileira. Portanto, a distensão política foi a estratégia do governo militar para assegurar uma transição

segura à democracia, o que representava a tentativa da classe dominante de implementar um projeto “pelo alto”, que na visão de Coutinho (2006), iria promover uma descompressão da sociedade civil, fortemente seletiva, baseada na cooptação de elementos moderados da oposição, ao passo que os elementos mais radicais sofreriam exclusão e repressão. Tal projeto, segundo Bravo (2011. p. 63), visava tornar constitucional o aparelho burocrático montado no período da ditadura, com objetivo de garantir a continuidade do modelo econômico excludente. Entretanto, o embate dialético que se evidenciou entre as demandas de democratização da sociedade civil e a necessidade de conservar o autoritarismo burocrático, deu lugar a uma abertura política muito mais radical do que a prevista no projeto original do governo Geisel (1974-1979).

Seja como for, a crise econômica e de legitimação do regime caracterizou uma nova relação de forças entre frações da classe dominante e das classes subalternas. Essa contradição aparece de forma explícita no momento em que o governo Geisel dá início ao “projeto de abertura à democracia”, onde se constata em 1974 uma diminuição as restrições de propaganda eleitoral que gerou um lucro político altíssimo para o bloco de poder da oposição – o Movimento Democrático brasileiro (MDB) – que derrotou o partido do governo nas eleições de 1974 para o senado. Em 1978, o governo junto ao Congresso, deu um grande passo, revogando o Ato Institucional Nº5 (AI-5), que deu fim a censura prévia no rádio e na televisão e restabeleceu o *habeas corpus* (CARVALHO, 2019, pp. 177-179). Outro exemplo dado por Coutinho (2006), foi a lei que impôs o fim do bipartidarismo em 1979, abrindo novas condições para uma reorganização partidária que canalizasse a pluralidade de interesses que emergiam da sociedade civil.

Paralelamente às medidas de abertura, houve, em meados dos anos 1970, o ressurgimento e a renovação dos movimentos políticos e sociais de oposição que inscreveram a contradição de classe nos espaços recém abertos da sociedade civil e, sobretudo, nos fechados que ante a expectativa de legalizá-los, se tornaram demandas a serem formuladas por vários grupos sociais engajados na luta pela redemocratização do país. No âmbito da luta dos trabalhadores, surgiu um novo movimento sindical, tendo como base os operários de setores novos da economia (indústria de base e bens de consumo duráveis), que tinham se expandido no período do milagre econômico. Para Carvalho (2019, p. 184), o novo movimento se distinguia do sindicalismo do período populista, visto que era organizado de baixo para cima, em contraste com a estrutura burocratizada e centralizada, dominada por cúpulas. Na interpretação de Lara e Silva (2015), tratava-se de um sindicalismo do tipo classista que não

defende só os interesses imediatos de determinada categoria, mas também os interesses históricos e gerais da classe trabalhadora. Assim, nas palavras do autor, formou-se “uma nova classe operária que passa a contestar o modelo econômico concentrador de renda da ditadura civil-militar e a lutar por liberdades democráticas e direitos sociais”. Suas principais reivindicações giravam em torno de obter autonomia e liberdade sindical, fim do arrocho salarial e melhores condições de vida.

Nos anos 1980, a luta sindical, conforme observaram Lara e Silva (2015), demonstrou um expressivo amadurecimento:

O sindicalismo brasileiro vive um momento de ascensão das lutas sociais do trabalho, com o avanço das greves, a criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), em 1983, as tentativas de organizar os trabalhadores nos locais de trabalho, o avanço do sindicalismo rural e do sindicalismo no setor público, o aumento da sindicalização em contratendência ao movimento de dessindicalização que vinha ocorrendo em nível internacional (ANTUNES, 1991 apud LARA & SILVA, 2015)

Já no mundo partidário, falamos do fim do bipartidarismo forçado, que deu lugar a novos partidos. Para Carvalho (2019), a maioria dos partidos brasileiros que surgiram antes e depois de 1964, salvo algumas exceções, tinham sido criados por políticos profissionais ou por influência do governo, e sempre foram dominados pela elite econômica. Como nosso estudo não pretende esgotar o assunto, buscamos dar destaque aos partidos que tiveram uma forte ou singular presença no período de transição a democracia. Primeiro, vale ressaltar o papel de oposição assumido pelo MDB no período em que ainda vigorava o bipartidarismo (1965-1978). Segundo Fausto (2015, p. 421), o MDB – que era o partido de oposição da burguesia – atuou como principal canal político de expressão de todos os descontentamentos da população, integrando em seus quadros, desde correntes liberais até socialistas. Sendo assim, na medida em que o “projeto de abertura” se firmava, o processo eleitoral se tornou mais competitivo e democrático, o que rendeu a oposição maior participação política no âmbito dos poderes legislativo e executivo. Isso, sem dúvida, significou um avanço na luta pela redemocratização, visto que se ampliou o espaço de negociação coletiva para impor pautas de interesse da sociedade civil.

Segundo, consideramos importante a participação do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que embora estivesse relegado à ilegalidade, exerceu forte influência nas várias frentes de oposição – sindicatos, associações particulares, movimentos sociais e populares – e, sobretudo, junto ao MDB. De acordo com Bravo (2011, p. 65), o PCB apresentou ao conjunto das oposições, as seguintes pautas de luta: “luta pela convocação de uma Assembleia

Constituinte; anistia ampla e irrestrita, fim dos atos e leis de exceção; respeito à livre organização partidária; completa liberdade sindical”.

Terceiro, a luta dos trabalhadores ao redor do país, resultou na criação do Partido dos Trabalhadores (PT) em 1980. O PT surgiu a partir do sindicalismo classista e de setores progressistas da igreja católica e da classe média, e propunha-se representar os interesses das amplas camadas das classes assalariadas. Dado a composição heterogênea do partido, uns eram simpatizantes do socialismo e estavam inclinados às lutas diretas da classe trabalhadora, ou seja, a estratégia do choque frontal contra o capitalismo, tendo como meta o fortalecimento da base social e a conquista do Estado. Outros eram partidários da socialdemocracia, que tende a concentrar a luta no terreno eleitoral e no interior do aparelho estatal (FAUSTO, 2015, p. 431).

Fora do ambiente partidário e sindical, há registros de outras organizações que formaram frentes opositoras ao regime militar e conseguiram forjar movimentos políticos e populares marcantes. A igreja católica, dentro do espírito da teologia da libertação, criou as Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) em 1975, com objetivo de se aproximar do povo, sobretudo, dos pobres. Como se tratava de um momento de instabilidade política e de ameaça constante aos direitos humanos, houve, conforme observou Carvalho (2019), uma tendência dentro da igreja de abandonar as orientações da cúpula e buscar contato direto com a população. Os trabalhos desenvolvidos pelas CEBs foram voltados para as populações marginalizadas das periferias urbanas e das zonas rurais, e tinham como propósito a conscientização política. De acordo com Bravo (2011, pp. 67-68), foi da luta do CEBs que nasceu o “Movimento contra o custo de vida”, cuja missão foi reunir apoio expressivo da sociedade para reivindicar do governo federal o congelamento dos preços dos gêneros alimentícios. Outro movimento igualmente importante, foi a luta pela anistia política que iniciou com o “Movimento Feminino pela Anistia”, conseguindo congregar diversas correntes políticas de oposição em torno da luta pela liberdade dos presos políticos (ibidem). Além disso, conforme o processo de distensão política dava passos em direção a liberalização política e civil, vários grupos da sociedade civil passaram a se manifestar ao lado da oposição. Dentre os que se posicionaram em defesa do Estado democrático de direito, estavam: a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), os representantes da Conferência Nacional dos Bispos Brasileiros (CNBB), a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o movimento estudantil representado pela União Nacional dos Estudantes (UNE) e entre outros.

Por fim, cabe aqui ressaltar que por se tratar de um contexto de aproximação entre movimentos políticos com a base, com as massas, também houve uma enorme expansão de movimentos sociais urbanos, organizados a partir de baixo. Na visão de Bravo (2011, p. 69), tratavam-se de movimentos coletivos ligados a questão urbana, que partiam de associações de bairros e de favelas e detinham diversas identidades culturais (como o movimento feminista e negro). Carvalho (2019, p. 188), por sua vez, procurou elucidar a questão do surgimento desses movimentos. A seu ver, “a enorme expansão da população urbana causara grande deterioração nas condições de vida, de vez que as administrações municipais não conseguiram expandir os serviços na mesma rapidez”. Por conta disso, os movimentos reivindicavam demandas básicas da vida cotidiana, como asfaltamento das ruas, rede de água e esgoto, serviço de saúde e transporte.

Ao adentrarmos o panorama da saúde, é necessário levar em conta que o projeto de abertura pressupunha, lado a lado, um elemento moderno e outro elemento especificamente conservador. O elemento moderno se manifestou no reconhecimento do Estado em relação a enorme desigualdade social e da extrema extensão da pobreza, e na necessidade reverter os problemas de carência social resultante do arrocho salarial do regime militar. Portanto, propunha-se reduzir a pobreza absoluta através de políticas sociais que tivessem como ênfase a distribuição de renda e a ampliação da proteção social às camadas sociais desprotegidas. No ponto de vista do setor saúde, o quadro era de crise sanitária, pois, segundo Bravo (2011), a queda do salário mínimo associada a um processo de crescimento demográfico nas cidades e de urbanização desordenada, provocaram a degradação das condições de vida das populações urbanas, a um tal nível que levou ao aumento da mortalidade infantil e somado a isso, ainda havia a epidemia de meningite (1973). Assim, a tarefa do setor saúde consistia em fornecer alternativas de organização dos serviços e desenvolvimento dos recursos humanos. Naquela conjuntura, o que mais se adequava ao governo brasileiro, que precisava de uma abordagem barata que não contrapusesse a hegemonia do modelo médico assistencial previdenciário e privatista, era a proposta de medicina comunitária, que nos anos 1970, já tinha bastante apoio de organismos internacionais. De acordo com Escorel (1999, p. 23), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaboraram e difundiram conceitos de extensão de cobertura, participação comunitária, saúde preventiva e outros, que serviram de base para implementação de programas de medicina comunitária em inúmeros países. Estes haviam contribuído para melhorar a cobertura da assistência, elevar os níveis de saúde e integrar a população (ibidem). Portanto, a adoção de projetos de extensão da

cobertura com ênfase na atenção primária, era a solução que mais se encaixava na visão racionalizadora do Estado de prestar mais assistência a custo menor. Além disso, essa nova abordagem não entrava em contradição com o Estado corporativista, visto que não transformava o setor saúde num sistema universalista, apenas acrescentava uma cobertura mínima para os menos favorecidos.

O elemento conservador evidencia-se na forma de enfrentamento dos problemas na área da saúde. Ao nosso ver, tendo como base as reflexões de Bravo (2011), o governo interpretou a defasagem na prestação de serviço, como falta de capacidade gerencial e técnica, que poderia ser resolvida nos limites da ação tecnoburocrática, mediante sua organização e racionalização, ao invés de focar nos determinantes estruturais da saúde. Além disso, o processo não contou com a participação da sociedade civil para representar os interesses dos segmentos populares. À luz de tais considerações, ficou claro que não se pretendia romper com o modelo de assistência médica previdenciária, pois continuaram privilegiando os setores empresariais. Todavia, com a perda da legitimidade do regime militar e o crescimento das forças sociais de oposição, o Estado também passou a ser uma arena de luta de classe.

Podemos agora analisar as principais estratégias do governo para construir uma nova institucionalidade política em consonância com as relações de forças conflituosas que perpassavam a sociedade. A proposta de priorizar o setor saúde veio do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) do governo Geisel que buscou elevar o orçamento do Ministério da Saúde e, na área da previdência social, promoveu a centralização e a unificação dos seus recursos, quando criou o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974, que simbolizava a separação entre as áreas da previdência e do trabalho. Dessa forma, visando dar mais eficácia aos recursos públicos, surgiram espaços institucionais para dar um maior direcionamento estratégico aos objetivos do II PND de prover melhor infraestrutura à área de saúde e educação (SCOREL, 1999, p. 42). Foi criado o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), que, na visão de Bravo (2011, p. 71), era para promover a articulação entre o MS e o MPAS, entretanto, não houveram medidas efetivas para acabar com a dicotomia entre saúde pública e assistência médica individual. Além do mais, é válido afirmar que o CDS estava sob a hegemonia do setor privatista, visto que o Fundo de Apoio Social (FAS), que estava sob o seu controle financeiro, destinava 79,5% para o setor privado, ao passo que 20,5% iam para o setor público (Ibidem).

Vários outros espaços institucionais foram criados para transformar recursos em programas ou projetos que abrangem áreas como: educação, formação profissional, assistência médica, saneamento, nutrição e entre outros. Por consequência do aumento de recursos para essas respectivas áreas, abriram-se espaços institucionais em quantidade proporcionalmente maior aos quadros da tecnoburocracia do governo, o que possibilitou que as lacunas fossem preenchidas por pessoas de pensamento antagônico ao regime. Deste modo, é nessa conjuntura de incentivo à pesquisa em saúde e à formação profissional, que se evidencia uma ampliação do papel das universidades na organização das práticas sanitárias, mas, sobretudo, é um momento em que novas correntes de pensamento saem do meio acadêmico para influenciar na elaboração de projetos institucionais destinados ao campo da saúde (SCOREL, 1999).

Vale ressaltar que desde os anos 1960, já existia nas universidades um processo de crítica, inspirado no pensamento marxista, que abordava a relação saúde e sociedade, a partir da observação de que é a estrutura de classe que determina a distribuição dos serviços de saúde. Essa abordagem ao campo da saúde era denominada de medicina social e questionava as correntes teóricas de cunho positivista, que trabalhavam a serviço dos poderosos, pelo fato de se apresentarem sob a bandeira de neutralidade científica e da não-política, quando, na realidade, elas ocultavam o social como determinante das condições de saúde. A teoria de sistemas, que era bastante utilizada pela tecnoburocracia do governo, pensava a sociedade como um grande sistema, cuja estabilidade e coesão dependia da integração dos subsistemas, ou seja, todo elemento disfuncional só precisava ser reinserido na sociedade por meio de mecanismos de adaptação. Com base nessa lógica, a interpretação e a resposta às necessidades de saúde se reduziam ao âmbito técnico e setorial, que na prática, substituía a resolução direta dos fatores que determinavam a situação-problema, por serviços, modelos institucionais e tecnologias de saúde que não chegavam a enfrentar as contradições do sistema de saúde. Ao contrário da orientação funcionalista, a corrente marxista propunha uma leitura do campo da saúde coletiva a partir da sociedade como fruto das relações de produção, cujo propósito era demonstrar que a posição de classe determinava a distribuição de doenças e serviços na população, e que a ciência à serviço do capital não pretendia dar respostas às desigualdades sociais na saúde, visto que ela era só mais um dos mecanismos que intervém na estrutura da desigualdade, no sentido de ordenar as relações sociais, mas nunca no sentido de revolucionar o sistema de estratificação. A incorporação dessa nova abordagem pelos quadros da medicina preventiva, produziu uma nova concepção de ciência, não mais a ciência neutra ligada à classe dominante, mas uma teoria capaz de representar os interesses das classes subalternas (SCOREL, 1999).

A partir dessa exposição, entende-se que a corrente médico-social distinguia-se das correntes positivistas por uma produção teórica que considerava os fatores econômicos, políticos e sociais como determinantes das condições de saúde, e por apontar a necessidade de intensificação das lutas políticas pela realização da cidadania, como a única forma de substituir as relações sociais reguladas pelo mercado e o assistencialismo, por relações sociais centradas na lógica do direito social. Foi nesse contexto de crítica à neutralidade científica e à estrutura social capitalista, promovida pela corrente de medicina social na academia, que deu origem ao movimento sanitário, enquanto um polo de resistência científica à visão racionalizadora do Estado de integrar os elementos desviantes à uma estrutura de desigualdade. Para Escorel (1999), até meados de 1970, essa perspectiva teórica ainda não chegava ser um movimento social vinculado organicamente à estrutura. Foi só partir de 1975 que o movimento começou sua primeira etapa de desenvolvimento: aumentou-se o número de instituições que incorporavam a abordagem médico-social à análise dos problemas de saúde, o que possibilitou formar quadros de intelectuais compromissados com o movimento sanitário e organizar práticas sanitárias voltadas para o fortalecimento do setor público de saúde.

Retomando a questão das estratégias do Estado para responder o crescimento das demandas sociais, é preciso mencionar o Plano de Pronta Ação (PPA), implantado em 1974. O PPA objetivou universalizar o atendimento médico, principalmente, o de emergência. De acordo com as observações de Escorel (1999, p.55), o plano previa que a previdência deveria pagar o atendimento, tanto à rede pública, como a privada, independente do vínculo previdenciário. Estabeleceu também a expansão do setor conveniado, sobretudo, com os hospitais universitários (HUs). Por um lado, a proposta favoreceu o setor público, porque significava o financiamento do HU para o atendimento da população que estava fora do Estado corporativista, por outro lado, entrava em conflito com os interesses do setor privado, que era contra a estatização dos serviços de saúde. Vale mencionar que o esforço que resultou na criação do convênio MEC/MPAS, partiu das próprias universidades e teve apoio dos sanitaristas da corrente publicista (defensora do setor público) que estavam instalados na previdência. Apesar dos aparentes avanços, o PPA foi utilizado para o enriquecimento de empresas médicas, visto que o MPAS não tinha controle sobre a modalidade pagamento por unidade de serviço²³ (US)

²³ Trata-se de uma modalidade de pagamento que estimulava a mercantilização da saúde, uma vez que o pagamento por unidade de serviço remunerava de maneira proporcional à quantidade de atendimentos. Pensando em termos econômicos, os médicos pagos por US recebiam um incentivo financeiro quando aumentavam o número de consultas, contudo, isso implicava na redução do tempo gasto com as consultas. Logo, a qualidade do atendimento tendia a decair na proporção em que o médico limitava o tempo dos atendimentos.

com o setor privado contratado. Além disso, os convênios sofreram com a falta de prestígio dentro do MPAS, que mantinha um orçamento muito abaixo do regime de contrato.

Do conjunto de projetos institucionais de medicina comunitária²⁴ entre 1974 e 1978, destacou-se o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado em 1976, a partir de uma parceria entre o MS e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). O PIASS surgiu na esteira das V e VI Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que promoveram grandes debates, embora com participação reduzida, sobre as prioridades do governo para o setor. Na V CNS, em 1975, tiveram temas como: medicina comunitária, participação popular, programas de extensão de cobertura para áreas rurais e entre outros. Já na VI CNS, em 1977, discutiu-se sobre as grandes endemias e a necessidade de interiorização dos serviços de saúde (BRAVO, 2011, p. 74).

A finalidade do PIASS era implantar uma estrutura básica de serviços de saúde para comunidades delimitadas em até vinte mil habitantes, da região Nordeste. Seu público-alvo eram as populações de baixa renda, carentes de assistência médica e sanitária e seu foco de atuação resumia-se em prestar assistência individual e integral à saúde, saneamento básico, alimentação e nutrição (ibid., p. 74). Como um instrumento de legitimação do regime, o PIASS foi elaborado estritamente pela tecnoburocracia que uniu a visão racionalizadora do Estado à abordagem médico-social, com uma tendência predominante da primeira sobre a segunda. Deste modo, priorizou-se locais mais desprovidos de intervenção estatal, criaram serviços de saúde e saneamento simplificados (minipostos), recrutaram a mão de obra na própria comunidade para cortar custos, reforçaram a municipalização e utilizaram recursos da previdência social. Entretanto, conforme observou Escorel (1999), a experiência do PIASS foi o retrato vivo da contradição de classe no interior do Estado. Conforme o programa ia tomando forma, instalou-se o conflito entre os anéis burocráticos da previdência que viam o PIASS como um programa vertical e centralizado, com propostas nacionalizadoras; e o grupo da saúde pública e do IPEA, que via o programa como um processo que necessitava de uma condução mais flexível para se adequar as realidades estaduais e regional. Logo, o segundo grupo já pensava no PIASS como um modelo alternativo de saúde pública, gratuita, que para ser implementado, seria necessária uma ação transformadora em prol da bandeira da regionalização

²⁴ Cabe destacar que além do PIASS, também existiram outros projetos de medicina comunitária extremamente importantes como o Projeto Montes Claros (PMC) em Minas Gerais, que teve como proposta a regionalização dos serviços de saúde, que se propõe a desenvolver todas as ações em saúde, reunindo aspectos curativos e preventivos.

e descentralização do sistema de saúde. Foi assim que o PIASS se tornou um campo luta de política²⁵, em que o grupo da saúde pública, composto por sanitaristas progressistas, buscando ir além da proposta do governo e visando o fortalecimento do setor público, colocou-se na arena política enfrentando os interesses hegemônicos privatizantes. O processo de implementação do programa foi marcado pela busca de apoio popular, através de lideranças comunitárias, e de um forte trabalho de articulação com as forças políticas dos estados do Nordeste (técnicos, parlamentares, secretários, prefeitos, governadores) para angariar recursos e legitimidade institucional. No fim, pode-se dizer que se tratou de uma rica experiência de luta política que estabeleceu o movimento sanitário como uma força interlocutora da política de saúde.

Outra medida importante do Estado para organizar a prática médica vinculada a previdência, foi a criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978, com a finalidade de concentrar a prática médica em um único órgão da previdência e, assim, desvincular o atendimento médico da concessão de benefícios. Tratava-se de uma medida que favorecia o processo de universalização da saúde e de adoção do modelo de seguridade social. Entretanto, essa modificação não foi acompanhada de uma estrutura financeira capaz de efetivar o princípio da universalização do atendimento médico, ficando dependente somente dos recursos do contribuinte. A razão disso, era que o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), criado no mesmo ano, para disciplinar a articulação dos órgãos previdenciários dentro da lógica da seguridade social, não alterou as forças que disputavam a hegemonia da assistência médica previdenciária (BRAVO, 2011). Deste modo, de acordo com Bravo (2011, p. 75), a universalidade do atendimento médico estava impedida de ser operada, em virtude da pouca disponibilidade financeira e da impossibilidade de controle dos produtores privados de serviços médicos.

Em paralelo ao processo de reestruturação da previdência e do setor saúde, estava ocorrendo a segunda etapa de desenvolvimento do movimento sanitário, que consiste no período (1975-1980) em que as análises e propostas transformadoras para o campo da saúde se tornaram atuação política. Esta última era resultado de um forte trabalho de difusão ideológica e de organização de profissionais e segmentos populares em torno de entidades e movimentos sociais, ao passo que no solo universitário, desenvolveram-se as teorias e as ideologias que sustentavam as propostas políticas. Entretanto, todo esse clima de agitação política, de pulsão

²⁵ A saga política da elaboração e implementação do PIASS foi analisada e documentada pela autora Sarah Escorel na sua obra, “Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário”, que fez um apanhado do processo de disputa pela direção política e ideológica do programa.

ao radicalismo, não se desenvolveu por força do acaso ou por espontaneidade política das classes subalternas numa conjuntura pacífica. Foi gestado num contexto estrutural e conjuntural determinado por fortes tensões sociais e pela crise de hegemonia de um tipo peculiar de dominação burguesa, em que as classes dominantes negam as pressões igualitárias das classes subalternas. A fim de não soar repetitivo, nos atentaremos para o caso específico da situação brasileira à luz das considerações de Bravo (2011) sobre as características centrais do processo sócio-histórico que culminou nos tempos difíceis do governo Figueiredo:

O período do governo Figueiredo teve como características centrais: aprofundamento da crise econômica que se agravou a partir de 1980/81 e culminou com o Brasil recorrendo ao Fundo Monetário Internacional (FMI), em 1982; rearticulação partidária, nos marcos restritos estabelecidos pelo regime; movimento operário, começando a se expressar com independência de qualquer fração burguesa, tendo o proletariado urbano passando a ser um ator político importante, contribuindo para organização e mobilização da sociedade civil; ampliação e maior visibilidade de outros movimentos sociais. Essas ocorrências influenciaram no processo de abertura política que não foi inteiramente controlado pelo governo (BRAVO, 2011, p. 79).

Prosseguindo com o raciocínio da autora, entende-se que os efeitos da crise econômica dos anos 1970 foram sentidos com o aumento do custo de vida, proporcionado pela alta taxa de inflação a 200%, pelo arrocho salarial, pelo alto índice de desemprego e pela crise financeira da previdência social. Sendo assim, as condições de vida da classe trabalhadora despencaram a um nível insustentável. Tal quadro de tensão social foi a deixa para o revigoramento da sociedade civil o qual tratamos anteriormente. Entretanto, cabe aqui acrescentar mais um elemento histórico desse momento que a sociedade civil estava vivendo. Vale ressaltar a campanha pelas “Diretas já”, em 1984, que foi o auge da mobilização popular, pois, canalizou a insatisfação da sociedade em comícios e passeatas, reunindo milhões de brasileiros. O objetivo imediato era forçar o congresso a aprovar a emenda à Constituição que permitisse a eleição direta. Embora o movimento não tenha conseguido alcançar seu objetivo, sua existência, segundo Bravo (2011, p. 84), enfraqueceu o bloco de poder do governo, resultando em dissidências e, ao mesmo tempo, fortaleceu os grupos de oposição²⁶ que conquistaram capital político para impor um projeto alternativo de transição a democracia.

É nesse cenário de crise econômica e mudança na arena política que o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) vai se desenvolver enquanto processo de articulação que conforma

²⁶ Para ser mais exato, o movimento pelas eleições diretas fez nascer uma nova coalização política de quadros da centro-esquerda e centro-direita, formada a partir da aliança entre o PMDB e o Partido da Frente Liberal (PFL) - que representava o grupo dissidente do partido governista (PDS) -, ficando conhecida como Aliança Democrática.

um novo ator coletivo, ou uma nova força política. De acordo com Escorel (1999, p. 69), o MRS era consequência da articulação de uma série de núcleos que traziam propostas transformadoras para o campo da saúde e que, em dado momento, passaram a compartilhar uma concepção de saúde e uma atuação política. Pode-se dizer que a força transformadora do movimento estava no caráter unitário desses núcleos ou vertentes, que mesmo com suas particularidades, se articularam para defender um projeto alternativo de saúde mais justo e igualitário. Nesse processo de análise²⁷, tentaremos compreender brevemente os fatores que possivelmente os uniam, assim como os elementos que causaram a desmobilização do MRS.

A primeira vertente foi o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que nasceu da necessidade do SBPC e das universidades de dispor de um amplo canal de comunicação com a sociedade para manifestar sua oposição ao regime. O CEBES, criado inicialmente para editar e divulgar a revista “*Saúde em Debate*”, tinha como propósito difundir o pensamento médico-social, que já estava bastante influenciado pelas ideias marxistas (ESCOREL, 1999, pp. 76-78). A partir daí, cresceu como força organizadora da sociedade civil de duas formas: produzindo conhecimento sobre as transformações ocorridas no setor saúde, relacionando-as aos efeitos perversos do capitalismo e da política econômica excludente do governo, que causaram a pauperização da população (BRAVO, 2011, pp. 76-77); atuando na disseminação do pensamento médico-social em organismos diversos como sindicatos, associações de bairro, movimentos populares, órgãos de imprensa, entidades estudantis, os diversos níveis do poder legislativo, escolas, etc. (ESCOREL, 1999, pp.79).

Nessa conjuntura de luta pela derrubada da ditadura, o CEBES posicionou-se em defesa da luta pela democracia; foi a favor de criar um sistema nacional de saúde, público e sem fins lucrativos, que buscasse o exercício da participação popular; denunciou a mercantilização da saúde promovida pelo empresariamento da medicina, relacionando-a com a precarização das condições de saúde da população; saiu em defesa dos assalariados; criticou a posição reacionária das entidades corporativas médicas, que eram favoráveis a mercantilização dos atos médicos; propôs a adesão aos movimentos democráticos (luta pela anistia, luta contra a carestia, etc.) e entre outras atuações (ibidem).

²⁷ Escolhemos três vertentes que tiveram bastante destaque no processo de formação do movimento sanitário: O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, o Movimento de Renovação Médica e o Movimento Popular em Saúde. Mas isso não significa que os outros núcleos não tenham dado sua cota de contribuição. Vale dizer, o movimento sanitário possuía uma configuração bastante heterogênea, contando não só com as vertentes citadas acima, como também teve adesão do movimento estudantil, sindicatos de profissões de saúde, partidos políticos, movimento de secretários de saúde e outrem.

A segunda vertente se constituiu a partir do processo de assalariamento do médico, que foi uma consequência direta da acumulação capitalista no setor de saúde, que para alcançar lucros exorbitantes, precisou submeter a massa de trabalhadores a um processo de proletarianização. Assim, houve um crescimento acelerado de trabalhadores médicos empregados no setor de assistência médico-hospitalar, ao passo que houve um declínio da prática liberal. Entretanto, no decorrer da década de 70, o salário do médico decaiu bastante por causa da crise econômica e da política de arrocho salarial, levando-os ao empobrecimento ou ao trabalho excessivo para complementar a renda (GERSCHMAN, 2004, p. 139). Em resposta as transformações ocorridas no processo de trabalho, nasceu uma resistência política de duas frentes: 1) com a mobilização dos médicos residentes que organizaram paralisações e greves, visando sensibilizar a opinião pública em relação aos baixos salários e as péssimas condições de trabalho, e obter o reconhecimento dos seus direitos trabalhistas por parte do Estado; 2) com a tomada de consciência trabalhista por parte de uma fração da categoria médica, que ao assumir de maneira crítica a condição de assalariada, encararam a luta pela melhoria das condições de trabalho, resultando em 1978 em quatro greves nacionais que paralisaram grandes hospitais de cidades metropolitanas (BRAVO, 2011, p. 77).

A necessidade de iniciar a conscientização de classe para importância da sindicalização, fez surgir na arena política o Movimento de Renovação Médica (REME), que travou um confronto com os conservadores da categoria médica, a fim de conquistar a hegemonia das entidades associativas da profissão. Nesse processo, os sindicatos médicos foram renovados dentro do espírito do “novo sindicalismo” que por ter uma característica mais combativa, possibilitou a expansão do movimento e sua articulação com outras entidades associativas de profissões de saúde e movimentos urbanos. Segundo Bravo (2011, p.76), o REME tinha como principais bandeiras de luta: a oposição a mercantilização da saúde; a nacionalização da indústria farmacêutica; controle da produção, comercialização e publicidade de medicamentos, ensino acadêmico profissional de melhor qualidade; a expansão do mercado de trabalho, o restabelecimento dos direitos democráticos, a defesa de uma nova Constituinte e entre outros. No que tange a luta sindical, o REME reivindicava melhores salários, redução da carga horária e melhoria das condições de trabalho (GERSCHMAN, 2004, p. 150).

A terceira e última vertente, o Movimento Popular em Saúde (MOPS), constituiu-se, basicamente, de associações de moradores de bairros e favelas, que junto com militantes católicos, sanitaristas, estudantes, integrantes de partidos; se mobilizaram em torno de demandas pontuais que estavam relacionadas às condições de saúde da população, direcionando

sua ação coletiva para reivindicar a intervenção do Estado. De acordo com Gerschman (2004), a atuação política do MOPS pode ser compreendida em duas fases: os períodos de formação e de politização do movimento. No primeiro, o MOPS, nos anos 1970, se integrou as experiências comunitárias católicas em bairros de periferia e aos projetos de medicina comunitária, com intuito de promover a conscientização política dentro do próprio movimento e também porque viram nessas propostas um modelo alternativo de saúde pública que poderia se desenvolver no impulso de ação política. Entretanto, o esforço do movimento de preservar sua autonomia em relação ao Estado, o impediu de exercer uma participação mais decisiva nos projetos, não chegando a superar o nível instrumental. Desse modo, o MOPS se limitou a uma atuação à nível local, onde exerceu uma função auxiliar em relação aos dirigentes políticos e institucionais dos projetos de medicina comunitária. Já na segunda etapa, por volta dos anos 1980, nasceram novas formas de atuação política, fruto do estágio de organização e articulação do MRS, que passou a promover encontros regulares à nível municipal e estadual, a fim de discutir os problemas comuns e propor uma atuação visando intervir nas decisões estatais do setor saúde. Nesse contexto, o MOPS tendeu para uma linha de mobilização das forças populares, em detrimento de executar parcerias no âmbito da assistência à saúde. Suas ações na militância política deram frutos, resultando num processo articulação nacional, onde procurou explicitar suas propostas. Sendo estas: a estatização dos serviços de saúde e controle dos mesmos pela população; autonomia dos movimentos populares em relação ao Estado, pois temiam que a burocratização e a institucionalização do MOPS tivessem um efeito desmobilizador no movimento; criação de conselhos populares; participação popular no planejamento, no controle e na execução dos serviços de saúde.

Até onde conseguimos constatar, o movimento sanitarista assumiu uma configuração bastante diversificada, tendo como fatores de coesão: o processo de assalariamento dos profissionais de saúde; a precarização das condições de vida da população urbana; a retomada do sindicalismo classista; a formação dos intelectuais orgânicos nas universidades e a mobilização política em prol da democratização da sociedade. Todos esses elementos contribuíram para que as diversos vertentes do movimento compartilhassem uma visão política do setor saúde, o que levou a ampliação do espaço de atuação delas, favorecendo o desdobramento da prática política. Verifica-se, então, por parte do MRS, a necessidade de se deslocar do campo sindical e ideológico para intervir no âmbito estatal. Tal ponte foi sendo erguida na medida em que o movimento sanitarista ia atingindo uma expressão nacional de organização. Um evento que demonstrou claramente essa evolução, foi o I Simpósio sobre

Política Nacional de Saúde, organizado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados, em 1979. O evento reuniu parlamentares, representantes de associações profissionais, sindicalistas e intelectuais. Nessa ocasião, o CEBES apresentou o documento intitulado “A questão democrática na área da saúde”, que representava uma proposta coletiva do MRS para uma saúde autenticamente democrática. O documento apresentava várias exigências: unificar o sistema de saúde; responsabilizar o Estado na administração desse sistema; atribuir ao sistema a tarefa de planejar e executar a política nacional de saúde; estabelecer mecanismos de financiamento; descentralizar o sistema; viabilizar a participação popular; impedir a mercantilização da saúde, transformar os atos médicos em bens sociais gratuitos (SCOREL, 1999, p. 87).

Portanto, a partir de 1979, deu-se início a estratégia dos sanitaristas de penetração no aparelho do Estado, com organicidade, objetivando fortalecer o setor público. Esse processo já estava em curso mesmo antes desse período, com o ingresso de quadros técnicos para trabalhar no PIASS e em outros projetos de medicina comunitária. Mas recebeu um novo vigor com a incorporação de novos quadros nos ministérios. Daí em diante, despontaram os conflitos no interior do Estado entre os defensores do setor público e do setor privado (SCOREL, 1999). Foi no processo de elaboração do Programa Nacional de Serviços Básicos (PREVSAÚDE), em 1980, que ficou evidenciado esse embate. A ideia original do PREVSAÚDE trazia no seu bojo o ideário do PIASS de extensão da cobertura assistencial integral à saúde, a ser viabilizada a partir da incorporação dos princípios de descentralização, regionalização e hierarquização do sistema de saúde. Entretanto, sem força para romper com a hegemonia da previdência (INAMPS) no setor saúde, o programa foi adaptado a lógica autoritária e racionalizadora do Estado que excluiu a sociedade civil de participar do seu processo de elaboração e manteve a essência do modelo vigente (BRAVO, 2011, p. 89-90).

Em 1981, o colapso financeiro da previdência levou o sistema à falência. Na visão de Bravo (2011, p. 90), a crise era um reflexo dos gastos excessivos com o modelo médico privatista numa conjuntura de recessão econômica que teve como principais problemas o desemprego e a queda de arrecadação do sistema previdenciário. Com a finalidade de enfrentar a crise, foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) que, aliás, teve uma representação minoritária de trabalhadores de saúde. Do trabalho do conselho, nasceu o plano Conasp que congregava medidas racionalizadoras para reorientar a assistência médica, visando a redução dos gastos, o disciplinamento do atendimento dos hospitais contratados e a reativação do setor público. Vale dizer que a conjuntura de crise econômica-política fizera a balança pesar em favor das propostas reformadoras de profissionais

progressistas. Uma delas, o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS/1983), propunha a reversão gradual do modelo atual, a ser viabilizada por meio do privilegiamento do setor público. Pretendia-se responsabilizar o Estado sobre a política e controle do sistema de saúde, universalizar a assistência à saúde, priorizar os serviços de atenção primária à saúde, descentralizar e democratizar as decisões administrativas, com estímulo a participação popular. Além disso, o AIS recuperava as estratégias de regionalização e hierarquização do sistema de saúde (ibidem). Entretanto, segundo Escorel (1999), as propostas sofreram grandes resistências do setor privatista que hegemonizava a política de saúde, de modo que o AIS só foi implementado de forma parcial e apenas em alguns estados onde havia uma favorável correlação de forças. E nos locais onde foram implantados, adotaram a perspectiva racionalizadora de reduzir os custos hospitalares por meio de um projeto de ambulatorização da assistência, que visava preservar o caráter mercantilista dos atos médicos, ao invés de transformá-los em bens sociais, conforme o projeto original.

Na chamada Nova República (leia-se governo Sarney), o processo de transição se deu “pelo alto”, ou por uma negociação entre o bloco governista e a oposição partidária, composta de forças de centro e centro-esquerda – aliança democrática. Assim, na leitura de Viana (1986 apud BRAVO, 2011, p. 95), era uma modalidade de transição que colocava como opção a continuidade de aspectos do regime autoritário e a descontinuidade a ser viabilizada no processo democrático. Pretendia-se com isso evitar uma ruptura radical com a antiga ordem, que pudesse resultar numa revolução democrática e nacional que, nas palavras de Fernandes (2015), “é aquela que busca incorporar o povo à nação”. Equivalente a um pacto social, a proposta da Nova República era reativar gradualmente a democracia, dentro de uma concepção liberal e progressista de sociedade e Estado. Nesse sentido, seguiu-se uma série de conquistas no campo político e do direito civil: restauração da autonomia política dos estados e municípios, legalização dos partidos comunistas, reconhecimento da liberdade de organização sindical, a convocação de uma nova constituinte (BRAVO, 2011, p. 96).

Por outro lado, também havia a face conservadora do pacto social, cuja finalidade era agradar o empresariado brasileiro e os círculos militares. Tanto é que durante a aprovação da lei da anistia, o parlamento cortou a possibilidade de punição dos crimes militares contra a população, dando a entender que o exército poderia retornar a cena política caso as classes dominantes necessitassem. Outro elemento bastante perturbador que foi perpetuado pelo governo, foi a continuação da política econômica perversa e excludente dos anos finais da ditadura. Privilegiaram-se o congelamento dos salários, o corte de investimentos, a redução dos

gastos sociais e a subjunção da economia à produção de excedente para o pagamento da dívida externa. Conhecida como a década perdida, o período dos anos 1980 foi marcado por um crescimento econômico pífio (o PIB cresceu numa média de 1,57%, sendo que na década anterior era de 8,63%), uma inflação galopante, de modo que sem condições de solucionar a crise econômica pelos seus próprios meios, o Brasil aceitou a subjunção plena ao capital financeiro. Dito de outro modo, estabeleceu-se um acordo do Brasil com credores internacionais, em que o nosso país, em troca de empréstimos, concordou em aprofundar a exploração e a dominação sobre o trabalho para financiar um débito internacional sempre em expansão, devido à política de juros elevados. Logo, cresceu ainda mais a fatia dos países centrais na repartição do excedente nacional. Essa nova política consagrou uma nova relação dependência da economia nacional, que aumentou ainda mais a desigualdade nas relações entre o Brasil e os países hegemônicos. Aprofundaremos essa questão mais à frente (IANNI, 1965 apud MAESTRI, 2019, p. 254).

No âmbito da ordem política, o foco estava no processo constituinte (1987-1988) onde se decidiria os rumos da organização do poder e das relações entre Estado e sociedade. Alguns temas eram essenciais para o funcionamento da ordem democrática como: reforma agrária, fortalecimento do sistema político pluripartidário, reforma eleitoral, direito à greve, orçamento público, saúde, previdência social, participação popular nos processos de decisão, direito da infância e entre outros assuntos de igual importância. Desse modo, a expectativa em torno da constituinte era mobilizar os setores organizados da sociedade civil para pressionar os parlamentares a incorporarem suas propostas ao texto da Constituição. Entretanto, com o agravamento da crise econômica, que aprofundou a inflação e o arrocho salarial, a crise política se instalou logo em seguida, gerando o término do pacto social entre as forças progressistas e conservadoras da burguesia. A partir daí, o governo Sarney passou a se amparar somente nos grupos conservadores (partidos de centro-direita e direita), ao passo que as correntes progressistas (PT, PDT, PCB, PC do B, etc.) procuraram se aglutinar (BRAVO, 2011, p. 99). Com uma nova coalizão política, o governo abandonou o lema “Tudo pelo social”, passando a adotar uma orientação reacionária e conservadora, que teve profundos rebatimentos no setor de saúde. Nesse contexto, os sanitaristas ligados ao MRS foram paulatinamente demitidos dos seus cargos. Além disso, no Ministério da Saúde, voltou a predominar os programas verticais e tradicionais de prevenção e controle. Essa situação levou o movimento a dirigir sua luta para outros espaços como congressos e fóruns de debate.

No plano da luta dos trabalhadores, vale destacar que o principal partido classista – o PT – falhou na disputa pelo movimento “diretas já”, que acabou sendo derrotado, em razão do interesse da oposição burguesa pelas privatizações e pela redemocratização sob controle. Além disso, o partido dos trabalhadores não enfrentou o cerceamento dos direitos democráticos da população – as eleições indiretas -, deixando-se conduzir pela oposição burguesa, ao invés de prosseguir com uma greve geral pelas diretas. Isso teria colocado o movimento operário no centro da mobilização (MAESTRI, 2019, p. 253). Já o movimento sindical, era palco do contraste radical entre o novo sindicalismo, que insistia em se manter independente do controle do Estado, e o antigo sistema. Desse conflito, surgiram as duas principais correntes: uma delas era vinculada ao PT e a CUT, apostava numa linha reivindicatória agressiva, em que a mobilização dos trabalhadores era mais importante do que o fortalecimento do pacto social da Nova República; a outra corrente tinha como ênfase o “sindicalismo de resultado” que defendia o corporativismo e a necessidade de limitar a atividade sindical à lutas que não pusessem em risco o projeto de abertura, isto é, sustentavam a importância de se concentrar na luta por ganhos concretos imediatos para os trabalhadores (FAUSTO, 2014, p. 2015). De acordo com Bravo (2011, pp. 99-104), por causa dessa falta de unidade, o movimento sindical não conseguiu organizar uma posição firme ao governo Sarney, principalmente quando este adotou uma política econômica conservadora e submissa ao capital financeiro. Além disso, a partir de 1987, com o agravamento da situação econômica do país, iniciou-se um período de refluxo da mobilização operária e das greves, em que a luta sindical se viu dividida entre ampliar a pressão sobre o Estado ou fazer acordos com o setor empresarial.

Mesmo com a guinada conservadora no cenário político, a Assembleia Nacional Constituinte, em 1987, foi bastante influenciada por setores empresariais, sindicatos, partidos políticos, movimentos sociais fortemente organizados, militares, que procuraram induzir no texto normas que atendessem seus interesses. Os trabalhos foram controlados pelos partidos de direita e centro-direita (centrão) que mantiveram no texto final da Constituição as principais reivindicações das classes dominantes naquele momento: impossibilidade de expropriação da propriedade sem indenização, manutenção do latifúndio, impunidade do alto comando do exército, restrição do direito à greve, a vinculação da polícia militar ao exército. Este último, por sinal, representava a continuidade da política repressora do Estado burguês que transforma os elementos da desordem sociais (pobre, indigente, contraventor) em inimigos a serem reprimidos e abatidos e descarta como futura abordagem, uma perspectiva de proteção a cidadania e garantia de direitos (MAESTRI, 2019). Logo, preservaram-se os mecanismos

institucionais de violação de direitos humanos utilizados em diferentes tempos históricos, como, por exemplo, o uso da força policial nos projetos de higienização da cidade na fase da república velha, ou o uso do aparato militar nos processos de remoção de favelas brasileiras no contexto atual.

No que diz respeito aos avanços, a Constituição Federal de 1988 consolidou o Estado democrático de direito, que tinha como cláusulas pétreas: a perenidade da forma federativa de Estado; o voto (secreto e universal); a separação de poderes; direitos e garantias individuais. Além disso, a ação da classe trabalhadora introduziu no texto constitucional os direitos sociais, tais como, a seguridade social de caráter universal, composta por previdência, saúde e assistência social, assim como os patamares mínimos de direitos dos trabalhadores (MAESTRI, 2019, p. 255). Portanto, esse momento deixou claro para burguesia nacional que o nível de socialização política alcançado pela classe trabalhadora não mais permitia intervenções “pelo alto”.

A área da saúde, a partir do quadro da “Nova República”, foi palco do embate político entre grupos privatizantes - representados pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) - e o MRS que objetivando operacionalizar suas propostas, ampliou a prática democrática do movimento a fim de lançar as bases da política de saúde para o governo de transição. A partir daí, seguiu-se um período mais intenso de encontros políticos para acumular ideias e sugestões, e avançar no debate sobre a política nacional de saúde. Eventos de grande relevância ocorreram a partir de 1984: o seminário realizado pelas secretárias de saúde da região sudeste; a VIII reunião do Conselho Nacional de Secretário de Saúde (Conass); V e VI Encontro do Movimento Popular em Saúde; V Simpósio sobre a política nacional de saúde da Câmara dos Deputados. Neste último evento, em específico, a comissão de saúde da Câmara dos deputados produziu um documento denominado “*Proposta Política para um Programa de Saúde*” que fez um diagnóstico da situação de saúde do país, relacionando a desigualdade na distribuição de serviços à política econômica concentradora e excludente. Criticou o caráter não redistributivo da política de saúde que priorizava a assistência curativa e individualizada, que era mais custosa e ineficiente, em detrimento de medidas de saúde coletiva e equidade social. Para reverter esse quadro, o documento propunha: uma política econômica que focasse na redistribuição de renda e a implementação de políticas sociais que visassem a universalização do acesso aos serviços e uma gestão democrática que inserisse a população nos processos decisórios (BRAVO, 2011, pp. 105-106).

Contudo, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que congregou a presença de diversas entidades associativas da sociedade civil e, sobretudo, reuniu os núcleos do movimento sanitarista, transformando este último numa força política nacional. A partir deste evento, definiu-se o Projeto de Reforma Sanitária que propôs mudanças no setor saúde de forma a torná-lo mais democrático, universal e acessível. A concepção de saúde adquiriu uma perspectiva mais abrangente, sendo considerada como resultado das condições gerais de vida, ou seja, resultante das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, renda, transporte, trabalho, emprego, liberdade, acesso à posse de terra e a acesso à serviços de saúde. Assim, a saúde foi considerada a partir da perspectiva de cidadania e da divisão da sociedade em classes antagônicas, que a compreende como resultado da forma de organização social capitalista, que é responsável por gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. E como a cidadania não é algo dado aos indivíduos e nem é algo que vem de cima para baixo, mas resultado de luta permanente, travada pelas classes subalternas. Isso implica que a saúde deve ser conquistada pela população e, conseqüentemente, fixada como dever do Estado. Ou seja, os cuidados à saúde abrangem não só atendimento à doença, como também a prevenção e a melhoria das condições gerais de vida (ibid., p. 110).

Para que o projeto tivesse condições de ser efetivado, foi encaminhado um conjunto de medidas que representassem um novo arcabouço institucional, cuja ênfase fosse a estatização progressiva do sistema. Deste modo, propôs-se para o setor: a criação de um sistema único de saúde com predomínio do setor público; a descentralização do processo decisório para as esferas estaduais e municipais e a hierarquização das unidades de atenção à saúde; participação da população na reorganização dos serviços, através de mecanismos de controle como os Conselhos de Saúde; financiamento efetivo para o setor (BRAVO, 2009, p. 96).

Entretanto, apesar do projeto ser fundamentado numa concepção filosófica revolucionária, a proposta defendida pela maioria das entidades representativas do MRS - dentre elas o Cebes, a Abrasco e as centrais sindicais -, era uma política reformista que desde o momento da sua elaboração, já se percebia os limites do movimento sanitarista, expressos na incapacidade de transformar o processo de reforma sanitária num movimento de superação da lógica do capital. Tal hipótese se confirma no momento em que o setor majoritário do MRS não aceitou a proposta do MOPS de estatização total do setor, permitindo a participação do setor privado no sistema de saúde (GERSCHMAN, 2004, p. 105).

Outro ponto de que vale ressaltar, diz respeito aos desdobramentos da VIII CNS, sendo estes: a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a formação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde. A primeira previa uma composição paritária entre Estado/sociedade civil, todavia, a CNRS foi ocupada majoritariamente por organismos estatais e privados que acabaram não filtrando as propostas construídas na VIII CNS. Já a plenária, por seu turno, significou um tremendo avanço em termos de articulação e organização política, que ao reunir as principais forças populares (centrais sindicais, UNE, partidos, etc.) possibilitou que os princípios da reforma sanitária fossem fixados no texto da Constituição, dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) (ESCOREL, 1999, p. 193).

Temos, assim, uma nova etapa de avanço do processo de implementação do sistema de saúde, pensado a partir do arcabouço jurídico-institucional do Projeto de Reforma Sanitária. A efetivação da reforma sanitária dependia da continuidade e do aprofundamento do processo democrático para superar a visão neutra e instrumental da burocracia estatal, que quando não ocupada por forças renovadoras, tende a fortes traços de “revolução passiva”. Para Coutinho (2008), o Estado capitalista “ampliado”, a depender da correlação de forças existente na sociedade civil, ou pode conciliar algumas poucas demandas populares com outros setores, de modo a tornar compatível com interesses da reprodução do capital; ou pode satisfazer integralmente as reivindicações da classe trabalhadora organizadora. Em outras palavras, só com uma transformação radical da máquina do Estado, onde este passa a ser controlado pela sociedade civil, que seria possível fazer reformas efetivamente estruturais.

Em 1987, o governo, sob pressão das lutas da constituinte, teve que assimilar algumas reivindicações do movimento sanitário, o que o fez estender as medidas do AIS em áreas de saneamento, habitação, alimentação, entre outras; que, segundo Cordeiro (1988 apud Bravo, 2011, pp. 111-112), implicaram em melhorias nos indicadores de mortalidade e morbidade do país. Outro fato importante foi a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que representou um grande passo no processo de descentralização dos serviços de saúde. De acordo com Escorel (1999), a proposta do SUDS era: enxugar a máquina estatal; transferir os serviços de saúde para os estados e municípios, estabelecer um gestor único em cada esfera de governo e transferir para os setores descentralizados os instrumentos de controle sobre o setor privado. Ou seja, a intenção era transferir gradualmente as atribuições do INAMPS para os estados e municípios. Entretanto, conforme observa Gerschman (2004), foram criados obstáculos à implementação do SUDS, pois, a ideia de descentralização contrariava os interesses dos grupos privatistas que hegemonizavam o setor saúde. Assim, nos governos de

Sarney e Collor, o Estado dificultou os repasses de recursos aos estados e municípios, através de mecanismos políticos, burocráticos e contábeis. Para ser específico, as unidades de saúde foram transferidas para os estados e municípios sem haver condições financeiras e gerências. Portanto, faltava por parte do governo federal, a vontade de administrar o sistema, principalmente, no sentido de elaborar instrumentos normativos que orientassem o uso dos recursos, a fim de impedir os desvios no orçamento que ocorriam com frequência. Como consequência, os serviços de saúde pública estavam impedidos de prestar atendimento adequado à população, por conta de um cenário de sucateamento, precarização e, sobretudo, por causa do patrimonialismo e clientelismo na política.

Além disso, ainda havia o problema do endividamento público e do déficit financeiro para custeio das políticas de seguridade social (saúde, previdência social e assistência social). A necessidade de reduzir o déficit das contas públicas estava sendo utilizada como justificativa pelas forças conservadoras da política para reduzir o tamanho do Estado, através de reformas que atingissem negativamente a área social e o funcionalismo público. O problema do déficit também incitava propostas mais radicais como a da privatização do setor público, que se apresentava como uma solução moderna que iria sanear os problemas da administração pública e torna-las mais lucrativas e menos custosas aos cofres públicos (CARVALHO, 2019, p. 209).

Outro obstáculo à implementação do Projeto de Reforma Sanitária, foi a desmobilização das organizações populares e de trabalhadores em geral, que eram a base de sustentação do movimento sanitário. Atribui-se a falta de coesão do MRS no fim dos 1980 a um fator interno do movimento e a outro externo. O primeiro corresponde à conflitos que podem ter interferido no clima organizacional do movimento sanitário e no desempenho político deste. Escorel (1999) atribuiu esses impasses a problemas de ordem estratégica. O setor tecnocrata do movimento fez a escolha estratégica de penetrar nos espaços institucionais, com o intuito de modificar o direcionamento da política pública, fazendo das instituições de saúde seu principal campo de disputa pela hegemonia. Por causa dessa estratégia, o movimento sanitário distanciou-se do movimento popular, relegando em segundo plano o trabalho de articulação e aprofundamento de alianças. Com isso, enfraqueceu a organicidade da aliança entre as vertentes, permitindo que interesses particularistas e imediatistas dentro do MRS adquirissem peso e significado suficiente para provocar o dissenso no interior do movimento. A partir dessa reflexão, entendemos que o movimento sanitário optou por dar centralidade a reforma administrativa do sistema de saúde, deixando de encaminhar a questão da reforma do próprio Estado, que era um fator crucial para viabilizar a descentralização da política de saúde. É

oportuno dizer que a efetivação do Projeto de Reforma Sanitária, requer mudanças institucionais nos aparelhos do Estado, que alterem a distribuição de poder político. Logo, teria sido determinante para o movimento fortalecer sua articulação com a base social para garantir a implementação de mecanismos de representação política, que tivessem reconhecimento e algum poder decisório, como se pretendia com os Conselhos de Saúde e Conselhos Populares.

Gerschman (2004) observou o conflito do ponto das divergências entre as vertentes do movimento. No caso do MOPS, a ruptura ocorreu em razão de desacordos com setor “tecnocrata da saúde” (Cebes, Abrasco, intelectuais, sindicalistas), onde o primeiro defendeu a estatização total dos serviços de saúde, enquanto o segundo optou pela estatização parcial que permitia a participação do setor privado na assistência à saúde. Supõe-se que essa discordância tenha como origem o cenário de fragmentação em que vivia o movimento sindical, que segundo Bravo (2011, p. 109), existiam setores que se opunham à extensão dos benefícios de assistência médica aos não contribuintes. Na concepção de Mota (2015, p. 172), o movimento organizado dos trabalhadores não havia conseguido concretizar até aquele momento um projeto para seguridade social, fundamentado em princípios socialistas como igualdade e universalidade. Desse modo, a demanda do movimento sindical pela universalização da seguridade social não rompia com a cultura corporativista do capitalismo monopolista. Ou seja, a luta conduzia para um caminho de expansão da proteção social sem, contudo, esperar por um corte radical com a lógica do seguro social.

Outro elemento que pode ter enfraquecido o MRS foi a crise política e organizativa no interior do próprio MOPS que contribuiu para o enfraquecimento político dos conselhos de saúde, que sem uma intervenção popular, tornaram-se apenas órgãos consultivos, sem nenhum poder deliberativo. De acordo com Gerschman (2004), o MOPS estava dividido entre um setor autonomista (anti-Estado) que defendia a não institucionalização do movimento, além de a não ocupação de espaços no interior do Estado; e um setor institucionalista que tinha interesses opostos ao primeiro. Sendo assim, a autora entendeu que faltava uma liderança ou um direcionamento político por parte dos intelectuais orgânicos do movimento sanitarista, de modo a obter o consenso ativo do grupo social em torno de um programa que fosse capaz de representar o segmento majoritário do MOPS.

Se nossa interpretação estiver correta, é possível afirmar que o setor tecnocrata do movimento sanitarista concebia a política de saúde nos limites do reformismo socialdemocrata, onde se crê que é possível satisfazer demandas populares, ou mesmo conciliá-las com os

interesses do mercado, sem precisar romper com a lógica do capital e suas contradições. Outro ponto que corrobora com essa afirmação, é o fato de o MRS perder de vista a necessidade de trabalhar a articulação com os movimentos populares, que eram a peça-chave para exercer um controle democrático sobre a máquina estatal, do contrário, a tendência, como já vimos, é a reforma ser operada pela burocracia estatal que não vai assimilar por vontade própria as demandas populares na sua integralidade. Um exemplo de como a burocracia estatal interferia na reforma sanitária, encontra-se no período de aprovação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, que fundou e operacionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, estabeleceu a transferência automática de recursos para os estados e municípios. Porém, o governo, em oposição à lei, manteve até 1993, o caráter centralizador de recursos, ao preservar as funções do INAMPS no Ministério da Saúde.

Outra importante vertente do movimento sanitarista que sofreu um processo de despolitização, foi o Movimento de Renovação Médica que durante os anos 1970 liderou os assalariados da categoria médica na luta por melhores condições de trabalho e de salário. Naquele contexto, a deterioração salarial estava ligada à política econômica do regime militar, o que fez com que a categoria médica, cujo setor majoritário era de assalariados, se unisse entorno de questões mais amplas como a luta pela democracia e a oposição à mercantilização da saúde. Contudo, no período da Nova República, evidenciou-se o declínio da assistência pública e do trabalho assalariado, ao passo que houve o crescimento dos convênios privados de assistência à saúde (leia-se planos privados de saúde) e do credenciamento médico – que era uma forma de subemprego, visto que não possuía as mesmas garantias trabalhistas que os assalariados. Assim, com o crescimento dos credenciados, em contrapartida à queda dos assalariados, a base de sustentação do REME se dissipou, dando a lugar a uma pluralidade de interesses econômicos e corporativistas, que não podiam mais ser reunidos pela ideologia do assalariamento, haja vista que a luta contra a mercantilização do ato médico não interessava ao empresário, liberal, credenciado, somente ao assalariado. Deste modo, o REME não conseguiu mais unificar a categoria médica, de modo que ficou à cargo do novo sistema hegemônico burguês absorver as múltiplas formas de trabalho médico (GERSCHMAN, 2004).

Sobre o fator externo que possivelmente suscitou a desmobilização do movimento sanitarista, é importante considerar a situação geral do capitalismo contemporâneo de crise orgânica do bloco histórico, fundado no binômio fordismo/ Welfare State. Na concepção de Portelli (1977, p. 133), a crise é orgânica a consequência das contradições agravadas com a evolução da estrutura e a ausência de um desenvolvimento paralelo da superestrutura. Assim

sendo, a crise não era só de natureza econômica, mas também de hegemonia, já que a classe dirigente deixou de preencher sua função econômica e cultural.

No ponto de vista econômico, a crise representava o esgotamento do padrão de acumulação fordista, cujos sinais eram o declínio do crescimento econômico, o endividamento internacional e o desemprego estrutural. Tal como Marx (1980, apud MONTAÑO & DURIGUETTO, 2011) afirmou, o modo de produção capitalista tem uma contradição fundante: a constante ampliação e socialização da produção é acompanhada de uma apropriação privada cada vez maior. Logo, o processo de concentração e centralização de capital conduz ao crescimento da população desempregada, que culmina mais tarde em crises de superprodução, devido ao excesso da capacidade de produção não encontrar retorno nas vendas, e superacumulação, quando os investidores não tem expectativa de obter lucros, preferindo não empregar o seu capital de forma produtiva.

Nesse contexto, a crise capitalista proporcionou um período de expansão sem precedentes do capital financeiro, que era resultado da queda da taxa de lucro dos investimentos na produção e comércio, o que permitiu que esse capital fosse reinvestido na esfera de circulação sob a forma de capital monetário. Por consequência disso, surgiram múltiplas formas de centralização de capital-dinheiro (fundos de pensão e fundos de investimento), que por serem remuneradas através dos juros, constituíram-se como uma importante fonte de riqueza dos capitalistas rentistas (MONTAÑO & DURIGUETTO, 2011, p. 185). Além disso, por conta dessa disponibilidade de capital, houve um alargamento gigantesco do mercado de eurodólares que possibilitou a concretização de um regime de mundialização financeira, onde os credores mundiais concedem vultosos empréstimos, acrescidos de juros estratosféricos, à países economicamente fragilizados sob a condição deles não só honrarem suas dívidas, como também submeterem suas principais decisões econômica e políticas ao jugo dos representantes do capital financeiro. Esse nível de influência do grande capital sobre os Estados-nação só foi possível devido ao grau de concentração e centralização de capital alcançado na fase do capitalismo monopolista. Assim, os países de terceiro-mundo passaram a contrair dívidas monstruosas para financiar sua saída da crise, ao passo que o capital financeiro obtinha sua supremacia por meio das finanças (SILVA, 2011).

Entretanto, considerando que o sistema financeiro dependia do setor produtivo para continuar se desenvolvendo, sobretudo, se levamos em questão os países endividados que poderiam ir à bancarrota, caso não se recuperassem economicamente, o que levaria muitos

capitalistas rentistas ao prejuízo. Desse modo, o grande capital, sob a hegemonia da forma financeira, procurou reestruturar o sistema para enfrentar a crise estrutural e garantir novas taxas de crescimento econômico favoráveis à acumulação financeira. A partir daí, iniciou-se uma grande articulação entre grupos industriais transnacionais, instituições financeiras (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, etc.) e Estados-nação hegemônicos para exercer o comando da acumulação (MONTAÑO & DURIGUETTO, 2011).

Tendo em vista que o quadro sociopolítico era de enfraquecimento da ideologia Keynesiana e do pacto social-democrata, tais circunstâncias deram margem para que a premissa do neoliberalismo ganhasse terreno, a ponto de preencher o espaço vazio deixado pelos intelectuais orgânicos que construíram o consenso do segundo pós-guerra. De acordo com Anderson (1994), a crise, na perspectiva neoliberal, “resultava do poder excessivo e nefasto dos sindicatos e do movimento operário, que corroeram as bases da acumulação, e do aumento dos gastos sociais do Estado, o que desencadearia processos inflacionários”. Desse modo, a intervenção estatal na regulação das relações de trabalho, do comércio e do mercado financeiro, era vista por eles como negativa, pois impedia o crescimento econômico e a criação de empregos. Em contraposição à regulação estatal da economia, os neoliberais defendiam a liberalização dos mercados, ou seja, o livre movimento de capitais para assegurar maior eficiência na distribuição de recursos nacionais e internacionais (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, pp. 125-126).

Assim, a solução para crise, defendida pelos neoliberais, tinha como objetivo romper com a rigidez do padrão de acumulação fordista que se apoiava na regulação das relações sociais e dos processos de trabalho, através de formas de organização do trabalho e da produção, consideradas burocráticas e/ou inflexíveis, como a organização fabril do fordismo/taylorismo, a estrutura sindical, o sistema salarial, a legislação trabalhista e entre outras. No lugar desse modelo, propunha-se como solução a privatização dos fundos públicos e a reestruturação da produção e do mercado para tornar o processo de acumulação mais flexível. Então, a grosso modo, a ideia principal era provocar a desregulamentação da produção e do mercado para fazer surgir novos regimes de trabalho e de contrato flexíveis (trabalho temporário, em tempo parcial, trabalho por produção, terceirização, etc.), que gerassem uma maior subordinação dos trabalhadores às necessidades do capital (MOTA, 2015). Não pretendemos, nos limites desse trabalho, esgotar o tema da reestruturação produtiva, haja vista que esse assunto já foi profundamente analisado por autores como Harvey (2017) e Antunes (2009). Entretanto, tentaremos explicitar os aspectos econômicos, políticos e culturais que nos parecem

fundamentais para elucidar o processo de subordinação e de controle do trabalho ao capital, que trouxe graves consequências para o movimento sanitarista.

Entre as medidas mais comuns adotadas pelos governos que seguiram uma orientação neoliberal, destacam-se: a elevação da taxa de juros para agradar o capital financeiro; redução de impostos para altos rendimentos; abolição do controle de fluxo financeiro; cortes nos gastos sociais a fim de enxugar a máquina do Estado; programa de privatizações do setor público; aprovação de leis antisíndicas; criação de níveis de desemprego massivo e o enfraquecimento das greves (ANDERSON, 1994). No caso da América Latina, o repertório de políticas neoliberais consegue ser ainda mais agressivo, isso porque a condição de países financeiramente devedores, que tendem a assumir volumes cada vez maiores de despesa com o encargo da dívida, permitiu que o capital financeiro estabelecesse uma exploração semicolonial intensiva nesses países. Isto é, em troca de novos empréstimos e renegociação da dívida, que visam dar um alívio financeiro aos países periféricos, os países centrais exigem deles processos de desterritorialização e flexibilização do capital industrial e financeiro, que segundo Mota (2015, p. 89), “termina por determinar a perda dos poderes locais, na medida em que se retira dos governos nacionais a possibilidade de administração autônoma das tensões internas, fazendo surgir um terreno fértil para o crescimento de disputas corporativas [...]”. Assim, países como Brasil, vem assumindo com o passar dos anos, um status de Estado semicolonial.

Com essa reflexão, compreendemos que as estratégias de superação da crise continham um claro direcionamento político que era promover a emergência de um novo desenvolvimento capitalista, muito mais predatório, em termos de exploração, além de ser uma proposta altamente antidemocrática e neoconservadora. Tais mudanças significavam o desmonte das formas institucionais de organização do trabalho, que eram responsáveis por assegurar os direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora. Desse modo, como se trata de uma crise orgânica do capital, é necessário observar também as características políticas desse processo, buscando situa-las no âmbito das relações de força entre as classes fundamentais. Ou seja, temos que olhar para o campo da hegemonia onde ocorre a tensão entre as estratégias de classes para entender como o projeto neoliberal tem conseguido avançar.

Segundo Mota (2015), o enfrentamento da crise numa sociedade de classes sociais antagônicas, remete não só a reformas de ordem econômica e política, mas também a construção de consensos de classes. Isso porque os efeitos da crise e das iniciativas de mudança, tendem a ser experimentados de forma distinta por parte das classes sociais e, por decorrência disso,

ocorrem conflitos sociais no interior do sistema hegemônico que não terminam automaticamente num equilíbrio de forças. Acontece que a fonte do conflito nesse período era a contradição entre o padrão de acumulação flexível que exigia a desregulação estatal através de reformas neoliberais e o consenso do segundo pós-guerra (social-democrata) que se apoiava em mecanismos sociopolíticos, cujos exemplos são: as negociações coletivas entre grandes sindicatos e empresas, a expansão dos sistemas de seguridade social, a legislação reguladora do trabalho.

Para a grande burguesia, a reestruturação das bases materiais do processo de acumulação, requeria a mutilação dos direitos sociais, o que não seria possível enquanto ela não reelaborasse também as bases de sua hegemonia. Portanto, as classes dominantes necessitavam de um novo consenso que só poderia ser alcançado através de uma reforma intelectual e moral, sob direção da burguesia, que neutralizasse e desqualificasse o discurso da socialdemocracia, do socialismo e sindicalismo classista tão enraizados nas classes trabalhadoras (MOTA, 2015).

No que diz respeito às classes trabalhadoras do Brasil, o que se percebe são reivindicações dentro dos limites do reformismo socialdemocrata: melhores condições de trabalho e salário; acesso a propriedade de terra; consumo de bens e serviços individuais e coletivos, como é o caso da saúde, educação, da seguridade social, moradia, etc. Na opinião da Mota (2015), essas plataformas de reivindicações não constituíam peso político suficiente para formar um projeto societário que representasse os interesses diferenciados da classe trabalhadora. Mas isso não significa que as classes subalternas não pudessem ampliar seus modos de articulação para reverter as estratégias de enfrentamento da crise impostas pelas classes dominantes.

Entretanto, considerando o fato que o Brasil, após vinte anos de ditadura, havia se tornado uma sociedade tipicamente ocidental, que se traduz pela justa relação entre Estado e sociedade civil, onde a conquista da hegemonia depende da capacidade dos grupos sociais de organizar os múltiplos sujeitos coletivos em torno de um projeto societário que expresse a vontade geral do conjunto. Logo, o centro dessa luta deve estar na definição gramsciana de “guerra de posição”, que consiste na conquista gradual de espaços no interior da sociedade civil e, por intermédio dela, no próprio interior do Estado (COUTINHO, 2008, p. 40).

Coutinho (2006), ao observar as sociedades “ocidentais”, identificou dois modelos principais de articulação da disputa política ou de representação dos interesses. Por um lado, há um modelo de sociedade “norte-americano”, em que a organização política se dá por meio de

partidos eleitorais, de governo, que tem como fim a administração da sociedade capitalista, ao invés de lutar por sua transformação, ficando restritos a fazer o que Gramsci chamou de “pequena política”. No geral, as entidades associativas do modelo “norte-americano”, atuam sem uma definição ideológica, de modo que o que lhes movem são os interesses econômico-corporativos de grupos sociais relativamente restritos. Apesar de existirem grupos com bastante influência no meio político, atuando em múltiplos *lobbies* (leia-se corporações), falta a eles uma base social homogênea e um projeto de sociedade que vá além de meramente administrar a sociedade. Desse modo, esse modelo é o mais adequado para assegurar a conservação do capitalismo, isso porque não há processos de resistência dos trabalhadores que coloquem em risco a ordem social vigente. Por outro lado, existe um modelo de sociedade que Coutinho (2006) denominou de “europeu”, que caracteriza-se por uma estrutura partidária formada por partidos com uma base social razoavelmente homogênea, que defendem projetos de sociedade diversos; além de existir um sindicalismo classista que busca defender os interesses históricos da classe trabalhadora. Nesse sentido, trata-se de um modelo de sociedade que pode inviabilizar os planos do grande capital, pois, existem grupos sociais interessados em fazer a grande política, buscando mobilizar e representar a classe trabalhadora, e encaminhar projetos societários alternativos à ordem capitalista.

Retomando a discussão sobre as formas de enfrentamento da crise, entende-se que num contexto de exercício democrático, a obtenção de consensos de classe é um pré-requisito para tais mudanças, haja vista que a maturidade da sociedade civil tornava praticamente impossível para burguesia impor uma dominação sem hegemonia, conforme ocorreu na ditadura, sem correr graves riscos de ruptura com a ordem. Deste modo, o objetivo das forças do capital, no Brasil e mundo, conforme pensa Coutinho (2006), é justamente consolidar a americanização da sociedade civil, cujo efeito pretendido é “consagrar a pequena política e a pseudo-ética do privatismo desenfreado como elementos fundamentais de um senso comum que sirva de base à sua hegemonia”. Vale dizer, essa é justamente face ideológica do neoliberalismo.

Na concepção de Mota (2015), o caminho adotado pelo grande capital para desenvolver a base de sua hegemonia, era construir consentimento ativo das classes subalternas a partir de uma redefinição dos papéis atribuídos ao Estado, mercado e a sociedade. Nesses termos, o eixo central da estratégia era elaborar uma visão socializadora da crise, capaz de formar frentes consensuais de intervenção e construir espaços de aliança supraclassista e transclassista, que incluiria a burguesia, a classe média, o proletariado. Assim, como o intuito do capital era neutralizar os comportamentos reativos da classe trabalhadora organizada, a burguesia

brasileira resgatou o velho corporativismo do Estado Vargasista, mas com uma nova roupagem. Com base no ideário neoliberal, a burguesia propôs não só o fim do intervencionismo estatal, com a transferência da regulação da economia para o mercado, como também indicou a substituição do velho corporativismo de Estado por um novo corporativismo de livre negociação (uma outra forma de dizer mercado), onde, em troca da perda da autonomia – da renúncia da hegemonia – de suas organizações sindicais, eram concedidos aos trabalhadores alguns benefícios e direitos, como acesso à plano de privado de saúde, seguro social, promessas de ganho salarial, vale alimentação e entre outras vantagens. Segundo a autora, esse processo se deu forma molecular, tendo como meta a substituição gradual das lutas coletivas pela luta corporativa, no qual os grupos com recursos organizativos obtêm resultados, enquanto os que não dispõe de tais recursos são excluídos. Assim, o traço predominante dessa cultura é a política de pacto ou de conciliação entre segmentos da classe trabalhadora assalariada e o setor empresarial, em detrimento de um projeto de classe, de corte anticapitalista.

Em suma, a tônica do discurso ideológico era o de conciliação e da aliança supraclassista, em face de problemas “supostamente” causados pelos velhos mecanismos regulação de estatal, como desemprego, déficit público e falência de empresas. Foi por essa via que a classe dominante tentou ser dirigente, buscando formar alianças com as classes subalternas, com capacidade de consumo, em torno da defesa da transferência de atividades do setor público para o setor privado (lucrativo e não lucrativo). Ao transferir o conflito de classes para o âmbito do mercado, procurando satisfazer as necessidades sociais (saúde, previdência, transporte, etc.) de uma parte dos trabalhadores assalariados, a intenção era provocar a fragmentação da prática organizativa das classes trabalhadoras, que levaria ao desmonte dos mecanismos sociopolíticos do antigo consenso. Logo, os trabalhadores com poder aquisitivo foram absorvidos pelo sistema hegemônico como potenciais consumidores do mercado, enquanto que os trabalhadores pobres ficaram sob responsabilidade do Estado e de organizações filantrópicas particulares (MOTA, 2015).

A partir do momento que houve esse fracionamento das classes trabalhadoras, concretizou-se o desejo neoliberal de reduzir o papel do Estado na área social, diminuindo gastos e transferindo os serviços para a iniciativa privada. Desta maneira, os serviços estatais passaram a ser direcionados especificamente para atender as necessidades sociais das camadas mais empobrecidas da sociedade, passando a ser vistos não como políticas sociais de direito do cidadão, mas como uma intervenção paternalista do Estado com fim de aliviar as necessidades extremas dos pobres ou como uma ação humanitária coletiva, quando os serviços sociais estão

sob controle de instituições filantrópicas como as organizações não governamentais (ONGs), igrejas e empresas. Aliás, as organizações filantrópicas, também chamadas de terceiro setor, foram ressuscitadas pela programática neoliberal para ser justamente a plataforma de um discurso salvacionista e supraclassista de que é possível combater problemas estruturais (pobreza, fome, destruição ambiental) por meio de alianças de classes, amparadas na crença da eficiência da iniciativa privada em contraste com a morosidade do setor público (MOTA, 2015).

Desse modo, não foi por acaso que os serviços públicos de saúde, sofreram, no final dos anos 1980, um processo de precarização material e sucateamento, como efeito da política de desfinanciamento adotada pelos governos. Nem foi coincidência, o crescimento significativo de seguros privados de saúde nesse período, que aproveitaram a decadência da assistência pública para oferecer um serviço de melhor qualidade para uma parcela da sociedade que tinha condições de gastar com serviços privados de saúde. Por consequência do enorme contraste entre o público e o privado, a classe média, os sindicatos, associações profissionais, preferiam contratar os serviços da iniciativa privada, ao invés daqueles oferecidos pelo Estado (GERSCHMAN, 2004). Ao nosso ver, as intenções dos governos e do mercado convergem em um projeto de saúde que tem por finalidade a valorização dos interesses privados, em detrimento do interesse público.

De acordo com Bravo (2009, p. 101), esse projeto, articulado ao mercado, está pautado pela política de ajuste neoliberal, que tem como principais características: 1) a contenção de gastos, com a racionalização da oferta; 2) o caráter focalizado e seletivo da política pública para atender as populações mais vulneráveis através de um pacote básico de saúde; 3) a ampliação da privatização, com estímulo ao seguro privado; 4) a descentralização com isenção da responsabilidade do poder central; 5) a eliminação de vinculações orçamentárias que obrigam o Estado a cumprir com gastos obrigatórios para área da saúde pública.

A partir da década de 90, pode-se dizer que o neoliberalismo conseguiu afirmar sua hegemonia no Brasil, sendo o responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego em massa, desmonte do sistema de seguridade social; impedindo o SUS de ser efetivado, sucateamento dos serviços públicos, aceleração do processo de privatização do setor público, desmobilização da classe trabalhadora organizada e do movimento sanitário. Desse modo, estamos diante de uma proposta que vem predominando em nosso país, porém, do ponto de vista do modelo de sociedade civil “norte americano”, o projeto de hegemonização ainda não está completo, enquanto existirem representações políticas classistas empenhadas em fazer

grande política. Por isso, é importante pensar em estratégias que possam contribuir para reverter esse cenário. Para Coutinho, (2006), a alternativa ao neoliberalismo seria:

A reorganização de nosso peculiar ‘Ocidente’ a partir da agregação de interesses mais amplos, ético-políticos e não puramente econômico-corporativos (e volto a me valer da terminologia de Gramsci), possibilitando assim a construção de efetivas maiorias políticas, capazes de conduzir o país no sentido do aprofundamento de relações substantivamente democráticas. Por contraste ao neoliberalismo, poderíamos chamar de ‘democrático-popular’ esse modelo alternativo de organização da sociedade (COUTINHO, 2006, p. 190).

Dito de outro modo, a fórmula proposta por Coutinho, é a estratégia de “guerra de posições”, de acumular forças na sociedade civil e através dela exercer o controle sobre o Estado. Concordamos com a opinião desse autor e procuramos acrescentar que é necessário retomar o trabalho de mobilização dos trabalhadores para lutar por reformas efetivamente estruturais que tenham por objetivo de interferir na lógica de acumulação flexível. Algumas pautas de reivindicação precisam ecoar com mais força na sociedade como a proteção ao trabalhador, através do fim de regimes de trabalho flexíveis; o fim do pagamento da dívida pública; a estatização total do sistema de saúde, um projeto para seguridade social que seja verdadeiramente universalista; a reforma agrária, a taxação das grandes fortunas; a criação de mecanismos de participação popular nos processos decisórios; a redistribuição de renda, sob a forma de bens e serviços coletivos que promovam a justiça social e a igualdade. Porém, isso demanda um controle público mais efetivo sobre a máquina do Estado que combine organismos populares de democracia de base, equivalente aos conselhos populares que o MOPS planejava institucionalizar, com os mecanismos representação política (partidos, sindicatos e parlamento), além de uma forte pressão popular nos múltiplos espaços da sociedade civil, com destaque para os meios de comunicação social. A despeito do campo da saúde, a alternativa é a luta pelo fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária, que requer a recomposição da base social do movimento sanitarista - organizações populares e de trabalhadores – para recuperar a prática transformadora.

2.4 Reforma Psiquiátrica: os desafios do processo de desinstitucionalização

Após 1964, a psiquiatria começou a adquirir um status de prática assistencial de massa, que Resende (2000) entendeu como uma nova fase a partir da qual a assistência psiquiátrica, que no passado foi destinada exclusivamente ao louco indigente, estendeu a cobertura à massa

dos trabalhadores e seus dependentes. Ou seja, a psiquiatria passou por uma transformação que a permitiu tocar não só nos setores improdutivos da sociedade, como também os produtivos. Tal transformação pode ser atribuída a mais de um fator que pode ter corroborado para esse resultado. O primeiro foi o desenvolvimento das drogas antipsicóticas em 1950, que para muitos psiquiatras significou uma verdadeira revolução, trazendo, segundo Passos (2009, p. 62), três efeitos: 1) a preferência pelos remédios a técnicas mais arcaicas como a terapia eletroconvulsivante; 2) o abandono pelos hospitais dos seus aspectos carcerários, introduzindo atividades extramuros no espaço da instituição psiquiátrica; 3) o aumento do número de altas, assim como o evitamento de internações.

O segundo fator foi a situação do capitalismo monopolista que aprofundou no Brasil a contradição entre a socialização da produção e a apropriação privada pelos grupos de monopólios, que miram a maximização dos lucros através do controle do mercado internacional. A grosso modo, a acumulação capitalista, nos anos 1960, acelerou-se, em razão da superexploração do trabalho (salários deprimidos, anulação de direitos trabalhistas); da modernização tecnológica; da ênfase na produção de bens de consumo; da supercapitalização, que ampliou o processo de proletarianização dos trabalhadores de novos setores, levando ao acréscimo da taxa de expropriação de mais valia absoluta e relativa (MAESTRI, 2019). Nesse contexto, a reprodução ampliada do capital depara-se com o risco de gerar sucessivas tensões sociais, em virtude de a conservação da força de trabalho estar constantemente ameaçada pela superexploração. O Estado, como instância política do capital monopolista, assumiu a tarefa de assegurar continuamente a reprodução da força de trabalho, cujas condições psicofísicas pioraram com a reorganização do trabalho pela produção fordista. Berlinguer (1983), ao realizar um estudo sobre as fábricas fordistas, revelou que o aumento da exploração nas fábricas, produzia efeitos extremamente danosos à saúde dos trabalhadores, com destaque para as doenças dos nervos (neuroses), que tinham como principais causas: o trabalho extenuante, a repetição, turnos, responsabilidade em demasia, etc. No nosso ponto de vista, levando em conta que o Brasil estava passando por uma conjuntura de crescimento econômico entre 1969 e 1973, cujo processo exige a renovação constante da força de trabalho, e a psiquiatria estava começando a dar respostas eficientes à questão da loucura, em virtude do advento dos neurolépticos. Tais circunstâncias corroboraram para que a psiquiatria fosse convocada pelo Estado burguês a assumir funções que extrapolavam a simples tutela dos setores improdutivos da sociedade.

Além disso, conforme observou Resende (2000, p. 58), a Organização Mundial de Saúde (OMS), em sintonia com o processo de legitimação do capitalismo, recomendava, em 1950, aos países desenvolvidos que investissem em ações de saúde mental, com o argumento de que a doença mental gerava um alto custo para o circuito da produção.

Considerando que a intervenção do Estado, na forma de políticas sociais, não equivale a uma consequência natural do Estado burguês capturado pelos grupos monopolistas, mas é resultante das contradições e conflitos entre capital e trabalho. Com isso, subentende que a reprodução ampliada do capital implica que o Estado atenda não só as exigências da classe proprietária, como também atenda determinadas demandas da classe operária organizada, como forma de garantir sua legitimidade política (NETTO, 2011). Esse caráter ambíguo tende a se manifestar em todas as políticas sociais, inclusive, na prática psiquiátrica, que também está embutida num complexo jogo de interesses. Desse modo, concordamos com a afirmação de Castel (apud RESENDE, 2000, p. 59) de que “a prática psiquiátrica é a prática de uma contradição entre uma finalidade terapêutica e certas funções político-administrativas”. Para este autor, a contradição advém da dupla função da psiquiatria que tem como papel prover tratamento aos que sofrem e, ao mesmo tempo, por causa do mandato social que lhe foi atribuído, sua função é assegurar a ordem pública através da prática de custódia dos loucos. Ao nosso ver, não se trata apenas de uma contradição da prática psiquiátrica, mas do caráter excludente do modo de produção capitalista, cujo processo de acumulação de capital exige a expulsão da massa de trabalhadores excedentes, a superexploração dos que estão inseridos no circuito da produção e a reprodução social da força de trabalho. Logo, não basta questionar ou exigir o fim do mandato social, pois, os processos de exclusão continuariam existindo enquanto o capitalismo regular as relações sociais. Nesse sentido, somente colocando um fim a ordem social capitalista que poderíamos, de fato, desvincular a função de tratamento da função de custódia.

Dando continuidade ao raciocínio de Castel, Resende (2000, p. 60) deu maior detalhamento as funções impostas à psiquiatria nesse período: curar; recuperar a força de trabalho; autorreproduzir o próprio sistema de assistência e de setores econômicos a ele vinculado como hospitais e a indústria de medicamentos; ideologizar as relações sociais, conferindo racionalidade à irracionalidade do sistema; oferecer um lugar ao louco, onde ele possa viver apartado da sociedade; difundir uma visão normatizadora da vida social para inculcar critérios de normalidade que possam servir de instrumentos de controle das classes subalternas. Em relação a essa última função, cabe destacar que houve justamente uma mudança

no perfil nosológico, podendo-se observar novos rótulos como neurose e alcoolismo, para explicar os problemas sociais ligados direta ou indiretamente a superexploração do trabalho.

O terceiro fator que contribuiu para psiquiatria se tornar uma prática de massa, foi o início da mercantilização da loucura, através da celebração de convênios e contratos do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) com o setor privado. Isso aconteceu porque os institutos de aposentadoria e pensão não eram suficientes para dar cobertura assistencial a massa de trabalhadores e os hospitais públicos estavam em precárias condições, dando oportunidade para a iniciativa privada se avultar (RESENDE, 2000, p. 61). Além disso, ainda havia o fato de a ditadura brasileira estar apoiada numa retórica privatista e liberal, pelo menos no que diz respeito à economia do país.

Assim, a assistência psiquiátrica passou a ser prestada não só pelo Ministério da Saúde e secretarias estaduais, como também pelo Ministério da Previdência e da Assistência Social. Ao MS/SES, competia prestar assistência a população indigente por meio de uma rede pública de macro-hospitais com características fortemente asilares e manicomiais. Já o MPAS, competia-lhe a assistência aos previdenciários e seus dependentes, por meio da compra de serviços do setor privado, ou do próprio Ministério da Saúde (AMARANTE, 2015, p. 20).

Com a participação da iniciativa privada no âmbito das políticas sociais, a psiquiatria transformou-se em produto de consumo, em mercadoria, passando a ser rodeada por um expressivo *lobby* que atuava para fazer da prática psiquiátrica um lucrativo negócio (YASUI, 2010). Levando em consideração o fato do papel do Estado, no regime militar, era mostrar-se funcional à acumulação do capital, em sua fase monopólica, que tem como ênfase a pressão da supercapitalização para maximizar as taxas de lucro. Observou-se, nesse contexto, diversas formas de favorecimento do governo militar ao produtor privado, relegando ao setor público uma situação de completo abandono. Essa tendência de privilegiamento foi observada por Luiz Cerqueira (1984 apud YASUI, 2010) que apresentou os seguintes dados: “em 1941, havia 3.034 leitos privados, enquanto em 1978, esse número era de 78.273. Um crescimento de quase vinte vezes, em menos de quarenta anos. Em contrapartida, o número de leitos oficiais permaneceu quase inalterado no mesmo período: 21.079, em 1941, e 22.603, em 1978”. Outro ponto que vale ressaltar é que o tempo médio de permanência nas instituições privadas oscilava acima dos noventa dias, o que indicava um período longo de internação que, conseqüentemente, favorecia a institucionalização dos usuários e o consumo compulsivo de serviços psiquiátricos (YASUI, 2010, p. 33).

Além disso, constatou-se uma série de distorções que a política privatizante acarretava ao sistema médico-previdenciário: pagamentos de serviços que não são produzidos (pacientes inexistentes, medicamentos não utilizados); pagamentos de serviços que são produzidos, mas não são necessários (intervenções sem respaldo técnico); pagamentos de serviços que são produzidos, são necessários, mas poderiam ser realizados com racionalidade (internações de casos que poderiam ser resolvidos em ambulatório) (MELLO, 1980 apud AMARANTE, 2015, p. 21). Segundo Amarante (2015), tais distorções levaram ao diagnóstico, por parte dos técnicos do INAMPS, de que só em 1977 teriam ocorrido 195.000 internações desnecessárias.

Portanto, o modelo de privilegiamento do produtor privado gerou uma situação em que a assistência psiquiátrica não diferia em nada das unidades públicas. Repetiu-se os mesmos problemas como: carência de recursos humanos e materiais, maus tratos, violência, falta de liberdade, tempos de internação longuíssimos, proibição de visitas (ibidem). Com um quadro desses, conclui-se que a assistência psiquiátrica era dispendiosa e mercantilista, pois estava focada mais na corrida por maiores lucros, do que de fato gerar benefícios à saúde dos usuários; e era cronificadora, visto que a forma ineficiente como os recursos eram aplicados, produzia o efeito da institucionalização do doente, no lugar da recuperação da força de trabalho.

Em que pese a hegemonia do setor privatista, essa situação de benefícios sanitários cada vez mais escassos, em contraste a despesas sempre crescentes, fez surgir resistências que vieram se contrapor a tendência mercadorizante da assistência psiquiátrica. Nos anos 1970, intensificaram-se as críticas e denúncias ao modelo médico-previdenciário. É oportuno dizer que a postura oposicionista não foi encarnada somente por técnicos progressistas contrários ao sistema de livre empresa, mas também partiu de quadros de destaque na administração do MPAS, INPS, MS e secretarias estaduais de saúde. Deste modo, como a situação apontava para um inevitável déficit público no futuro, que dependia de soluções saneadoras para evitar um rombo maior nas contas públicas, além de que, especulava-se, que a conjuntura econômica pressionava a assistência psiquiátrica pela manutenção do doente na comunidade, não tardou para que o Estado começasse a tratar essas questões com mais seriedade (RESENDE, 2000, pp. 62-64). Foram encaminhadas propostas de reforma administrativa que uniam a visão racionalizadora – de cortar custos sem romper com a lógica privatizante – e o modelo de psiquiatria comunitária norte-americano. De acordo com Yasui (2010), nesse período (década de 70/80), já vinham ocorrendo inúmeros encontros nacionais e internacionais, de caráter restrito a tecnoburocracia, sendo promovidos pela OMS e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), para discutir a reorientação da saúde mental à luz do viés preventista, que

preconizava a assistência psiquiátrica na comunidade, com o uso de recursos extra-hospitalares (ambulatório, programas de atenção primária, etc.). Nesse sentido, as propostas de reformulação da assistência psiquiátrica tinham como princípio norteador a lógica de desospitalização, cuja intenção era disciplinar os encaminhamentos para hospitalização através de dispositivos intermediários (ambulatorios, serviços de urgência), que ao se fazerem valer de critérios técnicos mais rígidos, poderiam diminuir as internações novas e aquelas desnecessárias, reduzir as reinternações e o tempo médio de permanência hospitalar. Porém, tal reforma não intentava o fim do manicômio, pelo contrário, contava com ele para intervir nos casos crônicos.

No Brasil, os princípios da psiquiatria comunitária se condensaram no *Manual de serviço para assistência psiquiátrica*, aprovado em 1973, pela secretária da assistência médica do INPS, que serviu de base para criação da portaria n. 32 de 1974, que definiu a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do MS como órgão normatizador dessa nova política de saúde mental (PAULIN & TURATO, 2004). Segundo Yasui (2010, p. 35), ambos os documentos preconizavam os princípios da psiquiatria comunitária como, por exemplo, possibilitar a criação de unidades de saúde mental nas cidades com mais de 100 mil habitantes; dar prioridade ao tratamento ambulatorial e para hospitalização curta, de preferência em hospitais gerais; estabelecer uma relação de um leito para 1.000 habitantes nas zonas urbanas e um leito para 2.000 habitantes nas zonas rurais.

Entretanto, tanto a portaria como o manual não foram implementados, demonstrando a força do *lobby* dos grupos privatistas, cujos interesses eram articulados pela FBH, que para não ver os lucros das empresas de saúde diminuírem, continuaram a pressionar o governo no sentido de elaborar instrumentos normativos que facilitassem a drenagem de recursos (YASUI, 2010). Um exemplo de inversão de finalidade, pode ser identificado na criação do Plano de Pronta Ação (PPA), cuja função era desburocratizar os atendimentos das emergências que estavam sobre o controle do setor público, possibilitando a ampliação da rede de serviços de emergência que, por sua vez, serviria para conter as internações em hospitais privados. Porém, segundo Paulin e Turato (2004, p. 12), “o PPA trouxe ao setor privado a possibilidade de atendimento direto aos previdenciários e dependentes, dispensando-se uma avaliação prévia do setor público”. Por consequência disso, a previdência perdeu parte do controle que dispunha sobre a destinação de recursos aos hospitais contratados e conveniados, levando a significativas fraudes nas contas hospitalares.

Assim, até o final dos anos 1970, constatou-se a continuidade da política de privilegiamento do produtor privado que, sobretudo, estava funcionando a pleno vapor, equivalente a um trem desgovernado. Houveram, claro, algumas exceções à regra, como o estado de São Paulo que, conforme observou Resende (2000), proibiu novas internações no hospital psiquiátrico de Juqueri e para evitar internações na rede privada, criou um pronto-socorro para estadias de curta duração e firmou convênios com as universidades. De qualquer maneira, a conservação do modelo médico-previdenciário, sob hegemonia do setor privado, teve como o efeito o agravamento dos problemas da assistência psiquiátrica, cujos rebatimentos, são sentidos, principalmente, a partir de 1978, com o episódio conhecido como a “crise da Dinsam”.

A crise do Dinsam tem como ponto de partida o evento em que profissionais de saúde mental do Rio de Janeiro denunciaram às precárias condições as quais os pacientes estavam submetidos nos hospitais psiquiátricos do Dinsam (YASUI, 2010). Segundo Amarante (1995, p. 52), os profissionais “trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. São frequentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas”. Ademais, o quadro técnico do Dinsam era bastante defasado e antigo, pois, não sofria uma renovação desde 1957, de modo que a única mudança foi a contratação de profissionais bolsistas, cuja falta de proteção trabalhista favorecia a intensificação da exploração desta força de trabalho (ibidem).

É oportuno dizer que esses protestos dos trabalhadores poderiam ter simplesmente se restringido a repercussão local, o que culminaria no esvaziamento do movimento contestatório (AMARANTE, 1995). Contudo, vale lembrar que o período dos anos 1970 era de fortalecimento da sociedade civil, em paralelo as medidas de abertura ou de retorno à democracia, que tornaram possível o reaparecimento de movimentos novos ou com características novas, que tinham como objetivo em comum o fim do sistema autoritário. Desse modo, surgiram partidos, sindicatos, associações profissionais e movimentos populares, com característica oposicionista, alguns até de posição anticapitalista, em contraste radical com o antigo sistema (partidos e sindicatos da “ordem”) (CARVALHO, 2019). Fundou-se a partir daí uma nova correlação de forças sociais que produziu um equilíbrio de forças favorável a fecundação de uma salutar disputa de propostas hegemônicas alternativas. Em decorrência dessas mudanças, o ato de denúncia realizado pelos profissionais de saúde mental, passou a contar com apoio de entidades como REME, CEBES e centros universitários vinculados a

corrente de medicina social. Assim, é nesse contexto de mobilização da sociedade civil, que nasceu o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

Na visão de Amarante (1995, p.52), o MTSM constituiu-se a partir de reuniões, assembleias, comissões, ocupando espaços de sindicatos do setor saúde, de núcleos do CEBES e do REME. Seu objetivo era fazer do movimento um espaço de luta não institucional, “um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade”.

A pauta reivindicatória do MTSM já indicava desde cedo o caráter plural e heterogêneo do movimento, que oscilava entre demandas trabalhistas, formação de recursos humanos e a preocupação humanitária de melhorar as condições da assistência à população. No âmbito das questões trabalhistas, as reivindicações giravam em torno da regulação da situação trabalhista como aumento salarial, redução do nº de consultas, regularização da residência profissional, regulamentação das bolsas de saúde mental e entre outras. No âmbito da formação profissional, propôs-se a criação de centros de estudo, programas de supervisão profissional, programas científicos e atividades didático-culturais. Já quando o assunto era a assistência psiquiátrica, criticou-se: 1) o modelo médico-assistencial, pelo caráter limitado da atividade terapêutica biologicista; 2) o autoritarismo das instituições, em razão da estrutura administrativa funcionar de maneira hierarquizada, verticalizada e burocratizada; 3) as condições de atendimento, em virtude de problemas como a escassez de profissionais, as precárias condições de higiene dos hospitais psiquiátricos, a falta de medicamentos e a existência de filas nos ambulatórios e prontos-socorros (AMARANTE, 1995, pp. 52-53).

Naquele mesmo ano, dois episódios revelaram-se marcantes na história do MTSM, pois, atraíram a atenção da sociedade e de várias entidades civis politicamente ativas, dando visibilidade as questões mais urgentes que deveriam ser enfrentadas para reverter o estado deplorável das instituições psiquiátricas. O primeiro evento foi a greve dos profissionais de saúde das quatro unidades do Dinsam²⁸, em 1978. Tal fato fez o Ministério da Saúde reagir com a demissão de 260 profissionais que trabalhavam nos hospitais psiquiátricos. O segundo evento, foi a deflagração do movimento grevista dos médicos residentes que se espalhou por todo país, fortalecendo o MTSM nos seus primeiros meses de luta. Amarante (1995, p. 53), ao

²⁸ As quatro unidades da Dinsam eram: o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira (CJM) e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

comparar os dois movimentos, fez uma importante observação. A luta direta era muito mais potente nas mãos do movimento de médicos residentes, pois, o impacto de paralisar a assistência médica era muito maior do que a paralisação da assistência psiquiátrica e a razão disso estava justamente no conteúdo político inerente as características da assistência psiquiátrica prestada à população. Ou seja, o papel que a sociedade atribuía a psiquiatria, tornava a ação grevista praticamente insignificante, visto que interromper o funcionamento das unidades psiquiátricas pouco afetava a sociedade. Assim, para o MTSM não se esvaziar, foi necessário organizar eventos e encontros que atraíssem as entidades civis para não deixar que suas pautas saíssem da agenda de luta dessas organizações.

Foi no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em 1978, no município de Camboriú (SC), também conhecido como o “Congresso de Abertura”, que se constituiu o primeiro espaço para organizar nacionalmente o MTSM. Originalmente, era um evento ocupado por setores conservadores, organizado em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), mas que dada a conjuntura de efervescência política, passou a ser palco para construção de uma frente ampla em proveito de uma crítica à política de saúde mental vigente e ao regime político nacional (AMARANTE, 1995, p. 54). Verificou-se por parte do MTSM, uma postura de repúdio a política privatizante que era vista como uma das principais causas das distorções da assistência psiquiátrica. Havia o entendimento também que a situação crítica da saúde no Brasil, de superexploração dos trabalhadores e agravamento do mau atendimento, estava relacionada com a falta de participação democrática na elaboração e execução da política de saúde mental.

Os anos 1970/1980 foram abarrotados de eventos de grande relevância para o movimento. Em 1978, houve o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979. Ambos contaram com a participação dos mentores da Psiquiatria Democrática Italiana e da antipsiquiatria, como David Cooper, Franco Basaglia, Robert Castel, Felix Guattari, Erwin Goffman. Ademais, o Brasil recebeu constantes visitas do intelectual francês Michael Foucault, cujas ideias ressoaram fortemente no universo acadêmico e, principalmente, entre a corrente de esquerda socialdemocrata que estava carente de uma teoria que não afrontasse o sistema e ao mesmo tempo apontasse para um caminho de fortalecimento da democracia dentro da ordem vigente. De acordo com Yasui,

foi a partir das reflexões e provocações produzidas por esses autores/atores, especialmente, Franco Basaglia, e de um clima de perseguição e repressão a manifestações de oposição ao regime, que a Reforma Psiquiátrica nasceu e se fortaleceu, por meio, sobretudo, da mobilização dos trabalhadores que, ao se recusarem o papel de

funcionários do consenso [...], tornaram visíveis os dispositivos de segregação e violência das instituições psiquiátricas (YASUI, 2010, p. 37).

Contudo, foi a partir de 1979, no I Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado no Instituto Sedes Sapientiae, que o MTSM definiu sua identidade de forma mais precisa. Trouxemos algumas questões, ressaltadas por Amarante (1995), que foram fortalecidas nesse congresso. O movimento se autopercebe como um sujeito coletivo que começa a se organizar fora do Estado, com objetivo de denunciar os desmandos cometidos pelo aparelho estatal e, ao mesmo tempo, defender seus direitos no interior deste. Trata-se de um movimento autonomista que tem como principal traço a resistência a institucionalização, em razão de argumentos como o risco comum de burocratização, limitação da abrangência política e cristalização do movimento.

Outro elemento relevante é o entendimento de que a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde está vinculada a luta dos demais setores sociais em busca de uma democracia mais sólida, com ampla participação de sindicatos, associações profissionais e movimentos sociais nos processos decisórios das políticas públicas. Também aparece nesse congresso a necessidade de maior participação de técnicos progressistas, atuando no interior do Estado, com intuito de modificar o direcionamento da política pública. Além disso, sobressaiu durante esse processo uma crítica radical ao modelo asilar dos grandes hospitais públicos. O MTSM reconheceu que as medidas de racionalização, assim como seu suporte teórico (psiquiatria comunitária), não eram suficientes para impedir a mercantilização da saúde, nem modificar a função social da instituição psiquiátrica. O entendimento do coletivo era de que esses problemas deveriam ser enfrentados politicamente e não só somente no âmbito exclusivamente técnico e assistencial.

Para Amarante (1995), tais questões indicavam que o MTSM havia extrapolado seus aspectos corporativos. A prova disso, pode ser verificada no I Simpósio de Saúde da Câmara dos deputados, em 1979, onde o movimento teve a oportunidade de sair do campo exclusivamente técnico para debater a questão da loucura e a situação da política nacional da assistência psiquiátrica com as principais entidades da sociedade civil (ABI, OAB, CONTAG, CNBB, etc.) (AMARANTE, 2015, p. 18).

Nos anos 1980, a falência do sistema previdenciário provocou a crise do modelo privatizante e curativista da Previdência Social (PS), que não era apenas de caráter financeiro, mas principalmente ético e de modelo assistencial. Assim, com objetivo de racionalizar os

gastos previdenciários e frear as distorções advindas da prática de favorecimento do setor privado, teve início uma nova modalidade de convênio entre PS e MS, denominada de *Cogestão*, que consistia na colaboração entre os órgãos para as questões de planejamento, custeio e avaliação das unidades hospitalares do segundo (ibid., p. 24). Tratava-se basicamente de um ensaio ou um modelo experimental de política de saúde pública, que trazia no seu bojo os mesmos princípios do PREVSaúde como a descentralização, a integração interinstitucional, a hierarquização, a regionalização e a participação comunitária. Assim, dentro do espírito de luta contra a privatização, propôs-se uma política de saúde, de caráter estatizante e democrático, onde o serviço público seria recuperado e assumiria a responsabilidade de prover atenção integral à saúde da população. Entretanto, diferente do PREVSaúde que propunha a redefinição completa dos órgãos públicos e, por essa razão, sofreu grande resistência de grupos privatistas e conservadores, chegando a não ser implantado. O processo de *Cogestão* foi restrito aos hospitais públicos da Dinsam, o que fez com que não sofresse tanta resistência como o primeiro, além do que, possibilitou a injeção de novos recursos nos hospitais psiquiátricos, dando início a um processo de reformulação da assistência (AMARANTE, 1995; AMARANTE, 2015).

No entender de Amarante, o advento da *Cogestão* representava um verdadeiro marco nas políticas públicas em saúde mental.

Um dos sinais deste marco está no fato de que este é o momento em que o Estado passa a incorporar os setores críticos da saúde mental. É o momento em que os movimentos de trabalhadores de saúde mental decidem, estrategicamente, atuar na ocupação do espaço que se apresenta nas instituições públicas [...]. Outro sinal é dado pelo fato de ser uma primeira experiência de uma nova relação entre as instituições públicas do setor saúde, propiciando espaços concretos de transformação desta mesma assistência, assim como o surgimento de novas questões no campo das políticas públicas de saúde (AMARANTE, 1995, p. 58).

A implantação da *Cogestão* propiciou espaços concretos de transformação, criados a partir da introdução de um novo modelo de gerenciamento dos hospitais públicos. O órgão criado para coordenar a interação entre os ministérios, conhecido pelo nome de Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), estabeleceu que a administração de cada hospital seria realizada por um conselho técnico administrativo, composto por técnicos das respectivas unidades de saúde. Com isso, as instituições da Dinsam foram transformadas em unidades gestoras, sendo agraciadas com a possibilidade de praticar atos mais autônomos de gestão administrativa e financeira. Em reação ao caráter mais descentralizado e dinâmico dos hospitais, o MTSM pôs em prática a estratégia de ocupação de cargos em órgãos estatais, com vistas a tentar a modificar o direcionamento da assistência psiquiátrica “por dentro”, isto

é, fazendo das instituições de saúde um locus de construção da contra-hegemonia (ibid., pp. 59-68).

Nesse contexto, o MTSM se distancia do pensamento crítico de Franco Basaglia e tem uma reaproximação com tendências reformistas, em que se atribuiu a burocracia estatal o papel de agente executor das políticas de reforma, ao passo que as forças populares são relegadas à segundo plano. Por conta disso, o movimento dividiu-se em duas facções que divergiram quanto a questões de ordem estratégica. A primeira era favorável a uma linha predominantemente institucional, cujo objetivo era superar o manicômio por meio de práticas assistenciais. A segunda seguia uma linha sindical, que apostava no trabalho organizacional, atuando na mobilização dos trabalhadores, em favor da luta por melhores condições de trabalho e assistência. Ao que se sabe, pelo menos até 1986, a direção do movimento conseguiu uma trégua com a militância nas bases, possivelmente, por causa dos projetos reformistas realizados na Colônia Juliano Moreira ou no Centro Psiquiátrico Pedro II (AMARANTE, 1995; AMARANTE, 2015).

A partir da Cogestão, os hospitais públicos do Dinsam passaram a ser orientados pelo princípio da universalidade, os recursos humanos dos dois ministérios foram compartilhados e, quanto aos recursos financeiros, foram destinados a atividades de administração, pesquisa, ensino e assistência. No âmbito da assistência psiquiátrica, conforme observa Amarante (1995, p. 62), os hospitais públicos “são transformados em polos de emergência, centros de referência em saúde mental e coordenadores de programas, ações e atividades assistenciais [...]”. Sem entrar muito profundamente nos detalhes sobre as mudanças ocorridas em cada hospital, entende-se que a ênfase da ação reformista era a desativação hospitalar como principal recurso para conter as internações. Assim, orientando-se pelo modelo de psiquiatria comunitária, buscou-se impedir a internação e reduzir o tempo médio de permanência hospitalar por meio de uma porta de entrada, hierarquizada, que deveria transformar as demandas por hospitalização em demanda ambulatorial. Nesse contexto, a superação do manicômio equivale à noção de desospitalização que não intenta a derrocada do paradigma fundante da psiquiatria, nem interrompe os processos sociais de exclusão e seleção que atingem as classes trabalhadoras, apenas impulsiona a utilização dos ambulatorios, transferindo a demanda excessiva de um lugar para o outro. Mas não propõe, de fato, a extinção dos manicômios (AMARANTE, 2015).

Além disso, a mera expansão de serviços ambulatoriais sem a contrapartida de serviços alternativos e direitos sociais (habitação, trabalho, renda, educação, saúde, etc.) que

assegurassem o exercício da cidadania dos loucos, não era suficiente para alterar o destino destes de serem tutelados pelo poder estatal autoritário e do poder psiquiátrico. Ao contrário, dar a prioridade somente aos serviços ambulatoriais como modelo assistencial, terminava por gerar uma situação dependência – um tipo de cronicidade – dos usuários aos serviços sanitários, isso porque, o limite da recuperabilidade/irrecuperabilidade ainda estava fixado pela psiquiatria. Em outras palavras, a ação reformista apenas deu continuidade a tendência do passado de responder as necessidades sociais com iniciativas e rótulos psiquiátricos, com a diferença de ocorrerem fora do hospital. Logo, ao responder a essas necessidades, que são essencialmente necessidades sociais e políticas, apenas com assistência psiquiátrica ou psicológica, estas acabavam por ser transformarem em reservatórios de controle social.

Com o plano CONASP, os pressupostos da Cogestão e de experiências como PIASS, foram ampliados, em nível nacional, fazendo com que fossem exercitados projetos de reestruturação da assistência em outros hospitais psiquiátricos. Assim, o papel do CONASP foi, segundo Andrade (1992 apud AMARANTE, 1995, p.66), reverter de modo gradual o modelo médico assistencial previdenciário, substituindo a natureza privatizante deste pela concepção de que é a responsabilidade do Estado a política e o controle do sistema de saúde. Do ponto de vista da FBH, a Cogestão representava uma ameaça aos lucros e ao poder político dos empresários da loucura. Tal fato levou a entidade a uma disputa de hegemonia pela opinião pública, lançando mão de argumentos como: o custo operacional dos hospitais público é superior ao setor privado, além de que a qualidade dos serviços do MS era incomparavelmente inferior aos serviços deles. Ainda assim, ao longo dos anos 1980, a FBH assiste a sua dominação enfraquecer, conforme passa a disputar o cliente psiquiátrico com um setor público politicamente fortalecido pela atuação da militância do MTSM. Por outro lado, a FBH também passava por uma crise interna, em razão do redirecionamento do investimento dos empresários da entidade em setores mais rentáveis como o mercado de seguros de saúde, deixando a prestação de serviços de hospitalização à pacientes crônicos para o setor empresarial arcaico. Desse modo, a entidade experimentava nesse período um processo esvaziamento político (AMARANTE, 1995, p. 115).

A contar de 1985, começaram a ocorrer encontros profissionais de caráter estadual e regional, como estratégia para articular profissionais e administradores públicos com intuito de discutir e repensar suas práticas e juntar forças. Vale lembrar que vários militantes do MTSM haviam ocupado postos de chefia em programas de saúde mental. Destaca-se o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em 1985, de caráter estritamente técnico,

onde buscou-se diagnosticar a assistência psiquiátrica nos estados. Apontou-se o caráter hospitalocêntrico e privado das internações, e propôs-se reforçar as ações integradas em saúde mental (AIS), através da criação de novos recursos extra-hospitalares. Os próximos eventos podem ser vistos como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que foi pioneira no sentido de romper com o caráter técnico e burocrático das conferências anteriores, transformando-se num locus de participação popular, onde participaram técnicos, burocratas, partidos políticos, sindicatos, associação de moradores e de usuários, pastoral. Assim, na esteira da 8ª CNS, nasceu o I Encontro Estadual de Saúde Mental do RJ, em 1986, com o objetivo de provocar o debate para a I Conferência Estadual de Saúde Mental do RJ. O evento conta com a participação de organizações da sociedade civil e insere-se numa linha discussão semelhante à da 8ª CNS, incorporando propostas como: criação de um sistema único de saúde pública e a participação popular na elaboração e execução de políticas de saúde mental. Em 1987, foi realizada a I Conferência Estadual de Saúde Mental do RJ, sem o consentimento do MS e da Dinsam. Os principais temas foram discutidos por grupos de trabalho. Destes saíram diversas propostas:

Cidadania, sociedade e qualidade vida – reconhecem que a doença mental é fruto do processo de marginalização social e exclusão social. Portanto, deve-se realizar um trabalho de resgate da cidadania, por meio da promoção de saúde mental da população, oferecendo condições de sobrevivência dignas. Também devem oferecer condições para que os profissionais tenham cidadania;

Direitos humanos, psiquiatria e justiça – que seja assegurado o direito ao acesso a todos os recursos disponíveis, dentre eles o atendimento multidisciplinar, a liberdade de escolher se quer ser tratado e de escolher o terapeuta. Conclui-se que se deve assegurar a participação das comunidades e grupos sociais na elaboração e controle da aplicação de normas, dos tratamentos e dos serviços oferecidos. Da mesma forma, devem ser asseguradas as condições trabalhistas dos pacientes durante o tratamento, inclusive, seguro-desemprego. Finalmente, é lançada a necessidade de que seja revisto e atualizado o código civil no que diz respeito ao doente e à doença mental;

Política nacional de Saúde Mental na Reforma Sanitária – considera-se que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho não alienado, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso a serviços de saúde [...]. Quanto ao modelo assistencial, pretende-se a reversão da tendência hospitalocêntrica, por meio de atendimento alternativos em saúde mental, tais como leitos hospitalares psiquiátricos em hospitais gerais, hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos etc. Propõe-se, ainda, a redução progressiva dos leitos manicomial públicos e o não credenciamento de leitos privados, a hierarquização da rede assistencial e a expansão da rede ambulatorial [...] (AMARANTE, 1995, pp. 73-74).

Paralelamente, por circunstancia do II Congresso dos Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo, em 1986, surgiu uma corrente renovadora no interior do MTSM, chamada de Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental que congregava diversas entidades como centrais

sindicais (CUT), sindicatos, partidos (grupo de saúde mental do PT), associações profissionais de SP, faculdades, institutos e entre outros. Segundo Yasui (2010, p. 42), o plenário foi uma resposta à Coordenadoria estadual de saúde mental de SP que organizou o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, em 1985, sem a participação do movimento, suspendendo a autonomia deste. Desse modo, considerando que o MTSM/SP precisava de um lugar para criticar livremente as políticas oficiais de saúde mental, criou-se um espaço independente – fora do Estado – para discutir diversas questões que emergiam da prática dos trabalhadores de saúde mental. Algumas destas questões eram: a crítica ao modelo de psiquiatria comunitária; lentidão nas respostas institucionais causadas pela inércia da burocracia estatal; reivindicação da participação dos trabalhadores no processo de discussão das diretrizes dessa política; dificuldade de implantação de serviços em áreas sem nenhuma cobertura assistencial. Para o autor, por intermédio do plenário, buscava-se demarcar a diferença entre as lideranças da Reforma Psiquiátrica comprometidas com o aparato estatal, consideradas ultrapassadas, e o conjunto dos trabalhadores que queriam introduzir uma dinâmica mais democrática, com maior participação popular, na formulação das políticas de saúde mental.

O plenário marca também o reencontro do movimento com a noção de desinstitucionalização, tendo como base teórica, a tradição basagliana. Nesse período, o MTSM produziu um documento chamado “Saúde Mental e Cidadania”, onde discute ideias e estratégias. No documento, um dos autores fez uma crítica social, associando a situação de saúde da população ao processo peculiar de desenvolvimento do capitalismo no Brasil, responsável por um modelo econômico altamente concentrador de riquezas. No entendimento de Francisco D. M. de Neto (1987, p. 59), a associação entre uma política privatizante, com a inexistência de cidadania do louco e a ação tuteladora do Estado, - amparada por uma legislação arcaica e preconceituosa - permitiram a consolidação de um modelo asilar falido, excludente e discriminatório. Desse modo, ao refletir sobre como resgatar a cidadania dos loucos, o autor se apoiou nas estratégias de desinstitucionalização, porém, com uma maior ênfase na desmontagem dos aspectos jurídicos-legais que se sustentam sobre as noções de periculosidade e incapacidade civil. Nesse sentido, a luta contra a exclusão desses segmentos populacionais teria que partir de uma reformulação de todo aparato jurídico-legal, com vistas de retirar do Estado o papel de tutelador, devendo este limitar-se a assumir a total responsabilidade quantos aos recursos necessários para recuperação da saúde dos usuários dos serviços de saúde mental. Dentre as sugestões mais interessantes, destacam-se: a retirada da noção de periculosidade e

incapacidade civil do arcabouço jurídico-legal; a recusa da internação compulsória; a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos; a ampliação de leitos psiquiátricos, mas somente em hospitais gerais; a fiscalização das condições de trabalho; acesso universal aos serviços de saúde; a necessidade de que o planejamento e a execução da política sanitária tenha gerenciamento público e controle popular; a efetivação de uma política de desmedicalização, visando a delimitação e o controle da produção social de dependência da farmacodependência; o resgate da identidade pessoal, cultural e social do louco, dando como exemplo, a criação de lares protegidos (MOURA NETO, 1987, pp. 61-64).

Em meio a esse contexto, houve a convocação para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1986, com a participação de usuários e representantes da sociedade civil. Segundo Yasui (2010, p. 45), o relatório final da I CNSM demonstrava a força da articulação da Reforma Psiquiátrica, fazendo prevalecer as teses do MTSM. A grosso modo, denunciou-se o modelo econômico concentrador, apontando para necessidade de ampliar o conceito de saúde, considerando em seus determinantes as condições materiais de vida. Nesse sentido, a I CNSM demonstrou uma estreita vinculação entre o movimento sanitário e de Reforma Psiquiátrica, uma vez que ambos tratam a saúde como uma questão revolucionária, na perspectiva da luta pela transformação da sociedade. A saúde mental foi situada no bojo da luta de classe, levando os profissionais de saúde mental a reconhecerem a sua função de agente da exclusão a qual foram submetidos e a se comprometerem a reorientarem sua prática, configurando sua identidade ao lado das classes trabalhadoras.

Reiterou-se a necessidade de reverter o modelo assistencial hospitalocêntrico, recomendando no seu lugar um sistema extra-hospitalar, além de propor o fim do credenciamento de novos leitos e a redução progressiva dos leitos psiquiátricos existentes. Reafirmou-se a tese do movimento sanitarista, sugerindo inclusões no texto Constitucional, no que diz respeito ao direito à saúde, e propôs-se a reformulação das legislações que tratavam sobre a saúde mental (código civil e penal, legislação sanitária). Além disso, segundo Amarante (1995), a I CNSM lembrou aos profissionais de saúde a necessidade de combater a psiquiatrização do social, através da democratização das unidades de saúde. E a necessidade de participação popular nos processos de elaboração, execução e fiscalização das políticas de saúde mental, sendo que o Estado deveria reconhecer os espaços não profissionais criados pelas comunidades, visando a promoção de saúde mental.

Neste evento, foram definidos os parâmetros do modelo psicossocial que deveria substituir o modelo asilar-manicomial. Tratam-se de diretrizes que deveriam orientar os profissionais e usuários nas instituições: 1) a concepção do objeto e dos meios e trabalho, implica na subjetivação do usuário, o que pressupõe a superação do modelo médico que se pauta nas ciências positivas e preconiza-se a horizontalização das relações entre profissionais e usuários; 2) quanto à forma de organização das relações institucionais, preconiza-se sua horizontalização; 3) quanto à forma como a instituição se situa no espaço geográfico, o modelo preconiza a integralidade das ações no território; 4) quanto ao efeito da ética nas práticas em saúde mental, propõe-se superar a ética de adaptação ao tratamento pela meta de produção de subjetividade singularizada, tanto nas relações com os usuário, quanto nas relações com a população do território (COSTA-ROSA et al., 2001).

Para Amarante (1995, p. 80), a I CNSM configurou-se como um momento histórico da trajetória da reforma psiquiátrica, pois, primeiro, representou uma renovação teórica e política do MTSM, segundo, porque demarcou o distanciamento entre o movimento e o aparelho do Estado e suas alianças tradicionais; terceiro, pela aproximação do MTSM com entidades de usuários e familiares, que passaram a surgir no cenário nacional.

Em paralelo à I CNSM, realizou-se a II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru. Nesse evento, o MTSM sofreu uma profunda transformação que se define pela “necessidade de desatrelamento do aparelho do Estado, buscando formas independentes de organização e voltando-se, como estratégia principal, para intervenção da sociedade (AMARANTE, 1995, p. 80). Nesse sentido, o movimento começava a se conscientizar que a reforma psiquiátrica não poderia se restringir a mera transformação institucional, típica da trajetória institucionalista, do contrário, o resultado seria apenas a modernização dos mecanismos de controle social, igual ocorreu no Setor francês e na Psiquiatria Comunitária norte-americana. Assim, ao invés de responder as necessidades sociais dos loucos com iniciativas psiquiátricas ou soluções técnicas inovadoras que negam os direitos mínimos da pessoa humana, decidiu-se por recusar o papel de técnicos do consenso, que consiste em gerenciar instituições e serviços para um Estado que sustenta mecanismos de dominação e produção social da loucura. Logo, a estratégia definida no Congresso de Bauru, conforme observa Amarante (2015, p. 30), era “procurar romper com a tradição de recorrer a comunidade tão somente em busca de apoio em situações de crise vivenciadas pelo Movimento, e procurar estabelecer com esta uma relação permanente e contínua, de apoio e participação regulares na construção de projetos de transformação”. Ao nosso ver, o êxito dessa experiência

está no deslocamento da instituição para a sociedade, na negação do monopólio dos técnicos, através da congregação entre movimentos sociais, técnicos, usuários e entidades da sociedade civil para organizar e ativar recursos comunitários e políticos que respondam a totalidade das necessidades em saúde mental de uma população determinada. O lema “*por uma sociedade sem manicômios*”, proposto nesse evento, era a expressão dessa estratégia e dessa ruptura política e teórica, que representava o ressurgimento do projeto de desinstitucionalização na tradição basagliana mais autêntica.

Nesse evento, também foi ponto de destaque a elaboração do documento “Manifesto de Bauru”, que marca o compromisso do movimento com a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e das suas formas de tratamento, buscando estabelecer alianças com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada, pautando-se enquanto movimento social e sindical na defesa de uma reforma sanitária e psiquiátrica democrática e popular (GADELHA JÚNIOR, 2012). Em outras palavras, o movimento havia se alinhado com a perspectiva de organização política que Carlos Nelson Coutinho denominou de democrático-popular, que consiste em acumular forças na sociedade civil para unir a ocupação tática dos espaços do Estado à pressão externa do movimento sobre o aparelho Estatal (ALBRECHT, 2019).

Outro elemento importante, foi a mudança na composição do movimento, através da chegada de um novo ator: as associações de usuários e familiares. A Sociedade de Serviços Gerais para Integração (Sosintra) do Rio de Janeiro (criada em 1978), que tinha uma função instrumental e secundária, voltada para sensibilizar os familiares e envolve-los no tratamento, passou a se envolver com a criação de projetos destinados a serem novas modalidades de assistência, e com a luta pela transformação do modelo asilar-manicomial (AMARANTE, 1995, p. 81). Além da Sosintra, nasceu em Juqueri uma associação denominada de “Loucos pela Vida!”. Nesse sentido, o movimento deixou de ter a participação majoritária de trabalhadores e passou a contar com usuários, familiares e outros sujeitos que não eram ligados diretamente ao campo da saúde mental (YASUI, 2010, p. 50). Assim, em decorrência do caráter múltiplo e plural do movimento, surgiu a expressão movimento antimanicomial.

De acordo com Amarante (1995), a nova tendência inaugurada pelo movimento no Congresso de Bauru, repercutiu no âmbito assistencial, jurídico-legal e sociocultural. Assim, em referência as mudanças no cenário assistencial, sobretudo, cultural, podemos dar o exemplo ocorrido na cidade de Santos, em 1989, cuja gestão do PT, somada as inovações introduzidas pela Reforma Sanitária e uma participação ativa de movimentos sociais e organizações

populares, permitiu uma efetiva descentralização do sistema de saúde, culminando na transformação radical da assistência em saúde mental. A casa de Anchieta, hospital psiquiátrico privado, sofreu uma intervenção da secretaria de municipal de saúde, em função de denúncias de violência e maus tratos. A partir dessa ingerência, surgiu a possibilidade de pôr em prática a desmontagem do manicômio, através de várias experiências de parceria entre a comunidade e a administração pública, dando origem a uma rede territorial e assistencial autenticamente substitutiva ao modelo asilar-manicomial (AMARANTE, 2015, p. 28).

Segundo Yasui (2010), construiu-se uma rede territorial constituída por:

1) Naps, unidades de cuidado, regionalizados, funcionando 24 horas por dia e sete dias na semana e que respondiam à demanda de saúde mental em sua área de abrangência; 2) o Pronto-Socorro Psiquiátrico Municipal, o qual tinha como objetivo ser retaguarda do sistema na atenção à crise e urgência e emergência [...]; 3) a Unidade de Reabilitação Psicossocial, que coordenava e desenvolvia os empreendimentos de trabalho; 4) o Centro de Convivência Tam-Tam, iniciado a partir da Rádio Tam-Tam, que desenvolvia projetos culturais e atividades artesanais; 5) o Lar Abrigado República Manoel da Silva Neto, moradia e espaço de atenção para usuários gravemente institucionalizados [...]. Esta organização colocou em prática conceitos e dispositivos [...], tais como: território, responsabilização, cooperativa de trabalho e residência terapêutica.

Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), conforme analisou Nicácio (1994), se distinguem dos ambulatorios, porque diferente deste último que dirige a prática terapêutica à doença, o NAPS coloca a centralidade da atenção nas necessidades dos sujeitos. É por isso que, segundo Amarante (2015, p. 29), esse dispositivo possui uma estrutura complexa. O NAPS exerce uma multiplicidade de ações: tem leitos de apoio para situações de crise; atendem demandas em residências, locais de trabalho ou público; oferece atendimento emergencial ou ambulatorial, é lugar de reabilitação e espaço de convivência, etc. Nesse sentido, trata-se de um dispositivo que está presente nas questões de saúde mental do território.

Outra experiência alternativa ao modelo psiquiátrico tradicional, teve início em 1987, com o surgimento do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), em São Paulo. O CAPS surgiu como proposta alternativa à internação integral, dentro do âmbito do modelo sanitário-preventista. Como instância intermediária entre o hospital e a comunidade, e não necessariamente substitutiva, sua proposta era ofertar atividades terapêuticas diversificadas (psicoterapia, socioterapia, terapia ocupacional) à pacientes graves, em regime de funcionamento de 8 horas por dia, em cinco dias da semana, com objetivo de evitar a internação (AMARANTE, 1995; AMARANTE, 2015).

No âmbito jurídico-legal, surgiu o Projeto de Lei (PL 3657/89) do deputado Paulo Delgado do PT, em 1989, que com a repercussão da experiência santista, tornou-se o centro do debate da Reforma Psiquiátrica por muitos anos. A PL gerou bastante repercussão, na medida em que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por novos recursos assistenciais, além de regulamentar a internação psiquiátrica compulsória. Por causa da PL, constituíram-se novas associações de usuários e familiares, algumas claramente a favor das propostas, outras contrárias como a Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), que recebeu patrocínio da FBH para fazer oposição. A FBH, perante a ameaça oferecida pela PL, se articulou em torno da luta pela rejeição do projeto, ocupando os principais meios de comunicação. De qualquer forma, ainda que a PL representasse um avanço na luta pela reforma psiquiátrica, o texto final carecia de questões fundamentais. Vale dizer, o projeto de lei: 1) não propõe a extinção da relação entre doente mental e a noção de periculosidade social; 2) não propõe a extinção definitiva da instituição psiquiátrica (manicômio); 3) restringe ao médico a responsabilidade pela emissão de laudo para internação (AMARANTE, 2015, pp. 33-33).

Embora o projeto de lei só tenha sido aprovado na Câmara dos Deputados, sendo rejeitado, posteriormente, no Senado. Ainda assim, o PL estimulou o surgimento de projetos de leis estaduais, que com o peso da atuação política do movimento, foram aprovados em cinco estados (Rio Grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Minas Gerais, Rio Grande do Norte), textos com o conteúdo semelhante ao da PL 3657/89. Por fim, a experiência santista e a PL, contribuíram para o surgimento de processos reformadores no âmbito da assistência, assim como estimulou a difusão de experiências culturais.

3 A POLITICA DE SAÚDE MENTAL NA ATUALIDADE: A DISPUTA PELA HEGEMONIA

3.1 O processo de implementação da Reforma Psiquiátrica

Nesta seção, temos como tema central, o processo de implementação da política de saúde mental e seus inúmeros percalços oriundos de um contexto marcado por uma onda conservadora de reformas políticas, econômicas e sociais que vão na contramão dos princípios basilares da Reforma Psiquiátrica. Assim como Gerschman (2004) fez em sua obra “A Democracia Inconclusa”, procuraremos demonstrar que para avançar no processo de efetivação da reforma psiquiátrica brasileira, é necessário a continuidade e a radicalização do processo democrático.

Amarante (2007, p. 64) caracteriza a reforma psiquiátrica como um processo social complexo que reúne quatro dimensões fundamentais: a dimensão teórico-conceitual, técnico assistencial, jurídico-política e sociocultural. Na dimensão teórico-conceitual, o entendimento era de que deveria se romper com o modelo teórico da psiquiatria que se baseou nas ciências naturais para analisar a subjetividade e acabou por reduzir o homem a doença mental e seus sintomas, confiscando sua liberdade, cidadania e humanidade, em nome de um saber que estava autorizado pela sociedade a tratar o louco como objeto. Tal paradigma serviu para justificar todo tipo de barbaridade e ato desumano contra as pessoas consideradas loucas, como, por exemplo, sequestro, internação arbitrária, maus tratos, tortura, perda total da cidadania. Assim sendo, no campo teórico, propôs-se a substituição do conceito de doença mental pela noção de “sujeito em sofrimento”, que nos possibilita pensar o louco como um sujeito que tem problemas concretos do cotidiano e que possui família, amigos, projetos (trabalhar, estudar, constituir relacionamentos), que não podem ser simplesmente interrompidos por causa de determinações jurídicas e médicas. Logo, a partir desse novo olhar sobre a loucura, possibilitou-se a ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental. Ao nosso ver, dentre as principais correntes teóricas que vinham contribuindo para superar o modelo médico hegemônico, destacam-se as correntes de análise institucionalista (Foucault, Guatarri, Deleuze, etc.) e a corrente basagliana. A primeira enxergava a reforma por meio de mudanças discursivas, cujo entendimento era de que mudando o saber que gera os instrumentos técnicos e metodológicos reproduzidos na instituição psiquiátrica, altera-se também os efeitos culturais e políticos desta última. Já a segunda corrente, também endossa a visão institucionalista como importante

instrumento de desinstitucionalização, entretanto, sua percepção de reforma psiquiátrica vai além do campo institucional, pois, se insere nas questões da grande política, de luta pela hegemonia e de reorganização radical do Estado.

No âmbito técnico-assistencial, a reforma deveria partir da iniciativa de dispositivos estratégicos e profissionais, capazes de viabilizar para a população mentalmente adoecida um lugar de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Ou seja, preconizou-se o resgate da cidadania do louco, através do tratamento de saúde em liberdade e o investimento em políticas sociais e econômicas que possibilitem responder as necessidades globais desses sujeitos (AMARANTE, 2007, p, 69).

Na dimensão jurídica-política, a reforma se expressa no processo político para reverter as noções de incapacidade civil, periculosidade social, irracionalidade, que estão presentes no aparato jurídico-legal e, deste modo, prejudicam o exercício de cidadania dos loucos. Segundo Amarante (2007, p. 69), um primeiro passo é a revisão de toda legislação, sobretudo, o código civil e penal que estão repletos de termos que representam obstáculos à cidadania. Outro elemento importante é a questão dos direitos humanos, que no campo da saúde mental, assume uma expressão singular, pois, trata-se de “uma luta pela inclusão de novos sujeitos de direitos e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece” (ibid., pp. 69-70).

Na dimensão sociocultural, trata-se da estratégia consolidada no Congresso de Bauru, que consiste na necessidade de provocar maior envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica e suscitar o imaginário social a refletir sobre os temas de loucura, hospital psiquiátrico e doença mental. Amarante (2007) nos dá alguns exemplos de iniciativas nesse campo: a produção cultural e artística de atores sociais da reforma (usuários, familiares, técnico e voluntários); a participação social e política dos atores sociais envolvidos com a reforma psiquiátrica. Esta última, em específico, tem múltiplos aspectos como a participação social na discussão e construção de políticas de saúde mental em congressos do campo de saúde mental, mas também em congressos da política de saúde de forma geral, em Conselhos de Saúde estaduais e municipais, em comissões de saúde mental ligadas a esses conselhos, no Conselho Nacional de Saúde e entre outros espaços para fins de articulação política na sociedade civil (fóruns, universidades, centros de estudo, sindicatos, associações profissionais).

Nesse sentido, trata-se de diferentes campos de atuação que não devem ser pensados de forma isolada ou numa ordem hierárquica de prioridade, visto que são essas instâncias que

conferem uma identidade singular a reforma psiquiátrica brasileira. Para esta poder avançar, é necessário que esses espaços estejam sempre ocupados e em constante interrelação. Do contrário, corre-se o risco de a reforma perder seu potencial transformador, tornando-se apenas uma ação de adaptação ou uma reforma administrativa do sistema de saúde, que não intenta romper com o paradigma psiquiátrico-asilar, mas, apenas requalificar suas instituições, práticas e discursos, de modo a conciliar os múltiplos interesses em torno da saúde mental. Assim, sob esse ponto de vista, entende-se que a incorporação do movimento social nesses campos de atuação, tem cada vez mais colocado a necessidade de reformas estruturais no âmbito da economia e do Estado, o que tem levado a uma luta entre os governos e as forças políticas e sociais, que compreendem a reforma psiquiátrica como um possível caminho para democratização da saúde e construção da soberania popular.

Entretanto, o tom dos anos 1990 apontava para uma conjuntura totalmente adversa à investimentos na área social. O país vivia uma recessão econômica profunda, que como já falamos, era o reflexo da crise orgânica do capital, trazendo efeitos devastadores como inflação altíssima, crescimento econômico marginal, desemprego estrutural, dívida externa, arrocho salarial, déficit das contas públicas. Nos marcos do capitalismo mundial, a crise era o prenúncio de uma nova ordem em construção, que se configurou a partir da derrocada do pacto socialdemocrata e da extinção do socialismo na URSS, dando margem para o fortalecimento de um processo contrarrevolucionário neoliberal, cujo avanço se deu por causa da ausência de projetos societários alternativos e do contexto de mundialização da economia, também conhecido por Harvey (2004) como “novo imperialismo”. Assistimos um momento em que o grande capital não respeita mais as barreiras econômicas e políticas impostas pelos Estados-nação, procurando, de todas as formas, dirigir as economias de países periféricos através de organismos mundiais como FMI, Banco Mundial, BIRD e grandes conglomerados financeiros. Segundo Chesnais (1996 apud MONTAÑO & DURIGUETTO, 2011), “trata-se de libertar o capitalismo das regras, de procedimentos e instituições que haviam permitido, à escala nacional, construir o contrato social welfariano e de promover uma ofensiva contra o esgotamento do crescimento econômico experimentado pelos países capitalistas centrais a partir da década de 70”. Em outras palavras, o interesse do capital era a destruição e expropriação do Estado de economia nacionalizada, para que pudesse impor a liberalização e a precarização das relações trabalhistas, o confisco das conquistas sociais, as privatizações das propriedades públicas e a transferência dos bens e rendas nacionais ao grande capital (MAESTRI, 2018, p. 246). Assim, para países economicamente mais vulneráveis como o Brasil, que não dispunham de recursos

suficientes para enfrentar a recessão econômica, o caminho adotado pelos seus governantes foi submeter seus povos à superexploração do trabalho e a expropriação financeira via dívida pública, em troca de injeção de capital externos nas suas economias.

No Brasil, quem deu início a agenda neoliberal foi o governo Collor que seguiu fielmente o receituário de reforma econômica recomendado pelas organizações multilaterais: disciplina fiscal, visando acabar com déficit público; liberalização do sistema financeiro com taxas de juros determinadas pelo mercado; privatizações de estatais; enxugamento da máquina pública; congelamento dos salários e dos preços; abertura da economia, cortes nos gastos com a área social, o congelamento dos ativos financeiros e entre outras medidas (MAESTRI, 2018).

Trata-se de um modelo econômico centrado no controle fiscal que criava um panorama desfavorável para organização e implementação do SUS, pois a estratégia do governo era o desmonte descarado das políticas públicas para reequilibrar as contas do Estado e financiar a dívida pública. De acordo com Yasui (2010, p. 53), o governo nesse período apresentou um caráter fortemente autoritário, dando constantes demonstrações de desrespeito às regras democráticas que retardaram os avanços das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Sabemos, através de Gerschman (2004), que a implementação dessas reformas requer avanços no processo político-democrático, o que significa a abertura de espaços de participação social na gestão do sistema de saúde e no processo de descentralização do sistema. Contudo, o governo Collor, numa demonstração de centralismo autoritário, valeu-se dos artifícios disponíveis, tais como decretos e normas operacionais, para travar os processos de reforma. Como exemplos, podemos mencionar o veto presidencial aos artigos referentes a participação social na Lei Orgânica da Saúde. Tal fato obrigou o movimento sanitário a organizar uma nova mobilização que resultou na aprovação de uma nova lei (lei 9.142/1992), que dispõe sobre o papel das Conferências e Conselhos de Saúde (YASUI, 2010, p. 54). Outra conduta que marca a gestão antidemocrática do governo Collor, foi a elaboração da primeira Norma Operacional Básica (NOB 01/91), que deveria fortalecer o processo descentralização do sistema de saúde, estabelecendo os aspectos da divisão de responsabilidade entre entes federativos, da relação entre gestores e critérios de financiamento de recursos federais para as esferas estaduais e municipais. No entanto, ao contrário do que pregava a Constituição Federal de 1988 e a lei Orgânica da Saúde, o governo, através da NOB 01/91, criou um complexo sistema de financiamento, cujas características eram a centralização e controle dos fluxos financeiros e a remuneração dos setores públicos e privados, por produção e com igualdade de pagamentos para diferentes prestadores. Ou seja, o governo manteve a lógica centralizadora de

financiamento do regime militar, que estimula a mercantilização dos atos médicos e acentua as desigualdades regionais (CAMPOS et al., 2005).

Por um lado, a descentralização fortaleceu a constituição de conselhos municipais de Saúde, de composição paritária entre representantes do governo e da sociedade civil, que tem como objetivo o controle e a deliberação sobre a implementação do sistema de saúde. Além disso, a descentralização estimulou a formação de conselhos de gestores à nível municipal, estadual e nacional, de forma a pensar e planejar as ações em saúde de forma mais integrativa. Por outro lado, o processo de descentralização vinha sendo travado por um problema recorrente: a falta de recursos e de financiamento, o que dificultou a mudança do modelo médico hegemônico pela implementação de estratégias extra-hospitalares como programas de atenção básica de saúde, de agentes comunitários e o modelo de atenção psicossocial (YASUI, 2010).

Segundo Yasui (2010, p. 56), outra característica do processo de descentralização iniciado nos 1990, foi colocar o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde como principais agentes executivos da reforma, relegando os movimentos sociais a segundo plano. Desse modo, as reformas foram pensadas em termos de redefinição do arcabouço jurídico-legal e da estrutura institucional, associada a questão do financiamento, o que na percepção do autor acima significou a distorção da proposta transformadora da reforma sanitária, colocando no lugar dela apenas questões de ordem administrativa-gerencial. Arouca (2002), ao notar a paralisia dos movimentos sindicais e sociais e das universidades, frente ao problema do desfinanciamento, chamou atenção para necessidade de retomar a luta pela reforma sanitária e não enxergar o SUS do ponto de vista apenas da gestão do sistema. Vale dizer, as reformas sanitária e psiquiátrica propõem mudanças muito mais profundas que as questões administrativas do SUS. Requer não só a luta pela operacionalização do sistema, mas, também a transformação da saúde numa questão nacional que deve ser enfrentada a partir do ponto de vista de que a defesa da saúde como “direito de todos e dever do Estado”, pressupõe o engajamento político por uma sociedade que garanta efetivamente direitos básicos como saúde, trabalho, estudo, moradia e outrem.

É oportuno dizer que não foi só no âmbito da saúde que houve uma redução da ação e desmobilização dos trabalhadores. Esse fenômeno teve uma expressão nacional de esvaziamento ou enfraquecimento gradual das lutas diretas da classe trabalhadora, a partir das mudanças das regras do jogo político, em que o Estado abandonou a possibilidade de construir um pacto socialdemocrata, cuja ideologia estava bastante presente na Constituição de 1988, para aderir ao ideário neoliberal. Com o neoliberalismo em voga, tem-se, segundo Mota (2015,

p. 108), um processo social de desqualificação teórica, política e histórica de alternativas ao capitalismo e a negação de qualquer mecanismo de controle do movimento do capital, seja por intervenção estatal ou por instrumentos democráticos de controle social. Assim, as classes dirigentes no Brasil, buscaram instituir um novo consenso fundado numa ideologia supraclassista e neoconservadora. Nesse sentido, a conquista do consenso assume múltiplos aspectos. No âmbito da organização política dos trabalhadores, o consenso neoliberal se manifestou na difusão da ideologia da vontade corporativa a fim de instituir a política de pactos na relação capital e trabalho, como forma de enfraquecer os projetos de resistência ao neoliberalismo, de corte anticapitalista. Como já abordamos antes, trata-se de um projeto de americanização da sociedade brasileira, cuja meta é buscar o consenso ativo das classes subalternas por meio de acordos pontuais entre grupos de interesses formados por grandes sindicatos e setores empresariais. Em suma, o plano do capital era cooptar as lideranças sindicais para fazê-las renunciarem à hegemonia, dando em troca às classes trabalhadoras organizadas maior capacidade de consumo e de acesso ao mercado via salário indireto e benefícios. Ou seja, o intuito do sistema hegemônico neoliberal era absorver a classe trabalhadora com poder aquisitivo, através da satisfação das suas necessidades sociais pelo mercado, visando reduzir a função interventora do Estado na economia e enfraquecer seus elementos democráticos.

No âmbito das classes subalternas pauperizadas, o consenso neoliberal se manifesta num discurso transclassista que propõe uma aliança de classes (leia-se: parcerias entre setores empresariais e grupos de ativistas políticos e sociais) amparada numa ideologia de solidariedade social entre classes sociais antagônicas. Desse modo, reafirma-se com esse discurso salvacionista a necessidade de revalorizar experiências autônomas, por fora das instituições governamentais, visando criar um contraste entre eficiência privada e pública, onde a primeira, por ser livre do controle burocrático do Estado, tem mais condições de responder as demandas da população. É nesse cenário que emergem as Organizações Não Governamentais (ONGs), cuja função é justamente ocupar o lugar do Estado na prestação de serviços sociais às camadas mais vulneráveis da sociedade e transformar o setor público numa instância não-estatal, ou seja, num lugar de atividades filantrópicas, de voluntarismo político e do apoliticismo. Entretanto, ao retirar o caráter estatal do serviço público com base num discurso autonomista, criou-se a oportunidade de descolar do público a noção de direito de cidadania, para introduzir no seu lugar valores inerentes ao mercado e a filantropia como: ajuda, benesse, solidariedade, clientela.

Tais valores cumprem o papel de transformar o serviço público num instrumento da burguesia, retirando a visão dos direitos sociais como conquistas da classe trabalhadora (MOTA, 2015).

Além disso, outro componente que vem engrossando o caldo ideológico do neoliberalismo, é a corrente cultural neoconservadora que se alimenta de um discurso de ódio contra o Estado Welfariano e sua intervenção na sociedade em nome de princípios como igualdade e justiça social. Para os neoconservadores, a desigualdade de classe, gênero e raça fazia parte da ordem natural da sociedade, que caso fosse rompida, poderia provocar uma degradação cultural e moral, como a fomentação de movimentos comunistas, sindicalistas, feministas e de negros. Assim, para evitar que o Estado continuasse incentivando a sociedade a lutar por uma ilusória utopia de “sociedade sem classes”, os neoconservadores propuseram que as políticas sociais fossem novamente assumidas pelos familiares, a igreja e a comunidade; e que os elementos de desordem social fossem severamente reprimidos pelo Estado, igual nos tempos em que a questão social era caso de polícia (ALMEIDA, 2018). Um exemplo de representante do neoconservadorismo, são as igrejas evangélicas, caça-níqueis, que no decorrer dos anos 1990 tem crescido com base nesse discurso messiânico, que serve bem ao neoliberalismo.

Retomando a questão de desmobilização da classe trabalhadora nos anos 1990, observa-se uma mudança no cenário da luta de classes. Segundo Lara e Silva (2015), houve um deslocamento das lutas diretas de classes (greve, manifestações) para o plano eleitoral, que tende a ser controlado pela burguesia através do poder econômico e da mídia. Para Maestri (2018), a derrota eleitoral do petismo, num contexto de maré contrarrevolucionária, para o candidato da burguesia, Fernando Collor, provocou um grande desânimo popular, além de uma debandada de programas classistas e socialistas entre milhares de militantes. Quanto aos sindicatos, estes terminaram por se envolver com a política de pactos com a elite, não sendo capazes de reorganizar a classe trabalhadora para oferecer resistência às reformas neoliberais (LARA & SILVA, 2015). Assim, conforme observou Antunes (1995), os setores hegemônicos do sindicalismo entraram numa fase defensiva, caracterizada por uma postura de negociação com os setores empresariais, abandonando a luta pelo socialismo e ao mesmo tempo incorporando de maneira acrítica os valores da socialdemocracia.

Por seu turno, a luta pela Reforma Psiquiátrica seguiu um rumo diferente da Reforma Sanitária e do movimento sindical no geral, marcado pela participação social dos movimentos sociais na construção da política de saúde mental, tais como o movimento antimanicomial, as

associações de usuários e familiares, sindicatos e um segmento novo, as ONGs. De acordo com Yasui (2010, p. 57), essa estratégia estabeleceu uma diferença em relação ao movimento sanitarista, pois, o movimento antimanicomial, por um lado, ocupou os espaços do aparelho estatal, com vistas a modificar o direcionamento das políticas públicas; por outro lado, manteve o caráter de um movimento social autonomista, cujo papel é continuar mobilizando as forças sociais e políticas em torno das pautas da Reforma Psiquiátrica.

Nos anos 1990, evidenciou-se no cenário internacional uma forte vontade política de superar o modelo de assistência psiquiátrica-asilar. Um exemplo disso, foi a convocação da Conferência Regional para Restruturação da Assistência Psiquiátrica, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que ao final do evento resultou na Declaração de Caracas, sendo este um importante documento norteador de políticas de saúde mental. A declaração propôs que: 1) a restruturação da atenção psiquiátrica fosse ligada a atenção primária de saúde no contexto de sistemas locais de saúde; 2) a restruturação implique numa revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico; 3) os cuidados e tratamentos assegurem os direitos humanos e civis, a manutenção do doente em seu meio comunitário e sejam baseados em critérios racionais e técnicos; 4) as legislações assegurem os direitos humanos e civis dos usuários dos serviços de saúde mental; 5) a formação de recursos humanos seja feita baseada em modelos de saúde comunitária; 6) os participantes da conferência se comprometam a desenvolver em seus países programas de restruturação da assistência psiquiátrica e exerçam a vigilância dos direitos humanos (SCHECHTMAN & ALVES, 2014, p. 48).

No Brasil dos anos 1990, em que pese os desafios do processo de descentralização e municipalização, a transferência de recursos financeiros da saúde mental destinava-se ao custeio das internações e serviços ambulatoriais, ao passo que serviços como CAPS/NAPS eram marginais em relação ao SUS (YASUI, 2010^a). Para mudar esse cenário, o movimento antimanicomial guiou-se pela mesma trilha do movimento sanitarista, ocupando espaços no interior do aparelho estatal. Em 1990, foi extinta a Divisão Nacional de Saúde Mental e, em 1991, foi criada a Coordenação Nacional de Saúde Mental (COSAM), tendo como coordenador um militante da reforma psiquiátrica. Nesse mesmo ano, a COSAM em parceria com a OPAS, patrocinaram um evento com objetivo de produzir um documento para servir de referência à política a ser adotada no Brasil. Ressaltou nesse encontro, a questão do resgate da cidadania, o apoio a PL 3.657/89 do Dep. Paulo Delgado, a necessidade de desvincular a internação da interdição civil, reafirmou-se o compromisso com a Declaração de Caracas (BORGES & BAPTISTA, 2008).

No início dos anos 1990, o Ministério da Saúde, sob forte influência ideológica do movimento antimanicomial, adotou portarias e normas, que tinham como principal viés o princípio da desospitalização, pois, sua proposta não era abolir os hospitais psiquiátricos, mas qualificar toda assistência psiquiátrica, fortalecendo os serviços extra-hospitalares e controlando a atuação dos hospitais psiquiátricos, mediante instrumentos de avaliação e critérios técnicos e rigorosos de financiamento, cujos objetivos eram a melhoria das condições hospitalares, a redução do número de internações e do tempo de permanência nas instituições. A portaria 189/91 buscou normatizar e ampliar os grupos de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), possibilitando o custeio de serviços alternativos, como os Centros de Atenção Psicossocial, os Núcleos de Atenção Psicossocial e unidades psiquiátricas em hospitais gerais (ibidem). Já a portaria 224/92, estabeleceu as condições de funcionamento dos serviços de saúde mental, fixando normas e regras – tempo de internação, prazos, qualidade do serviço – que condicionaram o financiamento à capacidade das prestadoras de serviços de se adequar as exigências mínimas do MS. Logo, deu-se início a um processo de fechamento dos hospitais psiquiátricos considerados precários e de qualificação dos que se enquadraram nas diretrizes do governo (YASUI, 2010^a).

Entretanto, tais mudanças não ficaram livres de críticas. É possível observar fortes traços de “revolução passiva” na execução da política de reformas, onde o aparelho do Estado busca recolher as demandas do movimento antimanicomial, mas só a satisfazem após conciliá-las com as demandas da FBH. Vejamos como Amarante (1995) retrata essa dubiedade da ação que passaria a ser desenvolvida pela Cosam:

A Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde [...] para favorecer a reforma psiquiátrica – no sentido de superação do modelo manicomial –, estabelece normas que disciplinam a prestação de serviços não manicomiais por parte do setor privado contratado, como hospitais-dia, lares abrigados, oficinas protegidas etc. (ALVES et al., 1992). Estas medidas, no entanto, servem para fortalecer os prestadores de serviços vinculados à FBH, na medida em que a verdadeira organização de uma rede de serviços desinstitucionalizantes não pode ser feita tendo em vista o lucro. Em outras palavras, as normas da Cosam possibilitam aos empresários de hospitais psiquiátricos uma “modernização” técnica e assistencial para seus serviços, que, ameaçados pelo conjunto de aspectos que aqui discutimos, encontram neste tipo de reformulação uma saída para as suas organizações (AMARANTE, 1995, pp. 115-116).

Além disso, conforme observou Yasui (2010^a), nas portarias não havia nenhuma menção a serviços substitutivos ou a uma mudança no modelo assistencial. Os novos serviços assistenciais foram credenciados como se fossem ambulatoriais, que são serviços constituídos no sentido apenas de alternativos (ou intermediários), sem serem considerados substitutivos,

pois sua atuação não é territorializada. Amarante e Torres (2000), criticaram também o fato da portaria 189/91 igualar as experiências distintas do CAPS e NAPS, cujas inspirações teórico-conceituais e técnico-assistenciais foram diferentes. Por fim, outro fator que obstaculizava a reforma psiquiátrica, era o fato do SUS não contar com financiamento suficiente para implantação de novas unidades. De acordo com Borges e Baptista (2008), As NOBs de 1991 e 1993, que normatizam a descentralização financeira do SUS, foram criadas numa conjuntura de déficit público e apenas a partir de 1994 que reuniram condições de gestão e de repasse de recursos para construção de novas unidades. Sendo assim, até 1994, a construção dos CAPS/NAPS ficou na dependência da vontade política local. Apesar disso, não se pode negar os méritos das duas portarias:

Em decorrência da primeira portaria, foram criados 48 hospitais-dia (29 públicos, 11 contratados, 8 universitários), 57 CAPS/NAPS (46 públicos e 11 contratados), 1765 leitos psiquiátricos em hospitais gerais (595 públicos, 691 contratados e 434 universitários), o que parece ser suficiente para caracterizar a constituição de uma nova rede assistencial em psiquiatria. Já como consequência da segunda portaria, somada ao trabalho político de desgaste da função terapêutica do manicômio, existente desde o final dos anos 1970, o número de hospitais psiquiátricos que, em 1981 era 430 (357 privados/filantrópicos e 73 públicos), em 1991 caiu para 313 (259 privados/filantrópicos e 54 públicos). De 1991 para 1996 foram fechados 17575 leitos psiquiátricos manicomial (AMARANTE, 2015, pp. 34-35).

Em 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), depois de vários encontros municipais, estaduais e regionais. O evento contou com a participação de trabalhadores, gestores, representantes de hospitais psiquiátricos e de entidades de saúde, associações de usuários e familiares, representantes de universidades etc. O relatório final subdividiu-se em três temas: marcos conceituais; atenção à saúde mental e municipalização; e direitos e legislação. Para Yasui (2010, p. 59), diferente da I CNSM, o relatório da II CNSM não realizou uma crítica necessária ao modelo econômico, nem ao momento político em que o país estava vivendo, somente concentrou-se nas questões da saúde mental. Foi um processo bastante rico, de reafirmação dos princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização etc.) e de debate em torno da necessidade de vincular o tema da saúde ao exercício da cidadania, buscando ir além dos mecanismos institucionais e técnicos. Destacaram-se as seguintes propostas: 1) a criação de uma Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, com objetivo de acompanhar seu processo de implementação e inserir o movimento social nas etapas de planejamento e fiscalização das ações em saúde mental; 2) a intensificação da desospitalização, mediante a criação de programas públicos de lares e pensões protegidas, a articulação com os recursos existentes nas comunidades e a utilização do conceito território como dispositivo de ruptura com o modelo hospitalocêntrico; 3) a capacitação dos profissionais

em termos de organização e conquistas de direitos; 4) a necessidade de revisar o arcabouço jurídico-legal que tende a travar o exercício da cidadania das pessoas consideradas loucas; 5) a democratização das instituições e das suas relações com os usuários, por meio de dispositivos como os conselhos de gestores ou comunitários de saúde e o livre trânsito dos usuários na instituição (COSTA-ROSA et al., 2001).

Em 1993, foi realizado o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador. O tema central foi o próprio movimento, o que possibilitou reavaliar suas estratégias e princípios. Vale dizer que a expressão “Movimento Nacional de Luta Antimanicomial” (MNLA), a qual é notória nos tempos atuais, foi consagrada nesse encontro como forma de reafirmar o avanço de um movimento identificado com os trabalhadores de saúde mental para um movimento social mais amplo, que extrapola o âmbito técnico e teórico para intervir politicamente na sociedade (YASUI, 2010, p. 60). Considerando a multiplicidade de temas abordados no relatório final, optamos por dar uma ênfase maior no caráter organizatório do movimento.

De acordo com o relatório final, o MNLA é

um movimento social, plural, independente, autônomo, que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento nestas articulações para sua maior legitimidade na sociedade, não somente pela via de instrumentalização de informações, subsídios; mas através de novas formas, novos espaços e de avanços, para que a sociedade se aproprie desta luta. Sua representação nos Conselhos municipais e estaduais, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas das formas de se garantir esse fortalecimento (MNLA, 1993).

Em outras palavras, o movimento não se institucionalizou. Ele buscou manter uma certa peculiaridade: a de existir como um movimento social, sem se tornar uma instituição propriamente dita, que tende a estabelecer uma forma organizacional burocrática, em que a hierarquia exerce papel significativo de controle na instituição, estabelecendo uma relação de disciplinamento e vigilância para garantir a fidelidade da base à direção do movimento. Geralmente, esse tipo de organização se dá em movimentos que já alcançaram um nível de amadurecimento político - de superação dos círculos corporativos -, em que as ideologias germinativas do movimento se transformam em partido, que na visão gramsciana, consiste num grupo social fundamental que exerce a hegemonia sobre uma série de grupos subordinados (GRAMSCI, 1978). Por um lado, uma estrutura institucional solidificada, implica na existência de uma sede, secretarias, fichas de inscrição, rituais de filiação, maiores condições de recursos financeiros; o que possibilita o fortalecimento da capacidade organizativa e política do movimento. Por outro lado, não se pode negar que a institucionalização incorre no risco da

perda da autonomia, do centralismo burocrático, do encastelamento das lideranças e da instrumentalização utilitarista do movimento por parte dos poderes políticos (GERSCHMAN, 1991 apud AMARANTE, 1995, p. 57). Todavia, vale ressaltar que esses problemas não decorrem da natureza da institucionalização, mas da falta de organicidade do movimento, que por estar em estado prematuro de organização, ainda persiste no interior deste, formas sociais de sectarismo e corporativismo. Então, por conta dessa falta de unidade homogênea do movimento, por vezes, ocorre de o grupo social fundamental tentar resolver a questão da organicidade por meio de manifestações de centralismo burocrático que consiste em impor um programa “pelo alto” sem levar em conta os impulsos que vem de baixo, ou seja, sem tentar adequar a organização ao movimento do real, reajustando as pressões dos grupos sociais subalternos ao comando do alto (SADER, 2012, p. 88). No geral, essa forma de resolver a questão da organicidade resulta em um profundo divisionismo dentro dos movimentos sociais, que pode levar, inclusive a um refluxo político. Não é à toa que movimento teme a institucionalização.

No que diz respeito a forma organizacional do movimento:

1. A organização nacional do movimento antimanicomial será feita através de encontros sistemáticos a cada dois anos. Neste intervalo haverá plenárias de seis em seis meses. Neste intervalo haverá plenárias de seis em seis meses com a participação dos Núcleos que se credenciem como aderentes ao movimento;
2. A organização nacional do Movimento será na forma de uma rede, compondo-se de pessoas, experiências, movimentos e instituições, respeitando a autonomia de cada estado em sua forma própria de organização;
3. A organização será coordenada por uma secretaria, que se localizará em um dos seus núcleos, de forma alternada, bianualmente, sendo responsável pela convocação de encontro nacional das plenárias semestrais e pela arrecadação financeira junto aos núcleos [...]. O caráter da plenárias será de atualização política e financeira do movimento;
4. A organização nacional não se constituirá como uma entidade civil podendo ter este caráter em forma de organização estadual ou local (MNLA, 1993). Ou seja, o movimento optou por não criar uma organização sem fins lucrativos, com uma estrutura institucional, que nem os partidos, sindicatos e ONGs (grifo nosso).

Sobre os itens 1, 3 e 4, Vasconcelos (2009) explicou como funciona o quadro organizacional. As formas utilizadas pelo movimento são: “os eventos, encontros, secretarias executivas temporárias, dispositivos regulares de consulta e reunião entre lideranças, eleição periódica de representantes para as comissões de controle social na esfera nacional”. Ao que parece, o papel da organização nacional é construir coletivamente as propostas entre os diversos núcleos que compõem o movimento para leva-las aos conselhos, conferências, comissões de

saúde mental, fóruns e entre outros mecanismos de participação social. Portanto, a secretaria nacional não exercia uma função de coordenar e planejar a estratégia de ação política dos núcleos existentes em âmbito estadual e local. Pelo contrário, o movimento deu liberdade para que os núcleos deliberassem sua própria forma de organização política.

Evidenciamos no relatório final, diferentes concepções organizativas no interior do movimento. Analisando as principais preocupações dos atores políticos, foi possível identificar um debate polarizado entre duas vertentes. A primeira era favorável a uma organização nacional que contemple uma ação mais conjunta e articulada entre a secretaria e os núcleos existentes, preconizando a necessidade de uma coordenação à nível nacional que orientasse estrategicamente os núcleos. Estes seriam o braço executivo do MNLA, que conforme observou Lobosque (2003 apud BARBOSA et al., 2012), fariam o papel de articular os movimentos sociais na luta pela reforma psiquiátrica nos âmbitos estaduais e locais. A segunda vertente reafirmou o caráter autonomista do movimento, colocando em debate a questão do “risco de a coordenação representar uma tendência hegemônica” e da “possibilidade de o movimento ser institucionalizado e tutelado” (MNLA, 1993). Assim, se levarmos em conta o item 2, que é onde fica explícito a natureza do movimento social e a maneira como o MNLA se autopercebe, entende-se que a autonomia é o valor central que molda as atitudes e a forma organizatória do movimento, deixando as tarefas de organicidade da relação dirigentes/dirigidos em segundo plano. Tal postura, por sua vez, também põe o movimento numa situação de risco, pois, o pluralismo político sem a formação de uma vontade geral, conforme preconizava Rousseau, leva a coagulação de interesses particulares limitados e ao fenômeno do corporativismo. E, de fato, este era um problema frequente, “identificamos que o nosso movimento tem apresentado dificuldades de parcerias com alguns setores dos movimentos sindicais e sanitaristas, devido a visões corporativistas, normativas, que deverão ser superadas” (MNLA, 1993).

Assim, nos parece fundamental refletir sobre o contexto histórico que funda os movimentos sociais autonomistas (ou novos movimentos sociais) para compreender, de maneira geral, o seu papel na dinâmica das lutas de classes. Segundo Montañó e Duriguetto (2011), o esgotamento do padrão de acumulação fordista e do regime de regulação welfariano, possibilitou que movimentos sociais autonomistas, como os que surgiram nas revoltas de *Maio de 1968*, ganhassem expressividade política no mundo todo. Isso ocorreu devido à ofensiva do capital e do Estado contra o pacto socialdemocrata, a fim de recuperar o padrão de acumulação anterior. Esse período marca a ascensão do projeto neoliberal que vem com a função de desmontar os velhos mecanismos sociopolíticos da classe trabalhadora e desqualificar os

projetos alternativos ao capitalismo, provocando uma desagregação do tecido social no mundo do trabalho e, com isso, enfraquecendo as mobilizações coletivas que visam transformar a estrutura social capitalista. A partir daí, surgiu uma perspectiva ideopolítica de se livrar da velha política de esquerda de organização por partidos comunistas e sindicatos classistas. O entendimento era de que a abordagem classista já não era mais capaz de organizar as massas populares em torno de um projeto socialista, haja vista o estado de fragmentação social que a sociedade havia ficado por causa do desemprego estrutural e da reestruturação produtiva. Desse modo, para essa “nova esquerda” que estava em germinação, a única maneira de provocar uma mobilização de massa, era reconhecer que a realidade era um todo fragmentado e isso implicava substituir as classes sociais nas abordagens teóricas pela pluralidade de sujeitos coletivos que se formavam no cotidiano das lutas sociais (movimento feminista, negro, ecológico, LGBT). Logo, numa demonstração de ruptura com o passado, os novos movimentos procuraram se organizar por fora e com independência do Estado, de sindicatos e de partidos políticos. Suas principais características eram: a valorização da autonomia política em contraposição as instituições burocratizadas; a ênfase nas identidades culturais (gênero, raça, sexualidade, nacionalidade), em detrimento das relações sociais de produção e das configurações de classes; a valorização do pluralismo político, em oposição a questão de hegemonia; a opção pelas lutas moleculares, do cotidiano, que a reduzem a realidade a uma construção discursiva, em que basta mudar os conceitos, relações, valores e as convicções pessoais para fundar uma nova cultura mais libertária nas diversas esferas da vida social (família, trabalho, cultura, etc.); o desencantamento em relação aos mecanismos sociopolíticos da socialdemocracia (partidos comunistas e sindicatos classistas); a ênfase na esfera de reprodução social, em detrimento da esfera da produção e das relações sociais de produção; a preferência pela abordagem foucaultianas e guatarrianas de análise da realidade social, em oposição a abordagem marxista (MONTAÑO & DURIGUETTO, 2011; TARI, 2019).

Com base na reflexão acima, é possível identificar alguns traços do movimento autonomista ou da nova esquerda no MNLA, como: a resistência a institucionalização; a estratégia de transformar o imaginário social sobre a loucura, através da produção cultural, trazendo para sociedade novas formas de lidar com o sofrimento; a visão foucaultiana que semiologiza o real e o reduz a uma produção discursiva do social; a resistência à uma direção hegemônica no interior do movimento, o que dificulta que este tenha uma organização política coordenada. Entretanto, o MNLA não pode ser simplesmente caracterizado como um movimento autonomista puro, isso porque a identidade plural e heterogênea do movimento

também carrega características da velha esquerda e da abordagem classista. A razão de afirmarmos isso encontra-se no fato do movimento enxergar os mecanismos sociopolíticos da classe trabalhadora como importantes meios de fortalecer sua articulação política. Além disso, o MNLA, conforme observou Yasui (2010, p. 61), denunciava o caráter dúbio na política ministerial de procurar conciliar os interesses do movimento e do setor empresarial, alegando que na prática, o MS estava favorecendo a permanência das instituições asilares. Portanto, o MS vinculava a continuidade dos manicômios aos interesses do capital.

Em 1995, ocorreu o II Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, em Belo Horizonte, tendo como tema “Cidadania e Exclusão”. Nesse evento, o MNLA reafirma sua identidade de movimento autônomo, plural, público, democrático e popular. Apresenta-se aberto a participação de usuários, familiares e trabalhadores, ao passo que nega a participação de serviços privados no interior do movimento. Em sintonia com os princípios do SUS, defendeu uma política de saúde mental pública e gratuita, e posicionou-se contrariamente a postura do governo de incentivar a participação do setor privado no campo da saúde mental. No âmbito da organização política, colocou a necessidade de articulação com outros movimentos sociais (movimento negro, de mulheres, sem-terra etc.), como forma de resgatar a bandeira da desinstitucionalização levantada pelo movimento, não só para loucura, mas para toda sociedade. Enfatizou-se a necessidade de atuar na formação dos profissionais de saúde mental, de fortalecer a participação nos conselhos e fóruns de saúde e buscar formas efetivas de participação dos usuários na sociedade, como a proposta da II CNSM de criar os conselhos de gestores nas unidades de saúde. Falou-se sobre a importância de preservar a autonomia do movimento de usuários, a fim de evitar qualquer forma tutela (MNLA, 1995). Outro elemento que vale ressaltar, é a influência do pensamento pós-moderno nas táticas do movimento, o qual propôs mudar o termo “internação” pelo conceito de “atenção psíquica intensiva”. Por fim, denunciou-se as práticas excludentes que se reproduzem nos serviços de saúde, como o uso excessivo de medicamentos nas unidades ambulatoriais.

Em 1997, o III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial foi realizado em Porto Alegre. O lema foi ‘Por uma sociedade sem exclusões’. No relatório final, o movimento procurou reforçar a necessidade de mobilização em torno da concretização de leis antimanicomiais nos três entes federativos, com devido destaque ao PL do Dep. Paulo Delgado. Incentivou a luta pela revisão do arcabouço jurídico-legal, junto a entidades jurídicas como OAB, entidades de Direitos Humanos e o parlamento brasileiro. Ainda na questão jurídica, o movimento debruçou-se sobre a questão dos manicômios judiciários, colocando a necessidade

de reivindicar junto às autoridades a fiscalização e avaliação das condições de tratamento dos usuários. Vale mencionar que muitas propostas dos encontros anteriores foram reafirmadas nesse evento e algumas amadurecidas como a questão de ampliar o espaço de participação social dos usuários, a qual sugeriu-se criar comissões municipais com os usuários para discussões como Ministério Público. Todavia, nos chamou atenção, na parte que fala do “Direito de Organização”, o movimento recomendar para que os militantes se organizem em associações nos níveis federais, estaduais e municipais, podendo, inclusive, constituir-se em ONGs.

O período entre 1997 e 1999, é conhecido como momento de paralisia da Reforma Psiquiátrica, em virtude da mudança de coordenador da Cosam e por conta da falta de vontade política da nova estrutura do Ministério da Saúde, que pouco privilegiava o trabalho que estava sendo construído na gestão anterior. O fato é que foi um contexto vazio de portarias (BORGES & BAPTISTA, 2008).

Por outro lado, vivia-se uma fase de radicalização do processo de contrarreforma do Estado e de adesão ao receituário neoliberal na administração do presidente Fernando Henrique Cardoso do Partido da Social Democracia (PSDB). Para um partido que se dizia socialdemocrata, a proposta deste junto ao governo era visivelmente oposta à bandeira da social democracia de reformas constantes, sobretudo, no que se refere a expansão real dos direitos trabalhistas e do poder dos salários. FHC tinha uma visão da relação Estado/sociedade totalmente avessa à intervenção do Estado na economia e na esfera da reprodução social, pois, considerava que a crise econômica do país estava relacionada com o excesso de regulação do Estado-burocrático – visão que também era compartilhada pelo seu Ministro, o economista Luiz Carlos Bresser-Pereira. Assim, sob uma retórica de esquerda moderna, o governo defendeu uma programática social-liberal (um meio termo entre socialdemocracia e liberalismo) que se caracteriza pela transferência do papel do Estado de regulador da economia e dos seus defeitos, para o mercado privado e sem fins lucrativos (FAUSTO, 2015). Tal postura estava de acordo com as recomendações das agências multilaterais (FMI, BM) que dado o fracasso do neoliberalismo clássico nos anos 1980-1990, baseado na ficção de mercado autorregulável, aprofundou-se nos países subdesenvolvidos a miséria e a fome, acirrando ainda mais as diferenças entre ricos e pobres. Logo, essas agências recomendaram a continuidade dos preceitos neoliberais de delegar ao mercado o papel de satisfazer as necessidades sociais da população, porém, sugeriram uma abordagem compensatória e focalizada da pobreza, através

de transferências de renda e programas sociais para determinados segmentos em situação de extrema vulnerabilidade (BEHRING, 2008).

No fim das contas, a expressão social-liberal era só uma narrativa para o governo se defender das críticas da oposição. Na realidade, o governo FHC (1995-2002) implantou o programa neoliberal do consenso de Washington que consiste na privatização das estatais, liberalização do comércio e sistema financeiro, flexibilização das relações de trabalho (terceirização e informalização), diminuição de investimentos sociais (congelou salários, cortou direitos, reformas trabalhista e previdenciária), deprimiu o papel regulador do Estado, financiou o débito internacional e nacional, comprometendo-se a pagar juros altíssimos (MAESTRI, 2018). Por consequência disso, a concentração de riqueza aumentou ainda mais, trazendo como resultado: o aumento do desemprego, 40% da classe trabalhadora fora para informalidade; a desindustrialização sem o florescimento do setor de serviços; arrocho salarial; miséria crescente, a desnacionalização da economia (CANO, 2000 apud LARA & SILVA, 2015). Além disso, de acordo com Fausto (2015, p. 510), a situação de insegurança em relação ao emprego, gerou outros problemas como aumento da criminalidade, da violência, do tráfico e consumo de drogas. Este último vai gerar rebatimentos na política de saúde mental nos anos 2000.

Assim, as medidas de ajuste neoliberal trouxeram graves consequências para sociedade brasileira. Ao fazer um balanço da contrarreforma do Estado, Dantas (2017) apresentou o trajeto que o governo FHC percorreu para viabilizar um conjunto medidas antipopulares e antidemocráticas. Segundo ele, para o projeto neoliberal entrar em vigor no interior do regime democrático, era necessário um grau de legitimação, assim como ocorreu no capitalismo monopolista com a adoção do Estado de bem-estar social. Deste modo, a solução encontrada pelo governo foi realizar uma reforma radical da máquina do Estado, onde esta passaria a ser controlada pela “sociedade civil” e pelos seus atores. Essa estratégia foi incorporada pelo governo por meio do Plano Diretor do Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE). Segundo Behring (2008), o intuito desse plano era tornar a administração pública mais eficiente, isto é, mais leve, transferindo para o setor privado as atividades que podem ser controlados pelo mercado, a exemplo das empresas estatais lucrativas. Já as atividades econômicas não lucrativas como o serviço de saúde pública e assistência social, a proposta era a descentralização para o “setor público não estatal”, que se define pelas empresas privadas ou entidades sem fins lucrativos. Entre os argumentos que pesavam em favor da reforma gerencial, era o esgotamento da estratégia estatizante da economia e a herança do patrimonialismo, do

clientelismo, da burocratização e do corporativismo que marcavam a administração estatal. Outro argumento bastante convincente, conforme observou Dantas (2017, pp. 214-220), foi a justificativa dada pelo ministro Bresser-Pereira, de que a reforma gerencial visava o aprofundamento da democracia, por meio da participação da sociedade civil na administração pública. Entretanto, aqui vale um adendo importante, a visão que Bresser-Pereira compartilhava de sociedade civil, não era de um terreno aberto à disputa de classes como pensava Gramsci, mas uma arena de equilíbrio de interesses e de demandas de diferentes grupos privados presentes sociedade civil. O problema dessa leitura de sociedade civil, é a negação dos enfrentamentos entre classes sociais, o que termina por confundir os interesses de grupos empresariais com os da sociedade como um todo. Logo, ao invés da sociedade civil se tornar um espaço político onde as classes subalternas se movem para ganhar terreno e reforçar o controle sobre o Estado, ela foi reduzida a noção de terceiro setor (leia-se entidades privadas que exercem atividades de interesse social), com o intuito de institucionalizar a participação democrática da “sociedade civil”, sem com isso minar a hegemonia das elites.

Assim, não é exagero afirmar que a contrarreforma do Estado liberou um efeito político que pode num curto ou longo prazo, dependendo da correlação de forças em presença, dissolver parte da dimensão democrática e pública do Estado. O plano diretor tem contribuído para desintegração do padrão de seguridade social estabelecido na Constituição Federal de 1988. Primeiro, porque ele enxerga as políticas públicas de Previdência Social, Saúde e Assistência Social de forma totalmente desarticulada, portanto, ignora o princípio da universalidade da cobertura assistencial. Segundo, porque, impõe uma redefinição conservadora da relação Estado/sociedade, ao substituir a política pública pelo terceiro setor, cuja participação no serviço público deveria ser complementar e não essencial. Esse fato já assinala o caráter inconstitucional do plano. Terceiro, porque, ao transferir a responsabilidade dos serviços públicos para a esfera privada, concedendo-lhes autonomia administrativa e financeira, prepara-se o terreno para criação de programas sociais de perfil focalizado e seletivo, o que acaba por dissociar os bens público do seu sentido original de direito universal e dever do Estado. Quarto, porque, o plano ignorou completamente os conselhos paritários previstos na Constituição, dissociando a função de fiscalização das instâncias democráticas de participação social (BEHRING, 2008).

Na área da saúde, está em curso uma tendência cada vez maior de repasse da gestão e do fundo público para o setor privado sem fins lucrativos (leia-se público não estatal), cujas entidades atendem pelo nome de Organizações Sociais (OS). Estas celebram contrato de gestão

com o poder executivo, que lhes assegura autonomia administrativa e financeira. De acordo com análise de Correia e Santos,

Trata-se da privatização e da terceirização dos serviços públicos, na medida em que o Estado abdica de ser o executor direto desses serviços, mediante repasse de recursos, de equipamentos e instalações públicas e de pessoal para entidades de direito privado, permitindo fazer tudo que o setor privado faz no espaço estatal e quebrando as amarras impostas pelo direito público [...]. As OS podem contratar funcionários públicos sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública. Assim, a instituição de OS abre precedente para a flexibilização de vínculos e, consequentemente, para precarização do trabalho, além da perda de direitos trabalhistas e previdenciários (CORREIA & SANTOS, 2015).

Em outras palavras, a prestação de serviços públicos por OS viabiliza processos de privatização que podem ocorrer de diversas formas como: 1) no caráter focalizador e seletivo dos beneficiários do serviço; 2) na forma de utilização dos recursos, podendo transferi-los para entidades privadas, ao invés de fortalecer sua administração; 3) na terceirização da mão de obra; 4) na precarização das condições de trabalho; 4) no desvio de finalidade da instituição pública, podendo impor uma gestão contrária ao interesse público; 5) na interrupção da prestação de serviços, em virtude da flexibilização dos contratos. Com isso, conclui-se que as OS tem as condições necessárias para inviabilizar políticas públicas e projetos da classe trabalhadora.

Certamente, a autonomia financeira e administrativa poderia significar a otimização dos serviços nas mãos de um gestor comprometido. Entretanto, é preciso lembrar que as OS também estão alinhadas com o processo de financeirização do capital, que com sua tendência de supercapitalização, exige-se, por meio da privatização das políticas sociais, a transferência do fundo público para o financiamento do processo de acumulação do capital em detrimento do financiamento da reprodução do trabalho. Logo, a tendência estrutural do capitalismo nesse período de ajuste fiscal, é fazer das OS, mecanismos de transferência de recursos sociais para esfera financeira, cuja contrapartida é o sucateamento e o desfinanciamento do setor público (CORREIA E SANTOS, 2015). Desse modo, concordamos com Basaglia (1979) que a única forma de luta dos trabalhadores nesses casos, é empenhar-se para que as instituições de saúde mental sejam instituições públicas, pois, elas possibilitam a fiscalização da classe operária, já as privadas não possibilitam evidentemente.

Retomando a discussão sobre as questões de organização política do movimento social. Em 2001, foi realizado o V Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, em Miguel Pereira (RJ). Esse evento marca o desfecho dos conflitos internos que existiam no interior do MNLA

com destaque para as divergências acerca da questão identitária do movimento e de estratégias políticas. Um dos principais focos de tensão, segundo Luchmann e Rodrigues (2007), é o embate polarizado entre as estratégias de inserção institucional e a mobilização social. Ao nosso ver, para compreender melhor esse conflito, é necessário distinguir a configuração político-organizacional do MNLA em relação a corrente ideopolítica inconformada com o status quo do movimento. No contexto dos anos 1990, o movimento antimanicomial estava passando por um processo de institucionalização, marcado pela participação dos atores políticos nas instâncias de administração pública e de controle social. A luta pela reforma psiquiátrica estava sendo centralizada nos profissionais inseridos no aparelho do Estado, ficando em segundo plano a questão organizacional do movimento, que segundo Barbosa (et al., 2012), estava ocorrendo “um crescimento numérico de participantes sem a devida preparação política; os encontros agregavam multidões, sem a reflexão necessária para deliberações, levando a uma paralisia das propostas e ao empobrecimento dos debates”. O movimento se orientava pelo binômio institucionalização/autonomia, onde o primeiro se expressa na ocupação de espaços no interior do Estado, em diferentes linhas de ação, como, por exemplo, nas esferas de gestão, participação social e execução de políticas públicas. Já o segundo, era referente a uma estrutura organizativa em formato de rede, compondo-se de sujeitos coletivos autônomos, sem a necessidade de um *príncipe moderno*²⁹, nos termos de Gramsci, para dar a direção hegemônica do movimento. Logo, alguns problemas de organicidade se fizeram presentes aos olhos de alguns intelectuais aguçados. Na visão de Vasconcelos (2009), o padrão de militância política dos movimentos de usuários apresentava “uma noção muito restrita e politicista de participação, sustentada em porta-vozes individualizados, com foco exclusivo nos conselhos de controle e/ou na militância direta, sem uma ligação orgânica com o conjunto dos demais usuários e familiares e de suas organizações de base”. Para o autor, isso indicava que a reforma psiquiátrica estava sendo basicamente sustentada por profissionais e por lideranças individuais mais politizadas e descoladas das bases. Outro problema de organicidade tinha expressão material, tratava-se da diferença de recursos financeiros e culturais entre o segmento tecnocrata do movimento e os

²⁹ Pode-se dizer que o Partido Comunista foi o que Gramsci designa por “*Moderno Príncipe*” ou o agente da vontade coletiva transformadora num período em que a massa popular estava no momento econômico-corporativo que prende a consciência num nível de passividade e de impotência frente às necessidades sociais. Portanto, a sociedade carecia de uma direção política e ideológica de uma classe que se fizesse hegemônica. De acordo com a visão Gramsciana, nas sociedades modernas e complexas, cabe a um organismo social desempenhar a função que Maquiavel atribuía a um indivíduo. Portanto, a tarefa do moderno príncipe ou do partido político, consistia em superar a consciência econômico-cooperativa da classe operária e contribuir para a formação de uma vontade nacional-popular. Em outros termos, um grau de consciência capaz de trazer todos os estratos sociais de uma nação para participar da construção de um processo democrático (COUTINHO, 2014, p. 170).

usuários e familiares, sendo que estes últimos dispunham de poucos recursos para participação na vida associativa e política (VASCONCELOS, 2007 apud LUCHMANN & RODRIGUES, 2007).

Assim, se nos permite uma suposição, já que é complicado afirmar que havia dois polos opostos no interior de um movimento heterogêneo e plural. Entende-se que a estratégia de inserção institucional gerou críticas em razão de dois fatores, sendo estes: a secundarização da estratégia de mobilização social e o caráter dubio da política de reformas, que conciliava as pautas da reforma psiquiátrica com os interesses do setor privado. Para Luchmann e Rodrigues (2007), tratava-se de um embate polarizado, entre prática institucional v.s. mobilização social, em que os defensores de cada bandeira apresentavam visões maniqueísta que terminavam por polarizar artificialmente a própria organização do movimento. Ao nosso ver, poderia até existir segmentos no movimento que consideravam essas estratégias inconciliáveis, por conta da hegemonia do neoliberalismo dentro do aparato estatal e porque a teoria de Basaglia propunha um caminho alternativo à operacionalização da reforma pela burocracia estatal. Contudo, o ponto que nos parece o centro do conflito é a fragilidade política e organizacional do movimento, inerente a configuração identitária do MNLA de movimento autonomista, que prejudicava a construção de um vínculo orgânico entre as lideranças e a base (os movimentos populares) e enfraquecia a organização política dos atores do movimento, sobretudo, os usuários e os familiares, que necessitavam de recursos financeiros, culturais e educação política para ter uma participação mais ativa. Em outras palavras, a preocupação do movimento em garantir a autonomia dos seus atores políticos, tinha como consequência justamente a tutela dos movimentos de usuários e familiares, pois, sob o pretexto da defesa da autonomia, fechavam-se os olhos para os problemas de desigualdade econômica e cultura que diferenciavam os atores políticos. Portanto, pode-se dizer que surgiram correntes ideopolíticas inconformadas com esse status quo que o MNLA havia assumido e que, segundo Luchmann e Rodrigues (2007), não chegou a um ponto de resolução no V Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, levando a uma ruptura interna no movimento. De acordo com Santos (et al., 2015 apud LUCHMANN & RODRIGUES, 2007), essas correntes contestadoras têm como expressão: um movimento de promoção de autonomia de usuários e familiares e a Rede Nacional de Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA).

Ambos nasceram da vontade de promover uma forma de organização que possibilitasse uma ação mais conjunta e articulada dos atores do movimento e com outros movimentos sociais. Segundo Santos (et al., 2015), o RENILA está vinculado a um movimento de gestores

e profissionais de saúde que atuam em núcleo regionais, com o objetivo de fazer avançar a luta pela reforma psiquiátrica. Eles fizeram parte da vertente que no I Encontro Nacional do MNLA, em Salvador, defenderam a necessidade de uma coordenação central que tivesse uma função hegemônica no interior do movimento. De acordo com Vasconcelos (apud MNLA, 2014), o motivo da fundação do RENILA foi a necessidade do movimento “ter uma liderança central mais organizada e politizada, com acesso a meios institucionais e recursos financeiros para fazer política, capaz de trocar informações e decidir com rapidez, para efetuar a partir de cima a mobilização para lutar na sociedade e no aparelho de estado”³⁰. Ou seja, pode-se dizer que o RENILA tinha como objetivo adotar uma estrutura institucional, equivalente a um partido político na concepção gramsciana, a fim de potencializar a organização política. Portanto, seu contraste em relação ao MNLA era de caráter estratégico e não ideológico (ambos queriam o fim dos manicômios e vinculavam o capitalismo aos mecanismos de exploração e dominação da loucura). Para o RENILA, era importante fortalecer a estrutura de uma rede, articulada, que mantivesse interlocuções permanentes com múltiplos atores políticos, para garantir direitos, pressionar o Estado e aumentar a participação política dos membros do movimento, sobretudo, os movimentos populares. Mas para isso se efetivar, era necessário um suporte institucional e uma liderança hegemônica que soubesse suprimir as tendências particularistas e corporativistas que surgissem no interior do movimento.

Já o movimento de promoção a autonomia dos usuários, pode ser visto como uma vertente que existe no interior do MNLA, o que dá margem para pensar que é uma tendência hegemônica no movimento, quando, na realidade, não é, haja vista, como já falamos, o caráter secundarizado da mobilização e politização dos usuários apontado por Vasconcelos (2009) e Yasui (2010). Contudo, esse movimento surgiu com a finalidade de revitalizar o MNLA, por meio de um trabalho de base que objetive a formação política e cultural dos atores do movimento, sobretudo, os usuários e familiares, esperando com isso promover uma participação mais ativa e autônoma destes nas lutas e no enfrentamento político. Suas propostas mais conhecidas, se não são inspiradas na corrente basagliana, ao menos seguem o mesmo princípio da necessidade de aumentar o intercâmbio social, isto é, de ampliar o contrato social dos usuários. Vasconcelos (2009) nos deu alguns exemplos de projetos e conceitos que podem fortalecer a autonomia dos usuários em relação aos profissionais, tornando-os politicamente

³⁰ Fala de Eduardo Vasconcelos, no X Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, na mesa “Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica e a produção de autonomia e protagonismo dos usuários dos serviços de saúde mental”, a qual situou os desafios para o protagonismo e empoderamento dos usuários e familiares, bem como, para o MNLA (MNLA, 2014).

mais ativos: projetos culturais, artísticos, de educação popular, de economia solidária (também conhecido como cooperativa de trabalho), dispositivos residenciais autônomos, o conceito de empoderamento³¹, etc. Por fim, suponhamos que essa vertente, pelas suas características acima, seja uma expressão ideopolítica dos ideais gritados no Congresso de Bauru.

Em que pese os conflitos internos do movimento, o novo milênio marcou a retomada da Reforma Psiquiátrica e a sua expansão no cenário nacional. Um militante da Reforma Psiquiátrica e do PT assumiu a função de coordenador da Cosam/MS. A partir daí tem-se o início de uma gestão ministerial mais comprometida com os desígnios da RPB. A primeira portaria (nº 106/2000) elaborada pela nova gestão, introduziu uma estratégia de inserção social que fortalecia a perspectiva de desinstitucionalização. Ela estabeleceu no âmbito do SUS, a criação de serviços residências terapêuticas que deveriam substituir a internação psiquiátrica prolongada (YASUI & LUZIO, 2010; BORGES & BAPTISTA, 2008).

Em abril de 2001, depois de longa tramitação, foi promulgada a Lei Federal Nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtornos mentais. A lei regulamenta a assistência psiquiátrica e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, explicitando claramente o direito ao tratamento de saúde na comunidade e que o hospital psiquiátrico será sempre o último recurso (SCHETCHTMAN & ALVES, 2014, p. 52). Entretanto, na visão de Yasui (2010, p. 63), o texto da lei estava muito distante do projeto original que com uma ênfase radical propunha nitidamente a extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços. Na antiga Pl. do Dep. Paulo Delgado, tínhamos uma proposta de substituição do modelo assistencial e, na lei aprovada, tínhamos direitos – à saúde, a vida, ao convívio social, etc. – proteção contra formas de violência institucional e exclusão social, e uma sinalização para mudança de modelo assistencial. Todavia, manteve-se a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas para impedir as internações arbitrárias e desnecessárias (ibidem). Outro ponto que vale ressaltar que, diferente da Lei 180 de revisão psiquiátrica italiana que revogou o artigo do código penal que atrelava a loucura à noção de periculosidade, no Brasil, não cessou no plano do direito criminal o caráter de periculosidade e não cessou no plano do direito civil a possibilidade de interdição. Apesar da internação não implicar mais na interdição civil automática, ainda havia o risco de o código civil e penal serem usados para

³¹ Para compreender o conceito de empoderamento, Vasconcelos (2013) “propõe uma primeira aproximação ao conceito na seguinte definição provisória: aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”.

cometer atos contra as relações contratuais das pessoas com algum transtorno mental (TILIO, 2007).

Ainda em 2001, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília. O relatório final, pelo seu conteúdo extenso e pela quantidade propostas, revelou o campo complexo que a reforma psiquiatria havia se tornado. Dentre os pontos que mais se destacaram, estavam: a reorientação do modelo assistencial; o financiamento; direitos e cidadania; controle social. No primeiro, sustentou-se que a reorientação do modelo deve estar pautada “numa concepção de saúde como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais em saúde” (SUS, 2002 apud YASUI, 2010, p. 63). Além disso, propôs-se aos estados e municípios a adotarem uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados a rede de saúde geral, que realize práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a autonomia e a cidadania, a fim de superar as relações de tutela, de cronificação e institucionalização. No segundo, salientou-se que “os recursos financeiros devem acompanhar o usuário nos diferentes espaços de reprodução social e ser viabilizadores de processos emancipatórios” (SUS, 2002 apud YASUI, 2010, p. 64). No terceiro, enfatizou-se a necessidade de formular políticas que fortaleçam a autonomia e a cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental, como, por exemplo, criando projetos de geração de renda e cooperativas de trabalho. No quarto, como forma de garantir o avanço da reforma psiquiátrica, o relatório destacou a importância de espaços de controle social como os conselhos de saúde, as comissões de saúde mental e outras formas de participação social (ibid., p. 65).

No ano de 2002, a reforma psiquiátrica foi fortalecida pela lei 10.216/01 e pelas recomendações da III CNSM, resultando na portaria nº 251/GM, que subordina o funcionamento dos hospitais psiquiátricos à avaliação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH), com o objetivo de melhorar a qualidade do tratamento aos usuários e viabilizar maior remuneração aos hospitais que prestam melhor serviço (SCHETCHTMAN & ALVES, 2014, p. 53). Por um lado, contribuiu para a redução do número de leitos nos macro-hospitais, por outro lado, permitia a manutenção dos hospitais psiquiátricos (YASUI & LUZIO, 2010). Outra consequência do relatório da III CNSM foi a portaria nº 336/GM, que determinou o abandono do termo NAPS, propondo um novo modelo assistencial, definindo os CAPS “como um serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território” e, além disso, criou-se três tipos: CAPS I, CAPS II, CAPS III; definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (YASUI,

2010, p. 65). Através dessa portaria, ficou estabelecido o CAPS como o principal coordenador do cuidado em saúde mental. Vale ressaltar que o CAPS III era o único serviço assistencial extra-hospitalar que funcionava 24 horas e ofertava leitos de emergência psiquiátrica, os outros eram serviços diurnos. Para Yasui e Luzio (2010), a portaria ia na contramão da proposta da reforma psiquiátrica, pois, ao considerar o CAPS como uma unidade ambulatorial, que exerce atividades de saúde mental de forma isolada, retirou do CAPS a sua essência de serviço territorializado, que como tal deve articular as instâncias de cuidado em saúde (a exemplo, as unidades de atenção básica), bem como atividades de suporte social (lares protegidos, cooperativas de trabalho, oficinas culturais, etc.).

Como desdobramento dessa portaria, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial destinados às crianças e adolescentes – os CAPSi – e às pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e substâncias psicoativas – os CAPSad. A portaria 336/02 também mudou o financiamento dos CAPS, garantindo transferência financeira da união para os municípios, mediante o instrumento do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (Faec), com recursos repassados acima de teto financeiro de cada município, para uso exclusivo dos CAPS (SCHETCHTMAN & ALVES, 2014, p. 53). Antes da criação do fundo, o MS não tinha instrumentos que permitissem financiar ações tidas como estratégicas. Assim, se por um lado, esse modelo de financiamento criou condições para ampliação de gastos com ações extra-hospitalares, por outro lado, de acordo com Yasui (2010, p. 66), “trouxe problemas, pois mantém a mesma lógica de produtividade, ao remunerar atos vinculados a um determinado diagnóstico psiquiátrico de um indivíduo, deixando de lado uma série de ações realizadas no âmbito do território”. Logo, persiste o modelo de financiamento da doença, ao invés de financiar ações e projetos voltados para ampliar o poder contratual dos usuários dos serviços.

Por volta de 2003, foi promulgada a lei federal nº 10.708, que implantou o programa De Volta para Casa. Essa lei normatizava o Auxílio-Reabilitação Psicossocial, fortalecendo a estratégia de inserção social, através de uma renda que auxiliasse financeiramente os usuários institucionalizados, na sua passagem da instituição para o retorno à comunidade. Assim, pode-se dizer que a partir da década de 2000, os esforços da política ministerial foram no sentido de ampliar e consolidar a rede de serviços comunitários, mas com fortes traços de “revolução passiva”, ou seja, o Estado continuava a exercer suas tradicionais funções mediadoras, conciliando os interesses da reforma psiquiátrica com os do setor privado. Desse modo, entende-se que ambos os interesses estavam representados, dentro e fora do Estado. Os empresários da assistência psiquiátrica nunca deixaram de articular-se em torno da luta contra

o deslocamento do financiamento das internações para os dispositivos substitutivos. Eles, representados pela FBH, Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Associação Brasileira de Indústria Farmacêutica (ABIFARMA), estavam inseridos em diversos espaços de debate (conferências de saúde, congressos científicos, encontros de usuários e familiares), de controle social (conselhos de saúde, comissões de saúde mental), organizando lobbies para influenciar o sistema político. Portanto, não é à toa que a arena ministerial apresentava um caráter tão dúbio em suas ações.

Na tabela 1, pode-se observar redução do número de leitos psiquiátricos, em contraste com a implantação de serviços substitutivos. Já na tabela 2, observa-se o crescimento dos gastos com os serviços extra-hospitalares em proporção inversa a queda dos gastos hospitalares.

Tabela 1 – Leitos em Hospitais psiquiátricos e o número de CAPS no período entre 1991 e 2011:

	1991	1996	2001	2004	2006	2011
Leitos em hospitais	85.037	67.462	52.586	45.814	39.567	32.284
CAPS	15	58	295	594	820	1.742

Fonte: Brasil, 2012³².

Tabela 2 - Evolução dos gastos do Ministério da Saúde com a política de saúde mental – 2002 e 2011:

Serviços	2002	2011
Hospitalares	75, 24%	28,80%
Extra-hospitalares	24,76%	71,20%

Fonte: Brasil, 2012.

³² Os dados referentes ao período de 1991 à 1996 pertencem a Coordenação Nacional de Saúde Mental (COSAM/ Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (DAPS)/ Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS)/ Ministério da Saúde (MS); e o dados do período de 2001 a 2011 são da Coordenação de Saúde Mental Álcool e Drogas/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE)/ Secretaria de Atenção à Saúde/ MS.

3.2 A institucionalização distópica da Reforma Psiquiátrica e os projetos societários em disputa

Reflitamos agora sobre a era petista (2002-2016), que foi considerada por muitos autores (Boris Fausto, Mário Maestri, André Singer e tantos outros) como a continuidade da política econômica e da perspectiva social-liberal do governo FHC. Observa-se na gestão Lula, o completo abandono de uma agenda socialdemocrata e/ou socialista a qual o partido se valeu no período da redemocratização para mobilizar a classe operária em torno das lutas diretas contra a exploração do trabalho. No lugar das antigas bandeiras de luta democrática de negação da dívida, de nacionalização do sistema financeiro, expropriação do latifúndio e recuperação das estatais privatizadas; o PT, perante um cenário cada vez mais evidente de desmobilização do movimento social, acompanhou a metamorfose mundial dos partidos reformistas em partidos sociais-liberais. Assim, o partido negava a possibilidade de expansão da educação pública, gratuita e universal; a garantia de saúde, trabalho, terra, segurança, etc. Ao invés de uma pauta de esquerda democrática, passou a adotar um discurso colaboracionista entre capital e trabalho, de defesa da ofensiva do capital sobre os direitos dos trabalhadores, com concessões pontuais e limitadas, além de promessas eleitoreiras como a criação de milhões de postos de emprego – respeitando os critérios neoliberais de flexibilização de contratos – e o aumento do salário mínimo, se houvesse sustentabilidade (MAESTRI, 2019, pp. 276-279).

O governo de Lula tem como marca a continuidade da política de ajuste fiscal e monetário, que consiste em assegurar e criar mecanismos que ampliem o rendimento do capital, como, por exemplo: reforma fiscal, com transferência da tributação da produção para o consumo; reforma anti-trabalhadora da CLT; reforma da previdência, pela retirada dos direitos dos servidores públicos exigida pelo Banco Mundial, medidas de expropriação salarial; favorecimento do capital financeiro, pela via do aumento de juros, loteamento de estatais para o setor privado; repasse do fundo público para o setor privado - a exemplo, o Programa de Universidade para Todos (ProUni). Diferente do governo FHC que enfrentou grande reprovação por conta da sua política de cortes de despesas, o governo Lula controlava grande parte do movimento social e cooptava as centrais sindicais, além disso, demonstrou ser capaz de sustentar o aumento da miserabilidade com a ampliação de políticas compensatórias, mostrando-se atento a sua base social. Entretanto, a decisão de colaborar com o capital, elevava o custo político do partido, na medida em que as ofensivas neoliberais se tornavam mais

frequentes e mais prejudiciais ao trabalho, o que deu início a um processo de ruptura orgânica do PT com suas bases trabalhadoras (ibidem).

De acordo com Lara e Silva (2015), a política colaboracionista do PT não rompeu com a histórica exploração dos trabalhadores da cidade e do campo. A superexploração da força de trabalho continuava como uma característica estrutural da formação capitalista dependente. O autor sustenta sua afirmação, dando como exemplo, o alto índice de rotatividade do mercado de trabalho, a manutenção de baixos salários para maioria trabalhadores, até mesmo no período de retomada de geração de empregos e crescimento econômico, e as tentativas de flexibilizar os direitos trabalhistas.

De todo modo, o Brasil, entre 2004 e 2008, viveu um período de retomada expansiva da economia que anestesiou à população mais miserável e atenuou as insatisfações em relação ao governo, sobretudo, por causa do ataque deste à previdência pública dos servidores, em 2003. Os principais marcos desse período foram a inflação baixa, a criação de mais 1,5 milhões de postos de trabalho, a ampliação dos programas sociais e de transferência de renda e a expansão do crédito, impulsionando a economia do país, gerando ampla mobilidade social e um poderoso mercado consumidor interno. Entretanto, no segundo semestre de 2008, estourou uma nova crise econômica, encerrando a longa onda de expansão capitalista (2001-2008). Entre as principais causas da crise, estava a expansão artificial do consumo, através de endividamento individual e público. Ou seja, houve um excesso de fluxo financeiro sem a correspondente criação de riqueza. Nesse cenário, o Brasil ficou sem crédito até para financiar o comércio exterior. Os efeitos da recessão foram devastadores para as camadas médias e baixas da sociedade: explosão do desemprego; endividamento popular; perda de seguro médico, de habitação, de renda (MAESTRI, 2019). A crise ensejou uma maré de miséria, tristezas, sofrimento para as imensas parcelas da sociedade. Por seu lado, o governo não empreendeu qualquer medida estrutural contra a crise, pois, significaria causar uma indisposição com sua base sindical e popular, que já estava dando sinais de forte descontentamento.

No que diz respeito ao confronto de classes, as organizações sindicais e partidárias de esquerda, por terem adotado uma linha de menor resistência durante a fase neoliberal, abandonaram a organização política socialista de raiz operária (LARA & SILVA, 2015). Por um lado, a desorganização dos movimentos sociais era enorme e crescente, por outro lado, de 2009 a 2010, cresceu o número de greves no Brasil de trabalhadores defendendo a manutenção de direitos e de contratos coletivos de trabalho, somando um total de 518 greves em 2009 e 446

em 2010 (DIESE, 2012 apud LARA & SILVA, 2015). Tratavam-se de greves completamente dissociadas das lideranças sindicais, no âmbito das lutas particularistas.

No governo Dilma (2011-2016), o pós-crise exigiu um rigoroso controle fiscal e políticas de desregulamentação da economia num viés claramente neoliberal: superávit primário para a dívida devastadora; livre circulação de capital; taxa de câmbio flexível; metas de controle da inflação; cortes de gastos com a área social, provocando precarização do trabalho e o sucateamento dos serviços públicos. Manteve-se a direção privatista de transferir bens e responsabilidades públicas para o setor privado (MAESTRI, 2019).

Nesse contexto, o governo petista já encarava as consequências de adotar uma política conciliatória, cujo retrato era a desmobilização e a desagregação das forças da esquerda, em razão do encastelamento de suas lideranças partidárias e sindicais. Deste modo, enfraquecido politicamente, o governo se aliou a setores conservadores da política e da sociedade, sobretudo, as igrejas católicas e evangélicas, em busca de apoio a fim de reafirmar a legitimidade do seu governo. O custo político de anos de privatização e mercantilização da sociedade, somado a queda da capacidade aquisitiva das classes populares, conduziu a população a uma nova onda de manifestações por direito à saúde, moradia, transporte, educação; que eclodiu em junho de 2013, demonstrando as insatisfações dos trabalhadores com a política e com a falta de representatividade política. Falaremos mais sobre esse momento de crise de hegemonia mais à frente. Por hora, é necessário compreendermos que as classes populares haviam entrado num estado político mais reativo desde de 2008, porém, as forças sociais careciam de direção e de um projeto alternativo.

No campo da saúde e da saúde mental, o cenário para consecução de reformas políticas era bastante desfavorável. Vasconcelos (2014) resumiu os principais problemas durante os governos de Lula:

O aprofundamento dos problemas estruturais mais gerais do SUS, com enormes implicações no campo da saúde mental [...]; problemas de financiamento nas três esferas de governo, incluindo tabelas defasadas de pagamento por procedimento, desresponsabilização e desvios de recursos em muitos estados e municípios; baixa remuneração, multiemprego, terceirização e precarização de recursos humanos; privatização dos serviços públicos; problemas de acessibilidade em todos os níveis; instalações, serviços básicos e tratamento de má qualidade na atenção hospitalar e de emergência, incluindo longas filas de espera, desassistência e até mortes por negligência; [...] aparelhamento corporativista, institucionalização e profissionalização da participação nos conselhos e conferências de saúde; desmobilização e institucionalização do movimento social sanitário, etc. (VASCONCELOS, 2014, p. 39).

Em contrapartida a esse cenário, pode-se dizer que houveram (des)avanços até 2011, no sentido de enfrentar os desafios que surgiram no decorrer do processo de implementação da reforma psiquiátrica. Em 2010, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, com um tema alinhado com a realidade atual, “Consolidar Avanços e Enfrentar Desafios”. Vale lembrar que esse evento só se realizou por causa da Marcha de Usuários de saúde mental em 2009, em Brasília. De acordo com Coe e Duarte (2017, p. 87), a atuação do movimento, nesse evento, foi de exigir a aplicação da Lei 10.216/01, maior investimento no Programa De Volta para Casa e o aumento da democratização dos espaços de controle social e de gestão dos serviços. Um dado importante sobre IV CNSM, foi a sua abordagem intersectorial, com perspectiva de gerar um avanço nas discussões e nas ações da reforma psiquiátrica. Participaram não só pessoas da área da saúde (usuários, prestadores de serviços, profissionais), como também profissionais de direitos humanos, justiça, educação, cultura e ação social (SCHECCHTMAN & ALVES, 2014, p. 54).

Como desdobramento da IV CNSM, verificamos no ano seguinte, a criação da Portaria GM/MS nº 3.088/11, que normatiza a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Essa rede tem por objetivo a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, por meio da organização do cuidado numa lógica de sistema integrado, cujas diretrizes norteadoras são: o conceito de território e os princípios de intersectorialidade, integralidade e participação social dos usuários. Por um lado, ela ordenou os serviços de saúde e os dispositivos de suporte social, para regular os fluxos assistenciais do sistema com maior efetividade. Com isso, verificou-se a possibilidade de planejar o cuidado dentro de uma perspectiva de território e intersectorialidade. Por outro lado, conforme observa Coe e Duarte (2017), institucionalizaram as estruturas de cuidado, operando uma reconceitualização conservadora, que terminou por reduzir o papel dos CAPS na rede. Inicialmente, os CAPS foram dados como *serviços especializados*, ao passo que a função ordenadora do cuidado foi dada a atenção primária. A portaria, portanto, retirava a função do CAPS de ordenador do território, colocando-o numa condição assistencial de ambulatório. Posteriormente, o equívoco foi consertado, tornando o dispositivo um serviço estratégico novamente. Mas, ainda assim, não muda o fato que a Raps colocava em risco autonomia dos profissionais e usuários, além de contribuir para a burocratização dos serviços, cujo efeito seria supressão da capacidade inventiva dos atores institucionais e dos dispositivos assistenciais que necessitam de autonomia para responder as necessidades sociais com ações políticas.

Outro ponto relevante, é que se não bastava o conformismo da lei de saúde mental e da sociedade em relação a permanência dos hospitais psiquiátricos e manicômios, o ano de 2012

passou a ser palco de um processo de remanicomialização. Trata-se da questão da difusão mais incisiva do crack em todo território brasileiro, que tem arrastado homens e mulheres, sendo a maioria deles, desempregados de favelas e bairros periféricos de cidades médias e grandes, cuja falta de mobilidade social e a condição de miserabilidade, os levaram para o caminho do consumo das drogas ou do narcotráfico (VASCONCELOS, 2012). Por conta disso, tem-se aumentado os índices de violência e criminalidade nas cidades, isto é, de desordem pública, causando um alvoroço ainda maior na mídia conservadora convencional que alinhada com a cultura proibicionista das drogas, tem buscado criminalizar a pobreza através do uso de drogas. A partir desse quadro dramático, evidenciou-se um cenário de retrocesso na política de álcool e drogas – que é integrada a política de saúde mental –, com a determinação de internação compulsória dos usuários de crack do Brasil e a ampliação financeira por parte do governo federal às Comunidades Terapêuticas (CTs), que estão vinculadas a setores religiosos de cunho fundamentalista e neoconservador, como as igrejas evangélicas (AMANCIO & ELIA, 2017). Essas instituições, apesar do nome, em nada se parecem com o modelo assistencial anglo-saxão. Trata-se de instituições fechadas, de caráter filantrópico religioso, que recomendam o tratamento por abstinência e são consideradas novas modalidades de manicômio privado. De acordo com Albrecht (2019), “tais instituições têm sido objeto de forte lobby por parte de setores religiosos que ganharam força e representação político-institucional, tanto no parlamento como no executivo, ao longo do último período, tornando-se aliados do último governo petista”. Nesse sentido, o governo, em 2013, criou normativas que formalizaram as Comunidades Terapêuticas como pontos de atenção da Raps e ampliaram o investimento dos recursos públicos para essas instituições. Portanto, nessas ações ministeriais, é possível observar a continuidade da política conciliadora ou dúbia que não foi rompida, nem sob gestão de militantes da reforma psiquiátrica, nem sob a administração de um governo dito de esquerda.

Buscando entender as possíveis causas da guinada conservadora na política de saúde mental, Duarte (2018) constatou que a conjuntura política de redução do papel do Estado, de precarização das condições de trabalho, conjugada com a presença de forças conservadoras e de corporações médicas, tem criado condições para reeditar a velha política de higienização da cidade, que tem como expressões a criminalização de parcelas significativas da população e a internação forçada. Corroborando com a opinião deste autor, entendemos que essas práticas de sequestros das classes consideradas perigosas só se sustentam por conta de fatores como o caráter militar da força policial que não está capacitada para uma abordagem na lógica da proteção e do cuidado; a cultura proibicionista das drogas que transforma pessoas em sofrimento

psíquico em criminosos e vadios; e a cultura racista enraizada na sociedade que conjugada a tendência excludente do capitalismo brasileiro, exerce a direção ideológica que alimenta esses processos sociais de seleção e exclusão das classes subalternas.

Ao analisar as reformas sanitária e psiquiátrica no novo milênio, Yasui (2010) e Arouca (2002) apontaram o que lhes pareceram ser o seu principal problema:

Como destaquei anteriormente, o processo de institucionalização da Reforma Sanitária, por um lado, foi um passo importante e decisivo para consolidação de um projeto de saúde que se contrapõe ao modelo hegemônico, por outro, encaminhou-a para longe dos movimentos e de organizações sociais, deslocando seu principal foco de luta da sociedade civil para o interior do aparelho estatal [...]. Tem-se a impressão de que os principais atores estão nos gabinetes ministeriais, produzindo normas e portarias, e não estão mais nas forças vivas da sociedade, nas instituições e nos serviços, como protagonistas políticos (YASUI, 2010, p. 67).

O modelo assistencial é anti-SUS. Aliás, o SUS como modelo assistencial está falido, não resolve nenhum problema da população. Essa lógica transformou o governo num comprador e todas as outras instituições em produtores. A saúde virou um mercado, com produtores, compradores e planilhas de custos. O modelo assistencialista acabou universalizando a privatização (AROUCA, 2002, p. 19 apud YASUI, 2010, p. 67).

A Reforma Psiquiátrica se ressentiu do mesmo problema. A sua institucionalização transformou o Ministério da Saúde no principal e indutor-chefe dos ritmos e dos rumos desse processo. Parece não haver mais espaço para experiências que não sigam os parâmetros estabelecidos nas portarias, que, ironicamente têm como inspiração as experiências do Caps e dos Naps, as quais trazem a marca da invenção e da criação com que se constituíram e obtiveram seu reconhecimento antes de tais regulações (YASUI, 2010, p. 67).

Concordamos com as afirmações dos autores que tocaram num ponto central do problema, que é a priorização da estratégia de inserção institucional, em detrimento da mobilização social na sociedade. Ao nosso ver, a causa da institucionalização da Reforma Psiquiátrica, foi a conservação da configuração identitária do MNLA de movimento autonomista, cuja forma de organização política, sem um fator hegemônico, corroborou para que a estratégia democrático-popular, de inspiração gramsciana, fosse relegada a segundo plano. Ao que nos parece, os sujeitos coletivos que vem tentando reverter esse cenário, adotando estratégias de organização política - de base ou numa linha mais vanguardista - no sentido de articular os movimentos sociais na sociedade civil para realizar lutas de enfrentamento político no território, são o RENILA e o movimento de promoção a autonomia dos usuários.

De acordo com tudo que já foi falado sobre o campo da saúde mental, podemos caracterizá-lo como um cenário de disputa entre projetos de poder e lutas políticas e ideológicas,

vinculadas a concepções de mundo distintas. Reconhece-se no interior desse campo três projetos:

1) *um projeto de Reforma Psiquiátrica de caráter radical, anticapitalista e antimanicomial*, que defende a extinção definitiva do manicômio e a sua substituição por serviços territorializados, de caráter público, universal e gratuito. Na visão do projeto, os asilos psiquiátricos são a forma superestrutural das contradições inerentes ao regime de produção capitalista. Logo, não adianta levar a luta de hegemonia somente para o interior de um Estado burguês, cuja função tradicional é mediar a relação entre capital e trabalho, onde o primeiro tende a ser privilegiado. São necessárias estratégias que tenham por objetivo a grande política, a transformação da estrutura e a organização radical do Estado. Dentre as estratégias que se verificam no interior desse projeto, destacam-se a “guerra de posições” ou estratégia democrático-popular, a perspectiva de território de Basaglia que propõe a dialetização de todos os espaços da vida social, ou seja, propõe a transformação dos espaços psiquiatricamente institucionalizados (rua; trabalho; instituições de saúde, justiça, previdência, cultura; família, etc.) em lugares de expressão das contradições de classes ou de confronto entre subjetividades e políticas diversas que compõem o campo da saúde mental. Além disso, propõe a estratégia de desinstitucionalização de Rotelli e Basaglia de desmontar o paradigma psiquiátrico-asilar, através de um protagonismo da comunidade e não do Estado;

2) *um projeto de Reforma Psiquiátrica conciliadora*, que enxerga a Reforma Psiquiátrica numa perspectiva de desospitalização que não visa a extinção definitiva dos manicômios, mas a requalificação da assistência psiquiátrica em consonância com os valores de liberdade, cidadania e humanização. Diferente do projeto anterior que enxerga a comunidade como o operador da reforma, este projeto atribui ao técnico e a burocracia estatal o papel central de agente executivo da reforma, limitando-a a um processo de reforma administrativa funcional ou de serviços psiquiátricos, que não tem condições de efetuar uma ruptura radical com o paradigma psiquiátrico-asilar. Nesse sentido, o seu campo de atuação é a micropolítica que consiste na transformação molecular dos processos de trabalho e gestão, com seus atores profissionais buscando a mudança, através de construções discursivas. Suas estratégias são a inserção institucional no interior do aparato estatal, ou a atividade sociocultural (produção de arte, cinema, festas), como um fim em si mesma, sem mediação com a grande política. Outra característica desse projeto é a sua postura conciliadora que não vê problema em conciliar os interesses da reforma psiquiátrica com os interesses do mercado, desde que obtenha avanços importantes. Portanto, não questiona a possibilidade da privatização da reforma psiquiátrica;

3) *um projeto conservador, capitalista e antirreforma psiquiátrica* que defende a internação psiquiátrica com principal estratégia de cuidado em saúde mental. Apoia-se numa agenda neoliberal e neoconservadora que defende a redução do papel do Estado e a transferência da responsabilidade estatal para o mercado, família e o terceiro setor. Sua estratégia consiste na apropriação e controle administrativo do Estado por meio de Organizações Sociais (OS), Comunidades Terapêuticas, hospitais psiquiátricos, ONGs, cujo papel é servir de mecanismo de transferência de fundo público e gestão para o financiamento da acumulação do capital.

Com base nessa exposição, propomos uma reflexão sobre a relação do MNLA e das outras vertentes (RENILA, Núcleos Estaduais da Luta Antimanicomial e movimento de autonomia dos usuários) com os projetos de saúde mental supracitados. Ao nosso ver, para descobrir a vinculação dessas vertentes aos projetos de saúde mental, é preciso levar em conta que a luta pela ampliação da Reforma Psiquiátrica vem ocorrendo em meio a uma conjuntura de hegemonia neoliberal de redução do papel do Estado na área social, através da transferência da execução dos serviços sociais para o mercado e o terceiro setor. Nesse cenário de contrarreforma, o crescimento da Raps está condicionado pela lógica de empresariamento do Estado que substitui os princípios da reforma sanitária: a universalidade por critérios de seletividade e focalização do acesso; a participação social dos usuários no controle social por controle administrativo do terceiro setor; a integralidade e intersetorialidade da atenção à saúde pela compartimentalização da questão social. Além disso, como já falamos, os modelos privatizantes na saúde (Organizações Sociais, Comunidades Terapêuticas) tendem a não preservar o caráter público dos serviços e a não se comprometer com a direção ideopolítica da política nacional de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica. A exemplo disso, são as Comunidades Terapêuticas que vão na contramão da reforma psiquiátrica que defende a política de redução de danos³³ e o tratamento em liberdade, ao passo que as CTs se apoiam na internação como solução e no velho modelo de abstinência-repressão.

Deste modo, se levarmos em consideração o contexto de contrarreforma do Estado, é possível supor que a estratégia de inserção institucional, bancada por militantes da reforma psiquiátrica, tem contribuído para favorecer a predominância de modelos privatizantes na saúde mental no lugar de políticas públicas estatizantes. O que dá peso a essa hipótese é o caráter

³³ Redução de danos é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas (IHRD, 2010).

dúbio da política ministerial da Cosam, sob a ingerência de militantes da luta antimanicomial (Pedro Gabriel Delgado, de 2000 a 2010, Roberto Tykanori, 2011 a 2015), que possibilitaram avanços significativos na Reforma Psiquiátrica e, ao mesmo tempo, dificultaram, através de normativas, a implementação do projeto original de reforma proposto pelo MNLA, além de terem criado condições para o fortalecimento do setor privado. Nesse sentido, cabe aqui indagarmos em qual projeto de saúde mental o MNLA se situa? A resposta vai depender da forma como o movimento encarou a questão da institucionalização da reforma psiquiátrica. Ao nosso ver, a decisão do movimento de manter a identidade autonomista, impossibilitou a sua organização política e uma articulação orgânica entre as lideranças, os núcleos e a base. Por consequência disso, o movimento assistiu à institucionalização e a privatização da reforma, sem poder de reação política. Em outras palavras, o movimento não conseguiu ultrapassar os limites políticos do reformismo socialdemocrata.

Os movimentos autonomistas tiveram muita força no contexto dos anos 1970, de crise orgânica do capital e de mobilização nacional, contudo, não era esse o cenário sociopolítico do Brasil, que estava passando por um processo de americanização da sociedade civil. Logo, o MNLA acompanhou a tendência dos movimentos sociais de desmobilização e não enfrentou os problemas de organização política. Ele não pôs em prática a estratégia de acumular forças na sociedade civil para pressionar o Estado. Desta forma, sem poder exercer um controle verdadeiramente democrático sobre o Estado, a capacidade transformadora do movimento foi reduzida à reforma administrativa via portarias e normativas, à atuação micropolítica nos espaços institucionais e socioculturais. Ou seja, ao invés de perseguir a democracia de base, optou-se pela transformação das relações de poder nas instituições, através de mudanças discursivas, conforme as orientações foucaultianas. Em razão disso, é possível afirmar que nos anos 2000 até 2018, o MNLA, enquanto uma entidade nacional, mostrou-se vinculado ao Projeto de Reforma Psiquiátrica Conciliadora, não por causa de uma identificação total com o projeto, mas justamente pelo fato de não ter sabido articular a construção de uma contra-hegemonia à nível nacional, segundo a estratégia de uma guerra de posições. Consideramos injusto tentar encaixar o MNLA, heterogêneo e plural, nesse projeto, mas é fato que algumas de suas decisões tem contribuído para fortalecê-lo.

Um aspecto do movimento que atraiu nossa atenção, foi um fato ocorrido no III Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, em 1997. O MNLA autorizou os segmentos do movimento, sobretudo, usuários e familiares a constituírem Organizações Não

Governamentais. Atualmente, existem inúmeras ONGs atuando no campo da saúde mental e já se tem conhecimento de que muitas delas estão alinhadas aos desígnios da Reforma Psiquiátrica, inclusive, atuando em projetos de desinstitucionalização e de fortalecimento da autonomia dos usuários. Desse modo, essa realidade mostra uma aderência de segmentos do movimento ao Projeto Conservador, capitalista e antirreforma, pois, mesmo que as ONGs possibilitem avanços no âmbito assistencial e sociocultural, o fato delas estarem substituindo o Estado na prestação dos serviços públicos, enfraquece a luta da reforma psiquiátrica por serviço público, gratuito e universal, além de que dificulta evidentemente o controle social da população.

Já o RENILA, ao enfrentar a necessidade de fortalecer organização política por meio da construção de alianças na sociedade civil, demonstra uma compreensão da luta antimanicomial, como um processo inserido na luta de classes. Em nossos entendimentos, o RENILA tem como marca a formação de parcerias para lutar contra a privatização dos serviços de saúde e a precarização das condições de trabalho.

Apesar das dificuldades estratégicas na reconstrução do seu próprio projeto, impedindo a consolidação de uma vontade hegemônica que dê uma direção política a luta antimanicomial no plano nacional, o MNLA conta com importantes frentes de luta, os chamados Núcleos Estaduais da Luta Antimanicomial, que diante da rearticulação dos setores conservadores que pedem a remanicomização da sociedade, vem atuando no sentido de unificar distintos movimentos e organizações antimanicomiais, tencionando aglutinar forças políticas a fim de defender a Reforma Psiquiátrica antimanicomial. A exemplo disso, nos valemos da experiência política do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do RJ (Nemla/ RJ) que tem construído alianças com o Fórum de Saúde do RJ, a Frente Nacional de Luta contra a Privatização da Saúde, a Frente Estadual de Drogas e Direitos Humanos, o Fórum de Trabalhadores de Saúde Mental, Associação de Cuidadores do Estado do Rio de Janeiro, Associações de usuários e familiares dos CAPS (MARTINS et. al, 2017). Nesse sentido, esses núcleos mostram uma clara identificação com o Projeto de Reforma Psiquiátrica anticapitalista e antimanicomial.

O movimento de autonomia dos usuários, não é um movimento em si, mas uma tendência a ser adotada nos movimentos sociais e dispositivos de atenção psicossocial que intentem aumentar o poder contratual dos usuários e familiares e/ou construir uma vinculação orgânica entre a base e o comando. É uma proposta que tem expressões concretas em movimento de economia solidária, núcleos de pesquisa em universidade, Comunidades

Eclesiais de Base (CEBs) e no próprio MNLA, conforme afirma Vasconcelos (2013). Em nosso parco entendimento sobre o assunto, trata-se de uma proposta que se implementada, pode fortalecer o projeto de Reforma Psiquiátrica anticapitalista e antimanicomial, porque trabalha com a principal necessidade do movimento, a questão da autonomia social e política do segmento popular.

Em relação ao Projeto Conservador, capitalista e antirreforma, pode-se argumentar que ele vem ganhando força no país a partir de uma sucessão de eventos, que combinados, explicam esse crescimento, entre o período de 2010 até 2018. Em nosso entendimento, o casamento entre petismo e capitalismo deu sinais de esgotamento, quando a crise econômica de 2008 despertou as lutas globais do trabalho contra o capital e novos impulsos como: a jornada de junho de 2013, que questionou o modelo econômico que provoca a precarização das políticas públicas e degrada o trabalho; e o descontentamento popular em relação gastos excessivos com a copa do mundo de 2014, estimulando protestos e manifestações sociais pelo país (LARA & SILVA, 2015). Com o descolamento do PT em relação aos movimentos sociais, sendo esta cisão uma consequência de o governo ter seguido uma agenda social-liberal, sem ao menos ter feito reformas estruturais em favor do trabalho. Acabou que deu margem para o fortalecimento de forças direitistas e conservadoras, insatisfeitas com a política conciliatória do governo. Estas, junto com o suporte da mídia conservadora convencional, buscaram orientar a insatisfação das massas populares com a crise econômica em direção à derrubada de um governo democraticamente eleito. Vale ressaltar que o PT ajudou a gestar essas forças conservadoras, ao abdicar de reformas sociais profundas e substituir um modelo de cidadania socialdemocrático, baseados em direitos e serviço público, por um modelo via mercado e terceiro setor (DEMIER, 2017). Em paralelo a isso, o Brasil sofria uma pressão externa do imperialismo americano, que visando impedir as operações econômicas da China em nosso país, apoiou o golpe político-midiático-jurídico, esperando aumentar seu domínio sobre setores-chaves da economia brasileira (MAESTRI, 2019). Por consequência dessa combinação de fatores, a presidente eleita sofreu um processo de impeachment, sem a necessidade de uma ruptura com a democracia. Tal fato deixou claro o que muitos já sabiam, que a nossa democracia nunca foi sólida, pois, apesar dos instrumentos de participação política (parlamento, sufrágio universal), os mecanismos de concentração de riqueza e poder mantinham-se. O Brasil não fez as grandes reformas estruturais que eram necessárias para provocar uma ruptura com a condição de país capitalista dependente, nem conseguiu construir mecanismos legítimos de democracia de base. Ao contrário, o que se observou, foi um processo de cooptação das principais lideranças

políticas de esquerda. Essa forma de participação política foi chamada por Florestan Fernandes de democracia por cooptação.

Assim, o governo seguinte, presidido por Michel Temer do PMDB, que era vinculado ao grupo conservador e direitista que sustentou o golpe político, rompeu com a política conciliadora do PT e implementou o ajuste fiscal e a contrarreforma exigida no ritmo que o grande capital desejava. A partir daí, empreendeu-se um violento ataque às classes trabalhadoras, através de uma dura reforma trabalhista e da lei de terceirização que permitiram a flexibilização irrestrita. Além disso, visando garantir o superávit primário para o pagamento dos juros da dívida, o governo lançou a “PEC do Fim do Mundo”, que propunha o congelamento dos gastos com saúde e educação por 20 anos, comprometendo ainda mais o funcionamento do precário sistema de saúde. Portanto, tratava-se de um governo totalmente comprometido com o capital nacional e internacional e com as forças conservadoras da sociedade, não poupando esforços para sacrificar a população, em nome de uma agenda de privatizações, publicizações (no sentido dado por Bresser-Pereira) e de desregulamentação econômica e trabalhista (MAESTRI, 2019).

O campo da saúde mental, em 2017, foi um dos mais afetados pela agenda conservadora do governo Temer. De acordo com Gomes (2018), a nova gestão ministerial, numa postura antidemocrática e sem diálogo com a sociedade civil, introduziu a Portaria 3.855/17, que impõe mudanças drásticas à natureza da Reforma Psiquiátrica, ao incluir os hospitais psiquiátricos como pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial. Em 2018, o Ministério da Saúde aumentou os gastos com leitos em hospital psiquiátrico, trazendo como consequência direta o desinvestimento da ampliação da rede serviços territorializados e substitutivos.

Tal quadro se mostra favorável à retomada do *establishment* psiquiátrico-asilar que vem tentando recuperar sua hegemonia na política nacional de saúde mental/ álcool e drogas. Podemos elencar alguns fatores que tem contribuindo para o avanço do projeto conservador-capitalista-antirreforma: 1) o crescimento da clientela de serviços psiquiátricos por causa do boom da indústria farmacêutica; 02) o desenvolvimento da malha de captação hospitalar (clínicas privadas, unidades de urgência e emergência, Comunidades Terapêuticas, ambulatórios); 03) o *lobby* da FBH, da indústria farmacêutica e da igreja evangélica com o objetivo de interferir no poder público, em favor do modelo de assistência psiquiátrica asilar e do grande negócio; 04) o contexto político brasileiro de enfraquecimento da democracia e suas instituições, em virtude do golpe político de 2016; 5) O processo de transferência da

responsabilidade estatal sobre os serviços públicos para o mercado e o terceiro setor; 5) o crescimento da judicialização da questão social, em consequência do desfinanciamento rede de atenção psicossocial e das políticas sociais; 6) o estado de desagregação e desmobilização dos movimentos sociais e de trabalhadores, devido à falta de representatividade política na esquerda e de projetos alternativos ao capitalismo; 7) o imobilismo político dos movimentos sociais do campo de luta antimanicomial.

Enfim, é fácil perceber que o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil mirou a utopia, expressa no lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Porém, a experiência brasileira não soube transformar a utopia em uma realidade concreta. Ficou claro que o movimento antimanicomial, articulado ao processo de Reforma Sanitária e de redemocratização, passou por um processo de amadurecimento teórico que lhe fez enxergar a necessidade de transformar o Estado, através do acúmulo de forças na sociedade civil. Todavia, a fragilidade política e organizacional do movimento, em razão do seu perfil autonomista, não lhe permitiu ir além da teoria. Assim, pode-se dizer que o movimento não conseguiu promover uma unidade dialética entre o pensamento basagliano e a ação política, ficando esta última resumida à estratégia de inserção institucional. Por conta do distanciamento do MNLA em relação as políticas de reforma, não houve um controle democrático forte o suficiente sobre o Estado para impedir este de fortalecer o Projeto conservador-capitalista-antirreforma. Nesse sentido, ao invés da utopia se confirmar pelas mãos das forças populares organizadas, o movimento alvejou a distopia da institucionalização da Reforma Psiquiátrica, que transformou a potencialidade criativa dos seus atores políticos, numa relação de dependência e servidão com a burocracia estatal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O esforço empreendido na realização desse estudo permitiu compreender diferentes questões, dentre elas se os protagonistas políticos ou sujeitos coletivos da Reforma Psiquiátrica brasileira – o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e o RENILA - conseguiram produzir uma teoria com capacidade suficiente para gerar eficácia a ação política, de modo torná-la propulsora de uma práxis transformadora. Em nosso entendimento, o potencial da Reforma Psiquiátrica enquanto movimento de luta da classe trabalhadora, está na articulação entre o pensamento e a ação, que põe o movimento social em sintonia com a realidade concreta e dinâmica social das lutas de classes. Na medida em que o movimento situa a luta antimanicomial enquanto um processo inserido na dinâmica da luta de classes e busca fortalecê-la em favor da classe trabalhadora, ele cria condições para organizar uma política de reforma verdadeiramente radical.

Deste modo, ao consideramos a luta de classes como motor da história, buscamos ao longo do estudo demonstrar que as possibilidades de reforma psiquiátrica variam conforme as particularidades da dinâmica social de cada país em um determinado contexto sócio-histórico, podendo resultar em processos no limite do reformismo socialdemocrata, que é quando a reforma é operada pela burocracia estatal, ou em processos que ultrapassam o reformismo, que é quando a reforma é operada pelas organizações populares e de trabalhadores.

Primeiramente, para não deixar dúvidas, explicamos que a instituição psiquiátrica-asilar nada mais era que uma expressão superestrutural das contradições inerentes ao regime de produção capitalista, cuja tendência excludente não permite a liberdade dos setores improdutivos da sociedade, visto que a liberdade da força de trabalho não mercadorizada é um insulto ao capitalismo. Logo, para a sociedade capitalista, o homem só existe para venda da sua força de trabalho. Qualquer outra forma de vida é negada e desaprovada. Vimos que a institucionalização da loucura sempre esteve associada as necessidades econômicas do capital. Na fase do mercantilismo, os loucos eram recolhidos das cidades e rotas comerciais para não prejudicarem as atividades econômicas. Na fase da dupla revolução – industrial e francesa –, os loucos foram sequestrados por conta da necessidade de reprodução e controle da força de trabalho na sociedade capitalista. A questão do sequestro não era um problema no período do mercantilismo, pois, o regime absolutista garantia a legitimidade dessas ações. Foi no contexto de hegemonia do regime liberal que essa legitimidade foi contestada, em razão da revogação do poder despótico, sendo necessário colocar no lugar um poder que justificasse a retirada da

liberdade do louco. A instituição psiquiátrica-asilar surgiu nesse período com a missão de justificar a internação, por meio de um aparelho ideológico que se amparava em fundamentações teóricas frágeis e questionáveis. O principal valor da psiquiatria não era a sua capacidade de cura e tratamento, mas seu caráter utilitarista que ao reduzir a loucura a noção de doença mental, deu carta branca para sociedade violar os direitos humanos dos loucos, ou seja, reprimir, alienar, segregar e tutelar a loucura, sem entrar em contradição com o direito burguês. A partir daí, tem-se um processo de enraizamento profundo da cultura manicomial-asilar nas sociedades capitalistas, que não se restringe a instituição psiquiátrica, percorrendo todas as esferas da vida social (justiça, família, trabalho, rua, etc.), com o objetivo de condenar o louco à uma condição de cidadania negativa, de objeto de opressão.

Posteriormente, procuramos demonstrar que os países capitalistas, até o final do século XIX, estiveram impossibilitados de realizar grandes reformas psiquiátricas por conta da inexistência de organizações de massa interessadas em ampliar o espaço público do Estado, transformando este num espaço de disputa de classes. Com o crescimento das lutas globais entre capital e trabalho, com destaque para organização política socialdemocrata, as condições para realização das reformas foram dadas, através do controle democrático sobre o Estado, por meio dos mecanismos sociopolíticos (sindicatos, partidos comunistas, legislações trabalhistas, sistemas de bem-estar social) criados pelas classes trabalhadoras com vistas a expandir a mobilização social e a articulação política na sociedade civil. Assim, buscamos testar o potencial transformador das primeiras reformas psiquiátricas em países de formação socialdemocrata (França e Inglaterra principalmente) e concluímos que a possibilidade de “concessões” por parte do Estado capitalista não era uma garantia certa para convencer as sociedades em relação a extinção definitiva das instituições manicomiais. Faltava uma teoria capaz de romper com a visão neutra e instrumental da burocracia estatal. Portanto, as experiências, francesa (setor) e inglesa (comunidades terapêuticas), apesar de terem operado transformações institucionais importantes, rompendo com as instituições totalitárias, a sociedade ainda continuava reproduzindo a cultura manicomial que tutela a loucura. Com isso, fomos para Itália dos anos 1970, onde estava ocorrendo uma Reforma Psiquiátrica, com resultados nunca antes alcançados, como a extinção definitiva de manicômios, a revogação de leis que atrelavam a loucura à noção de periculosidade e a construção de serviços territorializados, de baixo para cima, onde os cidadãos, as comunidades locais e os usuários, conforme observou Rotelli (2001, p. 55), se mobilizaram como agentes executivos da reforma para construir soluções inovadoras no modo de funcionamento das estruturas institucionais.

Nesse sentido, o que havia de diferente dessa experiência em relação as demais, foi o fato de as políticas de reforma ocorrerem pelas mãos da comunidade, o que retirava do Estado o poder de influenciar no resultado final das políticas, que, geralmente terminavam em circuitos psiquiátricos. Ou seja, quando o Estado intervinha nas políticas de reforma, a tendência era o processo o qual Castel (1987) denominou de *aggiornamento* que, segundo Amarante (1995, p. 68), promove a atualização dos mecanismos de controle social, abrindo mão de mecanismos mais repressivos, para instaurar outros mais voltados para normatização da saúde. Na Itália, por seu lado, testemunhou-se um novo modo de fazer política, que era resultado de uma práxis transformadora, de uma articulação entre um pensamento que concebe o Estado como essencialmente classista e uma ação política de acúmulo de forças na sociedade civil. Franco Basaglia, inspirado em Gramsci, foi o principal mentor dessas ideias e estratégias que se configuraram na reforma psiquiátrica mais radicais da história, demonstrando ser possível ir além do reformismo socialdemocrata que era visto como o limite do capitalismo democrático.

Feito esse contraponto entre as experiências reformistas da Inglaterra e França e a experiência radical da Itália, fomos para o Brasil com o objetivo analisar a práxis política que foi adotada em nosso país. Assim como no início desse estudo, também buscamos entender as instituições manicomiais nascidas no período do segundo império como uma expressão superestrutural da estrutura social capitalista de um país periférico e dependente da economia externa. Ao analisarmos a economia neocolonial, percebemos que o papel dos primeiros hospícios era recolher as camadas sociais sobrantes que causavam desordem social na vida pública. Nesse contexto, a instituição psiquiátrica possuía uma função secundária e subalterna, visto que a legitimidade dos sequestros era dada pelo poder despótico do imperador, assim como no período de vigência da monarquia europeia absolutista. Com o fim da ordem escravocrata e a chegada de imigrantes europeus, muitos deles anarquistas e socialistas, cresceram-se os conflitos sociais, em virtude da primeira república ter conservado a estrutura social neocolonial que dividia a sociedade em estamentos, onde a base estava condenada a uma vida de superexploração e repressão policial, enquanto que as classes sociais que viviam no topo, gozavam de riquezas e detinham o total controle sobre o Estado. Nesse contexto, a instituição psiquiátrica foi convocada pelas classes dominantes para fornecer o material ideológico que deveria justificar aquela estrutura socioeconômica desigual. Por muito tempo, a instituição psiquiátrica esteve somente a serviço da burguesia nacional e de um projeto de nação altamente excludente, em que a democracia era restrita às camadas burguesas e senhoriais da sociedade, ao passo que os trabalhadores (negros, imigrantes e pobres no geral) viviam numa

condição de cidadania negativa. Como instrumento de controle social, a instituição psiquiátrica era só mais um entre os inúmeros procedimentos autocráticos que o Estado burguês lançava mão para reprimir as forças sociais que questionavam a formação social autocrática burguesa.

Nosso principal interesse por essa fase da história, foi apresentar o modo de funcionamento da instituição psiquiátrica num contexto de Estado restrito, em que este estava acorrentado a um privatismo econômico que privilegiava somente os interesses das classes dominantes. Desse modo, até os anos 1930, não havia qualquer possibilidade de empreender reformas psiquiátricas, pois, a sociedade civil era o reflexo da economia neocolonial, isto é, era extremamente frágil e gelatinosa. As condições de reforma só começaram a aparecer a partir do momento em que a economia se industrializou, gerando como efeito tardio a sociedade de massas, que passaram a ser organizar politicamente para ampliar a esfera pública do Estado. Entretanto, o sistema hegemônico populista minou a subjetividade política da classe trabalhadora entre 1930 a 1960, e a ditadura (1964-1984) pela via militar suprimiu a sociedade civil até 1970. Foi no período de redemocratização que a sociedade civil cresceu enormemente, por um lado, por causa do desenvolvimento econômico e da consolidação do capitalismo monopolista no país, por outro lado, por causa do ressurgimento de organizações associativas classistas (sindicatos, partidos, entidades civis), que passaram atuar ativamente para garantir a ampliação do espaço público no interior do aparato estatal, tornando-o uma arena de luta de classes.

Procuramos acompanhar as lutas sociais no período da redemocratização, através do ângulo das lutas por Reforma Sanitária que congregaram os trabalhadores e as classes populares em torno de pautas socialdemocratas que visavam desmontar o modelo de saúde do regime militar que priorizava o processo de acumulação do capital, para então substituí-lo por um sistema de saúde público, gratuito e universal que beneficiasse prioritariamente a população. Nesse processo, optamos por dar maior ênfase a forma como se constituiu a práxis política do movimento sanitarista, a qual nota-se, segundo Dantas (2017, p. 226), uma concepção de Estado reduzida ao aparelho estatal, uma vez que o movimento organizado de classe só se completaria com a abertura de canais formais de participação política no interior do Estado (conselhos de saúde, conselhos populares, comissões, conselhos de gestores). Ao reduzirem a relação Estado/sociedade a ampliação da democracia formal, o resultado foi o processo de institucionalização da Reforma Sanitária, que transformou os profissionais de saúde, inseridos em cargos estratégicos do aparato estatal, e a burocracia estatal, nos principais agentes executivos das políticas de reformas. Como desdobramento dessa concepção de Estado, o

trabalho organizativo do movimento sanitarista ficou em segundo plano e na ausência de um fator hegemônico para dar a direção política e cultural do movimento, este entrou num estado de desagregação e desmobilização política. Em razão disso, o movimento ficou sem reservas políticas e organizativas para enfrentar as ofensivas do grande capital no contexto de ascensão das políticas neoliberais. Logo, na ausência de um controle democrático por parte da sociedade civil sobre o aparato estatal, os aparelhos burocráticos buscaram conciliar os interesses da Reforma Sanitária com os interesses da reprodução do capital. O resultado disso foi o abandono da perspectiva universalista proposto pelo movimento sanitarista, para colocar em seu lugar uma perspectiva focalista que reduz o papel do Estado na saúde ao atendimento apenas dos segmentos mais pobres da população, ao passo que ficaria para o setor privado o atendimento dos que tem acesso ao mercado. Portanto, a estratégia do movimento sanitarista culminou numa política conciliatória com o capital, que acabou por enfraquecer o projeto de Reforma Sanitária original, que tinha como prioridade um modelo estatizante de saúde.

No que diz respeito a Reforma Psiquiátrica, nossa tarefa foi acompanhar a trajetória do movimento de trabalhadores de saúde mental no contexto de redemocratização, marcado pelo reavivamento da sociedade civil e, sobretudo, pelo envolvimento político de partidos e sindicatos classistas com projetos de sociedade diversos, além de movimentos populares autonomistas. De início, tratava-se de um movimento de caráter sindical, com uma identidade autonomista – de perfil não cristalizado institucionalmente –, restrito a luta corporativa, mas, já manifestando pautas e posturas que extrapolavam o âmbito particularista, como, por exemplo, a democratização da saúde, a transformação da assistência psiquiátrica e a oposição à política privatizante da saúde. Num primeiro momento (1978-1985), concluímos que o MTSM se ressentia dos mesmos problemas cometidos pelo movimento sanitarista, de reduzir o conceito de Estado ao seu aparelho, ou nos termos de Gramsci, a sociedade política. A opção pela estratégia de inserção institucional, em detrimento de uma estratégia de mobilização social, levou o movimento a cair numa práxis reformista que não tinha por objetivo a transformação radical do sistema psiquiátrico-asilar, ou seja, a extinção definitiva do manicômio e dos seus traços culturais nas diversas esferas da vida social (justiça, trabalho, rua, etc.). Ao contrário, as primeiras tentativas de reforma psiquiátrica no Brasil no máximo requalificavam a assistência psiquiátrica no sentido de desospitalização, que reduz, mas não elimina a estrutura de poder que segrega, aliena e tutela a loucura.

Num segundo momento (1986-1990), o movimento apresenta um salto de qualidade significativo. Pode-se dizer que o movimento ultrapassou o caráter sindical, ampliando sua base

de apoio, através da incorporação de segmentos populares (usuários e familiares), que fizeram o movimento repensar seus campos de atuação e estratégias. Ao assumir uma configuração diferenciada daquela da sua origem, passou a se chamar de Movimento de Luta Antimanicomial. A partir daí, o MNLA assumiu o compromisso com uma estratégia democrático-popular ou de guerra de posições, que consiste na estratégia de ocupação de cargos no interior do Estado, conjugada a construção de alianças com os movimentos populares e com a classe trabalhadora organizada, visando exercer um controle democrático mais sólido sobre o Estado. Ou seja, o movimento manifestou uma visão ampliada de Estado, em que a sociedade civil foi compreendida como um recurso decisivo da ação política. Ao notarmos algumas similaridades dessa estratégia com as da experiência italiana, foi possível afirmar que o pensamento original de Basaglia estava por trás dessa nova forma de enxergar do movimento, porém, não foi o único a influenciá-lo, evidentemente, mas com certeza o mais determinante para fechar a sua identidade. Sendo assim, concluímos que o MNLA havia dado o primeiro passo, que era ultrapassar teoricamente os limites políticos do reformismo socialdemocrata.

Num terceiro momento (1990-2018), buscamos analisar se o MNLA conseguiu colocar em prática sua estratégia de acúmulo de forças na sociedade civil, levando em conta as adversidades que se colocavam no caminho da Reforma Psiquiátrica, como, o processo de contrarreforma do Estado e de reestruturação produtiva, que eram ambas expressões do projeto hegemônico neoliberal, cujo objetivo final era submeter a sociedade civil do Brasil a um processo de americanização. Ou seja, seu propósito era extirpar da arena da sociedade civil, as organizações de trabalhadoras que possuísem uma perspectiva classista e os projetos alternativos ao capitalismo. Em relação ao quadro geral das lutas de classes no Brasil nos anos 1990 em diante, observou-se um processo de desagregação dos movimentos sociais, seguido de um fenômeno de cooptação dos principais partidos e sindicatos classistas, que acabaram se integrando ao sistema hegemônico neoliberal, por meio da disputa eleitoral e da política de pactos (leia-se negociação entre capital e trabalho). Na medida em que a sociedade brasileira ia ficando carente de projetos alternativos ao capitalismo, as lutas urbanas dos movimentos sociais se separaram das lutas no interior do Estado, de modo que a primeira enfraqueceu com o tempo e por conta da ausência de organização política e de trabalhos de base, haja vista o exemplo do MOPS, ao passo que a segunda seguiu firme com a convicção de que poderia realizar grandes mudanças no interior do aparato estatal, mesmo estando numa arena hegemonicamente controlada pela burguesia.

O MNLA, que agregava essas duas formas de luta, encontrou um destino similar aos dos movimentos sociais e de trabalhadores no geral. Nosso estudo apontou que o movimento, no novo milênio, encaminhou-se novamente para aquela visão estratégica que reduz o Estado à sociedade política e a participação social à ocupação dos canais formais da democracia, a exemplo disso, os conselhos de saúde, conselhos de gestores nas unidades de saúde e comissões de saúde. Em outras palavras, a reforma psiquiátrica se distanciou do movimento social que era o seu principal instrumento de controle democrático. Confirmamos essa hipótese quando identificamos na política ministerial, sob gestão de militantes da Reforma Psiquiátrica, que quem realmente predominava como principal agente das políticas de reforma, era a burocracia estatal, que continuava a exercer suas tradicionais funções mediadoras, de conciliar os interesses do MNLA com os interesses de reprodução do capital. Logo, a reforma psiquiátrica caminhou para sua institucionalização, tendo, por fim, o mesmo destino da reforma sanitária: o enfraquecimento do Projeto de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, pautado num modelo de saúde mental estatizante e terroritorializado, que pretendia ser autenticamente substitutivo ao modelo manicomial. Deste modo, no lugar do projeto original, o que se materializou foi o Projeto de Reforma Psiquiátrica Conciliadora que adapta os interesses do MNLA aos do setor privado, permitindo a permanência dos hospitais psiquiátricos, a continuidade das internações involuntárias, a privatização e terceirização dos serviços públicos de saúde mental, na medida em que o Estado abdica de ser o executor direto desses serviços, mas, também atendeu várias reivindicações do MNLA. Com isso, concluímos que o movimento não conseguiu superar os limites do reformismo socialdemocrata na prática, delegando ao Estado burguês a tarefa de ditar os rumos da reforma psiquiátrica, fato que culminou no desvirtuamento do projeto original.

Por fim, ao analisarmos as possíveis causas que possam ter levado o MNLA a distanciar-se do processo de Reforma Psiquiátrica, nos chamou atenção a estratégia proposital do movimento de resistência à institucionalização, portanto, sua configuração autonomista. Conforme já argumentamos no capítulo três, o principal desafio do MNLA, após manifestar o compromisso de construir alianças com as organizações populares e de trabalhadores, foi aprofundar a sua forma de organização política, de modo a acumular forças suficientes para conseguir exercer uma pressão política efetiva sobre o Estado, cortando, assim, seu caráter conciliador. Entretanto, o movimento manteve uma configuração identitária autonomista, que preza pelo pluralismo político, em detrimento de um portador hegemônico. Assim, conforme observou Coutinho (2008), com o eclipse do fator hegemônico, a mediação entre os interesses particularistas e corporativistas que existem no interior do movimento, passa a ser feita pela

burocracia estatal ou pelo mercado. Em relação ao Estado como mediador, a tendência é a política conciliatória, com a balança pendendo a favor dos interesses privados. Já o mercado, fazendo o papel de mediador, pressupõe-se a adesão de segmentos do movimento aos modelos privatizantes na saúde mental. Não é à toa que simpatizantes da Reforma Psiquiátrica se associaram as ONGs. Sem um bloco hegemônico elaborando uma pauta de prioridade globais, selecionando dentre os múltiplos interesses que representa, os que mais correspondem ao interesse comum do movimento, a tendência é que o Estado e o mercado façam essa mediação sem que o MNLA perceba. Com isso, concluímos que o movimento, ao manter uma configuração autonomista, ele se abdicou do papel de construir uma relação orgânica entre a base e o comando, capaz de deter a prevalência de interesses particulares sobre a vontade geral do movimento.

Nesse sentido, fica perceptível as diferenças entre o movimento social, a Reforma Psiquiátrica e a luta antimanicomial. A Reforma Psiquiátrica seguiu o curso da institucionalização e da conciliação de interesses (público e privado), o MNLA deixou de ser o protagonista político da Reforma Psiquiátrica, em razão dos seus próprios limites estratégicos, delegando ao aparelho estatal a tarefa de dirigir a política de saúde mental. Já a luta antimanicomial, por estar concentrada no campo da hegemonia civil, possui um espaço político promissor por onde o Projeto de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial pode se fortalecer, visto que na sociedade civil, as classes sociais tem maior liberdade para ganhar aliados para suas posições mediante a direção política e o consenso.

Para culminar, identificamos que ainda existem sujeitos coletivos vinculados à luta pela Reforma Psiquiátrica, como os Núcleos Estaduais da Luta Antimanicomial (que integram o MNLA), o RENILA e o movimento de autonomia dos usuários, que atuam no sentido de resgatar elementos do pensamento basagliano para subsidiar uma ação política que possibilite acumular forças na sociedade civil, através de alianças com movimentos sociais e associações. Nos parece que esse seja o caminho para construir uma progressiva convergência de vontades particulares em torno de uma vontade geral.

REFERÊNCIAS

AMANCIO, Valdene Rodrigues; ELIA, Luciano. Panorama histórico: política da luta antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.9, n.24, p.22-49, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69616/41690>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ALBRECHT, Daniela. Movimentos antimanicomiais, estratégia democrático-popular e consciência de classe: notas introdutórias. In: IASI, Mauro; FIGUEIREDO, Isabel Mansur; NEVES, Victor (Orgs.). **A estratégia democrático-popular: um inventário crítico**. Marília: Lutas Anticapital, 2019.

ANDERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. **Pós-neoliberalismo: As políticas Sociais e o Estado Democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?:** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Os sentidos do trabalho:** Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Editora Boitempo, 2009.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida:** a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. **O Homem e a Serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em debate**, v. 25, n. 58, p.26-34, 2001. Disponível em: <https://app.uff.br/slab/uploads/A_CONSTITUI%C3%87%C3%83O_DE_NOVAS_PR%C3%81TICAS_NO_CAMPO_DA_ATEN%C3%87%C3%83O_PSICOSSOCIAL.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

ALVES, Ana Rodrigues Cavalcanti. O conceito de hegemonia: de Gramsci a Laclau e Mouffe. **Lua Nova**, São Paulo, 2010.

Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452010000200004>. Acesso em: 14 jun.2020.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. **A Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

_____. **Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. In: AMARANTE, Paulo (Org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

_____. **Psiquiatria e antipsiquiatria em debate**. Porto: Edições Afrontamento, 1977.

_____; GIALLO, Giovanna. Vocação terapêutica e luta de classes: para uma análise crítica do modelo italiano. In: DELGADO, Jaques (Org.). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Jaques Delgado, 1991, pp. 27-52.

BARBOSA, Guilherme Correa; COSTA, Tatiana Garcia; MORENO, Vania. Movimento da luta antimanicomial: trajetória, avanços e desafios. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, jan./jun. 2012, pp. 45-50.

Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68650/41335>>. Acesso em 18 set.2020.

BARROS, Denise Dias. **Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2018.

BERLINGUER, Giovanni. **Psiquiatria e poder**. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

_____. **A Saúde nas fábricas**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1983.

_____; TEIXEIRA, Sônia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec; CEBES, 1988.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo e sociedade: fragmentos de um dicionário político**. 20. ed. rev. e atual. São Paulo; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2017.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008. Disponível em: <
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025>.
 Acesso em: 15 ago 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília/ DF, 2011. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 13 jul. 2020.

_____. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Legislação em saúde mental 1990-2002. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. 3 ed. revista e atualizada. Brasília/DF, 2001, pp. 15-18. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm#:~:text=LEI%20No%2010.216%2C%20DE,modelo%20assistencial%20em%20sa%C3%BAde%20mental.> Acesso em: 24/05/2020.

_____. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2017. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 12 set. 2020.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: A degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2015. p. 213-316.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs). **Serviço Social e Saúde**: Formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: Lutas Sociais e Práticas Profissionais. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BUBBICO, Davide. O sindicalismo italiano entre crise de representatividade e mudanças das relações industriais. **Lua Nova**, São Paulo, 2018.

Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-64452018000200287&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2020.

BUCI-GLUCKSMANN, Christinne. **Gramsci e o Estado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

CALAÇA, Carlos Eduardo. Capítulos da história social da medicina no Brasil. **Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 557-66, 2005.

Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200022>. Acesso em: 16 jun. 2020.

CAMPOS, Claudia Valentina de Arruda; MALIK, Ana Maria; BUENO, Ricardo Luiz Pereira. A Implantação do SUS e o processo de descentralização na área da saúde até 2002. **Cadernos de gestão pública e cidadania**, v. 10, n. 46, jan/abril, 2005. Disponível em: < <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/26267/44036.pdf>>. Acesso em 14 ago. 2020.

CARNOY, MARTIN. **Estado e Teoria Política**. 17.ed. Campinas, SP: Papirus, 2013.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 25. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.

CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

_____. **A ordem Psiquiátrica: A idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

_____. **Psiquiatria e Antipsiquiatria em debate**. Porto: Edições Afrontamento, 1977.

COE, Neilanza Micas; DUARTE, Marco José de Oliveira. A construção do campo de atenção psicossocial na política pública de saúde mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. In: DUARTE, Marco Jose et al. (Orgs.). **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

CORCES, Valentin; VAGIN, Leonardo. Ideologia da psiquiatria comunitária. **Psiquiatria e Antipsiquiatria em debate**. Porto: Edições Afrontamento, 1977.

CORDEIRO, Hésio. **A Indústria de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

CORREIA, Maria Valéria Costa; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSS) em questão. In: BRAVO, Maria Inês et al. (Orgs.). **A mercantilização da saúde em debate: As organizações sociais no Rio de Janeiro**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde, Uerj, Rede Sirius, 2015, pp. 33-39.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COSTA-ROSA, Abílio da; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. **Revista Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n.58, p. 12-25, 2001.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

_____. **Contra a corrente: ensaios sobre a democracia e o socialismo**. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: Lima, Júlio César França; Neves, Lúcia Maria Wanderley. **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.173-200. Disponível em: <
<http://books.scielo.org/id/j5cv4/pdf/lima-9788575416129-07.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

DANTAS, André Vianna. **Do Socialismo à Democracia: Tática e Estratégia na Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

DEMIER, Felipe. **Depois do Golpe: A dialética da democracia blindada no Brasil**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Mauad X, 2017.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 21-196. (Coleção Loucura & Civilização).

DORNELAS, Isabela de Oliveira. Criação das faculdades de medicina no período imperial brasileiro. **Revista Sillogés**, Rio Grande do Sul, v.2. n. 2, 2019. Disponível em: <
<http://historiasocialecomparada.org/revistas/index.php/silloges/article/view/72/72>>. Acesso em: 02 maio 2020.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 18 n. 2, 2018.

Disponível em: < <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18604>>. Acesso em: 26 set. 2020.

DUGGAN, Christopher. **História de Itália desde 1796**. Portugal: Edições 70, 2017.

_____. **História Concisa da Itália**. Série História das Nações. São Paulo: Edipro, 2016.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-116, 1991. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mar.2020.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. 14. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015.

FERNANDES, Florestan. **A revolução burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica**. 5. Ed. São Paulo: Globo, 2005.

FERREIRA, Luiz Otávio; MAIO, Marcos Chor; AZEVEDO, Nara. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, n. 4, v.3, p. 475-491 nov. 1997-fev, 1998.

Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59701997000300004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 jun. 2020.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. **A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais**. Rio de Janeiro: Vício da Leitura, 2002.

FILHO, João Ferreira da Silva. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). **Cidadania e Justiça: políticas de saúde mental no Brasil**. 6. ed. Rio de Janeiro: editora Vozes, 2000.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2014.

GRADELHA JUNIOR, Oswaldo. **Políticas públicas em saúde mental, familiares e usuários como atores principais**. Anais do XV Encontro Nacional da ABRAPSO, 2009.

Disponível em:

<http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/295.%20pol%CDticas%20p%DAblicas%20em%20sa%DAd%20mental.pdf>. Acesso: 05 fev.2012.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da Reforma Sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

GOMES, Tathiana Meyre da Silva. Reforma Psiquiátrica e formação sócio-histórica brasileira: elementos para o debate. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n.3, p. 24-34, set./dez. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21691>>. Acesso em: 14 jul.2020.

GOULART, Maria Stella Brandão. A construção da mudança das instituições sociais: A Reforma Psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 1, n. 1, jun. 2006. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/A_Construcao_da_Mudanca_nas_Instituicoes_Sociais..._-MSB_Goulart.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2020.

_____. **As raízes italianas do movimento antimanicomial**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007.

GRAMSCI, Antônio. **Maquiavel, a política e o Estado Moderno**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

GRUPPI, Luciano. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

GUANABARA, Ricardo. “Há vícios que são virtudes”: Maquiavel, teórico do realismo político. **Curso de Ciência Política**: Grandes autores do pensamento político moderno e contemporâneo. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, p. 27-50.

HARVEY, David. **Condição Pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 2017.

HUBERMAN, Leo. **História da Riqueza do Homem**: do feudalismo ao século XXI. 22. Ed. Rio de Janeiro: LTC, 2016.

HOBBSBAWN, Eric. **Era dos extremos**: o breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia das letras, 1995.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. **Temporalis**, Brasília, 2001.

JONES, Maxwell. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: editora Vozes, 1972.

JUNIOR, Aristeu. Florestan Fernandes e o conceito de patrimonialismo na compreensão do Brasil. **PLURAL**, São Paulo, v.19, n. 2, 2012, pp.9-27. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/plural/article/view/74433>>. Acesso em: 05 jun. 2020.

LARA, Ricardo; SILVA, Mauri Antônio da. A ditadura civil-militar de 1964: os impactos de longa duração nos direitos trabalhistas e sociais no Brasil. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 122, p. 275-293, abr./jun. 2015.

Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282015000200275&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 jun. 2020.

LIGUORI, Guido; VOZA, Pasquale (Orgs.) **Dicionário Gramsciano (1926-1937)**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn.; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.12, p. 399- 407, 2007.

Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200016>. Acesso em: 11 jul. 2020.

LOUGON, Mauricio. **Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. Além das portarias: desafio da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000100003>. Acesso em: 27 abr. 2020.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Ângela; LUZ, Rogerio; MURICY, Katia. **Danação da norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAESTRI, Mário. **Revolução e Contrarrevolução no Brasil: 1530-2018**. Porto Alegre: Coleção Coyoacan, 2019.

MAGRI, Lucio. **O alfaiate de ulm: uma possível história do Partido Comunista Italiano**. São Paulo: Boitempo, 2014.

MARTINS, Beatriz Adura; COELHO, Daniela Albrecht; PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia. (Ainda) Por uma sociedade sem manicômios: experiências do

Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 37, jan-abr, 2017. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_37_art_12_Martins_Coelho_Pererira_Passos.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2020.

MARTINS, Marcos Francisco. Gramsci, os intelectuais e suas funções científico-filosófica, educativo-cultural e política. **Pro-Posições**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 131-148, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73072011000300010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 maio 2020.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Manifesto comunista**. São Paulo: Boitempo, 2017.

MARX, Karl. **Grundrisse**: manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política. São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2011.

MERQUIOR, José Guilherme. **O liberalismo**: antigo e moderno. 3. Ed. São Paulo: É Realizações, 2014.

MINGUZZI, Gianfranco. Gianfranco Minguzzi. **Psiquiatria e Antipsiquiatria em debate**. Porto: Edições Afrontamento, 1977.

MONDAINI, Marco. **Do stalinismo à democracia**: Palmiro Togliatti e a construção da via italiana ao socialismo. Rio de Janeiro: Contraponto, 2011.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e Seguridade Social**. 7. Ed. São Paulo: Editora Cortez, 2015.

MOVIMENTO NACIONAL DE LUTA ANTIMANICOMIAL. **Relatório final do I Encontro Nacional de Luta Antimanicomial**. Salvador, 1993.

_____. **Relatório final do II Encontro Nacional de Luta Antimanicomial**. Minas Gerais, 1995.

_____. **Relatório final do III Encontro Nacional de Luta Antimanicomial**. Rio Grande do Sul, 1997.

_____. **Relatório final do IV Encontro Nacional de Luta Antimanicomial**. Alagoas, 1999.

_____. **Relatório final do V Encontro Nacional de Luta Antimanicomial**. Rio de Janeiro, 2001.

_____. **Relatório final da participação no X encontro nacional do movimento da luta antimanicomial e o XI encontro nacional de usuários e familiares do movimento da luta antimanicomial.** Rio de Janeiro, 2014.

NAVARRO, Vicente. Produção e estado de bem-estar: O contexto político das reformas. **Lua Nova**, São Paulo, n. 28-29, p. 157-200, abr. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451993000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mar. 2020.

NETO MOURA, Francisco Drumond Marcondes de. Bases para uma reforma psiquiátrica. **Saúde Mental e Cidadania**. São Paulo: Edições Mandacaru, Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental – SP, 1987.

NETTO, José Paulo. **Capital monopolista e Serviço Social**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento Social**. 3. Ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

OLIVEIRA, Giuliano Contento de; VAZQUEZ, Daniel Arias. Florestan Fernandes e o capitalismo dependente: elementos para a interpretação do Brasil. **Revista OIKOS**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 137-160, 2010. Disponível em: <<http://www.revistaoidos.org/seer/index.php/oikos/article/viewFile/192/133>>. Acesso em: 08 jun. 2020.

ORTEGAL, Leonardo. Relações raciais no Brasil: colonialidade, dependência e diáspora. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 413-431, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282018000300413&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2020.

PASSOS, Izabel C. Friche. **Reforma Psiquiátrica: as experiencias francesa e italiana**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASSOS, Raquel Gouveia. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, v.3, n. 10, set./dez. 2018, pp. 10-22. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>>. Acesso em: 03 abr. 2020.

PATTO, Maria Helena Souza. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Estud. av.**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 167-198, 1999.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jul. 2020.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, v. 11, n.2, p. 241-58, maio-ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000200002>. Acesso em: 09 abr. 2020.

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: editora 34, 1996.

PRZEWORSKI, Adam. A social-democracia como fenômeno histórico. **Lua Nova**, São Paulo, n. 15, p. 41-81, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451988000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mar. 2020.

PORTELLI, Hugo. **Gramsci e o Bloco Histórico**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. **Cidadania e Justiça**: políticas de saúde mental no Brasil. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). 6. Ed. Rio de Janeiro: editora Vozes, 2000.

RODRIGUES, Leandro Victor. Crítica marxista à teoria geral do direito burguês à luz da teoria pachukaniana. **Percurso Acadêmico**, Belo Horizonte v. 8, n. 16, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/18332>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

ROTELLI, Franco et. al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: editora hucitec, 2001.

_____. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

SANTOS, João Henrique de Souza; SANTOS, Maíra Carvalho Alves. Interseção entre movimentos sociais e política de saúde mental: revisão integrativa da produção científica no cenário brasileiro. **Revista Pretextos**, Minas Gerais, v.3, n.6, jul/dez, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15884>>. Acesso em: 14 maio 2020.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingos Sávio. A Organização da Política de Saúde Mental. **Políticas e Cuidado em Saúde Mental**: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SEMERARO, Giovanni. Da sociedade de massa à sociedade civil: A concepção da subjetividade em Gramsci. **Revista Educação & Sociedade**, São Paulo, n. 66, 1999.

SILVA, Newton Ferreira. Mundialização do capital e precarização do trabalho: a regressão capitalista. **Revista Aurora**, São Paulo, v.5, n.1, 2011. Disponível em:

<<http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/aurora/article/view/1552>>. Acesso em: 17 ago 2020.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci**: sua teoria, incidência no Brasil, influencia no Serviço Social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SINGER, Paul. A cidadania para todos. In: PINSKY, Jaime; PYNSKY, Carla (Orgs.). **História da cidadania**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2018.

SZASZ, Thomas S. **Ideologia e doença mental**: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

TARI, Marcello. **Um piano nas barricadas**: por uma história da Autonomia, Itália 1970. São Paulo: Glac Edições & N-1 edições, 2019.

TILIO, Rafael de. “A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 37, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2007000200004&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 17 jun. 2020.

TOTORA, Silvana. A questão democrática em Florestan Fernandes.: **Lua Nova**, São Paulo, n. 48, p. 109-126, 1999. Disponível em: <

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451999000300006>. Acesso em: 05 jul. 2020.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens Psicossociais, Volume III**: Perspectivas para o Serviço Social. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

_____. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 8-21, jan./jun. 2012, Disponível em: <

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68665>>. Acesso em: 11 maio 2020.

_____. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira.: **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, 2013. Disponível em: < [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013001000007&script=sci_abstract&tlng=pt)

[81232013001000007&script=sci_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232013001000007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 16 jul. 2020.

_____. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n.1, jan-abr. 2009. Disponível em: <

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68427>>. Acesso em: 10 set.2020.

_____. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o Serviço Social. Campinas: Papel Social: 2016.

WEFFORT, Francisco. **O populismo na política brasileira**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

WEYLER, Audrey Rossi. A loucura e a república no Brasil: a influência das teorias raciais. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 17-34, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 jul. 2020.

YASUI, Silvio. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.