

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Ciências Sociais
Programa de Pós Graduação em Sociologia Política**

**PSIQUIATRIZAÇÃO/DEPSIQUIATRIZAÇÃO DO SOCIAL: Balanço da
Produção Acadêmica Brasileira no Campo da Saúde Mental no Período 1990 à 1997**

Eder Bráulio Leone

**Florianópolis
1999**

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Departamento de Ciências Sociais
Programa de Pós Graduação em Sociologia Política**

**PSIQUIATRIZAÇÃO/DEPSIQUIATRIZAÇÃO DO SOCIAL: Balanço da
Produção Acadêmica Brasileira no Campo da Saúde Mental no Período 1990 à 1997**

Eder Braulio Leone

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de “Mestre em Sociologia Política”.

Orientadora: **Profa. Dra. Luzinete Minella**

Co-orientador: **Prof. Ms. Pedro Bertolino**

**Florianópolis
1999**

RESUMO

A presente dissertação elabora um balanço da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental, no período de 1990 a 1997, sob a ótica da psiquiatrização do social. O fenômeno da *psiquiatrização do social* é tratado nesta pesquisa, a partir de uma perspectiva dialética, proposta por BERTOLINO (1991), que aborda seu desenvolvimento sócio-histórico recorrendo às noções *tese psiquiatrizante*, *antítese despsiquiatrizante* e *síntese pós-psiquiatrizante*. Através deste enfoque dialético foi construída a ferramenta de análise, por meio da qual distinguiu-se as produções de *tendência psiquiatrizante* das de *tendência despsiquiatrizante*. Os resultados apontam que na academia brasileira, o embate dialético entre *tese psiquiatrizante* e *antítese despsiquiatrizante* desenvolve-se eqüitativamente em termos quantitativos, guardadas certas diferenças qualitativas; e que a produção de *tendência despsiquiatrizante* ocupa-se de temáticas muito próximas às elaboradas pelos agentes da Reforma Psiquiátrica Italiana.

Palavras-chave: psiquiatrização; despsiquiatrização; reforma psiquiátrica e desinstitucionalização.

ABSTRACT

This dissertation presents a review of the Brazilian scholarly production in the field of mental health over the period from 1990 to 1997, analysing the psychiatrization of the social life. This phenomenon is examined in a dialectical perspective, proposed by BERTOLINO (1991), who approaches its socio-historical development adopting the notions of the *psychiatrizing thesis*, the *dispsychiatrizing antithesis* and the *post-psychiatrizing synthesis*. With this dialectical focus, the analytic tool was constructed for distinguishing the *psychiatrizing tendencies* from the *dispsychiatrizing* ones. The findings show that, among the Brazilian scholars, the dialectical debate between the *psychiatrizing thesis* and the *dispsychiatrizing antithesis* develop equitatively in quantitative terms, with certain qualitative differences; and that the production of *dispsychiatrizing tendencies* deals with themes closely related to those elaborated by the agents of Italian Psychiatric Reform.

Keywords: psychiatrization; dispsychiatrization; psychiatric reform and disinstitutionalization.

AGRADECIMENTOS

À minha companheira Gladir, por me ajudar a manter a importância e o sentido de fazer este trabalho. Pela leitura e discussão crítica de todas as suas etapas. Pelo seu carinho e amor.

À Luzinete Minella, pela maneira doce, otimista e competente com que orientou o trabalho.

Ao Pedro Bertolino, pela co-orientação, companheirismo, generosidade e genialidade intelectuais.

Ao Ary Minella e Paulo Vieira, pelas significativas sugestões metodológicas.

Ao Ramiro, por me ensinar os segredos do Excel.

Ao Sérgio Dias, pela assessoria no plano existencial.

Ao Paulo Roberto, pela paciência em ajudar nas emergências eletrônicas.

Ao pessoal da 1ª JCI de Florianópolis (Justiça do Trabalho), pelo apoio e tolerância.

Ao pessoal do Núcleo de Estudos Políticos-Sociais em Saúde (Fundação Oswaldo Cruz), particularmente ao Paulo Amarante e ao Alexandre Magno, que com muita disponibilidade e simpatia sempre atenderam minhas solicitações.

Ao Almiro Backes, pelas sugestões na redação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da UFSC, pela mediação.

Às secretárias Fátima e Albertina, nossos anjos da guarda no Programa de Mestrado.

À Beatriz Roisman, pelo incentivo que me deu, enquanto a vida lhe permitiu.

Aos meus pais, João e Maria Leone, pelo amor dedicado aos filhos.

“Desde el siglo XIX nos hemos convertidos en psiquiatrizables; la más racionalizante de las sociedades, se ha colocado bajo el signo, valorizado y temido, de una locura posible. La psiquiatización no es algo que acontece a los más extraños, a los mas ‘excéntricos’; puede sorprendernos a todos y en todas partes, en las relaciones familiares, pedagógicas, profesionales”.

Michel Foucault

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **i**

<i>CAPÍTULO I - Dialética da Psiquiatrização/Despsiquiatrização do Social</i>	1
1.1 - Tese Psiquiatrizante	2
1.2 - Antítese Despsiquiatrizante	8
1.3 - Processo Brasileiro: Contradição Dialética entre Tese Psiquiatrizante e Antítese Despsiquiatrizante	11
1.4 – Referências Bibliográficas	19
<i>CAPÍTULO II - Construção da Grade Analítica</i>	21
2.1- Metodologia	22
2.2 - Subsídios Para a Construção da Ferramenta de Análise	25
2.2.1 - Vertente Britânica	25
2.2.1.1 - Principais Teses e Propostas de Ação da Vertente Britânica	33
2.2.1.2 – Referências Bibliográficas	35
2.2.2 - Vertente Italiana	36
2.2.2.1 - Principais Teses e Propostas de Ação da Vertente Italiana	49
2.2.2.2 –Referências Bibliográficas	51
2.2.3 - Vertente Americana	52
2.2.3.1 - Principais Teses e Propostas de Ação da Vertente Americana	61
2.2.3.2 – Referências Bibliográficas	62
2.2.4 - Da Pluralidade Disciplinar à Constituição da Grade Analítica: Continuidades e Descontinuidades entre as Três Vertentes	63
<i>CAPÍTULO III - Tendências do Pensamento Acadêmico Brasileiro no Campo da Saúde Mental</i>	73
3.1 - Introdução	74
3.2 - Metodologia	75
3.2.1 - Procedimentos de Coleta dos Dados	75
3.2.2 - Tratamento Preliminar dos Dados	77
3.2.3 - Limites da Grade Analítica	79
3.3 - Descrição das Tendências	81
3.3.1 - Aspectos Gerais	81
3.3.2 - Aspectos Relativos à Psiquiatrização e Despsiquiatrização do Social	83
3.4 - Principais Temas e Questões Norteadoras das Produções Acadêmicas Brasileiras no Campo da Saúde Mental	88
3.4.1 - Estudos de Tendência Psiquiatrizante	88
3.4.1.1 - Diagnóstico	88
3.4.1.2 - Epidemiológico	90
3.4.1.3 - Nosológico	91
3.4.1.4 - Etiológico	92
3.4.1.5 - Tratamento Químico	93
3.4.1.6 - Prognóstico	94
3.4.1.7 - Outros	94
3.4.1.8 – Concentração das Principais Temáticas Pesquisadas	95
3.4.2 - Estudos de Tendência Despsiquiatrizante	97

3.4.2.1 - Identidade da Enfermagem Psiquiátrica	97
3.4.2.2 - Institucionalização da Psiquiatria	98
3.4.2.3 - Políticas Públicas de Saúde Mental	99
3.4.2.4 - Representação Social e Reforma Psiquiátrica	99
3.4.2.5 - Reforma Psiquiátrica Italiana	100
3.4.2.6 - Compreensão da Esquizofrenia	100
3.4.2.7 - Crítica Teórica à Psiquiatria Tradicional	101
3.4.2.8 - Internação Psiquiátrica	101
3.4.2.9 - Serviços Alternativos em Contexto de Reforma Psiquiátrica	102
3.4.2.10 - Outros	103
3.4.2.11 - Concentração das Principais Temáticas Pesquisadas	104
3.5 - Apropriação e Recriação Brasileira: Relação entre a Produção Crítica Brasileira e a Internacional	106
<i>BALANÇO DO BALANÇO: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS RESULTADOS</i>	114
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	120
<i>ANEXOS</i>	123

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata da **Psiquiatrização do Social**. Por este termo designamos o fenômeno histórico referente ao deslocamento de significativos problemas de ordem política, ética, social e existencial para uma questão de ordem médico-psiquiátrica, traduzida em termos de sanidade/insanidade¹ instalada no indivíduo. Na base deste deslocamento está a manutenção da ética e da ordem econômica dominantes, já que tudo que a elas escapa é passível de *psiquiatrização*.

A gênese deste fenômeno² pode ser demarcada a partir da perseguição e enclausuramento dos desviantes da ordem racionalista e mercantilista emergente no século XVII. Progrediu rapidamente no século XVIII a partir da medicalização da loucura, chegando ao ‘amadurecimento’ na segunda metade do século XIX. Desde então, “(...) *a psiquiatria (conjuntamente com suas duas disciplinas irmãs, psicologia e psicanálise) tem reivindicado áreas cada vez mais amplas da conduta pessoal e das relações sociais*” (SZASZ, 1970: 11). No final da primeira metade do século XX começam a se desenvolver - tanto em disciplinas como Sociologia, Ciência Política, Filosofia, Direito, História, como no interior da própria Psiquiatria - críticas contundentes à teoria e prática psiquiátricas, o que levou tanto à problematização crescente dos seus fundamentos epistemológicos, teóricos, metodológicos e institucionais, quanto ao desvelamento de sua função social e política de violência, controle social e segregação.

BERTOLINO (1991) aborda este processo de gênese, desenvolvimento e crítica, recorrendo às noções dialéticas ‘tese’, ‘antítese’ e ‘síntese’. Tal abordagem nos pareceu tecnicamente adequada, uma vez que, ao

¹ Esta dicotomia também pode ser expressa de outras formas, dependendo da abordagem epistemológica: *normal/patológico, saúde/doença, razão/desrazão*.

² Para evitarmos certos anacronismos históricos, convém notar aqui que estamos tratando de processos ocorridos na Europa.

mesmo tempo em que apreende o fenômeno em tela de modo não maniqueísta, permite observar as duas racionalidades e práticas psiquiátricas que se contrapõem dialeticamente no ‘tecido social’, onde uma emerge no horizonte engendrado pela outra. Dito de outro modo, a *antítese despsiquiatrizante* encontra suas condições de possibilidade na *tese psiquiatrizante* que nega (no sentido dialético). Ainda de acordo com BERTOLINO (1991), o embate dialético entre *tese psiquiatrizante* e *antítese despsiquiatrizante* contém um campo de possibilidades para o desenvolvimento de uma racionalidade e prática *pós-psiquiatrizante*.

Tal como na Europa, o recolhimento dos ‘vadios’ (desocupados, mendigos, órfãos, ‘loucos’, etc.) na primeira metade do século XIX, marca o início do processo de *psiquiatrização do social* no Brasil. Este processo desenvolve-se aceleradamente já nos primeiros anos da República com o estabelecimento da medicalização da loucura, e chega à ‘plenitude’ durante a Nova República. As iniciativas críticas em relação à *psiquiatrização* aparecem com maior contundência somente em meados da década de 80, no bojo do processo de redemocratização da sociedade brasileira, momento em que a questão da cidadania ocupa lugar privilegiado.

É em torno da cidadania como um dos valores fundamentais que um conjunto de iniciativas (teóricas, políticas, culturais, metodológicas, etc.) articulam e dão curso a um processo irreversível de transformação no campo da saúde mental no Brasil. Este processo tem sido frequentemente designado de Reforma Psiquiátrica. Mais adiante retornaremos a este processo com maiores detalhes. As considerações anteriores tiveram por finalidade apenas estabelecer o quadro geral no interior do qual desenvolveu-se o trabalho que ora apresentamos.

O objetivo primordial deste trabalho é justamente contribuir com o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, chamando atenção para um agente quase anônimo: a Instituição Universitária. Falamos em anonimato para indicar a pouca relevância que se tem dado à Universidade no processo de

psiquiatrização/despsiquiatrização do social. Especificamente, empreendemos um mapeamento crítico das tendências da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental. Embora rica e plural (tanto disciplinarmente como epistemologicamente), tal produção não tem sido ainda objeto de análise sistemática.

Trata-se, portanto, de um estudo bibliográfico que elabora um balanço descritivo da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental, localizando-a nos pólos da contradição dialética entre *tese* psiquiatrizante e *antítese despsiquiatrizante*, nos termos propostos por BERTOLINO (1991). Ocupa-se também de um balanço da relação entre a produção crítica brasileira e a produção crítica internacional. Este estudo, embora se apoie em quantidades para estabelecer o mapeamento das tendências, fundamenta-se num enfoque predominantemente qualitativo.

Considerando a viabilização temporal e material da pesquisa, recortamos para análise a produção acadêmica desenvolvida nos programas de pós-graduação (dissertações de mestrado, teses de doutorado e teses de livre docência) no período entre 1990 e 1997, que tematizaram questões relativas à saúde mental. Dado o volume de material a ser analisado (95 dissertações de mestrado, 4 teses de livre docência e 44 teses de doutorado) optamos por trabalhar com os resumos, uma vez que, tratar com o corpo inteiro das teses e dissertações tornar-se-ia uma tarefa inviável, no tempo disponível para a realização da pesquisa.

A decisão metodológica de fixar para análise apenas as produções dos programas de pós-graduação foi subsidiada pelo entendimento de que as mesmas fornecem um quadro muito próximo da produção acadêmica em sua totalidade. Para o recorte temporal, consideramos que a primeira década após as primeiras iniciativas reformistas no final dos anos 80 constitui o período mais relevante para análises que pretendam refletir sobre tendências contemporâneas no campo da saúde mental no Brasil, já que é a partir daí que a dialetização do processo brasileiro de *psiquiatização do social* se estabelece de modo mais contundente.

A exposição do conteúdo do presente trabalho está dividida em três capítulos:

No primeiro capítulo buscamos demarcar diacronicamente o fenômeno da *psiquiatização do social* utilizando-nos da perspectiva dialética proposta por BERTOLINO (1991). Num primeiro momento nos dedicamos à *psiquiatriação* da sociedade ocidental, para em seguida tratarmos da *psiquiatriação* da sociedade brasileira em particular, destacando seus principais momentos.

O segundo capítulo trata da metodologia, critérios e instrumentos teóricos que orientaram a construção da ferramenta através da qual pudemos distinguir os estudos de tendência *psiquiatrizante* daqueles de tendência *despsiquiatrizante*, bem como as aproximações destes últimos com a produção crítica internacional.

O terceiro capítulo está dedicado a apresentação das tendências do pensamento acadêmico brasileiro no campo da saúde mental. O mapeamento é precedido da descrição da metodologia de coleta e tratamento dos dados, como também de uma discussão dos limites encontrados no uso do instrumento de análise construído. Ao final deste capítulo, elaboramos uma compreensão da relação entre a produção crítica nacional e a internacional.

Por fim, a partir de cenários hipotéticos sugeridos pela análise dos resultados, enunciamos algumas considerações e sugestões para a continuidade dos debates.

CAPÍTULO I - Dialética da Psiquiatrização/Despsiquiatrização do Social

1 - Dialética da Psiquiatrização/Despsiquiatrização do Social

A exposição que segue não pretende ser uma descrição exaustiva da história da Psiquiatria. Objetivando a demarcação socio-histórica, em termos gerais, do objeto de investigação desta dissertação, ocupa-se de uma tentativa de abordagem dialética do fenômeno da *psiquiatrização do social* tal como proposto por BERTOLINO (1991). Num primeiro momento descreve a gênese e o desenvolvimento da *tese psiquiatrizante*, em seguida, aborda a *antítese despsiquiatrizante*, e por fim, trata do processo de *psiquiatrização do social* no Brasil, destacando seus principais momentos.

1.1 - Tese Psiquiatrizante

FOUCAUT (1961) relata como o diálogo entre a loucura e sociedade durante a Idade Média e o Renascimento é rompido para dar lugar à perseguição ao ‘desviante’ já no início do século XVII. A partir daí começa o processo de enclausuramento da ‘irracionalidade’ como uma realização do racionalismo e mercantilismo emergentes.

As freqüentes crises econômicas e sociais, bem como as transformações de valores e costumes na Sociedade Mercantilista, engendraram o aparecimento crescente dos ‘insanos’, pobres, mendigos, prostitutas, desocupados, filhos ilegítimos, delinqüentes, sífilíticos, etc., cuja ‘irracionalidade’ posta em evidência, encarou-se como perigosa e ameaçadora da ordem e da estabilidade social (DURO, 1978: 13). A ‘solução’ encontrada pelas autoridades absolutistas contra tal ‘perigo’ constituiu-se no que FOUCAULT (1961: 38-64) chamou de “*o grande enclausuramento*”, qual seja, o recolhimento maciço de todos os ‘irracionais’. Esta

atitude varreu toda a Europa, através da institucionalização nos Hospitais Gerais na França, Workhouses na Inglaterra³, Casas de Correção e Casas de Trabalho nos Estados Alemães, Hospitais de Insanos em Moscou, Narrenthurn em Viena, etc. Sob o pressuposto da conversão do *trabalho* em *dever moral*, a ‘provocadora’ população ‘irracional’ ficaria, deste modo, marginalizada e invisível.

Pretendeu-se que esses locais de clausura, cujo manejo interno se fundamentava no trabalho forçado, se tornassem centros promotores do *ethos do trabalho*. Porém, tal estratégia fracassava com os loucos que, enfurecidos, negavam-se ao trabalho, razão pela qual foram levados a celas especiais ou masmorras. Atirados ali, nus e acorrentados, eram exibidos ao público que pagava para vê-los em suas jaulas. Para além do ‘entretenimento’, a função destes espetáculos mórbidos era uma pedagogia político-moral obstinada em demonstrar o destino dos que escapassem à ordem da ‘Razão’: “[...] nunca más concretamente que aquí fue el público objeto de la razón administrativa, objeto de su intención educadora y creadora de orden sobre un fondo de constricción.” (DÖRNER, 1974: 32).

Na primeira metade do século XVIII eclode em vários países europeus o processo de Industrialização e o Capitalismo, o que levará à queda do Estado Absolutista e à ascensão da Burguesia. É no plasma das transformações políticas, econômicas, ideológicas, culturais e sociais deste período que nasce a Psiquiatria enquanto saber médico ‘científico’, que justifica à sociedade, agora laica e liberal, o enclausuramento do louco.

Inspirado por ideais da Revolução Francesa, pouco a pouco foram se firmando posições contrárias à marginalização dos ‘irracionais’, pedindo a sua libertação e integração na sociedade, que se beneficiaria com a força de trabalho liberada. Entretanto, nem todos faziam parte deste apelo liberal: os loucos e os criminosos permaneceriam enclausurados.

³ É certo que a “Casa de Loucos” surgira na Inglaterra um século antes, mas ali o significado institucional estava relacionado à caridade e proteção do desvalido e não ao controle social.

Pinel⁴, dando curso a um decreto da Assembléa Constituinte Francesa de 1790 (que em seu artigo 9º abolia as “*lettres de cachet*”⁵), reforma os hospitais, liberta os enclausurados, retira os loucos das masmorras e os liberta de seus grilhões. Sua liberação e reintegração na sociedade, porém, passa a depender de tratamento médico em hospitais especiais. Era a manutenção da *Instituição Total*, para usar uma expressão de GOFFMAN (1961), originada no antigo regime⁶.

Processos semelhantes passaram-se na Inglaterra - Battie foi seu grande reformador - e mais tarde na Alemanha, tendo Griessinger como articulador principal (DURO, 1978: 16-19). Guardadas as especificidades de cada realidade, as reformas no manejo com a loucura nos países europeus no final do século XVIII mantêm um núcleo comum: (1) em primeiro lugar a loucura é concebida como doença que deve ser tratada e curada, já que oferece perigo tanto ao seu portador quanto à sociedade em geral⁷; (2) em segundo lugar impõe-se a necessidade de uma instituição especial destinada ao tratamento médico involuntário do louco (CASTEL, 1980: 14-15).

A ‘medicalização da loucura’ não significou um simples confisco da loucura pela Medicina. Sua institucionalização médica implicou “*la definición de un nuevo estatuto jurídico, social y civil del loco: el alienado [..]. El elemento determinante que condiciona este estatuto es el internamiento en establecimiento especial*” (ibid 63, grifos do autor). O autor pretende marcar que a implicação mais importante da ‘medicalização da loucura’ foi o desenvolvimento de uma tecnologia hospitalar e o desdobramento de um novo tipo de poder institucional, poder este articulado pela aquisição de um novo mandato social a partir de práticas centradas na fortaleza manicomial.

⁴ Médico participante da Revolução Francesa, cujos trabalhos representam um marco na Institucionalização da Psiquiatria como um ramo da Medicina.

⁵ Cartas fechadas, lacradas com selo real, e que exigiam o enclausuramento de uma pessoa.

⁶ A decisão da Assembléa Constituinte em 27 de março de 1790, bem como os trabalhos do Médico Pinel, delimitam, de acordo com CASTEL (1980), toda a problemática moderna da loucura.

⁷ Este traço constituiu, e em muitos lugares ainda constitui (como é o caso brasileiro) nas razões da tutela por parte do Estado, do indivíduo diagnosticado como ‘doente mental’, particularmente os rotulados de ‘esquizofrênicos’.

Considerando a loucura um desvio da natureza imanente do indivíduo, ou ainda, uma perturbação do seu autodomínio e perda da vontade racional, os médicos passaram à aplicação da *terapêutica moral*, que fora desenvolvida e sistematizada por Pinel. Este tratamento, utilizado pela maioria dos psiquiatras até meados do século XIX, visava combater a loucura através de uma ordenação interna nos manicômios, isto é, o estabelecimento de uma ordem rígida e policial no interior do asilo (DURO, 1978: 23). CASTEL (1980: 100) irá enxergar nesta terapêutica o primeiro paradigma das relações terapêuticas em Medicina Mental: o paradigma da violência e da soberania.

As sucessivas crises do sistema burguês ao longo do século XIX buscaram uma resposta ideológica no positivismo ‘cientificista’. Associada ao positivismo, a Psiquiatria desembocará numa *Psiquiatria Somaticista*, para quem a loucura será, em hipótese, uma doença orgânico-cerebral. Limitando-se ao modelo médico no estudo da loucura, os psiquiatras iniciam um intenso processo de investigação em torno das ‘causas corporais’, etiologia⁸, nosologia⁹ e terapêuticas baseadas nas ciências naturais; a maior parte delas orientadas para medidas higiênicas na Instituição, com vistas a proporcionar um ambiente adequado a uma reorganização do organismo perturbado. A Psiquiatria demarca-se, então, como uma especialidade médica, que considera o louco como doente entre doentes, e abandona as práticas moralizantes do período anterior (DURO, 1978: 26-27).

Na Alemanha, no final do século XIX começo do século XX, Kraepelin realiza o que DURO (ibid: 29) chama de “*síntese integrativa e unitária da psiquiatria oficial e acadêmica*”. Trata-se de uma elaboração sintética do idealismo alemão com o ‘cientificismo organicista’ positivista. Como resultado, produz-se uma Psiquiatria descritiva e nosográfica, apta a classificar qualquer conduta considerada ‘anômala’ socialmente. Esta Psiquiatria partia do dualismo corpo-alma, de acordo com o qual todas as disposições e aptidões do caráter humano emanariam da alma, e

⁸ Parte da Medicina que estuda a origem das doenças.

⁹ Parte da Medicina que se preocupa com a descrição e classificação sistemática das doenças.

portanto, qualquer alteração psíquica deveria ter uma origem corporal, já que a imaterialidade do espírito não poderia adoecer. Kraepelin formula as bases para as grandes classificações psiquiátricas, e estabelece a catatonia e a hebefrenia como “*demência precoce*”. Mais tarde Breuler absorve e amplia a nosologia de Kraepelin, e altera o termo “*demência precoce*” para “*esquizofrenia*”. Tanto Kraepelin como Breuler entendiam que os transtornos psíquicos são enfermidades do encéfalo, e esperavam que a anatomopatologia descobrisse as lesões causadoras dos sintomas (SZASZ, 1970; 1976; 1994).

Paralelamente aos trabalhos de Kraepelin e Breuler, e em reação às intenções mecanicistas do psicofisiologista Wundt de fazer da Psicologia uma ciência pura, nascem duas correntes psicológicas (FÁBREGAS & CALAFAT, 1978: 75-77):

(1) A primeira de autoria de Freud que, na esteira das ‘pesquisas’ de Charcot a respeito da histeria, formula no começo do século XX uma Teoria Geral do Psiquismo Humano (Psicanálise), compatível com o dualismo cartesiano, mas em moldes distintos dos de Kraepelin, já que agora a doença localizar-se-ia no dinamismo de um suposto ‘aparelho mental’. Isto abriu o caminho para, além da aceitação da ‘doença mental’ como uma efetiva doença médica e a Psicanálise como tratamento médico pertinente, o desenvolvimento de uma nosologia psicopatológica (SZASZ, 1974; 1976). A Psiquiatria associada ao movimento psicanalítico deu origem à Psiquiatria Dinâmica, que recebeu um grande impulso durante a Segunda Guerra Mundial (SANTOS, 1994: 19).

(2) A segunda, a Psicologia Compreensiva e Fenomenológica de Karl Jasper que, fundida à Psiquiatria Organicista, instrumentaliza uma psicopatologia coerente com uma estrita causalidade biológica e individual. Em sua obra ‘*Psicopatologia Geral*’ Jasper distingue as manifestações psíquicas entre ‘*compreensíveis*’ (neuróticas) e ‘*incompreensíveis*’ (psicóticas). As primeiras seriam transtornos passageiros, cuja terapêutica poderia se dar por meio de antidepressivos e orientação moral. As segundas seriam causadas por desarranjos cerebrais, a terapêutica, neste caso, deveria ser mais incisiva: por tratar-se de uma

doença incurável e progressiva deveria seu possuidor ser trancafiado em manicômio (FÁBREGAS & CALAFAT, 1978: 76).

O desenvolvimento, ideologização e materialização deste paradigma psiquiátrico promoveu uma invasão constante no terreno da conduta humana, psiquiatrizando em ritmo crescente as diversas esferas das relações sociais concretas (familiar, escolar, comunitária, laboral, etc).

1.2 - Antítese Despsiquiatrizante

O avanço da *Psiquiatrização do Social* começa a encontrar resistência a partir dos estudos socio-históricos da loucura, da psiquiatria e dos ‘desviantes’, entre o final da década de 50 e o início da década de 60¹⁰ (Foucault, Bastide, Goffman, Castel, Dörner, dentre outros), bem como a partir das teorias e práticas da Antipsiquiatria.

A Antipsiquiatria¹¹ estabeleceu-se como um movimento teórico e prático no interior da própria Psiquiatria. Os diferentes matizes do movimento interseccionam-se quanto à crítica, em aspectos distintos, de situações e ideologias da Psiquiatria Clássica. FÁFREGAS & CALAFAT (1978: 95-120), desde um ponto de vista tático-ideológico, distinguem três correntes antipsiquiátricas: (1) Dinâmico-Existencial; (2) Político-Social; e (3) Ético-Sociológica.

1- A primeira corrente destacada, chamada de corrente Dinâmico-Existencial, foi desenvolvida por R. D. Laing e seus colaboradores D. Cooper e A. Esterson, na Inglaterra, no final dos anos 50 início dos anos 60.

2- A vertente Ético-Sociológica tem como sua maior expressão o psiquiatra norte-americano Thomas S. Szasz, cujo pensamento se estrutura em bases sociológicas e éticas.

3- A última corrente antipsiquiátrica destacada por FÁFREGAS & CALAFAT, a vertente Político-Social, de forte tradição marxista, caracteriza-se por pretender aproximar e ligar pólos que freqüentemente aparecem como distantes: o individual e o social. Para os autores desta corrente, a ‘doença’

¹⁰ Houve no começo deste século, no âmbito da literatura, manifestações críticas contundentes contra a *psiquiatrização*, cuja expressão mais significativa é representada por Antonin Artaud.

¹¹ Termo cunhado por David Cooper em “*Psiquiatria e Antipsiquiatria*”, 1967. Em verdade, é um termo ambíguo e que se presta a confusões. No âmbito de nossas discussões, consideraremos como Antipsiquiátrica toda formulação teórico/ prática que se opõe à Psiquiatria Clássica e suas Instituições segregadoras.

deixa de ser uma situação ou produto individual, passando a converter-se em fruto das contradições internas do sistema social em que surgem. Assim, estabelecem como sinônimos da ‘alienação mental’, a ‘alienação social’, a ‘alienação política’ e a ‘alienação econômica’. Dentro da corrente Político-Social os autores destacam as contribuições de Cooper (Inglaterra), Basaglia (Itália), Deleuze e Guattari (França), e também as experiências do SPK alemão (*Socialistisches Patientem Kollektiv*) e do *Radical Therapist* americano. Mais adiante retornaremos a estas contribuições (particularmente às que tiveram repercussões no Brasil) para destacarmos suas vertentes temáticas.

Tanto nos Estados Unidos como na Europa, impulsionados pelo intuito de renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, liberando-a de suas funções de controle social, coação e segregação, foi empreendido um conjunto de reformas que muitas vezes significou transformações em vários aspectos nos sistemas de ‘saúde mental’. Preocupados com o deslocamento do centro de atendimento ao ‘doente mental’ do Manicômio para serviços localizados no seio das comunidades, criaram-se redes assistenciais alternativas (Psiquiatria Comunitária, Psiquiatria de Setor, Centros Comunitários de Saúde, etc.). Longe da superação da *psiquiatrização*, estas reformas representaram, em muitos casos, sistemas paralelos ao Manicômio, que permaneceu hegemônico. Pode-se mesmo dizer que produziram certa desospitalização¹², ou seja, um deslocamento do Hospital Psiquiátrico do centro para a periferia do sistema de atenção à ‘saúde mental’, mantendo o paradigma psiquiátrico clássico.

Sintetizando este processo, nos termos em que propõe BERTOLINO (1991), tem-se os seguintes momentos: (1) *tese psiquiatrizante*, compreendendo o conjunto teórico e prático que define a ‘doença mental’ como um processo mórbido e

¹² Há que se excetuar as experiências italianas, já que a Reforma Psiquiátrica empreendida na Itália buscou romper as barreiras da desospitalização partindo para a ‘desinstitucionalização’, tendo iniciado um processo de desmonte desde aparatos discursivos até legislativos e administrativos referentes à ‘doença mental’. Contudo, em termos teóricos/práticos até o momento não rompeu as barreiras da simples desospitalização Ver Rotelli, F. *Desinstitucionalização*. Hucitec, 1990.

progressivo de origem orgânica ou mental que ataca o indivíduo, deslocando-o da natureza humana, ‘doença’ esta identificada a partir da observação meticulosa dos comportamentos ‘desviantes’, e que por representar perigo tanto para seu portador como para sociedade, devem os identificados ser internados e tratados em Hospitais próprios, ainda que contra sua vontade; (2) a sua negação, *antítese despsiquiatrizante*, constituída pelas críticas e proposições alternativas à *tese psiquiatrizante*, que de forma variada questionam a existência da ‘doença mental’ nos termos propostos pela tese que negam, criticam a Instituição Psiquiátrica e sua função política (controle, segregação e violência), identificam nos processos de ‘sofrimento psíquico’ uma alienação político-social-existencial do indivíduo de modo a não justificar a ruptura entre sanidade/insanidade, normal/patológico, e propõem alternativas práticas no sentido de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, superando o ciclo de violência, exclusão e segregação; (3) a possibilidade da emergência da *síntese pós-psiquiatrizante*, definida como a direção para o qual o processo tende, onde *tese* e *antítese* seriam assimiladas por uma racionalidade e prática mais abrangente. Quer dizer, a *síntese* como um *por-vir* não se constituiria do triunfo de um ou outro pólo da contradição, mas do ultrapassamento dialético de ambos.

1.3 - Processo Brasileiro: Contradição Dialética entre Tese Psiquiatrizante e Antítese Despsiquiatrizante

A gênese da *Psiquiatrização do Social* no Brasil encontra suas raízes na primeira metade do século XIX. Tal como nos países europeus do século XVII, os mendigos, ‘loucos’, órfãos, desocupados, etc., são recolhidos sob a ótica do binômio ordem-segurança, na Santa Casa de Misericórdia, na sede do Império (Rio de Janeiro). De acordo com RESENDE (1990: 30-34), ainda que semelhante, a gênese do processo de *psiquiatrização do social* brasileiro no século XIX difere do processo europeu de dois séculos antes. Se para este último a ruptura da ordem feudal e a emergência do capitalismo mercantil determinam as circunstâncias do seqüestro daqueles que ameaçavam a ‘nova ordem’, no primeiro, o nascimento das instituições segregadoras era contemporâneo da sociedade rural pré-capitalista.

Fundada no trabalho escravo, a economia brasileira neste período restringe o campo de ação dos homens livres, como também consubstancia o estigma de que ‘aquele que não trabalha é um ser indigno’. Isto cria as condições para o surgimento crescente dos ‘vadios’ (homens livres e não-proprietários, que circulam pela cidade) que, por ameaçar a ordem social são recolhidos. Seria, para repetir RESENDE (1990: 35), o ‘*grande enclausuramento*’ brasileiro. Os loucos que, como na Europa Medieval, gozavam de certa tolerância social, também são varridos das ruas em nome da manutenção da ordem. Assim como lá, o tratamento com respeito a estes é diferente. Sob os cuidados de religiosas, eles são amontoados nos porões da Santa Casa, à mercê de guardas e carcereiros. Vítimas de profundos maus tratos, morrem aos montes, por desnutrição e doenças infecciosas.

A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, produzindo em 1830 um diagnóstico da situação do louco na cidade, defere profundas críticas ao Hospital Santa Casa de Misericórdia, propondo a criação de um espaço especial para o tratamento do alienado. O núcleo básico da argumentação dos médicos é que o Hospital não cura: retira o louco do convívio social em razão do perigo, porém é

incapaz de atingir a loucura. Além disso, o louco não é considerado ‘doente’, não recebe tratamento físico e moral condizente com sua ‘doença’, não existe repartição espacial dos doentes em espécie, não existe médico especial, e não há condições higiênicas (MACHADO et al, 1978: 423-424).

Este movimento da Medicina marca, segundo Amarante (1994: 74), o início do processo de medicalização da loucura no Brasil¹³, processo em que a loucura passa a ser considerada uma ‘doença especial’ que necessita de tratamento em espaço especial.

As críticas médicas e o apoio e mediação de José Clemente Pereira (provedor da Santa Casa de Misericórdia e Ministro da Guerra) levaram à criação do Hospício Pedro II, inaugurado no Rio de Janeiro em 1852. Espaço destinado privativamente para tratamento de alienados, o Pedro II, ainda sob direção das religiosas, é a objetivação embrionária da institucionalização da Psiquiatria no Brasil.

Os médicos apoiaram a criação do Pedro II por ser um espaço destinado ao tratamento do louco. Contudo, pouco a pouco foram surgindo críticas, uma vez que a Medicina não ocupava o lugar central no controle da loucura. A reivindicação de centralização do poder médico referia-se tanto aos internos quanto ao pessoal administrativo. O Hospício, ainda não assimilado como espaço de cura, era frontal e publicamente atacado pelos médicos. Teixeira Brandão, o principal articulador da ofensiva médica no período próximo à Proclamação da República, argumentava que a situação do Pedro II era marcada pelo monopólio de poder e de informações por parte das religiosas, pelo uso da força física na relação dos enfermeiros com os alienados e pelo conluio entre religiosas e enfermeiros contra os médicos (MACHADO et al, 1978: 461). As críticas dos médicos não estavam dirigidas ao asilo em si mesmo. Inspirados pela Psiquiatria Francesa, eles se articulavam no

¹³ Convém notar que não existe um corpo psiquiátrico brasileiro constituído neste período. As primeiras contribuições teóricas sobre alienação mental no Brasil apresentam-se como exercício de cunho universitário, escolar e burocrático, não refletem uma prática existente. Fortemente influenciadas pela Psiquiatria Francesa, em particular pela produção de Esquirol, tematizam as problemáticas próprias daqueles autores. Neste primeiro momento, tais contribuições teóricas apresentam-se como mera repetição do saber estrangeiro (ver Machado et al op cit: 382-409).

sentido de promover o fortalecimento do Hospício como peça fundamental, seja como espaço terapêutico, seja como local da produção do saber psiquiátrico, seja para a hegemonização da Medicina no campo da loucura.

Com a Proclamação da República o Pedro II sai do controle da Igreja e transforma-se no Hospital Nacional de Alienados, sendo dirigido por Teixeira Brandão¹⁴, seguidor das idéias da Psiquiatria Francesa. Sua gestão, de acordo com AMARANTE (1994: 76) é caracterizada pela expansão dos asilos e pela sistematização do espaço de formação dos profissionais para a especialidade. A Psiquiatria, mediada pelos hospícios, universidades e Estado, produz e amplia seu corpo de conhecimentos e se estabelece no Brasil como único conhecimento válido sobre a loucura (SANTOS, 1994: 32).

Juliano Moreira, substituto de Brandão na Assistência Médico-Legal aos Alienados e vinculado à tradição organicista alemã¹⁵, continua o processo de expansão asilar¹⁶ de seu antecessor. A perspectiva alemã introduzida por Juliano desenvolve a discussão etiológica biologicista no Brasil, que passa a tematizar não apenas a origem da ‘doença mental’, como também o desenvolvimento de uma nosologia voltada a fatores e aspectos étnicos, políticos e éticos (AMARANTE, 1994: 77-78). Gustavo Riedel funda, em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental. Suas proposições constituem “*um programa de intervenção no espaço social, com características marcadamente eugenistas, [...] xenófobas, antiliberais e racistas*” (ibid: 78). Buscavam o aprimoramento da ‘raça brasileira’, procurando criar um indivíduo ‘mentalmente’ são: branco, racista, xenófobo, puritano, chauvinista e antiliberal (MACEDO, cit por SANTOS, 1994: 39).

¹⁴ Considerado o Pinel brasileiro, Teixeira Brandão assume também a direção da Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República, criada um mês depois da reforma do Pedro II.

¹⁵ Juliano Moreira permanecerá no cargo por 27 anos (1903-1930), sendo posteriormente destituído pelo governo provisório de Getúlio Vargas.

¹⁶ Trata-se do modelo de Hospitais Colônia na assistência à loucura. O *ethos* do trabalho, um dos elementos articuladores da sociedade capitalista brasileira emergente, passa a ocupar o *locus* central da ação terapêutica nos Hospitais Colônia, e é também absorvido como baliza demarcatória dos limites entre normal e anormal.

A hegemonia dos princípios organicistas na *praxis* psiquiátrica encontra resistência com a penetração do saber psicanalítico através de Franco da Rocha em 1919, e posteriormente com Durval Marcondes.

O entusiasmo psiquiátrico cresce nos anos 30 em função das novas técnicas terapêuticas: choque insulínico, choque elétrico, lobotomia, etc. Também é produzido durante a Nova República o decreto 24.559/1934, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência à pessoa e aos bens dos psicopatas, bem como a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Este decreto constitui a mais ampla lei sobre ‘doença mental’ já criada no Brasil. Inicia-se neste período uma política sistemática de criação de Manicômios Estaduais fundado no modelo das Colônias Agrícolas de inspiração germânica. Tais Instituições irão ditar toda a política do setor nos Estados e constituir-se-ão nos principais e únicos centros de formação técnica e profissional (DELGADO, 1992: 46).

Os anos 50 vão assistir, por um lado, a um novo surto entusiástico da Psiquiatria com o aparecimento dos psicofármacos¹⁷, e por outro, a continuação da política de implantação dos Manicômios Estaduais Públicos e a criação dos estabelecimentos privados.

A unificação dos Institutos de Aposentadoria e a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), garantindo a assistência psiquiátrica não apenas nos hospitais públicos como nos privados, engendrará nos anos 60 o nascimento da *mercantilização da loucura*, ou se preferir, da *industria da loucura*: o Estado ao comprar os serviços psiquiátricos privados, cria as condições para a transformação da loucura em mercadoria. Com isto aumenta rápida e desordenadamente a oferta de leitos psiquiátricos nas grandes cidades¹⁸.

¹⁷ A introdução dos psicofármacos reforça, à época, a perspectiva organicista de que as perturbações psiquiátricas são doenças médicas, curáveis com medicamentos específicos.

¹⁸ Este fato será responsável pela explosão das internações em Hospitais Psiquiátricos no país. As internações chegaram, num espaço de 20 anos, a crescer 213%, enquanto que a população aumentou 82%, no mesmo período (SANTOS, 1994: 59).

Por outro lado, as perspectivas das Psiquiatrias Preventivista¹⁹ e Comunitária, presentes no Brasil desde o final dos anos 50, ganham novo impulso a partir do lançamento do ‘Programa Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos’ em 1963, pelo então Presidente John F. Kennedy. As Psiquiatrias Preventivista e Comunitária sintetizam um deslocamento radical do objeto da Psiquiatria (BIRMAN & COSTA, 1994) que tradicionalmente se centrava nas enfermidades mentais. Elas passam a privilegiar a saúde mental, entendida neste contexto teórico, como adaptação social. A relação saúde-doença fica polarizada em termos de adaptação e desadaptação social. O enfoque central, neste caso, não é curar, mas impedir que a doença apareça.

No campo da assistência, as Psiquiatrias Preventivista e Comunitária se opõem ao modelo asilar, propondo rede de atendimento extra hospitalar, como ambulatorios, hospitais-dia, etc. Mesmo sendo os princípios preventivistas e comunitaristas assumidos como discurso oficial do Estado, o número de asilados cresce vertiginosamente (particularmente nos hospitais privados) nas décadas de 60 e 70, chegando a representar, em 1978, entre 90-95% dos gastos do INAMPS -antigo INPS (SANTOS, 1994: 69).

O modelo preventivista/comunitário, influente no Brasil até os anos 80, amplia os horizontes da ação psiquiátrica, uma vez que expande seu poder normatizador para além dos muros dos asilos, alcançando o tecido social. Constitue uma...

[...] forma abusiva de psiquiatrização da vida social, com o nome de promoção de saúde mental, já que a doença ou sua ameaça torna-se caracterizada como desadaptação social ou negativismo social. A terapêutica ou a promoção da saúde torna-se idêntica à realização de práticas de ajustamento social. (BIRMAN & COSTA, 1994: 59)

As tentativas de racionalização da assistência psiquiátrica (ancoradas na Psiquiatria Preventivista), que pretendiam a diminuição das internações, ocuparam

¹⁹ SILVA FILHO (1987: 98) define a Psiquiatria Preventivista como: “apanhado genérico de noções de saúde pública, de teorias psicológicas desenvolvidas por psicanalistas americanos e de estudos de higiene mental realizados por especialistas do exército norte-americano. Da saúde pública vêm as noções de ‘história natural das doenças’ e prevenção primária, secundária e terciária. Da psicologia americana a noção de ‘crises vitais’ (evolutivas e acidentais) e do exército americano a noção de que os indivíduos devem se adaptar ‘ativa e realisticamente’ às dificuldades e circunstâncias situacionais com relação às quais a ‘doença mental’ representa uma tentativa de fuga e escape”.

o centro das discussões e ações no campo da saúde mental na década de 70, sem entretanto produzir redução nas elevadas taxas de internação.

No final dos anos 70 início dos 80 começa a se expressar com maior significância a *antítese despsiquiatrizante*. É quando a questão da ‘cidadania do louco’ ocupa lugar central. No bojo do processo de redemocratização do país, em um contexto de profunda crise no sistema de saúde, e pressionado pelo Movimento de Reforma Sanitária o Ministério da Saúde convoca, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Realizada com a participação não apenas dos burocratas do Estado e técnicos convidados, tal como nas outras, esta Conferência se destaca pela participação de diversos segmentos da sociedade, deliberando sobre uma série de resoluções quanto a questão da saúde no país, e elaborando um conjunto de recomendações para a Constituinte que se realizaria em 1987²⁰. Como princípios norteadores da formulação e gestão das políticas de saúde, a 8ª CNS propõe, dentre outras coisas, a descentralização, integralização das ações, superando a dicotomia preventivo/curativo, a participação de setores representativos da sociedade, e o fortalecimento do papel dos municípios. Tais princípios influenciarão as deliberações da Assembléia Nacional Constituinte, como por exemplo a criação do Sistema Integrado de Saúde (Sistema Único de Saúde - SUS).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1987, emerge como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Também dela participam, além de diversas categorias de profissionais em Saúde Mental, múltiplos segmentos sociais, como partidos políticos, entidades religiosas, instituições privadas, associações de usuários, etc. As propostas da Conferência giram em torno da reversão do modelo Hospitalar Custodial, para um modelo Extra-hospitalar e multiprofissional, redução progressiva dos leitos psiquiátricos existentes, substituindo-os por leitos em Hospitais Gerais, proibição da construção de novos Hospitais Psiquiátricos tradicionais, implantação de programas de recuperação da

²⁰ Nos anos que antecederam a Constituinte, vários eventos foram realizados tomando como ponto central a questão da ‘cidadania do louco’. Os objetivos destes encontros tinham em vista a Reformulação Legislativa da Assistência Psiquiátrica no Brasil.

população cronificada, e implantação de recursos alternativos aos asilares (Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, 1987: 12).

O ano de 1987 é marcado também pela decisão do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (articulado desde finais da década de 70) em se assumir como Movimento Social e lançarem o lema *‘Por uma Sociedade sem Manicômios’*, remetendo para a Sociedade a discussão sobre a loucura, a ‘doença mental’, a Psiquiatria e os Manicômios.

No final de 1990, convocada pela Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde, realizou-se em Caracas a Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina. Os resultados desta conferência, publicada sob o título *‘Declaração de Caracas’*, influenciam fortemente o processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental que se desenvolve no Brasil. Suas principais recomendações situam-se fundamentalmente em reformas institucionais, abordando questões relativas aos direitos humanos, civis e políticos dos ‘doentes mentais’, diretrizes para propositura de alterações legislativas referentes ao tema, e diretrizes relativas às transformações no modelo de tratamento centrado no manicômio.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no final de 1992, em clima de inquietação em face das possíveis alterações na relação entre o Estado e a Sociedade anunciados pela revisão constitucional de 1993, basicamente reafirma as deliberações da I Conferência, e propõe que o dia 18 de maio passe a constar no calendário oficial como o *‘Dia Nacional da Luta por uma Sociedade sem Manicômios’*.

A década de oitenta marca, portanto, por um lado, o desenvolvimento de variadas iniciativas práticas que visam o resgate da cidadania do ‘sofredor psíquico’ e a humanização do tratamento, e por outro, uma crescente produção teórica que se ocupa das diversas facetas da problemática em tela, em particular a produção acadêmica, marcada pela pluralidade temática, epistemológica e disciplinar. O

conjunto destas iniciativas abrigar-se-á no termo ‘Reforma Psiquiátrica’. O termo não se reduz apenas a designar reformas no aparato assistencial do Estado (como o projeto de lei 3657/89 do Deputado Federal Paulo Delgado, apresentado em 1989²¹; e a pulverização em diversos Estados e Municípios brasileiros de projetos de legislação reformista, em moldes semelhantes ao projeto de Lei Federal 3657/89), mas pretende expressar a totalidade de um processo político e social que ...

[...] implica simultaneamente forças e instituições sociais de origem diversa, incidindo sobre territórios heterogêneos, como as disciplinas universitárias, o imaginário social, a opinião pública, o mercado de serviços de saúde, as corporações profissionais, neoformações corporativas - como grupo de familiares de pacientes - governos municipais, estaduais e federais, partidos políticos e outras. (DELGADO, 1992:44)

É este processo de ‘Reforma Psiquiátrica’, (como um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas da *tese psiquiatrizante*, envolvendo amplos setores sociais) ora avançando ora recuando, que demarca a problemática da *Psiquiatrização/Despsiquiatrização do Social* no Brasil nos anos 80 e 90. A existência de inúmeros Hospitais Psiquiátricos e a vigência de dispositivos legais que negam o gozo pleno de todos os direitos aos ‘loucos de todo gênero’²², ao lado de iniciativas teóricas, práticas, políticas e legislativas que lutam pela superação do ciclo de reprodução da violência e segregação psiquiátricas no Brasil, delineia um contorno onde *tese psiquiatrizante e antítese despsiquiatrizante* confrontam-se dialeticamente.

²¹ O projeto de Lei 3657/89 que, dentre outras, coisas propõe a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais, continua, até o momento da conclusão desta pesquisa, após dez anos de sua propositura, em processo de decisão no Congresso Nacional.

²² Expressão usada no Art. 5º inciso II do Código Civil Brasileiro, e corroborada pelo Decreto Lei nº 24.559 de 3 de julho de 1934, que dispõe sobre a Assistência e Proteção à Pessoa e aos Bens dos Psicopatas (Decreto até este momento em vigência).

1.4 – Referências Bibliográficas

- AMARANTE, PAULO. Asilos, Alienados e Alienistas: pequena História da Psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994.
- BERTOLINO, P. **Epistemologia da Doença Mental. Palestra Ministrada Na Universidade Federal de Santa Catarina**. 1991.
- _____. **Entrevistas relativas às noções de Tese Psiquizante, Antítese Despsiquizante e Síntese Pós-psiquizante**, 1997/1998.
- BIRMAN, J. & COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994.
- BOSSEUR, Chantal. **Introdução à Antipsiquiatria**. Rio de Janeiro : Zahar, 1976.
- CASTEL, Robert. **El Orden Psiquiátrico**. Madrid : La Piqueta, 1980.
- I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório Final**. 25-28 jun. 1987. **Brasília, Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1988**.
- II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório Final**. Brasília 1-4 dez. 1992.
- CONFERÊNCIA SOBRE A REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA NA AMERICA LATINA. **Relatório Final**. Organização Panamericana de Saúde. 11-14 NOV. 1990.
- DÖRNER, Klaus. **Ciudadanos y Locos**. Madrid : Taurus, 1974.
- DURO, Enrique G. Loucura Sociedade e Psiquiatria. In: FÁBREGAS, J.L.; CALAFAT, A. **Política da Psiquiatria**. Lisboa : Moraes, 1978.
- FÁBREGAS, J.L.; CALAFAT, A. **Política da Psiquiatria**. Lisboa : Moraes, 1978
- FOUCAULT, Michel. Los soldados del Orden. In: CASTEL, Robert. **El Orden Psiquiátrico**. Madrid : La Piqueta, 1980. pp 8-11.
- _____. **História da Loucura na Idade Clássica**. [1961] 2.ed. São Paulo : Perspectiva, 1987.
- GOFFMAN, ERVING. Manicômios, Prisões e Conventos. [1961] São Paulo : Perspectiva, 1974.
- MACHADO, R. et al. **Danação da Norma: Medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro : Graal, 1978.
- ROTELLI, Franco. **Desinstitucionalização**. São Paulo : HUCITEC, 1990.
- SANTOS, Nelson Garcia. **Do Hospício à Comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental**. Florianópolis : Letras Contemporâneas, 1994.
- SERRANO, Alan Indio. **O que é Psiquiatria Alternativa**. 2. ed. São Paulo : Brasiliense, 1982.
- SILVA FILHO, J. F. A Medicina, a Psiquiatria e a Doença Mental. In: COSTA, N. R. & TUNDIS, S. A. (Org.). **Cidadania e Loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.
- SZASZ, Thomas. **Ideologia e Doença Mental**. [1970] 2. ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1980.
- _____. **A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o Movimento de Saúde Mental**. [1971]. 3. ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1984.
- _____. **Cruel compaixão**. São Paulo : Papyrus, 1994.

- _____. **Esquizofrenia o Mito Sagrado da Psiquiatria.** [1976]. Rio de Janeiro : Zahar, 1978.
- _____. **O Mito da Doença Mental.** [1974]. Rio de Janeiro : Zahar, 1979.

CAPÍTULO II - Construção da Grade Analítica

2 - Construção da Grade Analítica

2.1- Metodologia

A tentativa heurística de pôr em relevo a objetivação da dialética *psiquiatriação/despsiquiatriação do social*, no perfil relativo às produções acadêmicas nacionais, gerou a necessidade metodológica de uma clara operacionalização dos conceitos **psiquiatriação** e **despsiquiatriação**, em face da qual se pudesse distinguir os estudos de *tendência psiquiatrizante* dos de *tendência despsiquiatrizante*. Dito em outras palavras, o esforço de constituição de uma **grade analítica**, como instrumento de categorização, se impôs frente à questão da tendência que a produção acadêmica nacional aponta, quando cortada transversalmente pela ótica da *psiquiatriação/despsiquiatriação do social*.

O elemento estruturante básico da **grade analítica** proposto, emergiu da própria estrutura básica do fenômeno em estudo: um fenômeno dialético. Neste caso, parte-se, conforme referido anteriormente, de que as proposições/ações despsiquiatrizantes (*antítese despsiquiatrizante*) encontram suas condições de possibilidade exatamente naquilo que negam (*tese psiquiatrizante*). Em resumo, todas as proposições/ações *despsiquiatrizantes* pressupõem (e emergem de) um elemento *psiquiatrizante* que negam. Deste modo, as negações, que revelam por contradição as afirmações negadas, forneceram a base de construção dos indicadores de *despsiquiatriação*, e por conseguinte, os de *psiquiatriação*.

Um segundo elemento estruturante resultou da objetivação histórica em termos geopolíticos. Cronologicamente, os processos europeu e americano de negação da *psiquiatriação*, antecederam e influenciaram o processo brasileiro, o que uma rápida revisão histórica pode confirmar. Contudo, isto não é o mesmo que dizer que ambos os processos causaram ou determinaram o processo brasileiro. Eles apenas

tiveram função no campo de possibilidades brasileiro, ou seja, campo de possibilidades aqui definido como um *não-ser* que somente pode *vir-a-ser* pela *praxis* de quem o realiza. É deste modo que a realidade brasileira não pode ser diluída em nenhuma outra, ainda que de um ponto de vista mais totalizante, ela (a realidade brasileira) revela-se como uma singularidade na universalidade do fenômeno que aqui se ocupa.

A partir destes dois elementos estruturantes, procedemos à revisão teórico/prática dos movimentos europeu e americano mais destacados pela literatura especializada, objetivando identificar seus núcleos temáticos, através dos quais foram construídos os indicadores de *psiquiatria* e de *despsiquiatria*. A identificação destes núcleos temáticos possibilitou, por outro lado, a compreensão da relação de função entre a produção nacional e a produção internacional (de *tendência despsiquiatrizante*). A revisão da literatura referente aos movimentos europeu e americano revelou uma riqueza e diversidade, das quais se destacou como mais representativas, as produções de Thomas Szasz (americano), Erving Goffman (americano), Franco Basaglia e equipe (italianos), Michel Foucault (francês), Deleuze e Guattari (franceses), além de Ronald Laing, David Cooper e equipe (britânicos).

Objetivando a depuração do instrumento de análise, duas providências metodológicas foram tomadas. A primeira foi verificar possíveis redundâncias entre as expressões destacadas, e a segunda foi realizar uma pré-análise dos dados, a fim de preliminarmente observar o ‘grau’ de penetração das mesmas, nas produções acadêmicas nacionais. A constatação de que as preocupações de Foucault estavam, em boa parte, presentes nas produções italianas, e as de Goffman claramente presentes tanto nas produções de Szasz como nas de Basaglia e equipe, subsidiou a decisão metodológica de não incluí-los na **grade analítica**. A complexidade das temáticas de Deleuze e Guattari, o tempo disponível para a realização da pesquisa, como também a tímida presença de ambos, observada na pré-análise dos dados, instrumentalizaram a decisão de não incluir essa importante expressão do movimento francês no campo constitutivo da **grade analítica**.

Estabelecemos, portanto, três vertentes para compor a **grade analítica**, denominadas, para efeitos de identificação, como: *Vertente Britânica* (Laing, Cooper e equipe), *Vertente Italiana* (Basaglia e equipe), e *Vertente Americana* (Szasz)²³. Será exposto a seguir cada uma delas, advertindo-se, porém, que não se trata de exposição exaustiva do pensamento dos autores, o que demandaria outro recurso metodológico. Centrada em obras nucleares, e em obras paralelas a respeito dos mesmos, a exposição objetiva apenas indicar, o mais ordenadamente possível, a origem e o horizonte dos temas que engendraram os indicadores de *psiquiatrização* e de *despsiquiatrização*. Ao final da exposição de cada vertente, aparecerá um quadro contendo as principais teses e propostas de ação encontradas. Posteriormente, expor-se-á a elaboração do cotejamento realizado entre as três vertentes (destacando-lhes o trânsito disciplinar, bem como convergências e diversificações nas temáticas). Tal elaboração subsidiou o terceiro elemento estruturante da **grade analítica**. Por fim, apresentar-se-á a **grade analítica** propriamente dita.

²³ A referencia a ‘Italianos’, ‘Britânicos’ e ‘Americanos’, é utilizada apenas como designação das vertentes descritas. O que não é o mesmo que dizer que tais vertentes sejam unanimidades em seus países de origem.

2.2 - Subsídios Para a Construção da Ferramenta de Análise

2.2.1 - Vertente Britânica

A *Vertente* que aqui se designou de *Britânica*, foi desenvolvida por Laing, Cooper, Esterson (fundamentalmente) e outros, na Inglaterra, a partir do final da década de 50. Não se pode, sem incorrer em erro, afirmar que a produção do grupo possa ser entendida como um corpo teórico único e homogêneo, porém, guardadas as distinções singulares entre os autores britânicos, poder-se-ia afirmar que praticamente tematizam de modo muito semelhante, e em cooperação, a maior parte de suas contribuições. Isto nos permite, em certo sentido, tratá-los como uma unidade. Convém apontar também, que se trata de um grupo de psiquiatras que desenvolveram suas pesquisas como médicos psiquiatras, atuando em Hospitais Psiquiátricos e em Comunidades terapêuticas.

De acordo com FÁBREGAS & CALAFAT (1978: 95) as produções teóricas de Laing e equipe estão ancoradas em quatro segmentos: no campo psiquiátrico absorvem contribuições de Freud, M. Klein, Biswanger e Jung. Kierkgaard, Jasper, Heidegger, Sartre e Tillich sustentam suas raízes filosóficas. No campo sociológico buscam contribuições, por um lado, em Marx, e por outro, nos americanos Goffman, Scheff e Levinson dentre outros. Por fim, nutrem-se dos trabalhos de Bateson e Watzlawick no campo da comunicação humana.

Já em '*O Eu Dividido*' (1960), sua primeira publicação, cuja redação foi concluída em 1957, LAING antes de tratar do sujeito 'esquizofrênico', dedica-se a comparar o *approach* da Psiquiatria Clássica e da psicopatologia com o *approach* fenomenológico-existencial, declarando este último como mais apropriado à realidade humana. Destaca a inconveniência e o equívoco dos primeiros, quando

recortam a pessoa de seu contexto de relações, considerando-a como objeto (coisa). A crítica epistemológica ali empreendida, segue no horizonte da crítica que a fenomenologia, apropriada pela sociologia e psicologia, defere contra a plataforma epistemológica positivista, reivindicando os direitos da subjetividade em oposição à objetividade (no sentido de coisificar), o que em termos epistemológicos é expresso na oposição entre explicar (próprio aos objetos físicos-naturais) e compreender (próprio à realidade humana). Posteriormente, enriquecidas com a Fenomenologia Existencialista Dialética de Sartre, as reflexões epistemológicas dos autores articulam, de maneira não dicotômica, subjetividade/objetividade, singular/universal e estrutura/história. Deste modo discutem, a um só tempo, uma Antropologia estrutural e histórica, bem como uma Epistemologia Fenomenológica e Dialética (apropriada ao ser dialético, que é o homem).

O epicentro crítico dirige-se ao modo como a Psiquiatria Clássica perde o sujeito, ao procurar em seu organismo as causas de uma suposta doença, presumida a partir de comportamentos desviantes (sintomas) que o sujeito tido como doente apresenta²⁴. Em resumo, o *approach* Psiquiátrico Clássico pressupõe que uma vez que esteja lidando com uma ‘doença’, existem sintomas que podem ser observados na pessoa-objeto (coisa). Estes sintomas indicam um diagnóstico que incorre em prognóstico e tratamento. Contudo, o diagnóstico precisa, por sua vez, de uma causa, e aqui as opiniões divergem, mesmo que desprovidas de evidências empíricas: oscilam desde anormalidades bioquímicas, infecção virótica, defeito natural do cérebro, constituição genética, até causação psicológica (COOPER, 1989: 16).

Aprofundando suas reflexões Epistemológicas, argumentam que a metodologia de compreensão das Ciências Antropológicas deve diferir das Ciências da Natureza em razão do *status ontológico* de seus objetos (COOPER. *ibid*: 19). A solução proposta, encontra suas bases na distinção entre duas racionalidades distintas, cada

²⁴ A Psicopatologia encarna o mesmo equívoco, uma vez que seu arcabouço conceitual tem um “*modo de funcionar análogo àquele em que funciona um organismo sadio e um meio de funcionar análogo ao do organismo fisicamente doente*” (LAING, 1978: 23).

qual adequada a seu campo de realidade²⁵: a *racionalidade analítica* e a *racionalidade dialética*.

A racionalidade analítica é definida por COOPER como...

[...] uma lógica da exterioridade, de acordo com a qual a verdade reside, conforme certos critérios, em proposições formadas fora da realidade às quais se referem. O modelo epistemológico é aqui caracterizado por uma passividade dual: o sistema observado é passivo com respeito ao observador [...]; o observador é passivo com relação ao sistema que observa; a atividade, que ele parece manifestar, é limitada ao rearranjo conceitual dos fatos, que são registrados nele a partir de fora, e as inferências que faz destes fatos. (id. *ibid*: 21).

Este tipo de racionalidade é apropriado às ciências da natureza, onde os objetos são totalidades inertes, isto é, algo completo, que por conseguinte, pode ser apreendido como um todo. Tais objetos ‘obedecem’ a um determinismo do tipo mecanicista, ou se preferir, suas regularidades podem ser expressas desta maneira. A realidade humana, ao contrário, por ser um perpétuo movimento, a *totalização* constitui seu modo de ser, e assim, não poderia ser apreendida por um método que a paralisasse.

A *totalização* pertence à *razão dialética*, opõe-se, pelo seu dinamismo, à totalidade, que é da ordem da *razão analítica*. A totalidade é acabada, descontínua e estática, enquanto que a *totalização* é um perpétuo devir (BOSSEUR, 1976: 41). A *racionalidade dialética*, dirá COOPER (1989: 23), é concreta, um método de conhecimento que permite apreender “estruturas inteligíveis em sua inteligibilidade”, no seio de um movimento concreto sempre em curso de totalização-destotalização-retotalização. Por conseguinte, a dialética não é apenas um princípio epistemológico, como também um princípio antropológico, quer dizer, refere-se a um setor da realidade que é, em seu modo de ser, dialético. Trata-se, portanto, de um método de conhecer e de um movimento do objeto. Este movimento, ao contrário dos objetos estudados pelas disciplinas científico-naturais, não é um processo inerte, mas uma

²⁵ Esta distinção foi produzida por Sartre (Crítica de la Razón Dialéctica, [1960] 1995).

praxis, ou seja, uma atividade totalizante. Em suma, a dialética refere-se a duas atividades totalizantes, onde duas formas de unificação estão relacionadas:

[...] a unificação unificante (o ato de conhecer) e a unificação unificada (o objeto conhecido). A ação humana, a interação e seus produtos sociais são inteligíveis, se pudermos seguir nelas um padrão de síntese de uma multiplicidade dentro de um todo. Se formos capazes de dar um passo adiante e vincular a *praxis* (atos de um indivíduo ou grupo) a uma intenção de um indivíduo ou grupo, então teremos descoberto a *compreensividade da praxis*. Se, todavia, através da alienação, o ato vem se divorciar da intenção, poderemos ainda descobrir a inteligibilidade do ato, embora seja incompreensível. (COOPER, 1989: 24).

A Psiquiatria Clássica mediada pela *razão analítica* exclui, por definição, qualquer compreensão das relações de interioridade entre as pessoas, arranca o sujeito de seu contexto, reduzindo-o a uma entidade individual, constituída por meio de fatores exteriores a ele como pessoa. Dito em outras palavras, reduz o sujeito a um produto inerte de relações mecânicas, sejam elas de natureza glandular, neural, mental, etc.

O exposto até aqui permite destacar que as críticas epistemológicas da *Vertente Britânica* são acompanhadas lado a lado por uma crítica antropológica e metodológica, onde uma está em relação de continuidade com as outras, quer dizer, a crítica epistemológica à Psiquiatria Clássica enraíza-se no *status* ontológico do ser que estuda: um ser dialético (a realidade humana) exige uma racionalidade dialética para ser conhecido.

Estas considerações fornecem, repetindo COOPER (1989: 26-27), a base de um esquema metateórico e metametodológico para teorias a respeito das relações humanas, desde relações face a face, até o nível mais totalizante que é a História. Tal esquema deve ser *progressivo* e *regressivo*, sintético, bem como analítico²⁶: o ponto de partida são os atos da pessoa que se pretende conhecer. A partir destes atos rastrea-se a intenção ou intenções que estão relacionadas a uma prévia e mais básica escolha do *Eu* (o *projeto de ser*, dirá Sartre). Esta apresentação

²⁶ Este esquema também foi desenvolvido por Sartre (Crítica de la Razón Dialáctica, [1960] 1995).

do *Eu*, que é puro fluxo perpetuamente ultrapassando sua perpetua objetivação de si no mundo, é a *dialética constituída*. Após a descrição Fenomenológica deste momento constituído, caminha-se, através de um movimento regressivo, em direção à *dialética constitutiva* (condicionamentos sócio-ambientais, tais como as interações intra e extra familiares, variáveis relacionadas à classe econômica, determinantes sócio-históricas, etc). Em seguida, através de um movimento progressivo, atinge-se a síntese pessoal, a totalização totalizada, quer dizer, a totalização singular da totalização universal condicionante, que está na base da totalização de si. Com isto tem-se objetivada (conhecida objetivamente) a vida da pessoa, ou de algum setor específico de sua vida.

O movimento britânico centrou a maior parte de suas investigações nos classificados de ‘esquizofrênicos’. Tal centralidade é justificada, em primeiro lugar, pelo grande percentual de internações em Hospitais Psiquiátricos sob este ‘rótulo’. E, em segundo, por ser esta a ‘doença modelo’ que sustenta toda a argumentação patológica da Psiquiatria Clássica.

Considerando o corte epistemológico e antropológico em relação à Psiquiatria Clássica, bem como transitando na trilha aberta por Bateson²⁷ em seus estudos sobre ‘esquizofrenia’ e família, os britânicos empreenderam pesquisas que aprofundaram a compreensão dos ‘atos psicóticos’ dos chamados ‘esquizofrênicos’, tornando inteligível o que desde Kraepelin fora tornado ininteligível. A questão que presidiu as pesquisas foi “[...] *em que medida a experiência vivida e o comportamento da pessoa que foi diagnosticada como esquizofrênica são inteligíveis, se os considerarmos sob o ângulo da praxis e do processo de seu vínculo grupal?*” (LAING & ESTERSON, 1980: 24). Os resultados, sempre em ritmo de enriquecimento quanto aos detalhes das interações grupais, apontam que “[...] *as experiências e o comportamento dos esquizofrênicos são socialmente muito mais compreensíveis do*

²⁷ BATESON e a equipe de Palo Alto (1956) na Califórnia, Estados Unidos, haviam desenvolvido, até então, o mais significativo estudo sobre a conexão entre ‘esquizofrenia’ e interações familiares.

que foi suposto pela maioria dos psiquiatras”²⁸ (id. Ibid: 24). É dizer, na medida em que se parte das microssituações para as macrossituações, verifica-se que a aparente irracionalidade do comportamento numa pequena escala, assume certa forma de inteligibilidade quando vista num contexto de relações.

O elemento nuclear da questão está na *transcendência* do indivíduo em relação ao grupo (familiar), isto é, o momento em que a pessoa “faz outra coisa do que foi feito dela” (COOPER, ibid: 27). A família, instituição que promove a mediação entre o indivíduo, os outros grupos (extrafamiliares), a Sociedade e o Estado, engendra o processo de alienação micro e macrossocial. Esta alienação está na base da objetivação de seres acrílicos, esvaziados de interioridade (subjetividade) e produtivos. É ela que engendra o aparecimento de pessoas aptas a se moverem à luz de ‘scripts’ pré-fixados, tão necessários à manutenção da ordem das sociedades produtoras de mercadorias (COOPER, 1980: 26).

Por este ângulo, a ‘esquizofrenia’ alcança sua verdadeira significação no quadro teórico dos autores. Ao invés de uma entidade mórbida que ataca o indivíduo, aparece como uma forma de protesto inábil, já que é invalidado pela família e posteriormente pela Psiquiatria. Mostra-se como sintoma, no sentido de um pedido de socorro, um grito, uma queixa que a pessoa emite quando seu ser-no-mundo se tornou insuportável: daí o porquê de Laing afirmar que “ninguém sofre de esquizofrenia. A pessoa é esquizofrênica”²⁹ (LAING, 1978: 35. Grifos do autor).

²⁸ Esta sociogênese contida nas constatações dos autores, nada tem a ver com as soluções que propõem ser a família a ‘causa’ e o *locus* da ‘esquizofrenia’. Tal solução, frisam os autores, padece do mesmo equívoco que a perspectiva clássica e psicopatológica. O que fazem é migrar o mesmo esquema interpretativo do indivíduo para o grupo: “[...] o indivíduo não é a unidade da doença, mas sim sua família [...]. A família (ou mesmo a sociedade, em maior escala) agora é um tipo de hiperorganismo, com uma fisiologia e patologia que podem ser boas ou doentias” (LAING e ESTERSON, 1980: 21). O grupo, argumentam os britânicos, tal qual a personalidade, é um processo aberto que se movimenta dialeticamente. Não se trata de uma totalidade, mas de um processo de *totalização-destotalização-retotalização*.

²⁹ Laing considera, ainda, a ‘esquizofrenia’ ou a crise psicótica, uma seqüência natural, com princípio meio e fim. Trata-se de uma seqüência de morte-renascimento em que a pessoa que retorna dela tem a impressão de renascer, de renovar-se, de reintegrar-se no mundo. Essa seqüência Laing chama de ‘viagem’. Para ele, toda a Psiquiatria procurou sustar, bloquear este trajeto. Neste caso, a hospitalização e todas as terapêuticas aplicadas (lobotomia, eletrochoque e quimioterapia) tem por finalidade direta e confessada sustar este processo, para que nada mude, tanto micro (família) como macro socialmente (LAING, 1983:59-76).

Como implicação resultante de suas pesquisas, os britânicos não estabelecem ruptura nem oposição entre sanidade e loucura. O pequeno hiato que separa o ‘sadio’ do ‘louco’ está no processo de violência e invalidação a que está submetido o segundo; ‘loucura’ e ‘sanidade’, deste modo, se opõem a uma forma alienada de existência - a que os autores definem como ‘normalidade’. A ‘normalidade’ é encarada, portanto, como “*conformismo a um conjunto de normas sociais mais ou menos arbitrariamente pressupostos*” (COOPER, 1989: 32-34).

As relações concretas entre os ‘normais’ e os ‘loucos’ são marcadas pela violência. Caracterizada pela sutileza e tortuosidade, tal violência não é necessariamente física, mas psíquica. Ela não se deixa apreender facilmente, revela-se nas ações de desqualificação e invalidação do ato autônomo e divergente, iniciada no seio da família e perpetrada pelos agentes da sociedade, particularmente a Psiquiatria:

[...] a família, a fim de se preservar na sua inautêntica maneira de viver, inventa uma doença. Sensível a tais necessidades sociais generalizadas, a ciência médica providenciou uma disciplina especial, a psiquiatria, para conceituar, formalizar e classificar esta doença e fornecer seu tratamento. (COOPER, 1989: 42).

Esta posição põe em relevo que a crítica da *Vertente Britânica* à Psiquiatria Clássica ultrapassa as questões epistemológicas e metodológicas, dirigindo-se ao terreno ético e político, ao desvelar os instrumentos alienantes de manutenção da Ordem (função política primordial da Psiquiatria Clássica). Opondo-se a este papel de ‘agentes da norma’, e enxergando nos ‘atos psicóticos’ uma tentativa de libertação de estruturas alienantes, os autores fundaram, no período entre 1964 e 1970 nos arredores de Londres, vários lares (comunidades terapêuticas) fora do Hospital, destinados a acompanhar as pessoas em seu processo de libertação. Estas iniciativas alternativas foram impulsionadas pela experiência que Cooper havia levado a cabo em 1962 em um Hospital Psiquiátrico (Pavilhão 21), cujos resultados são relatados no livro *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. A articulação daquelas comunidades coadunava-se com a convicção dos autores de que no Hospital

Psiquiátrico tradicional seria impossível o trabalho de acompanhamento da pessoa que se encontra “em viagem”, em termos não repressivos.

As preocupações políticas conduzem os autores, particularmente Cooper, à discussão de processos totalizantes de alcance social mais amplo. Transitando em terreno marxista, Cooper destaca, contudo, a dimensão “*ontológica da infra-estrutura, isto é, a fonte da interação e da interpenetração*” (COOPER apud BOSSEUR, 1976: 85). Dito em outras palavras, o autor tematiza em termos dialéticos e não dicotômicos, as relações entre estruturas objetivas e subjetivas, indivíduo e grupo, relações macro e micro sociais. Neste sentido, os processos descritos sobre as relações de alienação e violência na família apresentam-se como instrumentos de condicionamento ideológico, uma espécie de ‘engrenagem social’ encarregada de reforçar o poder real da classe dominante numa sociedade que tem seus alicerces na exploração.

Cooper (1980: 26) proporrá que antes da revolução mundial seria preciso começar por experiências pré-revolucionárias, em escala micro social. Trata-se de um programa pré-revolucionário para unidades isoladas (indivíduos e comunidades) que se tornariam permanentes após a revolução. Tais formações assumiriam um caráter de “*centros revolucionários de consciência*”, constituídos de grupos não-formais, espontâneos, não-institucionais, agindo independentemente de estruturas burocráticas e formais, cuja finalidade seria preservar a personalidade de cada um e permitir o espaço de *transcendência e reciprocidade* com os outros:

[...] o caráter revolucionário desses grupos assenta na explosão da contradição entre sociedade burguesa que tudo domina, que forma pessoas anônimas, comanda-as, classifica-as em categorias, e aquelas pessoas que, apesar de tudo, querem justamente gritar seu nome e anunciar sua obra em face do mundo. (COOPER, 1980: 55)

A seguir apresenta-se um quadro contendo as principais teses e propostas da *Vetente Britânica*, elaborado com base nas temáticas acima sintetizadas.

2.2.1.1 - Principais Teses e Propostas de Ação da Vertente Britânica

Tematiza	Em oposição à
A racionalidade dialética como a racionalidade apropriada às ciências humanas, cujos objetos de estudo são, em seu estatuto ontológico, dialéticos. A racionalidade dialética partindo da dialética entre sistema observado - observador, como também da dialética do próprio sistema observado, produz uma lógica da interioridade-exteriorizada, ou seja, uma inteligibilidade totalizadora de estruturas em processo contínuo de totalização-destotalização-retotalização.	A racionalidade analítica, apropriada às ciências da natureza, cujos objetos de estudo são totalidades inertes, sem interioridade subjetiva. A racionalidade analítica partindo da dupla passividade entre sistema observado - observador, produz uma lógica da exterioridade, ou seja, um rearranjo conceitual dos fatos tomados de fora.
Uma antropologia estrutural e histórica, de acordo com a qual o homem é um tipo de ser resultante de um processo histórico de relações que estabelece com os outros, o mundo e as contingências. Um ser livre (no sentido ontológico) que, ao realizar a si realiza a história e vice-versa, num movimento perpétuo de totalização.	Uma antropologia dualista , de acordo com a qual o ser do Homem é constituído por duas substâncias distintas, que funcionam em paralelo ou interagindo (conforme a vertente teórica): uma substância extensa e outra substância não extensa. Tal dualidade é expressa de diversas maneiras, tais como, corpo e alma, corpo e mente, etc.
As relações entre estruturas objetivas e subjetivas interagindo dialeticamente, de modo que uma mantém com a outra uma unidade dialética constitutiva e indissolúvel.	As relações entre estruturas objetivas e subjetivas tomadas dicotomicamente, de modo que uma mantém com a outra uma conexão causal. Para uns (objetivistas) a objetividade determina a subjetividade, para outros (subjetivistas) é a subjetividade quem determina a objetividade.
Os comportamentos psicóticos dos sujeitos ditos esquizofrênicos como inteligíveis, quando tomados em sua interioridade e no contexto das relações do mesmo.	Os comportamentos psicóticos dos sujeitos ditos esquizofrênicos são absolutamente ininteligíveis .
A crise psicótica como um momento de ‘protesto inábil’ da pessoa como ser-no-mundo, em circunstâncias sócio-existenciais insustentáveis. Isto é, emerge em processo de transcendência intenso, onde a pessoa pode vir a se demarcar dialeticamente como singularidade (personalidade) no seio da universalidade (grupo), experimentando-se como sujeito de seu ser, do grupo e da história.	Crise psicótica como manifestação de entidade mórbida (seja ela psíquica ou orgânica) que se ‘apossa’ do indivíduo, deslocando-o da natureza humana.
A loucura e sanidade como modos menos alienado de ser-no-mundo. Entre ambos os modos de ser, a relação não é de ruptura nem de oposição, a distância que os separam está no processo de invalidação e violência a que fica submetido o segundo. A sanidade aparece em oposição à normalidade, entendida como modo alienado de ser, no qual a pessoa se move a partir da ‘exterioridade’ (conjunto de normas mais ou menos arbitrariamente pressupostas).	A loucura como o ‘outro’ da sanidade. Entre ambos a relação é de oposição e descontinuidade, onde a loucura aparece como a queda no ‘não propriamente humano’.
A esquizofrenia como resultante de um processo de relações micro (familiares) e macro (sociais), envolvendo alienação, invalidação, desqualificação de ser, e violência.	A esquizofrenia como resultado mecânico de desordens biológicas ou mentais.
Propostas de relações de mediação entre pessoas; relações que envolvam implicação ontológica (reciprocidade) e não apenas limites éticos e morais, e que permitam as condições de possibilidade para processos de singularização no seio do grupo (transcendência), gerando, desta maneira, seres humanos menos alienados e com a ‘história em suas mãos’.	Relações entre pessoas marcadas por processos de negação e desqualificação de ser (violência e invalidação) de todos os atos autônomos e de transcendência, gerando seres humanos alienados de si, do grupo e da história, aptos ao trabalho e à obediência.
Propostas de engajamento da psiquiatria em processos de formação de uma cultura e <i>praxis</i> compatível com o ser dialético que é o homem (desalienação), e em processos de	Psiquiatria como agência que conceitua, classifica e segrega os atos autônomos e de transcendência, objetivando-se como uma

<p>transformação prática da realidade socio-histórica (processos revolucionários).</p>	<p>das instituições guardiãs da ordem em sociedades produtoras de mercadorias (instrumento de manutenção da ética burguesa).</p>
<p>Proposta de lares (comunidades terapêuticas) fora do Hospital, destinados a acompanhar e assessorar as pessoas (se estas o desejassem) complicadas em seu processo de transcendência (Loucura).</p>	<p>Hospitais Psiquiátricos como instituições destinadas a segregar e ‘curar’ os ditos ‘doentes mentais’, impedindo, desta forma, a emergência de processos de transcendência e de transformação micro e macro social.</p>
<p>Propostas de um programa pré-revolucionário permanente, de escala micro-social, constituído de grupos não formais, espontâneos e não institucionais, agindo à margem das estruturas burocráticas, e que visam preservar a personalidade de cada um e permitir o espaço de transcendência e reciprocidade com os outros.</p>	<p>Relações coletivas sem interioridade, cuja unidade é estabelecida por elementos externos, tais como, o Estado, a moral e toda forma de <i>dever-ser</i> pré-determinado.</p>

2.2.1.2 – Referências Bibliográficas

- BOSSEUR, Chantal. **Introdução à Antipsiquiatria**. [1974]. Rio de Janeiro : Zahar, 1976.
- COOPER, David. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. [1967]. 2. ed. São Paulo : Perspectiva, 1989.
- _____. **A Morte da Família**. São Paulo: Martins Fontes. 1980.
- FÁBREGAS, J.L.; CALAFAT, A. **Política da Psiquiatria**. Lisboa : Moraes, 1978
- LAING, R.D. & ESTERSON, A. **Sanidade Loucura e a Família**. Belo Horizonte: Interlivros. 1980
- LAING, R.D. **O Eu Dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura**. [1969] 3. ed. Petrópolis : Vozes, 1978.
- _____. **A Política da Família**. 2.ed. São Paulo : Martins Fontes, 1983.
- SARTRE, J. P. **Crítica de la Razón Dialéctica**. [1960]. 4. ed. Buenos Aires : Losada, 1995.

2.2.2 - Vertente Italiana

Designamos de *Vertente Italiana* o movimento prático-teórico de negação da Psiquiatria Clássica, gerado pelas iniciativas de Franco Basaglia e equipe³⁰, no início dos anos 60, no Hospital Psiquiátrico de Gorizia e posteriormente, a partir dos anos 70, no Hospital de Trieste, ambos na Itália.

A característica fundamental que atravessa de ponta a ponta esta tradição crítica, é a *primazia da prática*. Tal primazia defendida em oposição a um empirismo pragmático, afirma-se como prática que exige o esforço dialético de conceituação, cujo limite é a própria prática. Dito de outra maneira, a primazia da prática como princípio orientador da ação, não trata, neste contexto teórico, de um simples fazer, mas de condições de possibilidade para a produção de outra realidade e de outra cultura. Trata-se portanto, de um fazer-ser-outro. Transcende também uma mera mudança teórica, como uma espécie de recâmbio ideológico, para lançar-se num projeto...

[...] de demolição concreta de uma cultura, possível somente se, contemporaneamente, outras culturas pudessem ser construídas: outra sustentação, outro suporte, outro conceito de saúde e de doença, de normalidade e de loucura. (FRANCA BASAGLIA, 1996: 13).

Seria conveniente, antes de adentrarmos nas vertentes temáticas da produção italiana, destacar alguns poucos momentos da trajetória pessoal de Basaglia (o principal expoente do grupo), uma vez que esta trajetória demarca, em certo sentido, a trajetória dos italianos.

Em função de sua militância na resistência italiana, Basaglia ainda muito jovem, foi tornado prisioneiro em sua cidade natal (Veneza) pelos fascistas, até

³⁰ Rotelli, Dell'Acqua, Venturini, De Leonardis e Mauri, principais colaboradores de Basaglia, que além de ampliar os conceitos por ele desenvolvidos, introduzem a discussão dos aspectos epistemológicos do saber psiquiátrico. Tal como o fizemos quando tratamos da *Vertente Britânica*, consideramos o trabalho italiano de modo homogêneo, a partir dos denominadores comuns às diferentes contribuições, deixando de lado as diferenças que pudessem ocorrer entre seus componentes.

o final da II Grande Guerra Mundial. Sua experiência nas condições do cárcere lhe será de grande importância posteriormente. Libertado da prisão no final guerra, Basaglia ingressa na Faculdade de Medicina de Padova. Permanecerá na academia por 12 anos como professor de Psiquiatria, abandonando a cátedra em 1961, para dirigir o Hospital Psiquiátrico de Gorizia. A realidade da situação dos pacientes com a qual se deparou no Hospital, remeteu-lhe às condições que havia experimentado no período em que estivera preso. Em face disto, iniciou um conjunto de transformações internas na Instituição, que deram curso a uma das maiores e mais profundas Reformas Psiquiátricas, cujas raízes se esparramam em múltiplas dimensões:

[...] do microcosmo da relação terapêutica (e das concepções e práticas de tratamento) à dimensão da construção de uma nova política psiquiátrica (e das concepções e práticas da ação política). (ROTELLI, 1990: 25).

Se se quisesse estabelecer um ponto originário da produção italiana, poder-se-ia fincar uma estaca nesta constatação e desejo de mudança radical do dado, vivido por Basaglia quando de seus primeiros contatos com a realidade Institucional Psiquiátrica de Gorizia. Alguns anos depois das primeiras iniciativas, as experiências inovadoras de Gorizia alcançam notoriedade internacional no bojo dos movimentos estudantis e operários que sacodiram a Europa no final dos anos 60. Porém, em meio a um clima de intensa oposição político-social local, a experiência de Gorizia chega ao fim em 1968. As reflexões de Basaglia e equipe sobre o processo de Gorizia são publicadas no livro *A Instituição Negada: relato de um Hospital Psiquiátrico*, a obra nuclear e mais conhecida do grupo (particularmente no Brasil).

Em 1971 Basaglia e equipe assumem o Hospital Psiquiátrico de Trieste, dando um salto qualitativo em relação à Gorizia, já que iniciaram um processo de desativação do manicômio com a gradual reinserção dos internados em núcleos sociais, criando estruturas de suporte para a defesa da saúde e recebendo apoio popular, político e social. A influência destes trabalhos na cultura e sociedade italiana acaba por produzir alterações profundas na legislação. A *lei 180*, como ficou

conhecida a lei de Reforma Psiquiátrica italiana, foi aprovada em 1978³¹. Sua implantação (cujo elemento primordial é produzir uma nova maneira de pensar, viver e agir em relação à loucura), lenta, gradual, com recuos e avanços, ainda hoje, após vinte anos, marca o processo italiano.

De acordo com AMARANTE (1996: 25), o projeto do grupo italiano apoia-se em obras de um conjunto diversificado de autores, dos quais destaca Sartre, Hegel, Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty, Binswanger, Gramsci, Althusser, Foucault, Goffman, Adorno, Marcuse, Fromm, Horkheimer, Habermas, Artaud, Parsons, Martin, Maxwell Jones, Tosquelles, Bonnafè, Fanon, Laing e Cooper.

Inspirados pela reflexão teórica fenomenológica-existencial, a equipe de Gorizia recusa aceitar a hipótese da incompreensibilidade da pessoa considerada ‘doente mental’. Dispostos a compreender a pessoa concreta em seu sofrimento, opuseram-se ao “*etiquetamento nosográfico*” da pessoa, etiquetamento este, construído a partir de categorias fechadas e sustentadas por uma entidade abstrata: ‘doença mental’ (BARROS, 1994: 58-59).

Para enfrentar a situação de violência e desumanidade encontrada no Hospital de Gorizia, os inovadores italianos buscam, a princípio, referências prático-teóricas nas experiências de Comunidades Terapêuticas. Tosquelles (psicoterapia institucional francesa) e Maxwell Jones (comunidades terapêuticas britânicas) tornam-se as principais fontes de referência. Embora fundamentais, tais referências não foram tomadas como modelos acabados e verdadeiros, mas sim no “*sentido de ser um ponto de referência genérico, com condições para justificar os primeiros passos de uma ação de negação da realidade do manicômio*” (BASAGLIA, 1985: 112.

³¹ De acordo com KINOSHITA (1990: 68-69), os pontos centrais da Lei 180 são: (a) proibição de construção de novos hospitais, bem como a internação de pacientes psiquiátricos naquelas estruturas; (b) os serviços territoriais tornam-se os responsáveis pela saúde mental de uma dada população e coordenam o conjunto de estruturas necessárias; (c) abolição do estatuto de periculosidade social do doente mental, a tutela jurídica, a internação compulsória e o tratamento compulsório. Ainda de acordo com o autor, a abolição da periculosidade social abre uma fissura na contradição psiquiátrica, que é experimentada pelos profissionais em termos de contradição entre tratamento e custódia, entre mandato social de contenção e controle da demanda daqueles que têm sofrimento psíquico.

Grifos do autor). O propósito originário deste primeiro momento era a “*transformação do manicômio em Hospital de cura*”, a ser viabilizada, basicamente, pela introdução de transformações no âmbito intra-hospitalar que tornassem possível o envolvimento de todos, “*pacientes, médicos e pessoal numa mesma crise e, nela, encontrar a sua base humana comum*” (BASAGLIA, apud AMARANTE, 1996: 72).

Ao mesmo tempo em que as tentativas de gestão comunitária começavam a demonstrar seus limites³², uma vez que as transformações internas ao Hospital não colocavam em questão as relações de tutela, custódia e periculosidade social contidas no saber psiquiátrico (BARROS, 1994: 59), Basaglia e equipe tomavam contato com as obras de Foucault (História da Loucura, fundamentalmente) e Goffman (Manicômios, Prisões e Conventos). Tais referências tornam-se fundamentais para a incursão da equipe italiana no projeto de desconstrução do saber e das Instituições Psiquiátricas. Elas representam o substrato a partir do qual são sustentadas as reflexões sobre a institucionalização e o desenvolvimento do conceito chave da *Vertente Italiana*: desinstitucionalização (AMARANTE, 1996: 73).

A Instituição Psiquiátrica, em suas múltiplas facetas, aparece no quadro teórico dos italianos como um ente de mediação de manutenção da ordem³³ através do controle social ou, mais especificamente, através do combate aos elementos de perturbação social que não podem ser absorvidos num ciclo produtivo (BASAGLIA, 1972: 50). Para a equipe italiana, a violência e exclusão objetivadas pelas ações neste campo da realidade social estão irremediavelmente ligadas à violência e exclusão de nossos sistemas sociais, ou ditas nas palavras de BASAGLIA:

³² A crítica italiana às *Comunidades Terapêuticas* não é absoluta. Ela emerge no exato momento em que as ações inspiradas pelas proposições das Comunidades Terapêuticas produzem na realidade, transformações cuja nova configuração expõem seus limites; ou nas palavras de BASAGLIA (1985: 118): “*a comunidade terapêutica pode ser considerada um passo necessário na evolução do Hospital Psiquiátrico (necessário principalmente devido à função desmistificadora que teve e ainda tem relativamente à falsa imagem do doente mental e devido à individualização dos papéis anteriormente inexistentes fora do nível de autoridade), não pode entretanto ser considerada a meta final, mas antes uma fase transitória enquanto a própria situação evolui de modo a fornecer-nos novos elementos de elucidação.*” (grifos do autor).

³³ Fluindo as reflexões em ambiente marxista, a ordem a que se referem os italianos encontra sua significação no seio da luta de classes em sociedades capitalistas. O que equivale a dizer que a Instituição Psiquiátrica está a serviço da classe dominante, isto é, “*a repressão da loucura é uma necessidade para a burguesia, uma necessidade para manter sua ordem*”

O que caracteriza as instituições [em nossa sociedade] é a nítida divisão entre os que tem poder e os que não tem. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade. (1990: 101).

Uma das preocupações iniciais dos italianos está centrada nas relações de poder entre médicos e pacientes. Apoiados no conceito de *intelectual orgânico* de Gramsci (como funcionários do consenso), identificam os psiquiatras como “*executores materiais das ideologias e dos ‘crimes da paz’, isto é, da violência que se exerce sobre as pessoas com o pretexto de, legal e cientificamente, recuperá-los*” (AMARANTE, 1996: 78). Como figuras intermediárias, o papel destes serviços do consenso é mistificar a violência sem mudar a sua natureza, utilizando como recurso um discurso tecnicista, de modo que “*o objeto da violência se adapte à violência de que é objeto sem sequer chegar a ter consciência dela e sem poder, com isto, reagir a ela tornando-se, por sua vez, violento*” (BASAGLIA, 1990: 102). Neste sentido, o ato terapêutico nada mais seria do que uma ação de violência que objetiva atenuar as reações do excluído em relação ao excludente (id.ibid.: 103).

Daqui vislumbra-se a crítica da *Vertente Italiana* à neutralidade científica e ao papel ideológico da ciência psiquiátrica, “*que a serviço da classe dominante*³⁴, *decidira que o doente mental era um indivíduo incompreensível e, como tal, perigoso e imprevisível, impondo-lhe como única alternativa a morte civil*” (BASAGLIA 1990: 29). Isto não equivale a dizer que ‘doença mental’ não exista, argumentam os italianos, mas que a partir do momento em que se balizou a norma em termos de produtividade, a ‘doença mental’, como qualquer outra manifestação à margem do campo produtivo, assume socialmente uma significação irreversível e estigmatizante para a classe mais pobre, e que “*toda ideologia específica - seja ela de*

moral (...) pelo que se torna necessário revelar a natureza classista da psiquiatria e suas ligações com o Estado e ideologia dominante.” (BASAGLIA, apud. FAFREGAS & CALAFAT, 1978: 105).

³⁴ Os italianos entendem que, por ser a ciência um produto da classe dominante, sua mudança é monitorada pelos códigos da classe que a manifesta. E, portanto, encontrar uma nova ciência que escape ao círculo vicioso transformação/reprodução do mesmo, e que seja capaz de dar expressão a um processo libertário, só poderia ser uma realização da “[...] classe oprimida que povoa o manicômio e que poderia ser o novo cliente do manicômio, isto é, o proletariado e o lupem proletariado” (BASAGLIA, 1979: 87-88).

que setor for - só serve para definir tecnicamente a diferença” (BASAGLIA., 1972: 51). Em síntese, o que os italianos negam não é a ‘doença mental’ em si, mas o saber que se construiu a seu respeito, saber este que sustenta e justifica as práticas de violência, exclusão e segregação.

Navegando na proposta metodológica da Fenomenologia de Husserl, o grupo italiano pratica a *epochè* da ‘doença mental’, isto é, coloca *entre parênteses...*

[...] a doença mental e o modo no qual foi classificada, para poder considerar o doente no seu desenvolver-se em modalidades humanas das quais [...] devemos procurar avizinhar-nos. (BASAGLIA, apud. AMARANTE, 1996: 82).

Esta é uma operação ao mesmo tempo epistemológica e prática; procede de uma inversão dialética da posição psiquiátrica, que ao colocar a pessoa concreta entre parênteses, isolando-a do mundo, produziu definições abstratas de uma doença, classificação de sintomas, etc., que representam o conjunto teórico que anima as práticas de violência e exclusão (BASAGLIA., 1990: 125) .

De acordo com a posição dos autores italianos, a *suspensão dos juízos* em relação à ‘doença mental’ possibilita à psiquiatria ultrapassar a fronteira entre ideologia e ciência, que não mais lidaria com esquemas abstratos, mas ocupar-se-ia do homem real e concreto. É esta antropologia fenomenológica que constituiria a base da nova ‘ciência psiquiátrica’. Por outro lado, a ‘doença mental’ *entre parênteses*, permite observar o que os autores chamaram de *duplo da doença mental*, é dizer, revela aquilo que não é próprio do ser doente, mas do ser institucionalizado. Trata-se da objetivação da face institucional da ‘doença mental’ que homogeneiza e serializa (no sentido sartreano do termo) a pessoa institucionalizada. Esta segunda faceta da ‘doença mental’ é construída a partir da negação da subjetividade e da identidade do louco, ou, dito de outro modo, é construída a partir da coisificação da pessoa. Revela-se como...

formas institucionais de lidar com o objeto, e não mais com o sujeito, sobre o qual se edificam uma série de pré-conceitos ‘científicos’, fundados em noções tais como a de periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade da doença mental. (AMARANTE, 1996: 85).

A elaboração psiquiátrica sobre a loucura dissemina-se pela sociedade³⁵, e é encarnada como ‘verdade’ inquestionável em todas as micro redes sociais: família, escola, cultura, enfim, está presente como realidade objetiva no mundo das relações sociais concretas. Isto reduz a conduta das pessoas para com o ‘doente’ aos limites expostos pela cultura psiquiátrica. É a partir desta constatação que os italianos propõem que a ação de negação institucional deve transcender o campo médico e hospitalar para atingir como praxis dialética, a própria sociedade (BASAGLIA, 1990: 9). Deste modo, o processo de negação institucional manicomial proposto pelos italianos transpassa por muitas dimensões:

[...] negação da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível; do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente; do seu mandato social exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição [...]. (BASAGLIA et. al., 1994: 16).

Para os inovadores italianos, o momento de negação institucional não encontra seu fim na desativação do Hospital Psiquiátrico (ROTELLI, 1994: 154), mas projeta como finalidade “*constituir-se como uma nova instituição, comunitária, tendencialmente horizontal, com suas regras e seus mitos, que se apresente como um novo modelo*” (BASAGLIA, et. al., 1994: 16). Contudo, isso não se realiza por decreto, mas pela própria *praxis*.

A objetivação da abertura dos manicômios, traz consigo novos desafios prático-teóricos. As reflexões neste campo intensificam-se particularmente após a aprovação da Lei 180, quando, de acordo com BARROS (1994: 82), passa-se da “*Instituição Negada para a Instituição Inventada*”. Neste contexto prático-teórico, o conceito de *desinstitucionalização* assume importância capital na trajetória italiana.

A noção de *desinstitucionalização* surge nos Estados Unidos em decorrência do Plano de Saúde Mental do governo Kennedy (AMARANTE, 1996: 17).

³⁵ Contudo é preciso marcar, mesmo com o risco da redundância, que no horizonte italiano não há relação de causa e efeito, mas dialética, uma vez que a própria ciência psiquiátrica emerge das contradições de base da sociedade.

Orientadora das Reformas Psiquiátricas Americana e Européia dos anos sessenta, ela representou distintos significados aos quais se opuseram os reformadores italianos: em primeiro lugar, os italianos opuseram-se às tendências *desassistencialistas*, seja na versão *aboliconista* (representada pelas posições de grupos técnicos e políticos radicais, que enxergavam na desinstitucionalização a abolição de todas as instituições de controle social), seja na versão *contradesinstitucionalista*³⁶ (que afirmando serem as políticas de *desinstitucionalização* uma política de dessassistência defendiam a manutenção da Instituição Clássica), e, em segundo lugar, traçaram duras críticas à tendência *desospitalizante*. Nascida dos princípios da psiquiatria preventiva e comunitária, esta tendência opunha-se ao sistema psiquiátrico centrado na assistência hospitalar. Sua crítica, porém, não alcançando o saber psiquiátrico, produz apenas um rearranjo administrativo, mediado pelo paradigma psiquiátrico tradicional, ou ainda, capilarizando nas comunidades os mecanismos de controle social, intensifica a *psiquiatrização* dos problemas sociais (ROTELLI, et al, 1990: 17-31).

O conceito de *desinstitucionalização* na *Vertente Italiana* demarca não apenas um conjunto de situações, práticas e experiências a serem negadas (em sentido dialético), como contém elementos de desejo de transformação, ainda que não definido na forma de modelo. Dito em outras palavras, é um conceito que se define, a um só tempo, pela negação do dado e pela afirmação de um *vir-a-ser* libertário, solidário, humanitário e não definido *a priori*, mas construído dialeticamente a partir das lutas concretas e singulares de cada experiência local.

De acordo com AMARANTE (1996: 88) o conceito de *desinstitucionalização* é reconstruído pelos italianos a partir de duas outras noções: *institucionalização* (derivado do conceito *neurose institucional*, de Burton) e *poder institucionalizante* (derivado do conceito *Instituição Total*, de Goffman). Tais conceitos, trazendo luz ao processo de *institucionalização* em sua profundidade,

³⁶ Termo proposto por AMARANTE (1996: 21)

iluminam também uma real dimensão *desinstitucionalizante*. Neste sentido, por *institucionalização* é entendido pelos italianos ...

[...] o complexo de danos derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e restrição do Eu, o induz a um vazio emocional. (BASAGLIA, apud: AMARANTE, 1996: 89).

O *poder institucionalizante* compreende o conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais ativados quando...

[...] o doente, fechado no espaço angusto da sua individualidade perdida, oprimido pelos limites impostos pela doença, é forçado, pelo poder institucionalizante da reclusão, a objetivar-se nas regras próprias que o determinam, em um processo de redução e de restrição de si que, originalmente sobreposto à doença, não é sempre reversível. (BASAGLIA, apud: id. ibid: 89).

Para os italianos, a primeira ação desinstitucionalizante seria desmontar o paradigma racionalista “*problema-solução*”, através do qual funciona a instituição psiquiátrica³⁷. Tal funcionamento institucional estabelece-se centrado em uma “[...] *relação codificada entre definição e explicação do problema e resposta (solução) racional tendencialmente ótima.*”, desinstitucionalizar, neste caso, refere-se a um “[...] *trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema.*” (ROTELLI, et. al., 1990: 25-31).

Deste modo, na proposição dos italianos não se lida mais com ‘doença mental’ enquanto entidade abstrata, mas com sujeitos concretos, que vivenciam experiências singulares (AMARANTE & GIOVANELLA, 1994: 142). O que equivale a dizer que se está de frente para um novo objeto; e se ...

[...] o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em

³⁷ No horizonte italiano, tal paradigma orienta também as outras instituições do Estado Moderno (como justiça, medicina, assistência, etc.) que dividem entre si as competências de interpretações e de intervenções nos problemas sociais.

relação a um corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada. (ROTELLI, 1990: 91).

Portanto, à desconstrução da ‘doença abstrata’, e de todo o aparato científico, legislativo e administrativo a ela referente (instituição negada), segue - de modo dialético - a construção de uma nova estrutura institucional (instituição inventada) adequada ao objeto existência-sofrimento. Essa nova totalização, constituída de serviços, tendo rompido com a dicotomia tanto do modelo médico quanto psíquico, estará apta a impulsionar sociabilidade e produzir sentido de vida. Deverá “*interferir com todos os aspectos da vida quotidiana, com as opressões cotidianas, criando momentos possíveis de reconstrução social, produtores de riqueza e múltiplos intercâmbios, por si só, terapêuticos*” (ROTELLI, 1990: 97).

O processo de *desinstitucionalização* proposto pela *Vertente Italiana* pode ser caracterizado, em síntese, por três aspectos que vão emergindo pouco a pouco, na medida em que o manicômio vai sendo desconstruído: 1) construção de uma nova política de saúde mental, erguida a partir das bases e da própria interioridade da instituição, através do envolvimento e engajamento, em si mesmo conflitivo, de todos os atores deste campo; 2) centralização do trabalho terapêutico no enriquecimento da existência global, complexa e concreta dos pacientes, invertendo a ótica tradicional, isto é, os pacientes passam de objeto das relações institucionais para sujeitos ativos; 3) construção de estruturas externas substitutivas da internação manicomial, estruturas estas nascidas da decomposição do próprio manicômio, e transformação dos recursos materiais e humanos que ali se encontram (ROTELLI, et. al, 1990: 36).

Do ponto de vista prático, as ações de *desinstitucionalização* italiana produziram, e ainda continuam produzindo, novas instituições sempre abertas a superações. É por isso que os italianos nunca apresentam suas ações como modelos ‘verdadeiros’, mas adequadas, inventadas e superadas em conformidade com as circunstâncias que as fizeram emergir. Entretanto, em função dos objetivos do

presente estudo, alguns princípios e conceitos fundamentais na trajetória italiana podem ser demarcados.

Opondo-se, como já foram destacados, à desassistência e à desospitalização, os serviços que os italianos se propunham construir deveriam ser instalados nos territórios³⁸, e prospectar a total substituição dos manicômios, e não pretender ser apenas alternativos a estes. Voltados para a medição de pessoas autônomas, para a produção de vida e reconstrução social, os serviços deveriam ...

[...] tornar-se uma rede, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, de tempo, encarregando-se da identificação das situações de sofrimento e opressão, da reinserção no corpo social, e do consumo de produção de intercâmbio, de novos papéis, de outros modos de ser para o outro, aos olhos do outro. (ROTELLI, 1990: 93-94).

Como espinha dorsal do novo sistema proposto/construído estão os Centros de Saúde Mental (CSM)³⁹. Os CSM são estruturas complexas, articuladoras de outras possibilidades e estruturas colaterais (ROTELLI, et. Al, 1990: 38). São largamente flexíveis, funcionam 24 horas por dia, e são responsáveis por gerenciar as questões ligadas à saúde da população da qual é referência. Tomam forma de acordo com as necessidades demandadas pelas pessoas, por isso podem assumir...

[...] um carácter médico-ambulatorial, enfermaria de breve permanência, centro de permanência diurna (hospital dia) ou noturna (hospital noite), serviço socioassistencial (alimentação, subsídios, administração e facilitação econômica), ponto de partida para visitas ou intervenções domiciliares, reinserção no trabalho e lugar para organização de atividades sociassanitárias, culturais e esportivas do bairro. É ainda o lugar no qual se trabalha a crise e onde são geralmente realizados os tratamentos sanitários obrigatórios⁴⁰ (BARROS, 1994: 106).

³⁸ Existe no corpo teórico-prático da Vertente Italiana uma discussão que distingue o conceito *comunidade* do de *território*. Mais do que estabelecer a distinção entre as proposições italianas e as da psiquiatria comunitária e preventiva, o conceito de *território* pretende demarcar maior complexidade do que o conceito *comunidade* costuma abarcar. O que se entende por comunidade “*pode ser um grande deserto, um lugar da anomia, mas no território e não na comunidade, existem forças vivas e não forças mortas, existem jovens, existem os professores, existem os homens da cultura, existem as pessoas que buscam trabalhar sobre as inovações sociais e é com essas pessoas que nós trabalhamos e devemos cada vez mais trabalhar com elas, se não queremos retornar ao gueto da psiquiatria*” (ROTELLI, 1994: 154-155).

³⁹ É necessário dizer, que mesmo na Itália, onde há 20 anos já está aprovada a lei de Reforma Psiquiátrica (lei 180 de 1978), o processo de desinstitucionalização continua em curso, e ainda não é hegemônico em todo território italiano, estando Trieste e outras províncias em momentos mais avançados.

⁴⁰ O TSO é um instrumento legal que garante os direitos civis e pessoais da pessoa em tratamento psiquiátrico obrigatório, direitos estes tutelados por uma autoridade judiciária. O TSO é decidido por autoridade sanitária local, e define uma obrigação dos serviços sanitários a garantirem um tratamento ao paciente. É previsto somente em casos excepcionais, por

Por fim, gostaríamos de destacar as *cooperativas* e a temática do trabalho, como elementos centrais da estratégia de *desinstitucionalização* italiana. A questão do trabalho aparece como temática na discussão crítica frente à *ergoterapia*. Os italianos identificaram nessa suposta ‘técnica terapêutica’, a reprodução instrumental da instituição, através da exploração do trabalho dos pacientes. Para eles, a *ergoterapia* engendra atividades que longe de criar uma situação real de trabalho, é uma peça do sistema de controle e reificação próprias da estrutura institucional (BARROS, 1994: 95). De acordo com a mesma autora, o deslocamento da ideologia ergoterápica para a luta pela aquisição da cidadania é, a um mesmo tempo, desconstrução do manicômio e reconstrução material e simbólica da vida e da subjetividade de cada pessoa.

É deste contexto de reflexão e crítica que surgem as *cooperativas* como caminho possível para a constituição de possibilidades materiais, tanto para combater a dependência e exploração geradas na instituição, como para criar, mediado pelo trabalho (não mais entendido como terapêutico), alternativas reais de reinserção social. Norteado por princípios tais como, ser uma organização autônoma em relação à administração do hospital; ter a mesma identidade jurídica que as cooperativas de trabalhadores sem história psiquiátrica; poder exercer serviços fora do hospital; as *cooperativas* objetivam:

1- abolição da ergoterapia; 2- servir como um dos meios para a aquisição de aposentadorias, depois de seis anos de contrato; 3- possibilitar uma perspectiva de reconstrução social do ex-internado, com o aumento do seu poder social e contratual, garantido pela sua incorporação ao ciclo produtivo; e 4- ser um instrumento alternativo de trabalho frente a uma real dificuldade de inserção direta e individual no mercado e frente às limitações (também existentes) de pessoas que saíam de uma vida manicomial com desgaste físico e psíquico, alteração dos Tempos sociais, dificuldades de relacionamentos e de seguir uma dinâmica de trabalho. (BARROS, 1994: 97).

tempo limitado, e não requer, necessariamente, uma internação em Hospital Geral, podendo ser desenvolvido em casa ou num Centro de Saúde Mental. Prevê portanto, a simultaneidade de dois elementos normalmente separados: os direitos do paciente em recusar o tratamento, e a obrigação do serviço sanitário de não abandonar o paciente ao léu (KINOSHITA, 1990: 70-71).

A experiência com os serviços territoriais, particularmente as cooperativas, em junção com a crítica dos italianos à lógica assistencialista do *Estado de Bem-Estar-Social* que invalida a autonomia da pessoa, fazem nascer a *empresa social* como conceito e prática. A proposta de *empresa social* pretende enfrentar os vícios de dependência gerados pelo *Estado de Bem-Estar-Social*, afirmando a possibilidade real de participação da pessoa que se encontra na rede assistencial (nas sociedades de mercado), através da catalização das potencialidades de cada um de produzir e trocar (BARROS, 1994: 102).

A *empresa social* apresenta-se, portanto, como uma categoria ampla que, por um lado, significa catalização do potencial humano, dando ênfase naquilo que a pessoa pode fazer, e por outro lado, a conjunção de um conjunto de recursos da sociedade, criando vantagens sociais para pessoas que se encontram em condições de desvantagem.

A seguir apresenta-se um quadro contendo as principais teses e propostas da *Vetente Italiana*, elaborado com base nas temáticas acima sintetizadas.

2.2.2.1 - Principais Teses e Propostas de Ação da Vertente Italiana

Tematiza	Em oposição à
A pessoa concreta no contexto de suas relações, como centro epistemológico e sujeito de mediação, isto é, o foco de reflexão-ação fica voltado para a existência-sofrimento que demanda assessoria, colocando, desta maneira, a doença abstrata e todo esquema nosológico psiquiátrico entre parênteses.	A doença mental como centro epistemológico e objeto de intervenção, isto é, o foco de reflexão e de intervenção fica voltado para uma entidade mórbida abstrata, colocando, desta maneira, a pessoa concreta entre parênteses.
Comunidades terapêuticas como um importante ponto de partida num processo dialético de transformação, já que permitem uma <i>praxis</i> de negação intra-hospitalar, contudo, encontram limites quando se trata de questões relativas às relações de tutela, custódia e periculosidade social, bem como à própria cultura institucional em sentido amplo. Não devem, portanto, apresentar-se como fim.	Comunidades terapêuticas como solução final para transformação da ação psiquiátrica desumanizadora e segregadora, em ação terapêutica.
A superação da estrutura psiquiátrica em sentido amplo, segue em processo dialético de contradição e síntese, isto é, ao mesmo tempo em que desconstrói o que se nega, reconstrói o que se afirma. Neste sentido, a primazia é da prática.	Processos de negação pura, que acabam por reduzir-se a reformas políticas e administrativas na esfera hospitalar, sem produzir transformações de caráter profundo. Neste caso, a primazia é da idéia.
Desinstitucionalização, transcendendo a desassistência e a desospitalização, aparece como um processo dialético de desconstrução de todo aparato científico, cultural, legislativo e administrativo que compõe a Instituição Psiquiátrica e seu objeto de intervenção (instituição negada), e reconstrução de nova estrutura institucional adequada à existência-sofrimento, e apta a impulsionar sociabilidade e sentido de vida (instituição inventada).	Institucionalização, como processo de degradação, violência e segregação a que fica submetido a pessoa tida como 'doente mental'. Processo este que, justificado técnica e teoricamente pelo saber psiquiátrico, ultrapassa os limites do hospital psiquiátrico, incrustando-se em todos os níveis da vida social.
Trabalho como uma atividade possibilitadora real e produtora de sentido de vida e cidadania, isto é, como fazendo sentido na existência da pessoa. O trabalho tomado como pura ação terapêutica, desvinculado de significação existencial para a pessoa, revela-se como reprodução instrumental da instituição através da exploração, como também, uma peça de controle e reificação próprias da estrutura institucional.	Trabalho como atividade terapêutica que produz cura (ergoterapia).
O ato terapêutico para ser efetivamente terapêutico, e não ação de refreamento do excluído pelo excludente, deve desenvolver-se a partir de relações horizontais, em todos os níveis, isto é, as relações devem estar desprovidas de violência e do poder centrado no psiquiatra.	Relações verticais centralizadas no psiquiatra e no poder de custódia, como condições de possibilidade do ato terapêutico.
O processo terapêutico como relação de mediação, voltada para a inclusão social da existência-sofrimento.	Processo terapêutico como relação instrumental (articulação de meios a fins), voltada para exclusão social do 'doente mental'.
A produção de um novo discurso científico, formulado a partir do horizonte dos excluídos, que rompendo com o círculo vicioso transformação/reprodução do mesmo, seja capaz de dar expressão a um processo libertário.	Discurso científico, que sob o manto da neutralidade, justifica técnica e culturalmente a manutenção das condições de violência e exclusão social.
O funcionamento institucional (instituição inventada) mediado por um paradigma dialético, através do qual se objetiva um processo de continua transformação, impulsionado pelas próprias contradições institucionais	O funcionamento institucional (instituição negada) mediado por um paradigma racionalista, através do qual se objetiva relações marcadas pela definição e explicação do problema, e resposta (solução)

internas.	racional tendencialmente ótima.
Serviços de Saúde, entendidos como espaços complexos e flexíveis de produção de sentido de vida, emergentes de processos dialéticos de desinstitucionalização, e que visem a completa substituição (superação) dos Hospitais Psiquiátricos.	Serviços de Saúde alternativos e funcionando em paralelo aos hospitais Psiquiátricos, que visam ações humanizadoras de processos de exclusão social.

2.2.2.2 –Referências Bibliográficas

- AMARANTE, P.; GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em Saúde Mental. In: : AMARANTE, P (org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994. Pp 113-147.
- AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1996.
- BARROS, Denise D. **Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste**. São Paulo : Edusp, 1994.
- BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo : Brasil Debate, 1979.
- _____. La Asistencia Psiquiátrica como Problema Anti-Institucional. In: GARCIA, R. (org) **Psiquiatria o Ideologia de la Locura?** Barcelona : Anagrama, 1972. Pp 47-61.
- BASAGLIA, F. et. al. **A Instituição Negada: relato de um Hospital Psiquiátrico**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- BASAGLIA, F. et. al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: **AMARANTE, P (org) Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994. Pp. 11-40.**
- BASAGLIA, Franca O. Apresentação In: AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1996, pp 13-14.
- FÁBREGAS, J.L.; CALAFAT, A. **Política da Psiquiatria**. Lisboa : Moraes, 1978.
- KINOSHITA, R.T. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In: **Saúde Mental e Cidadania**. 2 ed. SP : Mandacaru, 1990. Pp 67-83.
- ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização: uma outra via. In: Nicácio, F. (org). **Desinstitucionalização**. São Paulo : Hucitec, 1990, pp 17-59.
- ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. In: Nicácio, F. (org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo : Hucitec, 1990, pp 89-99.
- _____. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In AMARANTE, P (org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994. Pp 149-169.

2.2.3 - Vertente Americana

Por *Vertente Americana* designamos as produções de Thomas Szasz, psiquiatra naturalizado americano e professor na Universidade do Estado de Nova York em Siracusa.

Segundo FABREGAS & CALAFAT (1978: 116) as posições de Szasz estão sustentadas em duas vigas mestras: a Sociologia e a Ética. A influência das Ciências Sociais, particularmente a Sociologia dos Desvios, bem como as elaborações do Liberalismo Clássico⁴¹, instrumentalizam o autor, para, por um lado, desvelar a Psiquiatria como um instrumento de controle de uma parte da sociedade por outra parte, e por outro, fundamentar sua defesa radicalizada dos direitos e liberdades individuais, em oposição à internação psiquiátrica involuntária.

A contundente crítica epistemológica ao conceito de ‘doença mental’ pode servir de fio condutor da obra de Szasz, é dizer, ela, presença quase redundante em suas produções, articula e dá sentido unificador às temáticas por ele desenvolvidas, ou dito de outro modo, é a partir dela que várias relações e implicações recorrentes são tematizadas.

O núcleo duro de sua crítica epistemológica é que o conceito de ‘doença mental’ se revela como uma metáfora hipostasiada, isto é, Szasz nega contundentemente a existência, de fato, da ‘doença mental’. O que não é o mesmo que dizer que comportamentos e experiências a que se atribui a ‘doença mental’ não existam. Mas somente que ...

[...] a expressão ‘doença mental’ é uma metáfora que erradamente consideramos como fato. Chamamos as pessoas de doentes fisicamente quando o funcionamento de seu corpo viola certas normas anatômicas e fisiológicas; de forma análoga, chamamos de mentalmente insanas as

⁴¹ Ao contrário das outras tradições críticas, cujo horizonte se vincula à perspectiva marxista, Szasz declara-se não simpatizante a nenhuma forma de coletivismo, e sua confiança nas livres relações contratuais no mercado.

peças cuja conduta pessoal viola certas normas éticas, políticas e sociais. (SZASZ, 1979: 29 grifos do autor).

Fazendo um estudo histórico da origem da noção de ‘doença mental’, Szasz constata que a possibilidade da crença em ‘doença mental’ como doença efetiva, do ponto de vista epistemológico, deveu-se a uma alteração radical no critério de demarcação do que seja doença:

[...] ao critério estabelecido de alteração detectável da estrutura corpórea foi acrescentado o critério de alteração da função corpórea; e da mesma forma que a primeira era detectada através da observação do corpo do paciente, a última era detectada pela observação de seu comportamento. (id.ibid: 25).

Esta inversão metodológica da estrutura para função corpórea, teve como fonte inspiradora a descoberta de que a paralisia geral era resultante de alterações estruturais observadas no cérebro, em razão de sífilis, ou seja, alterações no cérebro poderiam ocasionar mudanças comportamentais significativas. Tal migração, sem nenhum rigor científico, possibilitou o falso entendimento⁴² de que ‘doença mental’ é uma doença como qualquer outra, no sentido médico do termo (SZASZ, 1978: 19-22). Ainda de acordo com Szasz, o paradigma da “*mente sífilítica*” aproximou definitivamente a psiquiatria da medicina, engendrando o equívoco de compreender a primeira (disciplina eminentemente moral, que em sua praxis lida com comunicação entre pessoas, problemas existenciais e da vida, comportamentos, etc.) como um ramo da medicina (disciplina que lida com afecções do corpo que são observáveis) cuja especialidade seria lidar com ‘doença mental’ (id.ibid.: 20). O trânsito da Psiquiatria em território médico estabelece-se, portanto, através de um “*duplo padrão psiquiátrico*”: um padrão físico-químico e um padrão psicossocial que se alternam conforme as conveniências⁴³ (SZASZ, 1979: 36-39).

⁴² A falsidade, aqui, refere-se à tese de que seja possível demarcar doenças orgânicas a partir da observação de comportamentos. A paralisia em razão de sífilis, afirma o autor, não é constatada através do comportamento catatônico do sífilítico. Seu diagnóstico é dependente de observação de dano estrutural no cérebro. É por isso que Szasz afirma que a “*sífilis foi descoberta e a doença mental foi decretada*” (SZASZ, 1978: 23).

⁴³ SZASZ (1979: 10) ilustra este duplo padrão mediante comparação com uma programação de televisão. Tematizando a adequação moral ou não de uma determinada programação televisiva se salta para o aparelho televisivo: uma má programação, neste caso, seria resultante de um defeito no aparelho de televisão.

Neste quadro crítico, a nosologia psiquiátrica aparece como uma ação categorizadora dos comportamentos socialmente indesejados, que permite a elaboração de estratégias de coerção pessoal (SZASZ, 1980: 180 -187). Diagnosticar, neste caso, é emitir juízo moral depreciativo, com vistas ao controle da pessoa (id.ibid.: 92-94). Este conjunto discursivo, qual seja, classificar (nosologia psiquiátrica) e diagnosticar ‘doença mental’, e mesmo a etiologia das doenças psiquiátricas, constitui-se no que Szasz chamou de “*retórica da rejeição*”⁴⁴. Seu significado social é possibilitar uma inteligibilidade que justifique a exclusão de certas pessoas do meio social mediante rotulação (id. Ibid: 59).

Ao focalizar a relação psiquiatra - paciente, Szasz observa que a mesma é atravessada pela violência, identificando nesta o principal problema da Psiquiatria. A problemática sócio-ética-política fundamental resultante da ação psiquiátrica, afirma...

[...] é a violência contrária e real da sociedade e do psiquiatra contra ele [‘doente mental’]. Disso resultam a desumanização, a opressão, e a perseguição do cidadão estigmatizado como ‘mentalmente doente’ (SZASZ, 1984: 17, grifos do autor).

Esta relação de violência, diz, não é resultante de um abuso ou deformação de uma suposta prática psiquiátrica ‘correta e verdadeira’. Ela constitui uma característica de essência da própria psiquiatria (id.ibid: 25).

Em consonância com a perspectiva de Goffman, Szasz enxerga na ‘doença mental’ um rótulo estigmatizante atribuído a uma pessoa cuja conduta desvia da ordem social, embora o autor preferir o termo *bode expiatório* à *divergente social*, já que este último não torna explícito, no caso da ‘doença mental’, o caráter de inferiorização (no sentido de ser inferior) da pessoa assim classificada, que justifica seu controle, opressão, perseguição, desumanização e destruição completa (id.ibid: 26). Dito de outra maneira, no termo *divergente social*, o aspecto político constitutivo da

⁴⁴ A etiologia psiquiátrica (estudo da origem das doenças) é para Szasz o mais alto grau da retórica da Psiquiatria, pois pretende desvelar a gênese de doenças não demarcadas objetivamente (SZASZ, 1978: 111-112).

relação social com o divergente permanece no horizonte, o que não ocorre na relação social com o 'doente mental'. Nesta todo o aspecto ético político fica diluído numa questão de saúde/doença.

Ainda na esfera das relações entre psiquiatra - paciente, Szasz entende que na medicina ocidental *ser doente* e *ser paciente* são conceitos que tratam de realidades distintas e independentes. O conceito *ser doente* refere-se ao fato de que uma pessoa, sua família, um especialista, etc., entendam que há algo errado com o corpo dela, quer dizer, uma anormalidade biológica corporal. Já o conceito *ser paciente* refere-se ao desejo de uma pessoa que se encontra na condição de *ser doente*, buscar ou não ajuda médica.

A questão de ser ou não doente é filosófica e empiricamente análoga a qualquer afirmação fática a respeito do mundo. Neste caso pode haver enganos, jogos, etc., é dizer, cabem juízos do tipo falso ou verdadeiro; trata-se de proposições que podem ou não estar certas. Já o ser ou não paciente é uma problemática completamente distinta: ser paciente é um papel. Portanto, ao contrário do *ser doente*, que implica evidências empíricas (observação e constatação experimental) o *ser paciente* é dependente de uma ação política, que na história da medicina ocidental tem tomado duas formas: ou a pessoa entra *voluntariamente* no papel de paciente, ou é posta nele *involuntariamente* por outrem.

Em face da distinção entre tais conceitos, SZASZ (1982: 87-93) descreve as quatro possibilidades combinatórias que os mesmos podem assumir: (1) numa primeira combinação, a pessoa pode estar com uma doença demonstrável e demonstrada (ser doente), e desejar auxílio médico (ser paciente voluntário); (2) uma segunda possibilidade seria a pessoa ser doente (no sentido acima), contudo, não desejar ajuda médica; (3) uma outra possibilidade seria a pessoa não apresentar nenhuma evidência observável de anormalidade estrutural no corpo, mas entrar no

papel de paciente⁴⁵; e por fim, (4) existe a possibilidade de a pessoa não apresentar nenhuma alteração estrutural no corpo, como também não pretender entrar no papel de paciente (trata-se das pessoas sãs).

Estas combinações no caso da Psiquiatria são analógicas (metafóricas) e complexas. Em primeiro lugar, as doenças com as quais a Psiquiatria lida são metáforas (como já foi destacado) e não são, propriamente falando, doenças médicas. Em segundo lugar, boa parte dos chamados pacientes psiquiátricos são postos neste papel involuntariamente. Daí o autor defender que tal como a ‘doença mental’ é uma metáfora, ser paciente psiquiátrico involuntário também o é. Trata-se na verdade de um prisioneiro. O mesmo se passa com a hospitalização psiquiátrica, cujo sentido de tratamento é uma metáfora de prisão (SZASZ, 1982: 92).

A voluntariedade e involuntariedade do tratamento psiquiátrico, engendram, de acordo com o autor, duas Psiquiatrias distintas. Por um lado, vinculada ao tratamento involuntário aparece a *Psiquiatria Institucional*, constituída pelo...

[...] conjunto das intervenções psiquiátricas impostas por outros às pessoas. Essas intervenções se caracterizam por perda completa do controle pelo cliente ou ‘paciente’ de sua participação em suas relações com o especialista. O serviço típico de *Psiquiatria Institucional* ;e a hospitalização involuntária em hospital psiquiátrico. (SZASZ, 1984: 17).

Aqui, o caráter opressor da Psiquiatria torna-se evidente. Agente⁴⁶ a serviço da ética dominante (id.ibid.: 88), e revestida de poder policial, conferido socialmente e garantido pelo Estado (SZASZ, 1980: 133), a Psiquiatria torna-se o fiscal da conduta social, caçando os indesejáveis em nome de ‘saúde mental’ (SZASZ, 1978: 134). Por outro lado, Szasz fala de uma *Psiquiatria de Contrato*, articulada pelo tratamento voluntário. Tal psiquiatria é constituída pelo conjunto das ...

⁴⁵ Esta possibilidade está na raiz histórica do conceito de doença mental. Charcot e Freud, no início do século, transformam as queixas das pessoas que se acreditavam doentes sem apresentarem nenhuma anomalia no corpo, em manifestações de doença efetiva, abrindo com isto, um campo para as classificações psicopatológicas (SZASZ, 1979: 48-51).

⁴⁶ Sendo a Psiquiatria um empreendimento eminentemente ético, o psiquiatra institucional nunca está a serviço da pessoa, já que é contratado pelo Estado. Em termos éticos, toma sempre o partido da família, dos grupos estigmatizadores e do Estado (SZASZ, 1980: 23).

[...] intervenções psiquiátricas aceitas por pessoas que são levadas a elas por sofrimentos ou dificuldades pessoais. Essas intervenções se caracterizam pela retenção de completo controle, pelo cliente ou 'paciente', de sua participação na relação com o especialista. O serviço típico da Psiquiatria de Contrato é a psicoterapia. (SZASZ, 1984: 17).

Ainda que o autor entenda que a práxis psiquiátrica não é de forma alguma tratamento médico, não se opõe ao tratamento voluntário. Defere duras críticas ao tratamento involuntário em qualquer de suas formas (psicoterapia, lobotomia, medicação, choque elétrico, etc.), sejam elas com maior ou menor pretensão humanística. Como um liberal, Szasz não enxerga possibilidades de legitimidade de tal ação em sociedades livres. Contudo, não se opõe, pelas mesmas razões, ao “*tratamento contratado*”. Apoiar sua argumentação em uma analogia entre religião e psiquiatria:

[...] el creer o profesar una religión voluntariamente es una cosa. Un derecho humano fundamental. El ser obligado a una conversión religiosa es otra cosa muy diferente. Es la privación de un derecho elemental. Igual sucede con la psiquiatría voluntaria e involuntaria. (SZASZ, 1982: 96).

Para Szasz o controle social do comportamento e o estabelecimento de limites às individualidades deve ser mediado por leis democraticamente estabelecidas. A transgressão destes limites, afirma, é uma questão ético-política e não de saúde; constitui crime ou infração. As conseqüências da transgressão (punição, exclusão, reeducação, etc.) devem também ser estabelecidas democraticamente, e o transgressor deve ter amplo direito de defesa. Exatamente o que não ocorre com a pessoa acusada de ‘doença mental’. Punido extra judicialmente, o acusado perde o direito de defesa, e sua exclusão ou inclusão social (ato policial travestido de terapêutico) é dependente da benevolência do psiquiatra (SZASZ, 1982: 96). Da mesma forma, o autor se opõe duramente à defesa jurídica por insanidade. Desde um ponto de vista liberal, argumenta que a defesa por insanidade é um ataque às liberdades individuais, pois retira da pessoa a responsabilidade sobre si, sua auto determinação (SZASZ, 1980: 98-110).

A gênese do paradigma coercitivo-paternalista, isto é, intervenção coercitiva nas individualidades para seu suposto bem, é atribuída por Szasz a Santo Agostinho, para quem “*assegurar a autoridade divina ao representante de Deus e seu direito de perseguir justificadamente esses errados (aqueles que ao ofender a Cidade de Deus põem em risco sua própria alma) é incontestável.*” (AGOSTINHO, apud. SZASZ, 1994: 13). Este paradigma, em algum momento entre a Reforma e a Revolução Francesa, secularizou-se. E em conseqüência ...

[.] o erro deixou de ser o do afastamento da religião (iconoplastia, heresia) para tornar-se afastamento da razão (irracionalidade, insanidade). [...] a conversão religiosa à força foi transformada em tratamento psiquiátrico involuntário; o Estado teocrático foi substituído pelo Estado Terapêutico (SZASZ, 1994: 14).

Fazendo um estudo histórico comparativo entre a Inquisição e a Psiquiatria Institucional, Szasz compartilha com os historiadores psiquiátricos que entre ambos os fenômenos históricos há uma relação de fagocitação cultural, ou dito de outro modo, a Psiquiatria Institucional substituiu a Inquisição. Porém, o psiquiatra de Saracusa opõe-se radicalmente em compreender tal transição como avanço lento e progressivo do ‘erro’ para o ‘acerto’ (SZASZ, 1984: 93). Para ele, ambos os movimentos em tela são análogos e servem às mesmas funções sociais e implicam as mesmas conseqüências morais e políticas. As convicções éticas e as disposições sociais fundadas tanto no conceito de bruxaria como no de ‘doença mental’ constituem uma “*ideologia moral da intolerância*” (id.ibid.: 15).

A partir do século XVII, com o declínio do poder clerical e da interpretação religiosa do mundo, o complexo “*inquisidor-feiticeira*” cedeu lugar ao complexo “*alienista-insano mental*”. No novo *húmus* cultural, secular e ‘cientificísta’, continuavam a existir os dissidentes e a exigência do conformismo. Aqueles que negavam os valores dominantes da sociedade ou recusavam aceitá-los, continuavam a ser identificados como inimigos da sociedade.

Certamente a ordenação adequada dessa nova sociedade já não era conceituada em função da Graça divina; ao contrário, era considerada em função de Saúde Pública. Por isso, seus inimigos internos eram vistos

como loucos; e surgiu a Psiquiatria Institucional, tal como antes tinha aparecido a Inquisição, afim de proteger dessa ameaça o grupo (SZASZ, 1984: 41)

Se outrora a Inquisição fabricou a Feiticeira para salvaguardar a ética dominante, agora a Psiquiatria cumpre o mesmo papel ao fabricar a loucura⁴⁷.

Partindo da definição de ideologia como “*a conversão de idéias em ações*” (Bell, apud. Szasz 1980: 70) Szasz identifica nas sociedades modernas uma ideologia de controle social, cujos símbolos chaves são a sanidade e insanidade, e por isso nominada por ele de “*ideologia da saúde mental*”. É através dela que se articula um consenso geral em torno da saúde mental como valor fundamental. Este consenso regula desde as relações executivas, legislativas, judiciais, profissionais, e pedagógicas, até as relações cotidianas entre as pessoas. Deste modo, a dicotomia entre o bem e o mal presentes nas sociedades religiosas, é substituída pela dicotomia saúde e ‘doença mental’ nas sociedades seculares modernas (SZASZ, 1980: 73).

No processo de ‘desinstitucionalização’ (desospitalização) americano, iniciado a partir da política de saúde mental proposta por Kennedy na década de 60, Szasz enxerga a manutenção desta mesma ideologia, e portanto, das funções ético-políticas de controle dos indesejados. Entende que as alegações psiquiátricas de melhor eficácia de tratamento fora do hospital, mediante hospitalização breve, medicação e transferência para outras instituições públicas ou privadas, não passa de retórica.

Nem a hospitalização mental, nem a desinternação tem qualquer coisa a ver com doença, tratamento ou medicina. Ambas são práticas legais e sócio-econômicas que utilizam a retórica como pretexto para justificá-las (SZASZ, 1994: 232).

A distinção entre uma e outra maneira de controlar os indesejados está em que, se numa o controle é exercido mecanicamente, noutra ele o é quimicamente. Em resumo, a desinternação...

⁴⁷ Fabricar a loucura na perspectiva em que se coloca Szasz, não é produzir os comportamentos indesejáveis, mas atribuir a quem assim se comporta, um ser ‘tomado’ por uma ‘entidade abstrata’ que o governa e domina; e em face disto construir as instituições que intervenham em seu favor (livrá-lo do mal), ainda que contra sua vontade.

[..] é simplesmente uma nova moda em recolher pessoas indesejadas a domicílios não chamados de 'hospitais mentais', porém tratando-as como se fossem pacientes necessitados de longa supervisão psiquiátrica. Essa mudança foi conseguida substituindo-se as camisas-de-força mecânicas pelas químicas, recolhendo os pacientes a diversos domicílios parapsiquiátricos, sustentando-os com benefícios e chamando o estilo de manejo de 'assistir o paciente em ambientes menos restritivos da comunidade' (SZASZ, 1994: 257. Grifos do autor).

A psiquiatria coercitiva, afirma o autor, não pode ser reformada, ela deve ser abolida (SZASZ, 1994: 299). Aqui reside o núcleo condutor das proposições alternativas de Szasz. Em primeiro lugar, não sendo a Psiquiatria prática médica, deveria delimitar-se e estabelecer-se a partir daquilo com que lida, desalojando-se do abrigo na Medicina (SZASZ, 1979: 79). Em segundo lugar, para estabelecer-se como terapêutica, a Psiquiatria deveria afastar-se completamente de suas relações com o Estado, desintegrando, com isto, a internação involuntária e qualquer forma de tratamento coercitivo – Psiquiatria Institucional (SZASZ, 1984: 212). Isto implicaria, por um lado, um estreitamento das relações da Psiquiatria com o Mercado – Psiquiatria de Contrato⁴⁸ (SZASZ, 1994: 194), e por outro, delegar a proteção da liberdade e da propriedade daqueles que as desrespeitam, ou que as destrõem, aos juizes, júris, e guardas de prisão, restringindo os meios de forçar tal proteção ao sistema de justiça criminal e não a um sistema de saúde mental (id. Ibid: 298).

A seguir apresenta-se um quadro contendo as principais teses e propostas da *Vertente Americana*, elaborado com base nas temáticas acima sintetizadas.

⁴⁸ SZASZ (1994: 261-267) distingue esta aproximação da Psiquiatria com o mercado da privatização da assistência psiquiátrica mantida por seguros, tal como ocorrida no contexto da desinternação. A Psiquiatria Privada, argumenta, alimentada pela ideologia da saúde mental, bem como pelos aparatos coercitivos (tratamentos involuntários), faz da loucura um negócio. Longe de ser uma Psiquiatria de Contrato, o sistema privatizado é uma mistura de monopólio e monopólio estatal. Quer dizer, ainda que o prestador de serviços seja particular, ele é contratado pelo Estado, permanecendo, tal como no sistema de saúde estatizado, a serviço da ética dominante e não do cliente: trata-se desta vez, de um rentável meio de executar o controle dos indesejados.

2.2.3.1 - Principais Teses e Propostas de Ação da Vertente Americana

Tematiza	Em oposição à
A 'doença mental' como conceito hipostasiado, um mito sustentado técnica e politicamente pela autoridade psiquiátrica. Aquilo a que se atribui 'doença mental' aparece como questões de ordem existencial, política e da vida.	Doença mental como uma doença médica ou psicológica efetiva e cientificamente demarcável.
Propostas de localização da psiquiatria como uma disciplina que lida com questões éticas, políticas e existenciais.	Psiquiatria como uma disciplina médica que lida com questões de ordem orgânicas ou mentais.
A nosologia, etiologia e diagnósticos psiquiátricos, como retórica da rejeição, que imitando o esquema epistemológico da medicina, significam política e socialmente, uma inteligibilidade rotuladora e estigmatizante, capaz de justificar as ações de opressão e exclusão de certas pessoas por outras.	Nosologia, etiologia e diagnóstico psiquiátricos como referências científicas a doenças médicas efetivas e objetivamente demarcáveis.
A intervenção psiquiátrica como uma tomada de posição política pela pessoa que demanda auxílio (intervenção voluntária), e não pelos interesses da família, da ética dominante, do Estado, etc. E, que tal intervenção esteja amarrada contratualmente entre as partes (psiquiatria de contrato).	Intervenção psiquiátrica 'neutra' politicamente, que pode ser praticada independente do sujeito objeto de sua ação (intervenção involuntária), através de poder garantido pelo Estado (Psiquiatria Institucional).
A psiquiatria como prática não médica, e que para ser terapêutica deveria afastar-se das relações com o Estado, despojando-se do poder de contenção, isto é, de todo tratamento involuntário, em qualquer de suas formas, estabelecendo-se desta forma como prática de serviço (mercadoria) entre outras no mercado (Psiquiatria X Mercado).	Psiquiatria como prática médica efetiva, que necessita do poder de polícia garantido pelo Estado, de modo a permitir a ação terapêutica involuntária, para o bem da pessoa e da sociedade (Psiquiatria X Estado).
Uma dada ideologia de controle social (ideologia da Saúde Mental) presente nas sociedades modernas. Tal ideologia, sustentada nas noções de sanidade-insanidade, engendra um consenso geral em torno da Saúde Mental como valor fundamental e sede de todos os valores da ética dominante.	Saúde Mental como estado de ser (individual e coletivo) equilibrado e harmônico, em sentido médico e não moral.
As divergências sócio-políticas, em todos os níveis, como simples divergências sócio-políticas.	Certas divergências sócio-políticas como manifestação de doença mental
O controle social do comportamento e os limites das individualidades, estabelecidos democraticamente mediante lei, devem ser exercidos pelos poderes judiciário e executivo (sem exceção), garantindo amplo direito de defesa ao cidadão. As Transgressões dos limites estabelecidos pela lei, devem ser tratados como crimes ou infrações (Estado-liberal-democrático).	Certos comportamentos devem ser controlados pela Psiquiatria, ainda que não ultrapassem os limites estabelecidos pela lei, por tratar-se de manifestação de doença mental. Garantias de ampla defesa não caberiam, já que neste caso, não se trataria de um cidadão propriamente (Estado-terapêutico).
A psiquiatria institucional não é passível de reforma, já que em sua essência é segregadora e coercitiva, ela deve ser abolida.	A psiquiatria institucional poder ser reformada, de modo a eliminar em sua prática, as distorções que engendram a desumanização, possibilitando uma ação terapêutica pura e verdadeira.

2.2.3.2 – Referências Bibliográficas

- FÁBREGAS, J.L.; CALAFAT, A. **Política da Psiquiatria**. Lisboa : Moraes, 1978.
- SZASZ, Thomas. **Ideologia e Doença Mental**. [1970] 2. ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1980.
- _____. **A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o Movimento de Saúde Mental**. [1971]. 3. ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1984.
- _____. **O Mito da Doença Mental**. [1974]. Rio de Janeiro : Zahar, 1979.
- _____. **Esquizofrenia o Mito Sagrado da Psiquiatria**. [1976]. Rio de Janeiro : Zahar, 1978.
- _____. El mito de la enfermedad mental. In: SUÁREZ, Armando (org.). **Razón, locura y sociedad** [1978] 5. Ed. Cerro Del Agua, México : Siglo Veintiuno, 1982.
- _____. Cruel compaixão. São Paulo : Papyrus, 1994.

2.2.4 - Da Pluralidade Disciplinar à Constituição da Grade Analítica: Continuidades e Descontinuidades entre as Três Vertentes

As principais teses e propostas de ação destacadas nos capítulos anteriores trazem à luz a riqueza e a complexidade de aspectos que a problemática da *psiquiatrização* envolve. Uma observação atenta nos temas abordados pelas vertentes analisadas, permite afirmar que seu desenvolvimento transita por uma pluralidade de disciplinas, além de tematizar ações de ordem prática e operacional. Em pelo menos três disciplinas este trânsito é comum, isto é, todas as vertentes, no desenrolar de suas idéias e proposições, caminham por territórios de ordem epistemológica, antropológica e sócio-política⁴⁹ de modo muito particular, apresentando convergências e diversificações, como também projetando distintas implicações sociais.

Em termos epistemológicos, britânicos, americanos e italianos colocam em questão o objeto ‘doença mental’ afirmado pela Psiquiatria Clássica. Mas, cada qual o faz a seu modo.

Coladas no próprio objeto a que se refere a plataforma psiquiátrica, as críticas epistemológicas de Szasz pretendem o desmonte dos critérios de demarcação e definição da ‘doença mental’, para fazer reaparecê-la como um mito, uma invenção datada, ligada a funções políticas específicas. Ao afirmar a ‘doença mental’ como um mito, Szasz indica a possibilidade de estabelecimento do que são e de que ordem são as ocorrências tidas como ‘doença mental’, muito embora tal possibilidade apareça apenas ilustrada em suas obras, já que a maior parte das preocupações do autor está voltada para questões de ordem ética, institucional e ideológica.

⁴⁹ Cabem aqui duas observações: em primeiro lugar, tratou-se de disciplinas em comum, o que não é o mesmo que dizer que as reflexões dos autores analisados transitam apenas por essas disciplinas; e em segundo, considerou-se as questões de ordem ética e econômica como problemáticas socio-políticas.

Esta possibilidade de demarcação e definição objetiva presentes em Szasz converge com a posição epistemológica dos britânicos. Contudo, estes não apenas dedicam-se a desmantelar a existência de algo como ‘doença mental’, nos termos propostos pela Psiquiatria Clássica, como, descendo ao fundo antropológico, apresentam uma tentativa de elucidação em termos científicos da questão do *ser* do homem, de suas complexidades existenciais, e por conseguinte, das condições de possibilidade das experiências ditas esquizofrênicas.

A solução epistemológica apresentada, nutrida pelo método fenomenológico e enriquecida pelas proposições de Sartre, apresenta um esquema metateórico e metametodológico para a formulação teórica das ciências antropológicas. Mesmo que a reflexão britânica marche num clima libertário em termos políticos, não é isto que lhe dá coerência epistemológica. Esta provém da pretensão de articular as características transcendentais do objeto (em sentido epistemológico) com a possibilidade de estabelecer elucidações objetivas a seu respeito, que nada tem a ver com verdades de caráter Absoluto. É por isso que, para eles, a racionalidade dialética aparece como a mais adequada à realidade humana, já que o ser humano é um tipo de ser que é dialético. Por este ângulo, o conteúdo epistemológico da Psiquiatria Clássica revela-se à *Vertente Britânica* como um equívoco que não encontra guarida epistemológica na ciência.

A reflexão britânica muda quando se trata de focalizar o campo sociológico e político. Aqui a sustentação epistemológica fica subsumida, para fazer brotar, com toda consistência e dureza, as implicações concretas e efetivas que se articulam ou emergem em face dos discursos. Deste modo, ao contrário da questão epistemológica, onde a possibilidade de produção de verdades objetivas a respeito da realidade humana ocupa o núcleo central, em termos políticos e sociológicos a sustentação intersubjetiva da racionalidade se torna o epicentro, e faz entrar em cena a problemática da alienação.

Esta convergência epistemológica observada entre a *Vertente Britânica e Americana*, não pode ser afirmada quanto aos italianos. Embora os últimos recorram ao paradigma epistemológico fenomenológico e dialético, tal opção tem menos a ver com a possibilidade de produção de verdades objetivas a respeito do homem, do que com a possibilidade de fazer emergir uma ‘ciência dos oprimidos’.

Sustentada nas contribuições foucaultianas a respeito das relações entre saber e poder, a crítica epistemológica italiana é engajada desde o início. É uma ‘nova ciência’ que se pretende construir. Uma ‘ciência’ que, partindo do horizonte do oprimido, venha a estabelecer-se como um contradiscurso capaz de catalisar, nas múltiplas dimensões da realidade humana, relações libertárias, fundadas em princípios universais de liberdade e autonomia. Mas, advertem os italianos, é preciso desconfiar interminantemente de toda e qualquer ‘ciência’, se se pretende manter desimpedido o caminho da desopressão, pois todo discurso produz prática e subjetividade, e a ‘saga’ *opressor - oprimido* é infundável, ainda que sem data, nome e carne.

No quadro epistemológico italiano, nenhum discurso carrega o privilégio de ser o ‘verdadeiro’. Todo discurso tem eficácia positiva quando engajado intersubjetivamente. Assim, o estabelecimento do ‘verdadeiro’ se mostra como um ‘campo de batalhas’, e desde logo, os italianos declaram sua filiação ao ‘exército dos oprimidos’. Esta é, certamente, uma das razões pelas quais os italianos estabelecem a primazia da prática. É que qualquer ‘verdade’ só poderia ser julgada em função da *praxis* que produz. Neste sentido, negar a existência da ‘doença mental’ é o que menos importa frente à existência do aparato institucional (no sentido italiano) em torno dela.

Do ponto de vista antropológico, Szasz desconfia da antropologia cartesiana, segundo a qual o homem é um tipo de ser constituído de duas substâncias distintas e separadas: *res cogitans* e *res extensa*, ou, em termos mais contemporâneos, *corpo* e *mente*. É dela, por exemplo, que se nutre a concepção de ‘adoecimento

mental’, à qual Szasz se opõe duramente. Entretanto, o americano, tal qual o faz com a questão epistemológica, não se dedica à investigação antropológica, preferindo elucidar quem é o chamado ‘doente mental’, o que se faz com ele, de que modo, por quem, e com qual objetivo.

Tanto britânicos quanto italianos, ao contrário do que se observa na *Vertente Americana*, voltam-se para questões de ordem antropológica com maior afinco. O problema que move uma e outra vertente é a *coisificação* do homem. Mas, se para os italianos uma espécie de antropologia fenomenológica – que partindo da experiência primordial do sujeito, solucionaria a questão da *coisificação* do homem produzida pela Psiquiatria Clássica – é suficiente para fundamentar os princípios universais da autonomia e liberdade, o mesmo não se passa com os britânicos. É que para os primeiros, como foi destacado anteriormente, a formulação do conhecimento é uma questão puramente estratégica (política)⁵⁰, e para os segundos aparece uma pretensão quanto à objetividade científica.

Ultrapassando os limites de certa fenomenologia⁵¹, a *Vertente Britânica* encontra no Existencialismo Dialético de Sartre a descrição do homem como um tipo de *ser* histórico, mergulhado na contingência, em face da qual se projeta, realiza, e se faz homem entre homens, quer dizer, um *ser* livre. Somente que agora tal liberdade não aparece como um puro desejo político, mas como a própria condição ontológica do *ser do homem*.

Estas diversificações e convergências epistemológicas e antropológicas entre as três vertentes analisadas, desdobram-se de posições políticas, culturais e sociais radicalmente distintas.

⁵⁰ No caso antropológico se trata de produzir um discurso de maior abrangência, que inclua no que é *ser homem*, não apenas aqueles que correspondam às conveniências de uma sociedade fundada na exploração, mas todos os excluídos por ela, particularmente os ‘doentes mentais’.

⁵¹ Referímo-nos aqui à fenomenologia de base husserliana e heideggeriana.

Szasz, como os italianos, e ao contrário dos britânicos, dedica-se muito pouco às ocorrências a que se atribui o conceito de ‘doença mental’, bastando negá-lo irremediavelmente, como visto anteriormente. Suas preocupações estão voltadas, em primeiro lugar, para a Instituição Psiquiátrica, reduzida, nesta vertente, à Psiquiatria de Estado, ou seja, ao Hospital Psiquiátrico e seu poder de seqüestro, e em segundo lugar, para a ideologia que lhe dá sustentação. Ao contrário das outras duas vertentes, a *Vertente Americana* encontra no liberalismo e no Estado Democrático suas fontes inspiradoras. Neste sentido, se para as outras duas, de inspiração marxista, a Psiquiatria Clássica faz sentido como mantenedora de um projeto específico de sociedade, qual seja, como instrumento de manutenção da ordem de sociedades produtoras de mercadorias, a *Vertente Americana* esforça-se por demonstrar que a função de controle social exercido pela Instituição Psiquiátrica é sustentável em qualquer sociedade que não se organize em termos liberais e democráticos.⁵²

O americano pretende ver desativado todo o sistema de Hospitais Psiquiátricos e intervenções involuntárias, por identificar aí um modo de uma parcela dominante e intolerante da sociedade se ver livre de seus ‘divergentes radicais’, o que diluiria o princípio fundamental de direitos e liberdades individuais. Em contrapartida não admite nenhuma estrutura institucional no lugar. Deixa para o Mercado a solução espontânea do conflito que ‘pediu’ aqueles aparatos de controle. Quer dizer, propõe um encaminhamento contratado para o conflito, realizado pela livre escolha dos consumidores entre os serviços disponíveis no Mercado.

Deste modo, a *Vertente Americana* não pretende a superação, mas a ruptura com a Psiquiatria de Estado (sempre a serviço da ética dominante). É a partir desta ruptura que se abriria o espaço para a Psiquiatria de Contrato que, instalada

⁵² Para Szasz, por exemplo, a distância que separa os movimentos de Inquisição da Idade Média e o de Saúde Mental da Modernidade, está apenas na estética do discurso e no valor por eles defendido. No primeiro, de ambiente religioso, propunha-se salvar a humanidade da possessão demoníaca caçando os ‘bruxos’ e ‘bruxas’; no segundo, cujo ambiente é laico e de aparência científica, a intenção é salvar a humanidade da insanidade, caçando os ‘doentes mentais’. Num e noutro caso, se trata de divergentes sociais retirados à força do convívio social. Convém lembrar também das críticas do americano às experiências de Socialismo Real, onde a Psiquiatria, em conjunto com outras instituições associadas ao Estado, esteve a serviço do controle de toda divergência ao Partido, em nome da ‘saúde mental’.

como mercadoria no livre Mercado, estaria apta a defender os interesses dos clientes que a comprassem. Em termos operacionais, bastaria o duplo divórcio da Psiquiatria com o Estado e a Medicina, para que derretesse o aparato institucional (incluindo a ideologia de saúde mental que o sustenta), juntamente com a violência e a opressão contra os divergentes.

Num lugar completamente oposto estão as *Vertentes Britânica e Italiana*. Para estas, dialéticas por excelência, a superação da violência e segregação psiquiátricas encontra seu mais alto grau de significação na superação das Sociedades Capitalistas.

Dedicando-se à elucidação teórica daquelas ocorrências às quais se atribui a ‘doença mental’, os britânicos desvelam por dentro dos casos com os quais trabalham, que o estabelecido como ‘doença’ pela Psiquiatria não passa de ‘tentativa inábil’ e sofrida de transcendência, que se opõem à alienação produzida nos micro grupos (familiares ou não) em Sociedades Capitalistas. O papel da Psiquiatria seria sustar este processo de transcendência, promovendo a alienação do homem em relação a seu próprio *ser*, e por conseguinte da História, tornando-o obediente, dócil e vazio existencialmente, o que é imprescindível à manutenção da ordem capitalista. É esta constatação que move os britânicos para a criação das Comunidades Terapêuticas, e orienta suas ações no interior das mesmas. Porém, é a transformação prática da realidade social que se pretende alcançar. A História realizada por homens livres e transcendidos é o objetivo. Neste sentido, a *Vertente Britânica* entende que é preciso transvasar os horizontes das Comunidades Terapêuticas em direção a uma ação política e social de caráter mais abrangente e revolucionária.

Depois de desvelar o papel das famílias burguesas no processo de alienação e de instalar-se como atores no movimento de contra cultura, os britânicos propõem um programa pré-revolucionário, possibilitador de espaços de transcendência. Tais proposições carregam em si certo parentesco com as proposições anarquistas, particularmente quanto a preocupação com a absorção do Homem por

esquemas burocráticos e institucionais, ou qualquer outra forma de *dever-ser a priori*, que se sobressairia à liberdade e transcendência próprias do Ser Humano.

Convergingo com a *Vertente Americana* quanto à atenção voltada ao aparato institucional psiquiátrico, a *Vertente Italiana* diferencia-se por compreender a Instituição Psiquiátrica como uma realidade muito mais complexa e dinâmica. Para eles, ao contrário de Szasz, o ‘*locus*’ institucional ultrapassa os Hospitais Psiquiátricos, o Estado e a ideologia, para instalar-se no coração da cotidianidade. Quase onipresente, a Instituição Psiquiátrica, mais do que um lugar específico de violência e segregação, é um modo de ser que absorve o lugar como mediação. Esta diversificação entre as duas vertentes, produz encaminhamentos diferenciados quanto a problemática institucional. Para a *Vertente Americana*, avessa a qualquer instituição para este caso, nada deve sobrevir à destruição da Instituição Psiquiátrica a não ser o Mercado⁵³. Já para os italianos, uma “*nova instituição*” voltada para a mediação de produção de sentido de vida, inclusão social e instalação no mundo, deve emergir dialeticamente na mesma velocidade em que submerge a Instituição violenta e segregadora. Este processo de superação aparece nos italianos como dialético de ponta a ponta, não cabendo receituários frutos de abstração pura, ainda que logicamente dialética. A dialética, para eles, só se completa quando proveniente da *praxis* concreta e localizada que vai se expandindo dialeticamente. É por isso que os italianos não apresentam nem a si nem a ninguém como modelos. É que a prática como maestro da ação/reflexão pode vir a produzir infindáveis soluções sociais e individuais, engendrando inventivas e múltiplas humanidades, todas possíveis e não necessárias.

Neste processo de (des)construção, os italianos novamente diferem de Szasz, quando enxergam no Estado possibilidades de mediação. Gerado, sustentado e residente na Sociedade Civil, o movimento de (des)construção italiano dialoga criticamente com o *Estado de Bem Estar*, não para fazê-lo recuar até o *Estado*

⁵³ Pode-se dizer que Szasz admite certas instituições com características de mercado e totalmente independentes do Estado.

Mínimo Liberal, mas para desnudá-lo da lógica assistencialista, que destrói a autonomia da pessoa, produzindo dependência e morte existencial. As possibilidades de mediação do Estado antevista pelos italianos não estão, portanto, vinculadas à proteção do cidadão, que em si mesma aprofunda a exclusão social; elas estão amarradas à equalização social das condições de possibilidade para se ser um entre outros no seio do mundo, e não para sobreviver à margem, com o patrocínio do Estado. Deste modo, a questão da exclusão social, particularmente a decorrente da ‘doença mental’, é enfrentada pelos italianos, em primeiro lugar, com o estabelecimento de condições de cidadania e autonomia para o ‘doente mental’ (existência-sofrimento), onde o *Estado de Bem Estar*, purificado de seus elementos geradores de dependência, ocupa lugar central, e em segundo, com o alargamento da tolerância social frente à loucura.

Ainda quanto à problemática institucional, as *Vertentes Italiana e Americana* convergem quanto a identificar no processo de desinstitucionalização americano uma alteração superficial para manter a função social da Instituição Psiquiátrica. Porém, chegam a esta revelação por caminhos diferentes. Para a primeira, cujo interesse é a superação dos processos de exclusão social, em direção a uma sociedade mais justa, fraterna e solidária, a desinstitucionalização americana, não passando de *desospitalização* e tentativa de humanização dos lugares de violência e segregação, mantém e intensifica todo o modo de ser que engendra a exclusão social do ‘doente mental’. Para a segunda, crente na benevolência do Mercado, a desinstitucionalização americana é apresentada como um engodo, cujo objetivo é salvar o ‘casamento’ da Psiquiatria com o Estado no momento em que se configura uma crise fiscal deste último.

Toda essa complexidade, pluralidade disciplinar, convergências e diversificações no modo de tematizar, forneceu os elementos para um novo aspecto estruturante da **grade analítica**: o próprio trânsito disciplinar. Deste modo, o diagrama estrutural do instrumento analítico ficou composto por uma divisão em três

vertentes (*Britânica, Italiana e Americana*), cujas temáticas, indicadoras de *psiquiatria* e *despsiquiatria*, estão distribuídas em três disciplinas (Epistemologia, Antropologia e Sociologia Política). As proposições de ações práticas e metodológicas ficaram abrigadas sob a rubrica ‘operacionais’.

TRADIÇÃO	ASPECTO	DESPSIQUIATRIZANTE	PSIQUIATRIZANTE
BRITÂNICA	Epistemológico	Racionalidade Dialética Dialética entre estruturas objetivas e subjetividade Compreensibilidade do comportamento dito esquizofrênico Crise 'psicótica' como processo de transcendência Articulação entre relações familiares, alienação, violência e esquizofrenia	Racionalidade analítica Dicotomia entre estruturas objetivas e subjetividade Incompreensibilidade do comportamento dito esquizofrênico Crise 'psicótica' como manifestação de doença mental Processos deterministas (biologicista ou mental) em relação à esquizofrenia
	Antropológico	Antropologia dialética estrutural e histórica Continuidade entre sanidade e loucura	Antropologia dualista Ruptura entre sanidade e loucura
	Político	Reciprocidade e transcendência Psiquiatria como mediadora de processos revolucionários e de desalienação	Violência, invalidação e alienação Psiquiatria como alienadora e instrumento de manutenção da ética burguesa
	Operacional	Comunidades Terapêuticas Propostas de um programa pré-revolucionário possibilitador de relações grupas e recíprocas	Hospitais Psiquiátricos Individualização e promoção da série
ITALIANA	Epistemológico	Compreensibilidade do sujeito dito Doente mental Centralidade no sujeito concreto Ciência libertária da pessoa 'doente mental' Doença mental entre parênteses Paradigma experimental como base da instituição inventada Existência -sofrimento (objeto de análise e mediação)	Incompreensibilidade do sujeito dito doente mental Centralidade na doença abstrata Ciência psiquiátrica opressora, a serviço da classe dominante Pessoa entre parênteses Paradigma racionalista, base da instituição negada Doença abstrata (objeto de análise e intervenção)
	Antropológico	Antropologia fenomenológica-existencial	Antropologia dualista (corpo mente) dicotômica
	Político	Desinstitucionalização (no sentido italiano) Instituição Psiquiátrica terapêutica Inclusão social e reciprocidade Relação terapêutica desprovido de violência e poder	Institucionalização Instituição Psiquiátrica controladora da ordem burguesa Exclusão social e preconceito elitista Ato terapêutico como violência que objetiva reprimir a ação do excluído em relação ao excluído. Instituições que lidam com coisas, ou pessoas coisificadas Lógica assistencialista do Estado de Bem Estar, produtora de dependência e invalidação
	Operacional	Desinstitucionalização como processo dialético de destotalização (negação) e retotalização (síntese)..... Comunidades terapêuticas como passo..... Ação de negação da instituição psiquiátrica avançando na cultura..... Território..... Serviços de Saúde (produtores de sentido e significação de vida) substitutivos do Hospital Psiquiátrico Trabalho como possibilidade real de vida e cidadania..... Centros de Saúde Mental flexíveis.....	Processos de negação pura (desassistencialista ou desospitalizante) Comunidades terapêuticas como meta final Ação de negação centrada exclusivamente no Hospital Psiquiátrico Comunidade Serviços alternativos, humanizadores da ação de exclusão Trabalho como intervenção terapêutica (ergoterapia). Centros de Saúde Mental rígidos
AMERICANA	Epistemológico	'Doença mental' como mito..... 'Doença mental' como metáfora de problemas existenciais, de comunicação, político e da vida	'Doença mental' como fenômeno existente 'Doença mental' como doença médica efetiva
	Antropológico		
	Político	Psiquiatria disciplina ético-política-existencial Abandono da nosologia, etiologia e diagnósticos psiquiátricos Divergência como problema político-social Psiquiatria despojada do poder de contenção (poder de polícia)	Psiquiatria como disciplina médica Nosologia, diagnóstico e etiologia psiquiátricas como instrumentos de controle social Divergência como questão de saúde/doença Psiquiatria apoiada em relações de poder (poder de polícia)
	Operacional	Psiquiatria a serviço da pessoa (psiquiatria de contrato) Psiquiatria/mercado Abolição do tratamento psiquiátrico involuntário Controle social do comportamento executado pelos poderes judiciário e executivo (mediante leis democraticamente estabelecidas), com garantias de ampla defesa Abolição do Estado Terapêutico Abolição à ideologia da saúde mental Abolição da Psiquiatria Institucional	Psiquiatria a serviço da família, ética dominante e do Estado (psiquiatria institucional). Psiquiatria/Estado Manutenção do tratamento psiquiátrico involuntário Controle social do comportamento pela Psiquiatria Manutenção do Estado terapêutico Manutenção da ideologia da saúde mental Reforma da Psiquiatria Institucional

CAPÍTULO III - Tendências do Pensamento Acadêmico Brasileiro no Campo da Saúde Mental

3 - Tendências do Pensamento Acadêmico Brasileiro no Campo da Saúde Mental

3.1 - Introdução

O mapeamento da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental a seguir apresentado, foi construído considerando 5 categorias básicas: *Psiquiatrizante*, *Despsiquiatrizante*, *Vertente Britânica*, *Vertente Italiana* e *Vertente Americana*. Através das duas primeiras pudemos dividir os estudos analisados em *tendências psiquiatrizante* ou *despsiquiatrizante*. As outras três, serviram para enquadrar os estudos de *tendência despsiquiatrizante* entre as vertentes internacionais que compuseram a **grade analítica**, de modo a poder estabelecer uma relação entre a produção nacional e a internacional.

Tais categorias não podem ser tomadas de modo absoluto, elas foram inspiradas pela noção weberiana de “*tipo ideal*” (WEBER, 1983: 5-45). Neste sentido, procedemos as classificações dos estudos na medida em que estes aproximavam-se ou afastavam-se daquelas categorias.

Após a distribuição balizada pelas categorias acima, os estudos foram agrupados por Estado, Universidade, disciplina, orientador, titulação e ano de defesa. Procuramos também formar conjuntos a partir da identificação de problemáticas e questões semelhantes. Estes elementos constituíram as linhas que deram contorno geográfico ao mapeamento.

Antes de passar ao mapeamento propriamente dito, faremos a exposição da metodologia de coleta e do tratamento dos dados, bem como, traçaremos algumas considerações a respeito do uso do instrumento de análise tratada no capítulo anterior. Ao final, discutiremos a relação entre a produção crítica nacional e a internacional.

3.2 - Metodologia

3.2.1 - Procedimentos de Coleta dos Dados

Tomar como objeto de análise a produção acadêmica brasileira, seja em que campo temático for, implica uma dificuldade inicial em acessar os dados, já que tal produção até o momento não está integrada sistematicamente. A primeira dificuldade está em conseguir localizar os estudos acadêmicos relativos ao tema de interesse. A segunda é ter acesso a estes estudos propriamente ditos. Este quadro tende a modificar-se ao longo dos próximos anos em razão do desenvolvimento das tecnologias relativas à rede de informação eletrônica, bem como das iniciativas das Universidades brasileiras de disponibilizarem todos os seus acervos para acesso eletrônico⁵⁴.

O primeiro recurso metodológico que utilizamos para a coleta dos dados foi a consulta à *base de dados de teses e dissertações defendidas no país*, do **Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT)**. O conjunto das dissertações de mestrado, teses de doutorado e teses de livre docência encontrados através deste procedimento, indicou que os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro constituíam-se nos dois principais centros produtores de pesquisa acadêmica no campo da saúde mental.

Consultamos também os catálogos de teses e dissertações da **Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP)** e da **Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)**. Em ambos os casos, observamos novamente a indicação de que os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro constituíam-se nos centros fundamentais de pesquisa acadêmica no campo da saúde mental.

⁵⁴ Ainda que escape aos propósitos desta pesquisa, convém salientar que estas iniciativas estão sendo tomadas individualmente, gerando uma dispersão, cuja integração tornar-se-á difícil, senão impossível, dado a falta de padronização de linguagem e de sistemas.

Tendo em vista a constatação acima, realizamos visitas às diversas instituições de pesquisa que apareceram nos procedimentos anteriores. Em São Paulo visitamos os programas de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo (USP), Pontifícia Universidade Católica (PUC/SP) e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), particularmente a Escola Paulista de Medicina. No Rio de Janeiro visitamos a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), a Pontifícia Universidade Católica (PUC/RJ), e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ), onde se pudemos consultar, gentilmente autorizados pelo professor Paulo D. C. Amarante, o banco de dados da pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Estudos Políticos-Sociais em Saúde (NUPES), intitulado: *Estado da Arte em Saúde Mental no Brasil*.

Outra fonte de consulta foram as bibliografias das teses e dissertações produzidas nas Universidades do Rio de Janeiro e São Paulo que foram visitadas.

Por fim, enviamos correspondências solicitando catálogos de teses e dissertações, com seus respectivos resumos, para as instituições de pesquisa que apareceram na consulta ao banco de dados do IBICT, bem como para aquelas cujas produções foram citadas pelos pesquisadores em São Paulo e Rio de Janeiro (UEC, URGs, UFBA, UFSCAR, UFPE, UFMG). Somente a Universidade Federal da Bahia (Instituto de Saúde Coletiva) respondeu à nossa solicitação, porém, o catálogo foi enviado sem os resumos.

3.2.2 - Tratamento Preliminar dos Dados

Obtivemos, com os procedimentos de coleta dos dados acima relatados, um universo de 257 estudos, distribuídos entre teses de doutorado, teses de livre docência e dissertações de mestrado.

Como no processo de coleta dos dados não nos dedicamos a analisar mais detalhadamente estes estudos, o tratamento inicial dado aos mesmos foi a verificação da pertinência de seus temas nos limites desta pesquisa. A partir deste procedimento, 86 estudos (33%) foram retirados do universo dos dados, por desenvolverem temas que escaparam ao recorte da pesquisa, como por exemplo, estudos sobre aspectos pedagógicos da deficiência mental, aspectos cognitivos da mente, funcionamento mental, psicoterapias breves, dentre outros. Retiramos também 16 estudos (6%) cujos resumos não deixavam claro suas questões e objetivos, não permitindo, desta maneira, uma análise precisa. Dos 257 estudos iniciais restaram, portanto, 155.

Após a análise preliminar dos dados efetuamos a sua tabulação. Foram estabelecidos os seguintes campos de tabulação:

- 1- Número de identificação do estudo
- 2- Título do estudo
- 3- Titulação (doutorado, livre docência ou mestrado)
- 4- Universidade
- 5- Unidade
- 6- Faculdade

7- Estado

8- Cidade

9- Orientador

10- Ano de defesa

11- Tema básico do estudo

12- Tendência (*psiquiatrizante* ou *despsiquiatrizante*)

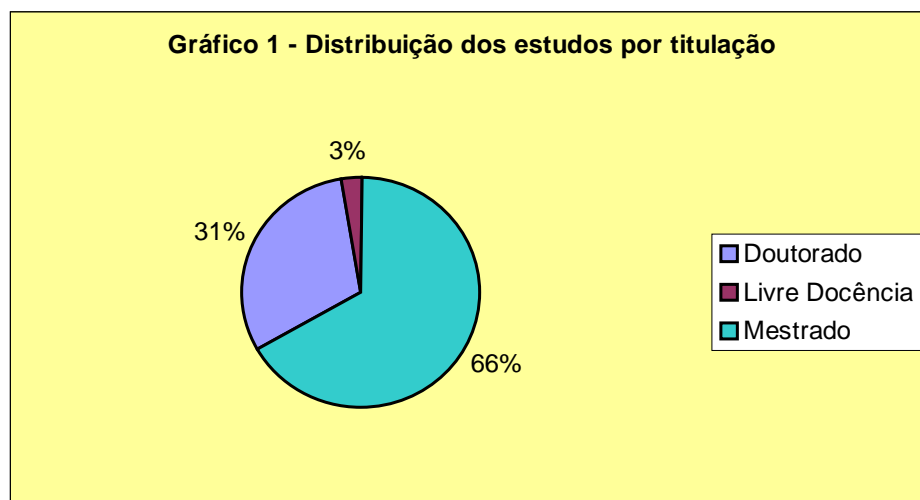
13- Aproximação temática dos estudos de *tendência despsiquiatrizante* com as vertentes internacionais (*Britânica, Americana, ou Italiana*).

Os campos 12 e 13 somente foram tabulados após análise criteriosa dos dados, utilizando como recurso o instrumento de análise exposto nos capítulos precedentes. Após a distribuição dos dados em tendências, buscamos identificar regularidades temáticas entre os estudos, a fim de construir categorias temáticas que os agrupassem em conjuntos (campo 11). Entre os estudos de *tendência psiquiatrizante*, construímos 7 categorias temáticas: Diagnóstico, Epidemiológico, Etiológico, Nosológico, Prognóstico, Tratamento Químico e Outros. Entre os estudos de *tendência despsiquiatrizante*, construímos 10 categorias temáticas: Identidade da Enfermagem Psiquiátrica, Institucionalização da Psiquiatria, Políticas Públicas de Saúde Mental, Representação Social e Reforma Psiquiátrica, Reforma Psiquiátrica Italiana, Compreensão da Esquizofrenia, Crítica Teórica à Psiquiatria Tradicional, Critérios de Internação, Serviços Alternativos em Contexto de Reforma Psiquiátrica e Outros. Os critérios de construção destas categorias temáticas, bem como as principais questões norteadoras dos estudos, estarão descritos mais à frente.

3.2.3 - Limites da Grade Analítica

Antes da apresentação da descrição das tendências da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental, convém explicitar alguns limites encontrados no uso da grade analítica tratada nos capítulos anteriores.

O primeiro limite observado é que alguns dos estudos que compuseram o escopo desta pesquisa não puderam ser classificados, pois seus enfoques temáticos escaparam aos critérios da **grade analítica**. Este limite era previsível, uma vez que, ao ser determinado três vertentes para compor a **grade analítica**, já se antecipava que algumas teses e dissertações escapariam às temáticas constitutivas da mesma. Deste modo, 12 estudos, representando 4% do total, foram retirados do universo desta pesquisa. Com este procedimento o universo da pesquisa ficou delimitado em 143 estudos, constituídos de 95 dissertações de Mestrado, 4 teses de Livre Docência, e 44 teses de Doutorado.



Um segundo limite observado refere-se ao enquadramento das teses e dissertações classificadas como *despsiquiatrizes* entre as *Vertentes Britânica, Italiana e Americana*. Alguns destes estudos, embora tematizem certos aspectos de

modo semelhante às vertentes acima, não referem-se explicitamente a elas. De sorte que, nestes casos, foi utilizada a seguinte estrutura: o estudo ‘x’ aproxima-se da vertente ‘y’, por focar de modo semelhante a esta certos temas comuns. Seguindo este procedimento, alguns estudos foram enquadrados de forma híbrida, isto é, aproximavam-se ao mesmo tempo de mais que uma vertente.

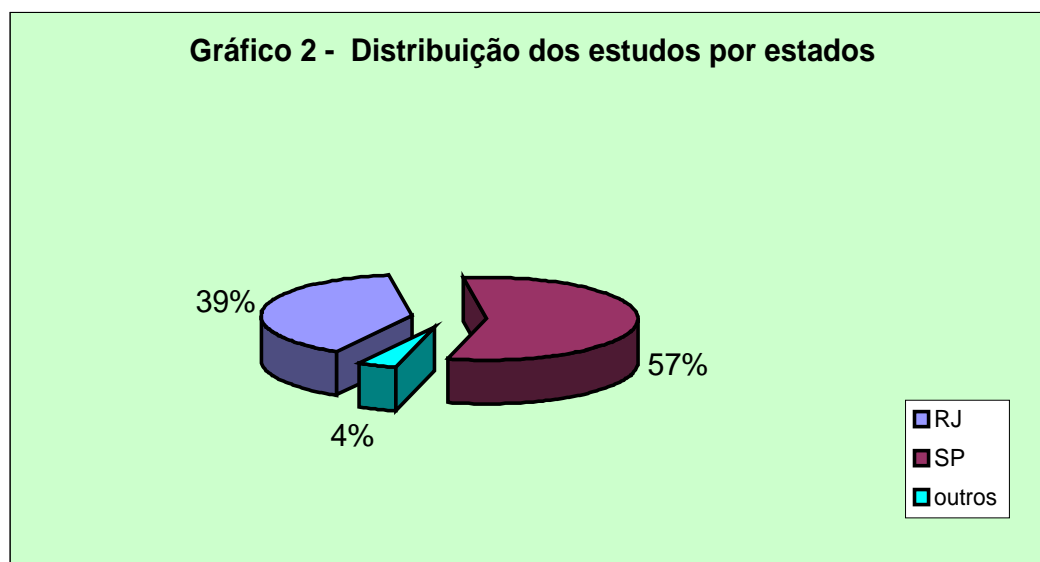
Se a inspiração direta nem sempre é possível ser afirmada, o mesmo não se passa com as implicações práticas, objetivas e subjetivas. As produções acadêmicas brasileiras, ao partir de fundamentos semelhantes a certas produções internacionais, desdobram-se em implicações semelhantes permitindo, assim, uma análise das relações da produção nacional com a produção internacional.

Um outro limite constatado na aplicação da **grade analítica** está ligado ao recurso metodológico de não ter estabelecido a produção de Foucault como uma vertente específica para compô-la, tal qual tratado no segundo capítulo desta dissertação. Este recurso, se por um lado, trouxe a vantagem de evitar a ambiguidade no enquadramento daquelas teses e dissertações que abordavam temáticas presentes tanto em Foucault como na *Vertente Italiana*, por outro, não permitiu o desvelamento da penetração das idéias de Foucault na produção acadêmica brasileira, observada na análise dos dados. Ainda que as relações da produção acadêmica brasileira com o pensamento de Foucault não fiquem reveladas mediante o uso da **grade analítica** que construímos, entendemos que o resultado da pesquisa, em termos gerais, não fica alterado, configurando-se, neste caso, apenas uma limitação no ‘ajuste fino’ do mapeamento.

3.3 - Descrição das Tendências

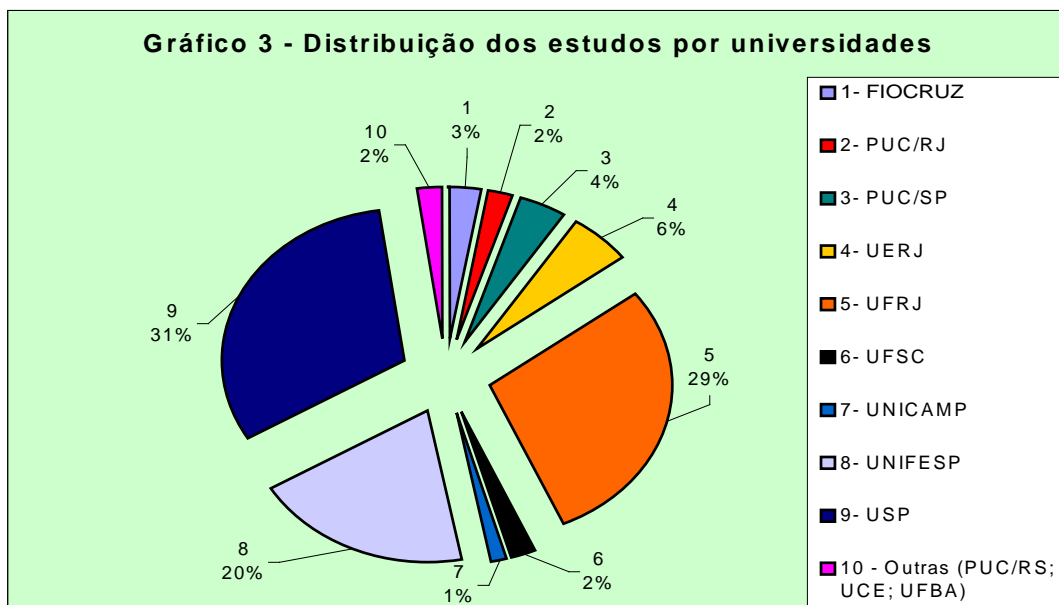
3.3.1 - Aspectos Gerais

De acordo com os dados obtidos, a produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental está concentrada no eixo Rio-São Paulo, com leves ramificações em outros Estados, isto é, não encontramos centros de pesquisas acadêmicas fora do eixo Rio-São Paulo. Embora, tal como foi dito no item *Metodologia de coleta dos dados*, não tivemos acesso ao conjunto total dos estudos, a probabilidade de erro da afirmação acima é muito pequena, uma vez que, tal conjunto não tratou-se de volume numericamente significativo.

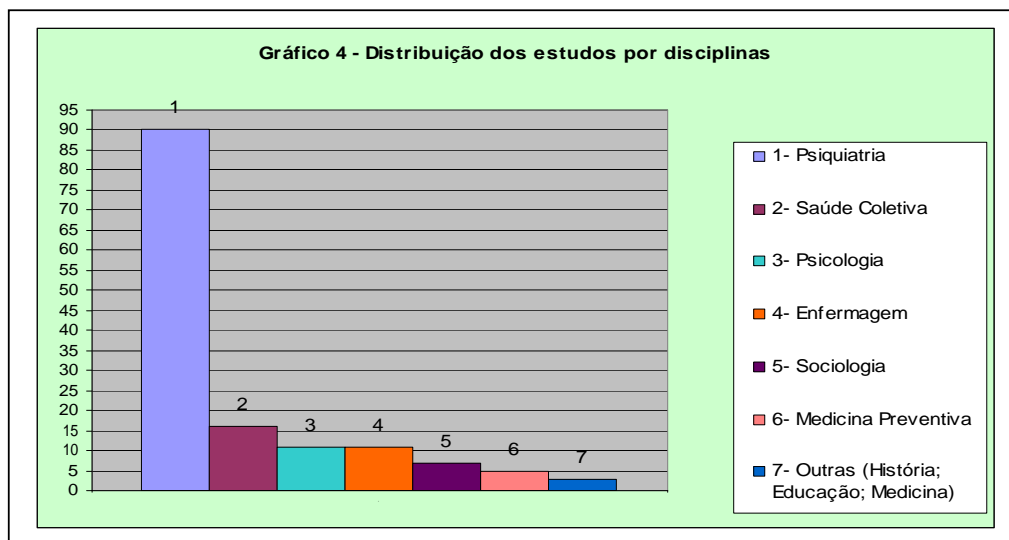


Os principais centros universitários produtores são: Universidade Estadual de São Paulo – USP (45 estudos); Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP (3 estudos); Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP (28 estudos), Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP (2 estudos); Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ (8 estudos); Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ (41 estudos); Fundação Oswaldo Cruz/RJ – FIOCRUZ (4 estudos);

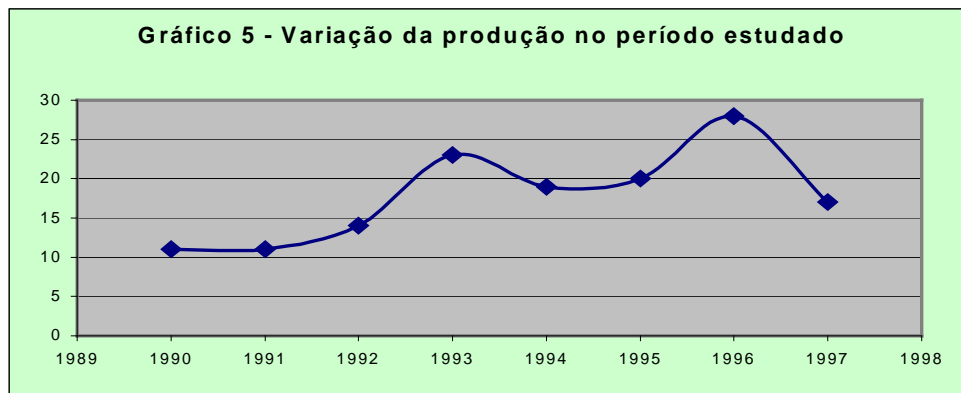
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (3 estudos); Outras – UFBA, PUC/RJ, UEC (1 estudo cada).



De um ponto de vista disciplinar, a psiquiatria aparece como o ‘lugar’ de maior produtividade. Por outro lado, os dados indicam que a produção acadêmica no campo em tela constitui-se de maneira pluridisciplinar, sendo preocupação heurística da Sociologia, Saúde Coletiva, Psicologia, Enfermagem, Medicina Preventiva, História e Educação.

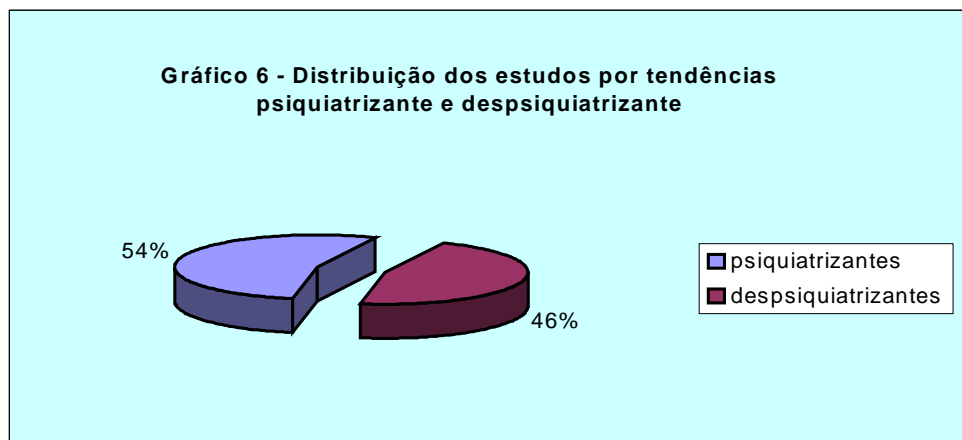


Observa-se nos dados que a produtividade de pesquisas acadêmicas no campo da saúde mental acelerou ligeiramente a partir de 1991, estabilizando-se, em termos numéricos, a partir de 1993⁵⁵.



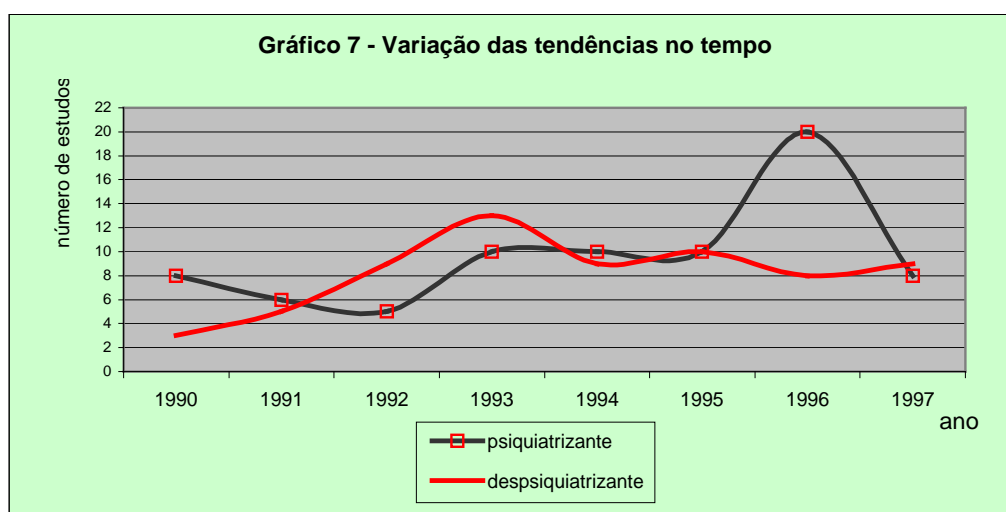
3.3.2 - Aspectos Relativos à Psiquiatrização e Despsiquiatrização do Social

Tal como havíamos antecipado no início, a contradição dialética entre *psiquiatrização/despsiquiatrização do social* também pode ser observada na produção acadêmica brasileira. Em termos numéricos, esta contradição no período estudado se dá de modo equitativo, com pequena ‘vantagem’ para os estudos de *tendência psiquiatrizante* (54%) em relação aos de *tendência despsiquiatrizante* (46%).

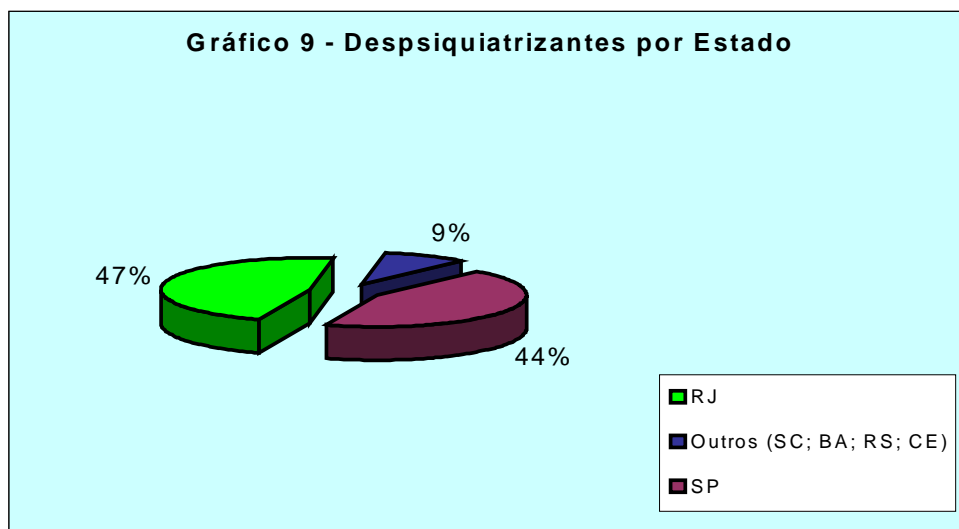
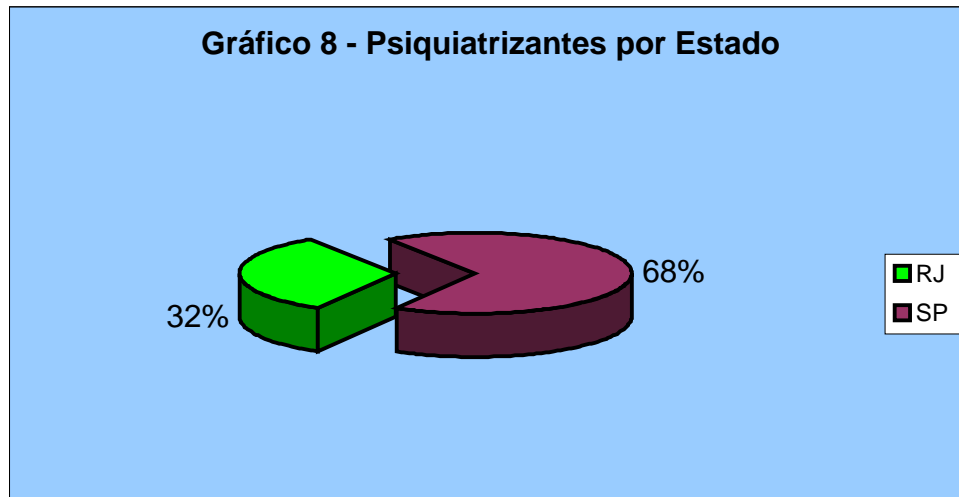


⁵⁵ A queda no número de estudos no ano de 1997, pode estar vinculada ao período de coleta dos dados. Como boa parte da coleta foi realizada no início de 1998, muitos estudos cuja defesa pública foi realizada no segundo semestre de 1997, possivelmente não haviam sido incluídos nos catálogos de teses e dissertações consultados.

Os dados indicam que no período pesquisado os estudos de *tendência despsiquiatrizante* aceleraram a produtividade alguns anos após o impulso reformista da psiquiatria no final dos anos 80, para estabilizar-se a partir de 1993. Movimento contrário observa-se nos estudos de *tendência psiquiatrizante*, que diminui a produtividade a partir de 1990, estabilizando-se também a partir de 1993, exceto no ano de 1996, no qual a produção de *tendência psiquiatrizante* dobra em termos numéricos.

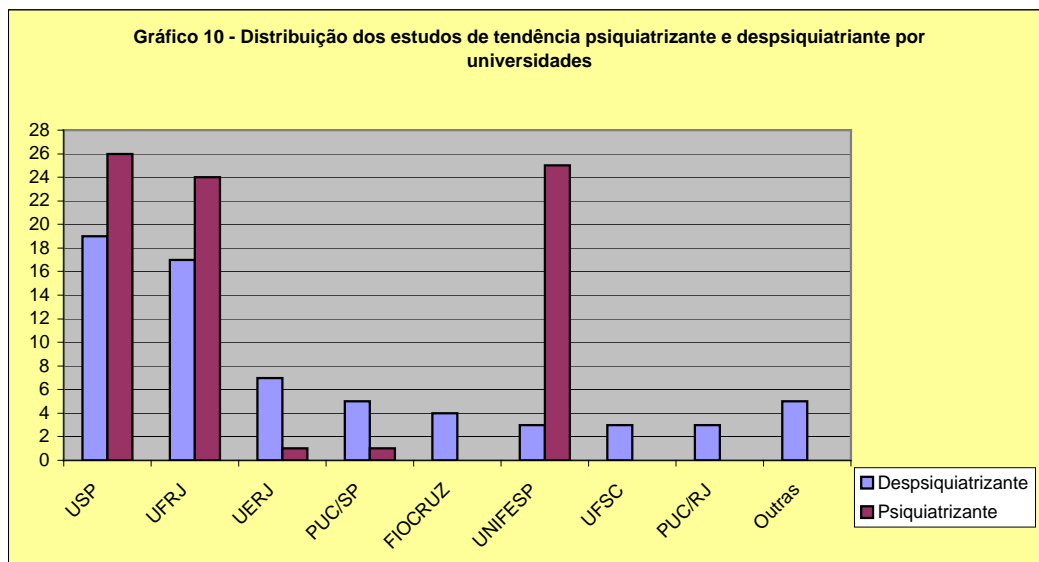


O estado de São Paulo aparece como o principal centro produtor dos estudos de *tendência psiquiatrizante* [68%], destacando-se a Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) [32%] e as Faculdades de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), tanto no *campus* da Capital [25%] como no *campus* de Ribeirão Preto [7%]. Já o estado do Rio de Janeiro aparece como o principal centro produtor dos estudos de *tendência despsiquiatrizante*, destacando-se o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) [24%], o Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) [11%], e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) [6%].



Pode-se afirmar que a produção dos estudos de *tendência psiquiatrizante* é fundamentalmente desenvolvida na Universidade Estadual de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo e Universidade Federal do Rio de Janeiro. A produção dos estudos de *tendência despsiquiatrizante*, por outro lado, distribui-se por um número maior de *campi* universitários, tais como Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Estadual de Campinas, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul,

Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Ceará e Universidade Federal da Bahia.



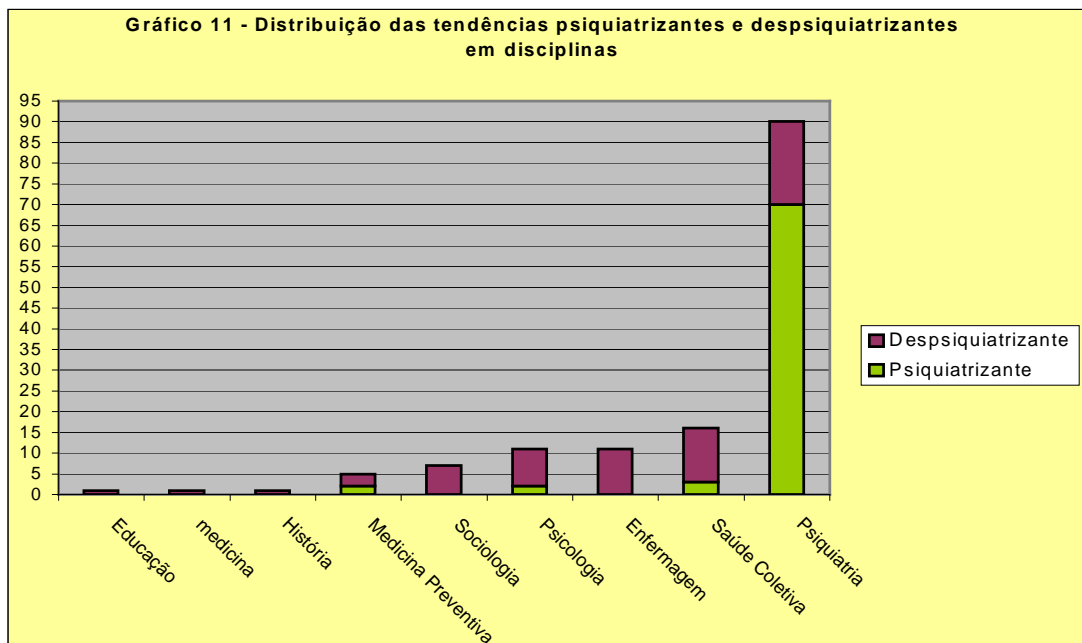
Orientador	Universidade	Estado	N
Joel Birman	UERJ	RJ	4
Jurandir F. Costa	UERJ	RJ	2
Jane A Russo	UFRJ	RJ	3
João F. S. Filho	UFRJ	RJ	3
Pedro G. G. Delgado	UFRJ	RJ	2
Raffaele G. G. Infante	UFRJ	RJ	2
Antonio R. Netto	USP	SP	2
Graciete B. Silva	USP	SP	3
Luzinete S. Minela	UFSC	SC	3
Marcos P. T. Ferraz	UNIFESP	SP	2

Quadro 1 - Orientadores de estudos de tendência despsiquiatrizante com 2 ou mais trabalhos orientados.

Orientador	Universidade	Estado	N
Jair J. Mari	UNIFESP	SP	10
Miguel R. Jorge	UNIFESP	SP	5
Marcos P. T. Ferraz	UNIFESP	SP	3
Latife Yazigi	UNIFESP	SP	2
José A Porto	UNIFESP	SP	2
Márcio V. V. Caldeira	UFRJ	RJ	5
João R. Bueno	UFRJ	RJ	3
Raffaele G. G. Infante	UFRJ	RJ	2
Roberto A. M. Piedade	UFRJ	RJ	2
Mario R. L. Neto	USP	SP	2
Valentin G. Filho	USP	SP	2
Zacária B. A. Ramadam	USP	SP	2

Quadro 2 - Orientadores de estudos de tendência psiquiatrizante com 2 ou mais trabalhos orientados.

Esta característica dispersiva dos estudos de *tendência despsiquiatrizante* também pode ser observada em termos disciplinares. Enquanto os estudos de *tendência psiquiatrizante* concentram-se fundamentalmente na psiquiatria, os de *tendência despsiquiatrizante* espalham-se por uma diversidade de disciplinas, como Saúde Coletiva, Enfermagem, Psicologia, Sociologia e outras.



3.4 - Principais Temas e Questões Norteadoras das Produções Acadêmicas Brasileiras no Campo da Saúde Mental

A título de facilitação da exposição e busca de síntese, agrupamos os estudos em conjuntos cujas temáticas e preocupações aproximavam-se. Para cada conjunto destes estabeleceu-se um ‘rótulo’ cuja definição não espelha rigorosamente a definição técnica. Os critérios a partir dos quais foram compostos tais conjuntos aparecem antes da exposição das questões norteadoras fundamentais. Os estudos enquadrados em cada conjunto temático estão indicados por um quadro, contendo o número de identificação, título, universidade, orientador e ano de defesa. Referências complementares podem ser encontradas em quadro específico nos anexos desta dissertação.

Tendo em vista que nesta pesquisa se trabalhou sobre resumos, o que implicou certos limites metodológicos, optamos por evitar um aproveitamento mais detalhado da **grade analítica**, elaborando-se, deste modo, análises gerais.

Apresentaremos, em primeiro lugar, as temáticas e questões norteadoras dos estudos de *tendência psiquiatrizante*, e posteriormente, os de *tendência despsiquiatrizante*.

3.4.1 - Estudos de Tendência Psiquiatrizante

3.4.1.1 - Diagnóstico

Estudos que centraram atenção em aspectos relacionados à identificação de doenças psiquiátricas. Três grandes questões mobilizaram estes estudos:

1- Uma refere-se à identificação e demonstração de prevalência de mais do que uma morbidade psiquiátrica concomitantes (comorbidade). A partir

disto, os estudos estabelecem relações causais, ou de retroalimentação entre as doenças psiquiátricas identificadas, a fim de propugnarem terapêuticas que se pretendam, ou se afirmem, mais adequadas. Deste conjunto de estudos, o uso de drogas (considerado como doença psiquiátrica) associado a outras doenças psiquiátricas é uma das preocupações que mais aparecem.

2- Outra questão presente nestes estudos também discute comorbidades, mas distingue-se da primeira por tentar identificar presença de doenças psiquiátricas concomitantes a doenças demarcadas e estabelecidas por outras especialidades médicas como, por exemplo, acidente cardiovascular e depressão. Assim como a primeira, discute relações causais ou de retroalimentação entre as doenças identificadas, com vistas a proposições terapêuticas.

3- Uma última questão observada centra-se nos instrumentos para realizar diagnósticos. São estudos que em sua maioria ou tentam testar a eficácia de determinado instrumento mediante comparação com algum outro mais consagrado, ou pretendem fazer uma padronização à realidade brasileira de instrumentos produzidos para outras realidades culturais.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
4	Considerações diagnósticas na Anorexia Nervosa: análise a partir de 7 casos clínicos	UNIFESP	Latife Yazigi	1996
6	Comorbidade e Transtornos da Personalidade na Farmacodependência de Cocaína	UNIFESP	Miguel R. Jorge	1996
8	Crianças desnutridas, a saúde mental de suas mães e a perspectiva de intervenção psicossocial	UNIFESP	Jair J. Mari	1996
23	Estrutura fatorial do questionário de morbididade psiquiátrica do adulto aplicado em amostras representativas de três cidades brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre)	UNIFESP	Jair J. Mari	1993
24	A tradução psiquiátrica do diagnóstico "DNV" (Distonia Neurovegetativa) feito pelo médico não especialista	UNIFESP	Marcos P. T. Ferraz	1993
25	Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de comportamentos da infância e adolescência): dados preliminares	UNIFESP	Jair J. Mari	1992
27	Identificação de casos psiquiátricos em uma população idosa urbana	UNIFESP	Marcos P. T. Ferraz	1990
30	Depressão em pacientes com lesão no hemisfério cerebral esquerdo	UFRJ	Roberto A. M. Piedade	1991
31	Síndrome pré-menstrual: relações com distúrbios afetivos	UFRJ	Miguel Chalub	1993
32	Transtorno de pânico, do torácica e clínica cardiológica: um estudo de pacientes submetidos a teste de esforço em um hospital do INAMPS	UFRJ	Márcio V. V. Caldeira	1990
36	Abstinência de cocaína: um estudo de características psicopatológicas em dependentes que procuram tratamento	UFRJ	Lilian Scheinkman	1996
43	Uma discussão acerca de comorbidade em estados alcoólicos	UFRJ	Ana M. F. Pitta	1994

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
45	Fobia social: estudo de comorbidade	UFRJ	Márcio V. V. Caldeira	1994
49	A depressão e a doença de parkinson	UFRJ	Elias Engelhardt	1996
54	Impacto negativo dos transtornos de personalidade no transtorno do pânico	UFRJ	Ivan Figueira	1996
72	Estudo do perfil sintomatológico de pacientes com transtorno de pânico e agorafobia com ataques de pânico	USP	Valentim G. Filho	1993
73	Autismo infantil: um algoritmo clínico	USP	*****	1993
85	Alterações psiquiátricas associadas a cirurgia de revascularização do miocárdio: caracterização e fatores de risco	USP	Zacaria B. A. Ramadam	1995
86	Estudo prospectivo da ocorrência de quadros depressivos em pacientes submetidos a revascularização do miocárdio	USP	Zacaria B. A. Ramadam	1995
92	Ansiedade patológica e disfunção sexual: um estudo comparativo entre transtorno de ansiedade generalizada e ejaculação precoce	USP	Carmita H. N. Abdo	1996
97	Adap., normatiz. e avaliação das qualidades psicométricas da rcmas (revised children's manifest anxiety scale) para uma amostra de escolares de oito a 13 anos de ribeirão preto-sp	USP	Ricardo Gorayeb	1997
101	Bipolares – Um Estudo de Características de Personalidade Através do Rorschach, no Estado Eutímico	PUC/SP	Gilberto Safra	1993
136	Morbidade psiquiátrica e tentativas de suicídio em usuários de drogas	UERJ	Jair J. Mari	1990

Quadro 3 - Estudos enquadrados na categoria temática diagnóstico

3.4.1.2 - Epidemiológico

Estudos que tomam por objeto de pesquisa as relações entre características populacionais (sócio-demográficas, econômicas, sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, prática religiosa, inserção no sistema produtivo, renda per capita, migração, tamanho da família, etc.) e incidência de doenças psiquiátricas em dada população. Duas questões nortearam estes estudos:

1- Uma delas dedica-se a correlacionar certa(s) característica(s) populacional(is) à emergência de determinada doença psiquiátrica. O objetivo expresso deste grupo de pesquisas é identificar “fatores de risco” que tendem a produzir doença psiquiátrica, para com isto propor intervenção psiquiátrica ao nível da saúde pública.

2- A outra fica centrada no desenvolvimento, ou ainda, na avaliação da eficácia de instrumentos de rastreamento de doenças psiquiátricas em populações.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
1	Características sociodemográficas e clínicas de uma população de pacientes de um serviço universitário de intervenção em crise	UNIFESP	Miguel R. Jorge	1997
N	Título	Univer.	Orientador	Ano
2	A avaliação das propriedades psicométricas da Escala de rastreamento de Depressão CESD em populações clínicas e não clínicas de adolescentes e adultos jovens	UNIFESP	Miguel R. Jorge	1997
3	Estudo das manifestações psicopatológicas na população brasileira	UNIFESP	Sérgio L. Blay	1997
7	Fatores psicossociais associados à saúde mental de crianças no início da escolarização : um estudo sobre escolares de família de baixa renda	UNIFESP	Jair J. Mari	1996
10	Fatores de risco para comportamento anti-social na adolescência e início da vida adulta	UNIFESP	Jair J. Mari	1996
11	Epidemiologia do uso de drogas ilícitas e dos transtornos psiquiátricos menores em Pelotas	UNIFESP	Jair J. Mari	1996
21	Perfil psicopatológico e ajustamento social de pacientes esquizofrênicos internados: um estudo transversal em uma área geográfica delimitada da zona norte da cidade de São Paulo	UNIFESP	Jair J. Mari	1993
61	Estudo epidemiológico:alguns aspectos sobre a saúde mental do idoso - brasilia, distrito federal	USP	Antonio R. Netto	1991
62	Estudo sobre a prevalencia de disturbios psiquiatricos entre os sepultadores do servico funerario do municipio de sao paulo	USP	Marcília A. M. Faria	1991
76	Espaco urbano e doença mental:estudo de morbidade psiquiatrica em brasilia	USP	Neiry P. Alessi	1994

Quadro 4 - Estudos enquadrados na categoria temática epidemiológico.

3.4.1.3 - Nosológico

Estudos que centraram suas preocupações em aspectos a partir dos quais se classificam as doenças psiquiátricas. Observamos duas preocupações fundamentais nestes estudos:

1- Uma é determinar naqueles casos em que aparecem mais que uma doença (ou distúrbio psiquiátrico) ao mesmo tempo, qual delas seria a principal, para com isto estabelecer subtipos da mesma. Por exemplo, “alcoolistas depressivos” para aqueles que apresentam sintomas de depressão, e “alcoolistas obsessivos compulsivos” para aqueles que apresentam sintomas obsessivos compulsivos.

2- A outra concentra-se em produzir uma melhor especificação classificatória de certas doenças psiquiátricas, a partir da consideração de diferentes sintomas residuais.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
12	Avaliação Crítica do diagnóstico multiaxial nas classificações psiquiátricas: uma proposta de sistematização do registro de curso da doença	UNIFESP	*****	1996
N	Título	Univer.	Orientador	Ano
14	Estudo da validade de face dos critérios diagnósticos para os transtornos da personalidade no DSMIII-R	UNIFESP	José A. Porto	1995
16	Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes dependentes do álcool em dois serviços ambulatoriais universitários do Estado de São Paulo	UNIFESP	Miguel R. Jorge	1994
18	Figura e fundo: um estudo de comorbidade do distúrbio obsessivo compulsivo e distúrbios da personalidade	UNIFESP	José A. Porto	1994
38	Distúrbios psiquiátricos do pós-parto	UFRJ	Jorge A. R. Silva	1990
52	Pacientes com queixas difusas: um estudo nosológico de pacientes apresentando queixas somáticas múltiplas e vagas	UFRJ	João R. Bueno	1995
56	A evolução do conceito esquizofrenia: uma doença ou um grupo de doenças	UFRJ	Carlos E. Duarte	1996
59	A clínica e as classificações diagnósticas em psiquiatria	UFRJ	João F. S. Filho	1996
65	Características de personalidade de alcoolistas e evolução no tratamento	USP	Antonio C. Cesarino	1992
81	Influência do processo de envelhecimento no quadro clínico de depressão em idosos	USP	Mario R. L. Neto	1995
87	Distúrbios de pensamento na esquizofrenia e nos transtornos de humor	USP	Helio Elkis	1995
91	Disfunções sexuais em pacientes com transtorno de pânico com e sem agorafobia	USP	Luiz A. Araujo	1996
93	Contribuição para o estudo da estrutura psicopatológica multifatorial da esquizofrenia	USP	*****	1996
95	Perfil psicopatológico e transtornos de personalidade em uma amostra de pacientes com diagnóstico de fobia social	USP	Francisco L. Neto	1996
105	Psicose psicogênica ou reativa e Psicose histórica: um estudo sobre os conceitos e aplicabilidade diagnóstica	UNIFESP	Marcos P. T. Ferraz	1992

Quadro 5 - Estudos enquadrados na categoria temática nosológico.

3.4.1.4 - Etiológico

Estudos que se ocuparam de questões de ordem causal relativas às doenças psiquiátricas. As preocupações giraram em torno de:

- 1- Causação genética;
- 2- Alterações cerebrais;
- 3- Causação intrapsíquica.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
17	Estudo da fragilidade cromossômica e cariotípico em pacientes com distúrbio bipolar do tipo I	UNIFESP	Jair J. Mari & Marília A. C. Smith	1994

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
22	Apnéia obstrutiva do sono: um estudo preliminar de seus aspectos psicossomáticos	UNIFESP	Latife Yazigi	1993
28	Psicoses esquizoativas: localização no campo das psicoses endógenas	UFRJ	Raffaele G. G. Infante	1991
51	Menopausa: Avaliação dos sintomas do humor em mulheres com síndrome do climatério que procuram atendimento médico	UFRJ	Eustácio P. N. Filho	1997
83	Contribuição ao estudo das alterações neuroanatomicas na esquizofrenia	USP	Mario R. L. Neto	1995
N	Título	Univer.	Orientador	Ano
109	Narciso e a morte precoce de edipo: uma organização mental patológica a serviço dessa tragédia	USP	Odette L. V. Kolck	1994
110	Voices da psicose: uma leitura psicanalítica	USP	Eda T. O. Tassara	1994

Quadro 6 - Estudos enquadrados na categoria temática etiológico.

3.4.1.5 - Tratamento Químico

Estudos que focalizaram o tratamento farmacológico em doenças psiquiátricas. Dois aspectos foram observados:

1- Verificação da adequação e eficácia terapêutica (entendida como regressão de sintomas) de determinada droga no tratamento de determinada doença psiquiátrica;

2- Verificação de reações adversas oriundas do uso terapêutico de determinada droga farmacológica.

N	Título	Univer	Orientador	Ano
29	O emprego do verapamil no transtorno bipolar do humor: episódio maníaco	UFRJ	João R. Bueno	1991
33	Clonazepam na fobia social	UFRJ	Márcio V. V. Caldeira	1993
40	Fobia social – tratamento farmacológico com antidepressivos inibidores da monoamina oxidase	UFRJ	Márcio V. V. Caldeira	1990
41	Distímia: tratamento farmacológico com antidepressores	UFRJ	Márcio V. V. Caldeira	1992
46	Tratamento farmacológico da depressão refratária	UFRJ	João R. Bueno	1990
48	O propranolol no tratamento da acatisia induzida por neurolépticos	UFRJ	Roberto A. M. Piedade	1991
55	Haloperido, biperideno e parkinsonismo	UFRJ	Paulo Mattos	1997
60	Bloqueio através do clonazepam de ataques de pânico provocados pelo dióxido de carbono	UFRJ	Antonio E. Nardi & Márcio V.V. C.	1997
80	Consequências adversas do uso continuado de tranquilizantes benzodiazepínicos: tolerância, dependência e prejuízos nos desempenhos individuais	USP	Eneida B. Matarazzo	1995
82	Efeito da d-fenfluramina na ansiedade experimental humana	USP	Frederico G. Graeff	1995

N	Título	Univer	Orientador	Ano
84	Psicopatologia do transtorno de pânico: efeito da terapêutica e delimitação diagnóstica	USP	Valentim G. Filho	1995

Quadro 7 - Estudos enquadrados na categoria temática tratamento químico.

3.4.1.6 - Prognóstico

Estudos que focalizaram questões relativas à duração e evolução das doenças psiquiátricas ou de seu tratamento. A principal questão norteadora destes estudos transita entre identificar como uma determinada doença psiquiátrica evolui isolando-se uma determinada variável, e como determinado tratamento varia isolando-se determinada variável. Por exemplo, como evolui a esquizofrenia entre os sexos, ou como evolui o tratamento de toxicômanos, isolando-se sua história psiquiátrica anterior.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
5	Representações de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia	UNIFESP	Jair J. Mari	1996
19	Diferenças entre os sexos na evolução da Esquizofrenia	UNIFESP	Itiro Shirakawa	1994
26	O ajustamento social na esquizofrenia: um estudo retrospectivo	UNIFESP	Jair J. Mari	1990
96	Fatores de predição de prognóstico de farmacodependentes avaliados pela escala de seguimento de dependentes de substâncias psicoativas	USP	Jose R. A. Fontes	1997
108	Quadros borderline: comparação diagnóstica em dois momentos de avaliação de entrevistas clínicas e da técnica de Rorschach	USP	Sonia R. Loureiro	1993

Quadro 8 - Estudos enquadrados na categoria temática prognóstico.

3.4.1.7 - Outros

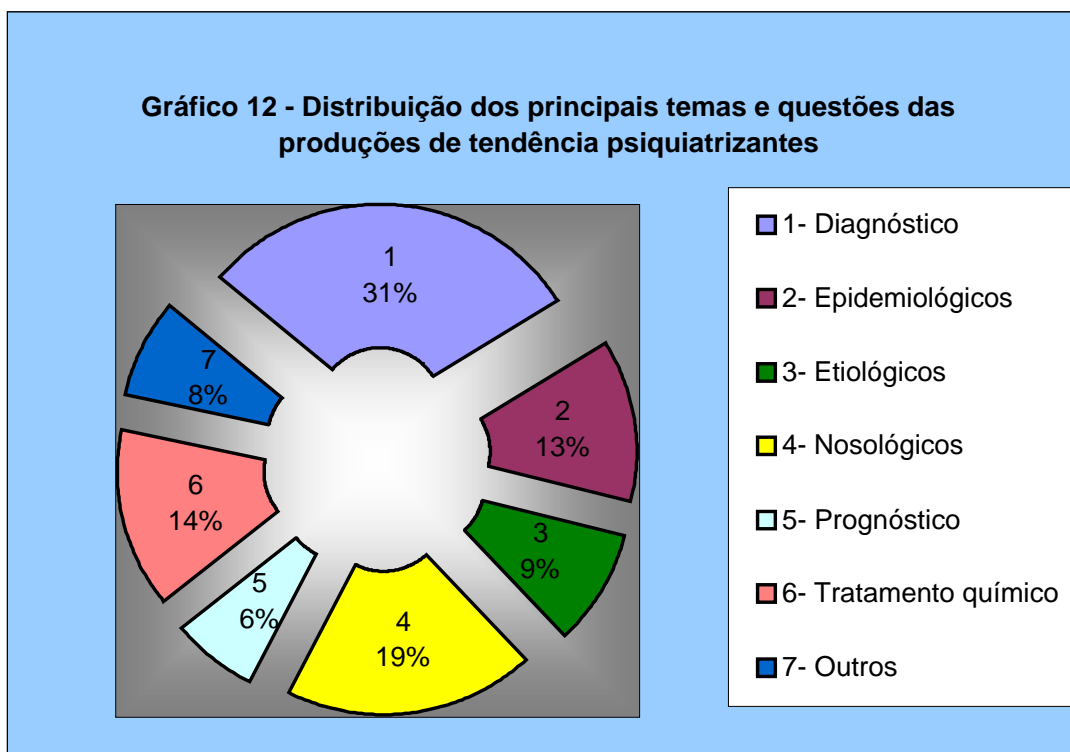
Estudos cujos temas não couberam nos critérios acima definidos, como por exemplo, estabelecimento de critérios de avaliação de qualidade nos hospitais psiquiátricos, estabelecimento de critérios de cessação de interdição psiquiátrica, possibilidades de psicoterapia em hospitais psiquiátricos.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
20	Avaliação de fatores que se associam à indicação de internação em serviço de emergência psiquiátrica de Hospital geral universitário	UNIFESP	Miguel R. Jorge	1994
94	Psiquiatria de interconsulta no hospital geral: diagnóstico multiaxial em adolescentes e adultos	USP	Francisco B. A. Junior	1996
107	Contribuições ao emprego da psicoterapia psicodinâmica em instituições médicas	USP	Clovis Martins	1992
111	Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial em saúde mental: um estudo entre processo e resultado final	USP	Francisco B. Tancredi	1996
126	A dimensão psico-socio-terapêutica do "vudu haitiano" no tratamento tradicional das doenças mentais	UFRJ	Raffaele G. G. Infante	1990
140	Periculosidade e doença mental: um estudo dos fatores envolvidos na determinação da secessão da periculosidade do doente mental infrator	UFRJ	Talvane M. Moraes	1996

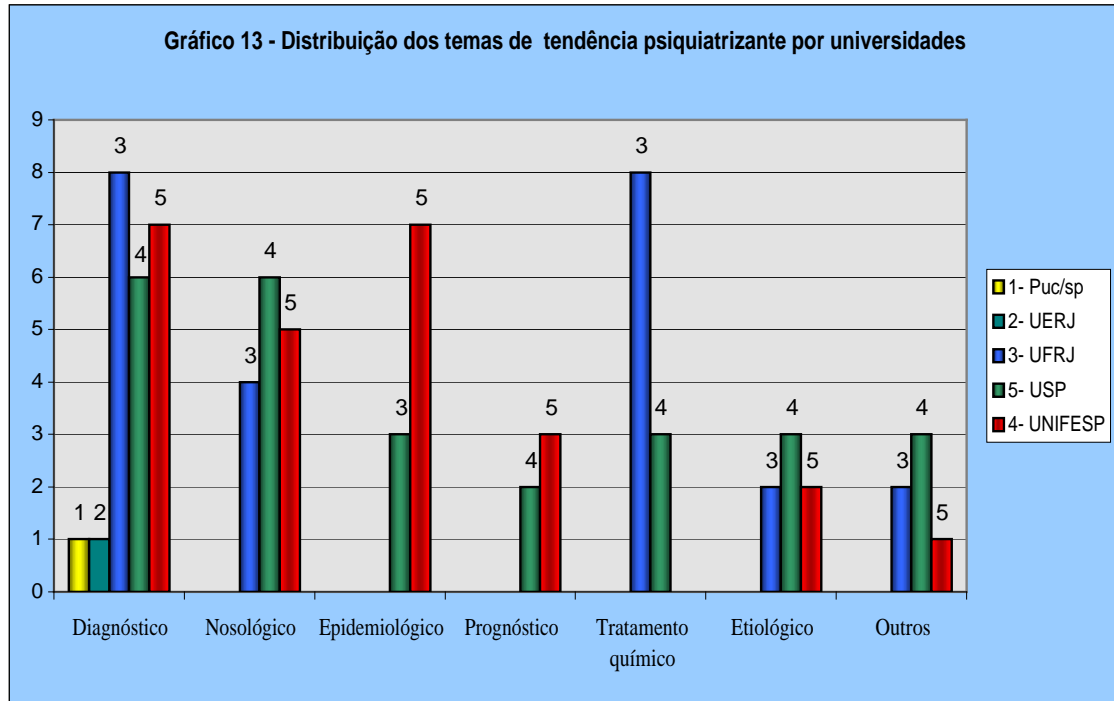
Quadro 9 - Estudos enquadrados na categoria outros.

3.4.1.8 – Concentração das Principais Temáticas Pesquisadas

Dentre os temas destacados, os de maior interesse entre os pesquisadores brasileiros, são aqueles relacionados à identificação de ‘doença mental’ (diagnóstico – 31%), classificação de ‘doença mental’ (nosológico – 19%), e tratamento químico das ‘enfermidades mentais’ (14%).



Os pesquisadores da Universidade de São Paulo atuam mais em questões relativas a diagnóstico e nosologia. Os da Universidade Federal do Rio de Janeiro dedicam-se fundamentalmente a problemáticas ligadas a diagnóstico e tratamento químico. Os pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo dedicam grande atenção a questões de ordem diagnóstica, nosológica e epidemiológica.



3.4.2 - Estudos de Tendência Despsiquiatrizante

3.4.2.1 - *Identidade da Enfermagem Psiquiátrica*

Agrupamos aqui os estudos que problematizaram criticamente o papel da enfermagem psiquiátrica. São estudos que centram seus esforços na questão da identidade do profissional de enfermagem psiquiátrica, seja em face da Instituição Psiquiátrica segregadora e excludora, seja em face de processos de superação da mesma. Embora muitos destes estudos pudessem ser agrupados nas demais categorias temáticas, resolvemos formar um conjunto específico quanto à identidade da enfermagem psiquiátrica, pelo fato de a mesma ser uma preocupação insistente entre os pesquisadores da área. As principais questões destes estudos giram em torno de:

1- Identificar como a prática da enfermagem nas Instituições Psiquiátricas reproduz o dinamismo de segregação e exclusão da formação social na qual está inserida. Com isto, tais estudos pretendem argumentar que as condições de possibilidades para a construção de uma identidade da enfermagem psiquiátrica que transcenda à função ambígua de carceragem e submissão, em direção a uma função mais terapêutica e humanizadora, passa pela superação da própria Instituição Psiquiátrica enquanto instrumento de manutenção da ordem e exclusão social.

2- Identificar quais são as determinantes que engendram a construção do enfermeiro psiquiátrico enquanto agente de violência e controle social. Estudos que focalizam desde formação acadêmica, representação social dos enfermeiros relativa à ‘doença mental’, Instituição Psiquiátrica, e à própria prática da enfermagem, até relações de poder entre médicos e enfermeiros em Hospitais Psiquiátricos.

N	Título	Univer	Orientador	Ano
63	Papel do enfermeiro psiquiatra - oprimido e opressor	USP	Joel S. Camacho	1991
66	Pratica de enfermagem psiquiatrica:subordinacao e resistencia	USP	Graciette B. Silva	1992
67	Atuacao do enfermeiro psiquiatrico em um macro-hospital estatal:analise de uma experiencia de grupo	USP	Graciette B. Silva	1992

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
70	Representações sociais acerca do doente mental atendido em emergências psiquiátricas	USP	Sonia R. F. Enumo	1993
71	Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas a humanização da assistência em saúde mental	USP	*****	1993
77	Reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da casa de saúde anchieta e núcleos de atenção psicossocial	USP	Marina B. Teixeira	1995
78	Processo de desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica: representações sociais entre profissionais e ocupacionais da enfermagem	USP	Neiry P. Alessi	1995
88	Louco, a loucura e a alucinação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica subjuídice	USP	Egry E. Yoshikawa	1996
112	Enfermagem Psiquiátrica: que papel é esse?	UERJ	Jurandir F. Costa	1992

Quadro 10 - Estudos enquadrados na categoria temática identidade da enfermagem psiquiátrica.

3.4.2.2 - Institucionalização da Psiquiatria

Estudos que focalizaram a trajetória da institucionalização da Psiquiatria no Brasil. Procuram desvelar neste movimento, ou em momentos históricos específicos, as articulações políticas, sociais, econômicas e discursivas da Psiquiatria. Como por exemplo, a medicalização da loucura pelos alienistas no final do século XIX, a psiquiatrização da negritude e seu confinamento em asilos no período pós-abolição, as necessidades sociais e políticas que engendraram a prática do alienismo, a transformação discursiva da Psiquiatria no final dos anos 60 com a introdução da Psiquiatria Comunitária e a manutenção do modelo hospitalocêntrico, as relações da produção discursiva da Psiquiatria Higienista com a formação e organização da força de trabalho industrial emergente na primeira metade deste século.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
64	Presença negra numa instituição modelar: o hospício de Juquery	USP	Sergio F. A. Abreu	1992
132	A loucura na cidade do Rio de Janeiro: idéias e vivências (1830-1930)	UNICAMP	Maria C. Cunha	1995
134	O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira	UFRJ	?	1990
138	Um tratamento para a loucura: contribuição à história da emergência da prática psiquiátrica no Estado de São Paulo	UNICAMP	?	1991
142	O elemento psíquico no trabalho humano: a L BHM e o processo de produção discursiva no campo trabalho e Higiene Mental...	FIOCRUZ	Elizabeth M. Santos	1997
143	Hospício e poder	UFSC	Luzinete S. Minela	1992

Quadro 11 - Estudos enquadrados na categoria temática institucionalização da Psiquiatria.

3.4.2.3 - Políticas Públicas de Saúde Mental

Estudos que procuraram identificar as inter-relações entre discursos psiquiátricos, conjunturas sociais, políticas, éticas e econômicas, e as políticas de ‘saúde mental’, bem como as relações entre as políticas públicas para este setor específico com as de outros setores de ação do Estado. A principal questão observada nestes estudos é a de desvelar, ao longo do tempo, as determinantes de manutenção do modelo hospitalocêntrico segregador e excludente.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
9	A evolução do hospício no Brasil	UNIFESP	Marcos P. T. Ferraz	1996
106	O poder decisório e gerencial das unidades assistenciais de saúde mental	UFRJ	Raffaele G. G. Infante	1995
141	Do Hospício à Comunidade: políticas públicas de saúde mental	UFSC	Luzinete S. Minela	1993

Quadro 12 - Estudos enquadrados na categoria temática políticas públicas de saúde mental.

3.4.2.4 - Representação Social e Reforma Psiquiátrica

Estudos que pretenderam discutir limites e possibilidades do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira iniciada no final dos anos 80, a partir da identificação das representações sociais relativas a loucura, ‘doença mental’, Hospital Psiquiátrico, internação psiquiátrica, etc. A preocupação fundamental destes estudos é compreender em que medida o horizonte psiquiátrico clássico está presente na racionalidade dos vários segmentos da sociedade, em particular na dos técnicos em saúde mental, na dos usuários de serviços de saúde mental, bem como na de seus familiares. Em face disto, discutem as relações entre as racionalidades encontradas e as condições de possibilidade de superação da Instituição Psiquiátrica Tradicional.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
79	Universo em desencanto: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e/ou doença mental	USP	Tania M. J. Vaisberg	1995
98	Representações sociais de pacientes psiquiátricos sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico: a triste passagem e a triste paisagem	USP	Antonia R. F. Rorigues	1997
104	Empregar ou não um ex-paciente psiquiátrico: um estudo exploratório da representação social do doente mental	PUC/SP	Francisco M. M. C. Martins	1993
116	Lugar de louco é no hospício?! Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica	FIOCRUZ	Paulo Amarante	1997
120	Do hospício à hospitalidade: um estudo exploratório das representações da demanda em um grupo de recepção de um Hospital Público da cidade do Rio de Janeiro	UFRJ	Pedro G. G. Delgado	1997

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
139	"Dizem que sou louco": um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica	UFSC	Luzinete S. Minela	1995

Quadro 13 - Estudos enquadrados na categoria temática representação social e reforma psiquiátrica.

3.4.2.5 - Reforma Psiquiátrica Italiana

Estudos que, reconhecendo na experiência de desinstitucionalização italiana a mais abrangente reforma psiquiátrica, se propuseram a descrevê-la e analisá-la em sua complexidade teórico/prática, enfocando desde questões de ordem epistemológica, antropológica, sociológica, histórica, política, ética, até questões de ordem assistencial. Trazendo à luz as problemáticas e impasses do processo italiano de reforma, objetivam contribuir com a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
125	O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria	FIOCRUZ	Joel Birman	1994
137	A desinstitucionalização italiana: a experiência de Trieste	PUC/SP	Edgard A. Carvalho	1991

Quadro 14 - Estudos enquadrados na categoria temática reforma psiquiátrica italiana.

3.4.2.6 - Compreensão da Esquizofrenia

Estudos que empreenderam esforços de compreensão da situação do chamado 'esquizofrênico', no sentido de tornar inteligível tanto seu discurso quanto seus atos. Estes estudos, que em geral suspendem a nosologia e etiologia psiquiátrica, tomam como 'lugar' de partida as relações históricas, fundamentalmente as relações familiares, as experiências, as significações e o mundo vivido do sujeito, elementos estes que entendem estar desprezados pelo saber psiquiátrico tradicional.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
13	Lembranças da educação parental de pacientes portadores do distúrbio obsessivo-compulsivo: um estudo de caso controle	UNIFESP	José A. Porto	1995
35	A influência da 'emoção expressada' pelos familiares na evolução da esquizofrenia: revisão do conceito	UFRJ	Raffaele G. G. Infante	1990
100	Tempo e Relação Terapêutica na Esquizofrenia - Uma Abordagem Existencial	PUC/RJ	Lúcia R. Castro	1993

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
129	Análise da estrutura narrativa do discurso delirante na esquizofrenia paranóide	USP	Cacilda C. Santos	1991
130	Desenraizamento cultural e desestruturação mental: o caso amazonico	USP	Luíza B. N. Alonso	1995

Quadro 15 - Estudos enquadrados na categoria temática compreensão da esquizofrenia.

3.4.2.7 - Crítica Teórica à Psiquiatria Tradicional

Estudos que discutiram criticamente aspectos teóricos da psiquiatria tradicional, como por exemplo, o uso indiscriminado dos instrumentos teóricos da epidemiologia pela Psiquiatria, o diagnóstico psiquiátrico como resultante de processos políticos e não de critérios objetivos, a evolução do saber psiquiátrico biologicista como desdobramento de contextos sociais, culturais, políticos e econômicos específicos e não como progresso interno e gradativo do mesmo, a ‘captura’ da loucura como apropriação da diversidade e não como tratamento médico ou psicológico.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
47	Loucuradivers[c]idade: espacialidade da loucura e produção de subjetividade	UFRJ	Pedro G. G. Delgado	1994
58	Mal estar na natureza: um estudo crítico sobre o reducionismo e o determinismo biológico em Psiquiatria	UFRJ	João F. S. Filho	1997
68	Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto de epidemiologia.	USP	Antonio R. Netto	1992
102	Negociando o Diagnóstico Clínico	PUC/SP	Marília A. L. Grisi	1993
127	O tear das cinzas: um estudo sobre as relações entre psicose e instituição psiquiátricas	UFRJ	Carlos E. Duarte	1992

Quadro 16 - Estudos enquadrados na categoria temática crítica teórica à psiquiatria tradicional.

3.4.2.8 - Internação Psiquiátrica

Estudos que problematizaram a questão da internação psiquiátrica involuntária. Três preocupações fundamentais nortearam estes estudos:

1- Demonstrar que a interdição psiquiátrica é engendrada muito mais por fatores políticos que médico-técnicos;

2- Partindo da consideração que a interdição psiquiátrica é necessária em certas circunstâncias, discute a contradição que tal ato implica em contextos de reforma psiquiátrica, já que ele se realiza numa interseção entre ato de polícia (privação de liberdade) e ato sanitário (proteção do cidadão);

3- Identificar limites, possibilidades e contradições dos processos de internação psiquiátrica em Hospital Geral, geralmente apresentados como alternativos aos meandros de enclausuramento, próprios aos processos de internação psiquiátrica em instituições asilares.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
15	A Unidade Psiquiátrica do Hospital São Paulo: relato de uma experiência	UNIFESP	Marcos P. T. Ferraz	1995
37	As múltiplas identidades do Hospital Psiquiátrico: um estudo dos internamentos psiquiátricos na Região Metropolitana do Recife	UFRJ	Eustácio P. N. Filho	1990
117	O estigma do abandono: estudo epidemiológico de uma população de crianças e adolescentes internados na Colonia Juliano Moreira vindos diretamente da FUNABEM	FIOCRUZ	Anastácio F. Morgado	1993
118	A ordem Hospitalar: implicações do contexto do Hospital Geral para a prática clínica da Psiquiatria	UFRJ	?	1996
122	Avaliação dos critérios de internação psiquiátrica em uma nova forma de atendimento ao cliente: a recepção integrada Philippe Pinel	UERJ	Jurandir F. Costa	1996
131	Baixas psiquiátricas como solução de problemas sociais	PUC/RS	Maria L. T. Nunes	1993

Quadro 17 - Estudos enquadrados na categoria temática internação psiquiátrica.

3.4.2.9 - Serviços Alternativos em Contexto de Reforma Psiquiátrica

Estudos que descreveram e analisaram criticamente trajetórias históricas de implantação de serviços de atenção à saúde mental extra-hospitalares, que se inscrevem no processo brasileiro de reforma psiquiátrica. Dois enfoques dividem estes estudos: por um lado, dedicam atenção a uma dada experiência singular (como por exemplo, a implantação de serviços de saúde mental em hospital pediátrico); por outro, delimitam como objeto de análise, conjuntos de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, demarcados por critérios geográficos, tais como, cidade, estado, região (como por exemplo, avaliação crítica dos Centros e Núcleos de atenção psicossocial no nordeste brasileiro). Em ambos os casos, a questão

fundamental é identificar limites, possibilidades, conquistas e impasses, destas iniciativas concretas de transformação da assistência psiquiátrica.

N	Título	Univer.	Orientador	Ano
42	Grupo operativo no Hospital-Dia: uma alternativa de atendimento em saúde mental	UFRJ	Berenice X. Elsas & Tania R. S. Furtado	1991
50	A organização de um Serviço de saúde mental em um hospital pediátrico público brasileiro: um estudo de caso	UFRJ	Lilian Scheinkman	1996
53	Avaliação da qualidade de serviços de saúde mental em um município do Estado do Rio de Janeiro	UFRJ	João F. S. Filho	1997
57	Colônia Juliano Moreira: do asilo ao complexo multi-assistencial; reflexões sobre a trajetória de uma Instituição Psiquiátrica	UFRJ	João R. Bueno	1995
69	Doença mental e as instituições: a perspectiva de novas práticas	USP	Amelia Cohn	1992
75	Centro de convivência e cooperativa: um caminho em busca de uma perspectiva alternativa de saúde mental	USP	Elcie A. F. S. Masini	1994
90	Em busca de lugares perdidos: assistência ao doente mental revelada através das histórias de vida	USP	Bader B. Sawaia	1996
99	Entre a Cidadania e a Necessidade: a História da Colônia Juliano Moreira contada pelos pacientes	PUC/RJ	Esther M. M. Arantes	1993
103	Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública	PUC/SP	Suely B. Rolnik	1994
113	Democratização no Hospital Psiquiátrico: Um estudo da Colônia Juliano Moreira nos Anos Oitenta	UERJ	Joel Birman	1992
114	A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos	UERJ	Joel Birman	1994
115	Agenciamentos sociais, subjetividade e sintoma: a seleção hierarquizada da clientela em um ambulatório público de saúde mental	UERJ	Joel Birman	1994
119	Uma porta aberta para a saúde mental: novas perspectivas de tratamento no campo da emergência psiquiátrica	PUC/RJ	Junia de Vilhena	1996
123	O processo de transformação da Saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura	PUC/SP	?	1994
124	Avaliação crítica dos centros e núcleos de atenção psicossocial no nordeste: perfil organizacional dos serviços instalados até 31 de dezembro de 1995	UEC	José J. C. Sampaio	1997
128	O cristal de várias faces: a psicanálise, o campo de saber psiquiátrico e do modelo assistencial das comunidades terapêuticas	UFRJ	Jane A. Russo	1993
135	A Emergência Psiquiátrica em Angra dos Reis: um estudo de caso	UERJ	Tânia R. Salem	1993

Quadro 18 - Estudos enquadrados na categoria temática serviços alternativos em contexto de reforma psiquiátrica.

3.4.2.10 - Outros

Estudos cujos temas não couberam nos critérios acima definidos, como por exemplo, processo de trabalho e sofrimento psíquico, crítica à defesa jurídica por insanidade mental, relações entre trabalho e processos terapêuticos, relações entre justiça e hospital de custódia.

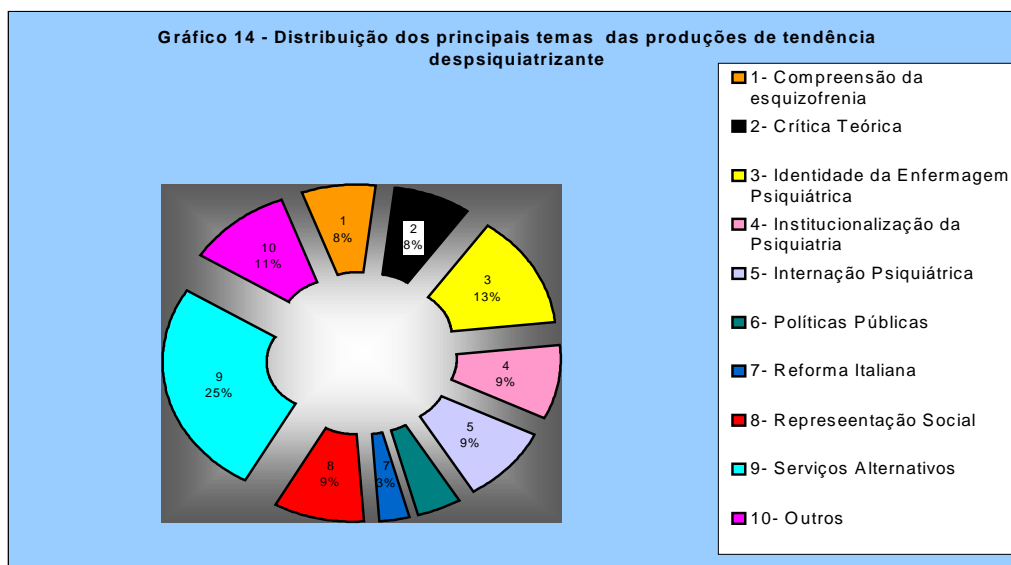
N	Título	Univ.	Orientador	Ano
34	Processo de trabalho e sofrimento psíquico: caso dos pilotos de metrô Carioca	UFRJ	João F. S. Filho	1994

N	Título	Univ.	Orientador	Ano
39	O infanticídio do Código Penal de 1940: Crítica à aplicação do critério fisiopsíquico	UFRJ	Talvane M. Moraes	1994
44	Um estudo sobre o atendimento ao toxicômano na cidade do Rio de Janeiro	UFRJ	Jane A. Russo	1993
74	Organização do trabalho em saúde mental em um serviço ambulatorial público de saúde	USP	Graciete B. Silva	1993
89	Saúde mental e reabilitação psicossocial	USP	Antonio R. Netto	1996
121	Doença e delito: relação entre prática psiquiátrica e poder judiciário no Hospital de custódia e tratamento de Salvador, Bahia	UFBA	Antonio N. Filho	1997
133	Repensando o encontro entre trabalho e terapia	UERJ	Jane A. Russo	1997

Quadro 19 - Estudos enquadrados na categoria outros.

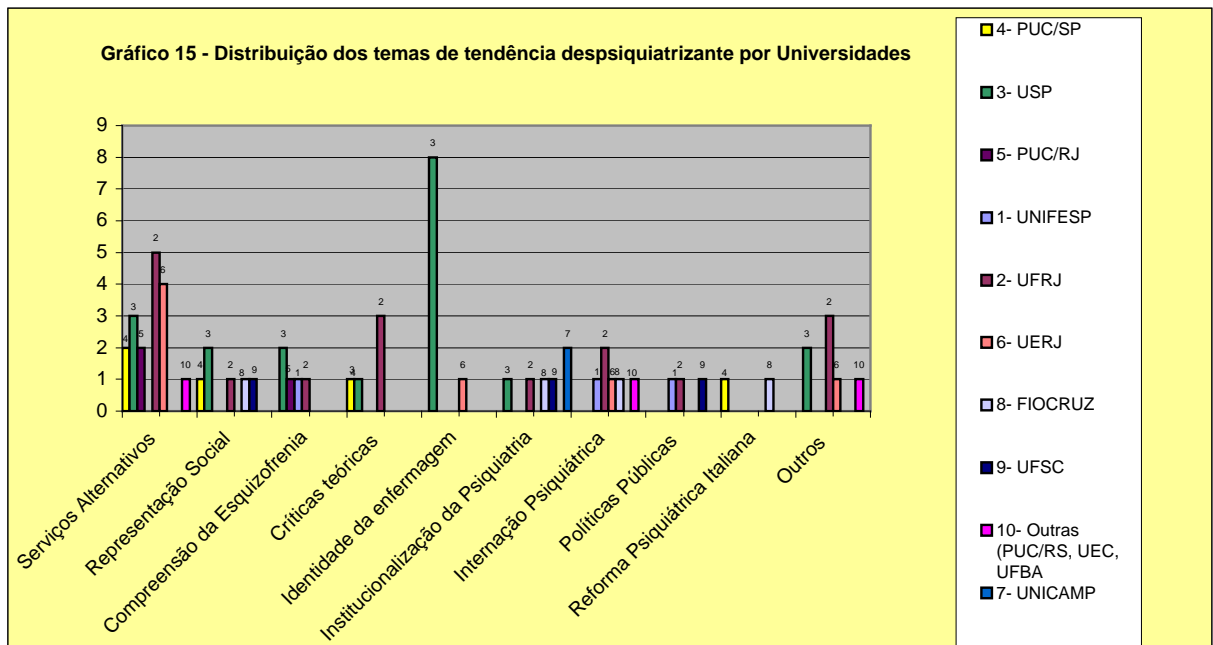
3.4.2.11 - Concentração das Principais Temáticas Pesquisadas

Dentre os temas destacados, os de maior interesse entre os pesquisadores brasileiros, são aqueles relacionados à serviços alternativos em contexto de reforma psiquiátrica (25%), identidade da enfermagem psiquiátrica (13%), institucionalização da Psiquiatria (9%), internação psiquiátrica (9%) e representação social e reforma psiquiátrica (9%).



Não observamos entre os estudos de *tendência despsiquiatrizante* preferências temáticas por universidades, isto é, os temas distribuem-se

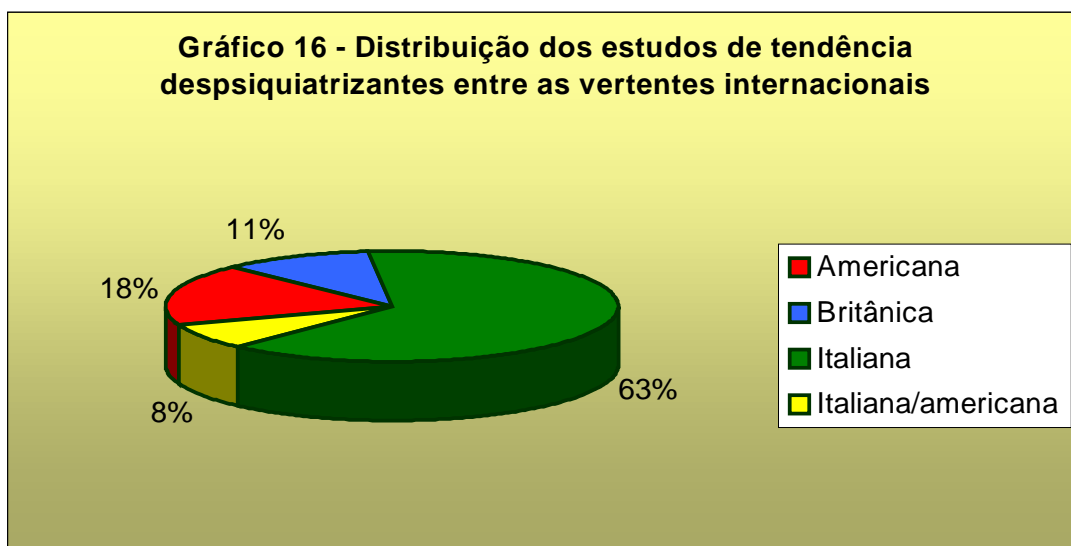
equitativamente entre as universidades, excetuando questões relativas à identidade da enfermagem, que fundamentalmente são desenvolvidas pela Universidade de São paulo (no *campus* de Ribeirão Preto).



3.5 - Apropriação e Recriação Brasileira: Relação entre a Produção Crítica Brasileira e a Internacional

Inicialmente nos dedicaremos a discutir o sentido que dá unidade à diversidade da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental de *tendência despsiquiatrizante*; em seguida discutiremos em que termos poder-se-ia falar de diálogo temático entre as produções internacionais que compuseram a **grade analítica** construída e a produção brasileira analisada. Para evitar repetições utilizaremos o termo produção brasileira para referir-nos ao conjunto dos estudos de *tendência despsiquiatrizante* no campo da Saúde Mental, no âmbito da academia.

Do ponto de vista quantitativo, a produção brasileira revela um forte vínculo com a *Vertente Italiana* (63%), pequenas aproximações com as *Vertentes Americana* (18%) e *Britânica* (11%), e alguns estudos que, por apresentarem características temáticas semelhantes tanto à *Vertente Italiana* quanto à *Americana*, configuram uma forma híbrida de aproximação temática (8%).



Esta afirmação não se restringe a uma simples relação numérica. A análise das questões que norteiam as pesquisas acadêmicas brasileiras, no período

estudado, revela uma aproximação ao próprio projeto italiano em seu núcleo básico: **desconstrução** de todo aparato institucional psiquiátrico, violento, excludente e segregador (em sentido amplo, transcendendo ao hospital psiquiátrico, e alcançando o modo de ser da sociedade), e, **reconstrução/criação** de nova instituição assistencial psiquiátrica, voltada para mediação de sujeitos livres e autônomos. É neste núcleo básico que reside o amálgama que dá coerência e unidade à diversidade da produção brasileira, muito embora possamos observar certa ambigüidade no mesmo, que, como será discutido posteriormente, parece oscilar entre desinstitucionalização no sentido propriamente italiano, e desospitalização no sentido posto pela Reforma Psiquiátrica Americana na década de sessenta pelo então presidente americano John F. Kennedy.

Pode-se afirmar com segurança que a produção brasileira dedica-se prioritariamente à investigação crítica dos aspectos institucionais relativos à saúde mental. Embora a problemática institucional seja o eixo norteador tanto da *Vertente Italiana* quanto da *Americana*, a produção brasileira aproxima-se da primeira, por deixar explícito, na maior parte das vezes, o desejo de constituição de um novo aparato institucional, sem abrir mão da mediação do Estado. Esta característica afasta os brasileiros da *Vertente Americana*, já que esta, vinculada à tradição liberal democrática, se opõe radicalmente, como visto anteriormente, à constituição de qualquer instituição para este caso, principalmente em se tratando de participação do Estado.

Observa-se nos estudos analisados uma tendência a considerar a loucura como diversidade (modo de ser diferente da maioria das pessoas) violentada e capturada, tal como propõem as *Vertentes Americana e Italiana*. Assim, do ponto de vista epistemológico, mesmo que a loucura apareça como diversidade e a ‘doença mental’ apareça com funções de rotulação estigmatizadora, os pesquisadores brasileiros tendem a aproximar-se dos italianos por não compartilharem da tese presente no contexto da *Vertente Americana*, de acordo com a qual a ‘doença mental’ seria um mito. A tendência entre os pesquisadores brasileiros é afirmar a existência

efetiva da ‘doença mental’, ainda que não nos moldes propostos pela Psiquiatria Clássica.

A crítica epistemológica presente nos estudos brasileiros nutre-se, como também o fazem os italianos, do ‘*humus*’ foucaultiano, isto é, não encontramos entre os brasileiros um esforço de negar guarida epistemológica para o saber psiquiátrico clássico no campo científico, esforço este presente nas *Vertentes Americana e Britânica*, mas uma preocupação em negar a *praxis* perversa que tal saber produz, bem como em afirmar a necessidade de um contra-discurso emancipador. É nesta orientação epistemológica, por exemplo, que buscam inspiração um conjunto significativo de pesquisas que procuraram identificar as racionalidades relativas à saúde mental, presentes em diversos grupos sociais (pacientes, familiares, técnicos em saúde mental, etc.), procurando relacionar as racionalidades encontradas com limites e possibilidades de superação da Instituição Psiquiátrica Clássica.

A aproximação com a *Vertente Italiana* também fica indicada através da afirmação da necessidade do alargamento da tolerância social frente à loucura, expresso em vários estudos brasileiros. Aqui também se trata de uma temática onde as *Vertentes Americana e Italiana* se interseccionam. Entretanto, recordemos que, se para a primeira tal tolerância seria alcançada pela benevolência do livre mercado, a partir da separação da Psiquiatria tanto da Medicina quanto do Estado, para a segunda, a tolerância social frente à loucura não se realiza por decretos, mas por superação. Superação em todos os níveis: no Estado, na cultura, nas relações cotidianas, nos instrumentos assistenciais, etc. É este último entendimento que tende a orientar a produção brasileira, isto é, a expansão da tolerância social em relação à loucura é compreendida como um momento da própria superação da Instituição Psiquiátrica.

Este desejo de superação pode ser observado através da quantidade (25%) e qualidade de pesquisas que se propuseram a avaliar experiências alternativas no horizonte da *Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Trata-se de estudos que ao mesmo tempo em que negam uma estrutura institucional controladora e segregadora, afirmam

a reinvenção de novo aparato institucional (em sentido amplo) adequado a um novo objeto, com outros objetivos. E é sempre em face deste novo que são avaliados os avanços ou não daqueles serviços alternativos.

O modo como a produção brasileira apresenta esse desejo de superação, em oposição à ruptura com a Instituição Psiquiátrica, é localizando suas iniciativas heurísticas no universo da *Reforma Psiquiátrica Brasileira*, ou ainda, como uma expressão da mesma.

E é exatamente aqui onde reside o nó constitutivo da ambiguidade que afirmamos no começo: o termo *Reforma Psiquiátrica Brasileira* aparece no conjunto dos trabalhos analisados, com duplo sentido. Ora o sentido está íntima e restritamente identificado com as orientações do Estado, expressas na forma de lei ou de políticas públicas para a saúde mental, ora refere-se a um processo de maior amplitude no seio da sociedade, histórico, complexo, contraditório, no qual as manifestações do Estado são um momento importante, mas não a totalidade do processo.

No primeiro caso, o esforço indica, ainda que não explicitamente, uma tentativa de desospitalização e humanização da atenção aos ‘doentes mentais’, fazendo aparecer aparatos institucionais de assistência alternativos, que desloquem o Hospital Psiquiátrico do centro para a periferia, sem negá-lo por completo. Observa-se ainda certa cumplicidade com o saber psiquiátrico clássico, expresso na forma das proposições da Psiquiatria Comunitária e Preventivista, cujos princípios e limites foram expostos na primeira parte desta dissertação. No segundo caso, os pressupostos e interesses críticos se mostram bem mais definidos. A crítica institucional não fica centrada apenas no hospitalocentrismo, mas transborda até a cultura psiquiátrica segregadora e excludora, que se dissemina no tecido social e engendra *praxis* psiquiatrizantes em todos os níveis das relações sociais. Neste sentido, as iniciativas de pesquisa, como também as realidades sobre as quais elas se debruçam, envolvem-se com um projeto de desconstrução/construção muito mais próximo da *Vertente Italiana*: pretendem a substituição completa dos Hospitais Psiquiátricos, formando

uma rede assistencial consubstanciada com uma nova forma de compreensão e relação com a pessoa ‘doente mental’, e destacam a necessidade de que este novo paradigma seja absorvido não apenas pelo Estado, mas pelas relações concretas cotidianas em todo os seus espaços de acontecimento.

Um outro aspecto que aproxima a produção brasileira da *Vertente Italiana* refere-se à problemática da internação involuntária. Embora esta temática apareça criticamente nas três vertentes internacionais, no sentido de não localizá-la como uma ação terapêutica, mas como a mais alta expressão da violência e segregação psiquiátrica, ela se desenvolve entre aquelas vertentes como temática que ocupa lugares de destaque diferenciados, cujo encaminhamento progride para direções também distintas. São sem dúvida, as *Vertentes Americana e Italiana* que dedicam à questão da internação psiquiátrica maior atenção operacional, haja visto que, em ambas, o núcleo temático central localiza-se na questão institucional.

A tendência do pensamento acadêmico brasileiro quanto à questão da internação involuntária, expressada nos dados, revela um modelo de preocupação muito próximo ao modelo italiano. Ao mesmo tempo em que negam a interdição psiquiátrica no horizonte institucional da Psiquiatria Clássica, opondo-se ao enclausuramento da pessoa dita ‘doente mental’, afirmam a necessidade de uma “*intervenção sanitária obrigatória*” em situações que representem uma ameaça para o sujeito, sem que este, ainda que objeto de tal intervenção, perca jamais seu *status* de cidadão. Por este prisma, ainda como os italianos, os estudos brasileiros assumem o próprio ato de intervenção compulsória como um procedimento necessário e contraditório, cuja síntese é impossível, isto é, enxergam num mesmo ato, uma circularidade dialética entre ato terapêutico interdisciplinar (e não monopólio médico) e ato de polícia. Portanto, sua estrutura acarreta e deve conter todas as implicações que esta contradição comporta.

A problemática do trabalho de pacientes em instituições de saúde mental também aparece tematizada de modo semelhante à *Vertente Italiana*. Nos poucos estudos onde tal questão emerge, a tentativa é demonstrar como o trabalho

utilizado como instrumento terapêutico (*ergoterapia*) termina por produzir exploração de força de trabalho, reprodução material da própria Instituição e, fundamentalmente o acirramento da alienação do sujeito submetido a esta terapêutica. Opondo-se à *ergoterapia*, estes estudos criticam a redução da atividade laboral à simples ocupação temporal, ou rigidez moral, para afirmá-la como atividade fundamental para o sujeito em tratamento, quando a mesma estiver articulada em termos de sentido para existência, isto é, quando o trabalho adquirir significação existencial para a pessoa, possibilitando, desta maneira, tanto espaços de ser quanto de cidadania.

Por fim, destaca-se como argumento que demonstra a aproximação da produção brasileira com a *Vertente Italiana*, o interesse pela caracterização das relações hierárquicas e de poder no interior das instituições psiquiátricas, bem como as articulações do exercício de poder intra-institucional, dispositivos disciplinares e formação discursiva. Apesar destas temáticas serem desenvolvidas num quadro teórico foucaultiano, elas são absorvidas pelos pesquisadores brasileiros de maneira semelhante aos italianos. Quer dizer, o interesse pelo desvelamento das relações intra-institucionais nos perfis acima destacados, aparece sob um fundo de orientação prática, cujo contorno utópico se vincula à construção de nova instituição, como já dito antes. Desta maneira, a investigação daquelas questões, frequentemente operacionalizadas a partir de estudos de caso, vem acompanhada da necessidade de democratização das relações intra-institucionais em todos os níveis. Esta presença do conteúdo prático/propositivo é presença de dupla face: por um lado, representa um ponto institucional estratégico a ser superado; por outro, revela-se como uma característica constitutiva da instituição que se afirma.

Assim como o sentido que unifica a produção brasileira de *tendência despsiquiatrizante* indica sua aproximação com o projeto de desinstitucionalização italiano, indica também seu afastamento do núcleo central, em torno do qual gira a *Vertente Americana*. Esta, mergulhada na tradição liberal democrática, aponta o livre

mercado como *locus* privilegiado para solução da maior parte da mazelas sociais, incluindo aí a problemática relativa à psiquiatrização.

Os estudos brasileiros, como o fazem os italianos, absorvem a crítica marxiana, de acordo com a qual a superação efetiva de toda forma de exclusão social em sociedades modernas passa por transformações que alcança a base infra-estrutural da sociedade. Assim, a crítica à sociedade produtora de mercadorias, explicitada em muitos estudos, permite argumentar que os pesquisadores brasileiros não vêem no livre mercado uma alternativa de superação para a problemática da psiquiatrização.

A aproximação com a *Vertente Americana* observada na análise dos dados se dá, portanto, através de problemáticas pontuais, cujo sentido mais amplo deságua num projeto de recriação de processos desinstitucionalizantes de inspiração italiana.

Três destas problemáticas chamaram a atenção, por apresentarem resultados muito semelhantes à *Vertente Americana*: (1) uma delas, é a identificação de que as políticas públicas de saúde mental no Brasil, sob a qual se articula todo aparato institucional psiquiátrico, evoluiu ao longo da história, mediado por dois valores morais e políticos: caridade e controle social; (2) uma outra, refere-se à tese de que o saber psiquiátrico, particularmente o de matriz biologicista, desenvolveu-se por imitação da medicina, modificando-se muito mais segundo processos sociais, políticos e econômicos do que em função de progresso científico linear e gradativo; (3) por fim, destaca-se as relações entre justiça e psiquiatria. Alguns estudos brasileiros, opondo-se ao controle do comportamento pela psiquiatria, propõem que sejam a Polícia e o Poder Judiciário instâncias adequadas ao mesmo. Criticam, deste modo, a defesa jurídica por ‘doença mental’.

Os estudos brasileiros não demonstram preocupação com a questão antropológica. Associada à tendência epistemológica discutida em parágrafos anteriores, esta parece ser a razão pela qual, em termos temáticos, a produção brasileira pouco se aproxima da *Vertente Britânica*. No quadro temático da *Vertente*

Britânica, como foi discutida nos capítulos anteriores, a questão epistemológica articulada à questão antropológica, constitui-se o núcleo a partir do qual emergem as principais proposições da mesma, particularmente a temática da transcendência, para eles de importância capital.

Assim como a relação com *Vertente Americana*, a aproximação dos estudos brasileiros com a *Vertente Britânica*, aparece de forma pontual. Em sua maior parte, ocuparam-se com a tentativa de compreensão da situação do chamado esquizofrênico, partindo de suas experiências primordiais, no contexto de suas relações familiares. Identificamos um único estudo que, de maneira semelhante aos britânicos, discute de modo dialético, a relação entre objetividade X subjetividade, singularidade X universalidade, indivíduo X coletivo e sujeito X história.

Em resumo, tem-se o seguinte quadro, quando se trata de discutir as relações entre a produção acadêmica brasileira e as vertentes internacionais: O sentido que dá unidade às pesquisas de *tendência despsiquiatrizante* no período abarcado por este trabalho, é uma recriação do projeto de desinstitucionalização italiano. A tendência epistemológica predominante compartilha da preocupação foucaultiana, de acordo com a qual o importante é saber as práticas e as relações de poder que todo discurso engendra e produz, bem como as possibilidades de contra-discursos emancipadores. Posição esta, também compartilhada pelos italianos. Por não terem sido temas específicos abordados pelas pesquisas analisadas, as perspectivas antropológicas presentes nas mesmas não puderam vir à luz, dado o recurso metodológico utilizado na análise dos dados. As aproximações temáticas com as outras duas vertentes (britânica e americana), aparecem de modo pontual, e são absorvidas pelo projeto de desinstitucionalização de inspiração italiana.

BALANÇO DO BALANÇO: CONSIDERAÇÕES SOBRE OS RESULTADOS

Pretendeu-se ao longo desta dissertação contribuir com o processo de *Reforma Psiquiátrica Brasileira* ao chamar a atenção para a instituição universitária como um *locus* de importância significativa, tanto política quanto epistemológica. Ao ter mapeado o modo como o embate dialético entre *tese psiquiatrizante* e *antítese despsiquiatrizante* se desenvolve no interior das Universidades, acreditamos ter reafirmado o sentido das preocupações que deram o impulso para este estudo. Não há como promover a superação da alienação, segregação e violência decorrentes da *psiquiatização do social*, desprezando o papel da Universidade como um agente fundamental neste processo.

O balanço realizado ao levantar a ponta do manto que encobre a Universidade, sugere variadas facetas a partir das quais ela poderia ser estudada e ocupada politicamente. Contudo, não pretendendo esgotar as questões que engendraram tal balanço, este foi submetido aos limites temporais, materiais e teóricos próprios a uma dissertação de mestrado. É em face deles, por exemplo, que o uso metodológico da **grade analítica** construída não pode ser operacionalizado de maneira mais profunda e detalhada, a fim de instrumentalizar discussões mais precisas das tendências da produção acadêmica brasileira em termos epistemológicos, antropológicos, políticos e operacionais. A dificuldade em se obter os dados, associada ao tempo disponível para análise dos mesmos, impôs como recurso metodológico lidarmos com os resumos e não com as pesquisas propriamente ditas. Isto implicou em certas limitações nos resultados. Embora tenhamos enfrentado tais contingências, entendemos que a **grade analítica**, além de fornecer elementos para outras análises de maior alcance, pode ser utilizada em estudos de diferentes realidades.

Muito embora o delineamento descritivo da pesquisa não sugira elaborações de caráter conclusivo, gostaríamos de traçar algumas considerações sobre os resultados que mais nos chamaram a atenção.

1- A alta concentração dos estudos de *tendência psiquiatrizante* em questões de ordem diagnóstica (31%), nosológica (19%) e tratamento químico (14%), indicam um cenário de identificação com as noções de normal e patológico em sentido clássico, na abordagem dos comportamentos socialmente desviantes. Este cenário, por um lado tende a refinar a fragmentação, coisificação e rotulação psiquiátrica do ser humano, a partir da busca de ‘entidades mórbidas’ cada vez mais abstratas, e por outro lado, tende a intensificar a posição político-social da Psiquiatria como a guardiã da moralidade, já que neste horizonte teórico, todo comportamento tende a ser assimilado pelas noções de normal e patológico.

2- Excetuando o Instituto de Psiquiatria – UFRJ, onde se verifica um embate entre *tese* e *antítese* mais desenvolvido, os resultados indicam que há uma hegemonia do pensamento *psiquiatrizante* nos programas de Pós-Graduação em Psiquiatria (78%), ao contrário do que se observa com outras disciplinas que se dedicam à questão da saúde mental, onde a hegemonia é de *tendência despsiquiatrizante* (87%). Mesmo uma década após as primeiras iniciativas do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, não observamos na psiquiatria acadêmica nenhuma alteração significativa em sua tendência de caráter conservador. Esta constatação parece importante, já que boa parte dos professores em psiquiatria são oriundos daqueles programas de Pós-Graduação. Iniciativas de pesquisa que procurassem compreender as determinantes da baixa penetração de tendências críticas na psiquiatria acadêmica, seriam relevantes para a promoção de sua dialetização.

3- A concentração de pesquisas num mesmo programa de Pós-Graduação, combinada com o número de orientadores com 2 ou mais trabalhos orientados (ver gráfico 10, e quadros 1 e 2, pg. 88), indicam que os estudos de *tendência psiquiatrizante* desenvolvem-se em torno de centros e linhas de pesquisas já estruturados: Instituto de Psiquiatria – UFRJ (24 estudos de *tendência psiquiatrizante* e 4 orientadores com 2 ou mais trabalhos orientados), Faculdade de Medicina – USP (24 estudos de *tendência psiquiatrizante* e 3 orientadores com dois ou mais trabalhos orientados), e Escola Paulista de Medicina – UNIFESP (25 estudos

de *tendência psiquiatrizante* e 5 orientadores com dois ou mais trabalhos orientados). A partir deste mesmo critério, as pesquisas de *tendência despsiquiatrizante* indicam uma estruturação mais dispersa, engendrada muito mais por iniciativas de pesquisadores em processo de formação (mestrandos e doutorandos) do que por centros e linhas de pesquisa definidos, embora possa se falar em centros embrionários, como é o caso da Escola de Enfermagem – USP (11 estudos de *tendência despsiquiatrizante* e 1 orientador com dois ou mais trabalhos orientados), do Instituto de Psiquiatria – UFRJ (17 estudos de *tendência despsiquiatrizante* e 3 orientadores com 2 ou mais trabalhos orientados), e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – UERJ (7 estudos de *tendência despsiquiatrizante* e 2 orientadores com dois ou mais trabalhos orientados).

Considerando estas características, entendemos ser de extrema necessidade a constituição de estratégias que promovam a unificação dos pesquisadores de tendência crítica, tais como seminários, encontros e congressos, de modo a permitir maior integração e questionamento dos dados, como também o incentivo à criação e fortalecimento de centros de pesquisa em saúde mental num horizonte crítico.

4- O contraste dialético entre *tese psiquiatrizante* e *antítese despsiquiatrizante* observado nas pesquisas acadêmicas, não se reflete socio-culturalmente da mesma maneira. Não é preciso nenhuma investigação mais acurada para constatar que na sociedade brasileira as diretrizes da *tese psiquiatrizante* permanecem hegemônicas. Entretanto, a leitura dos trabalhos indicam uma alteração gradual neste quadro. Chama a atenção o fato de que as análises de serviços alternativos sejam um dos maiores interesses dos pesquisadores de *tendência despsiquiatrizante* (25%). Duas coisas parecem possíveis de serem relacionadas a partir disto: em primeiro lugar, que o número de iniciativas práticas que se opõem dialeticamente aos princípios da *tese psiquiatrizante* vem aumentando gradualmente, desde seu impulso inicial em meados da década de 80, e em segundo lugar, que as

análises críticas daquelas experiências tendem a retornar a elas enriquecendo-as, bem como tendem a subsidiar novas iniciativas.

Não se trata de reduzir a perspectiva de dialetização sociocultural da *psiquiatrização* da sociedade brasileira a estas considerações, mas destacar que elas não são variáveis desprezíveis, e que articuladas a outras iniciativas teóricas, políticas, administrativas e sociais, particularmente as ações engendradas pelo movimento “Por uma Sociedade sem Manicômios” indicam certa irreversibilidade do desenvolvimento de processos críticos na sociedade brasileira.

Partindo deste indicativo, pesquisas que esclareçam o impacto da produção acadêmica na sociedade em geral, e nos serviços de atenção à saúde mental em particular, constituem-se iniciativas de grande relevância teórica e política.

5- A forte inspiração da *Vertente Italiana* no pensamento acadêmico brasileiro, como também nos projetos de experiências alternativas que foram objeto de análise acadêmica, indica que o próprio processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil se desenvolve norteado por questões levantadas pelos italianos. Por este ângulo duas condições somar-se-ão ao conjunto de desafios com os quais se defrontarão os agentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira nos próximos anos:

a) A primeira delas é que a crise econômica mundial, associada à hegemonia política das posições neoliberais, principalmente as questões referentes ao papel e condições fiscais do Estado, impõem um cenário de dificuldades políticas, sociais e materiais para propostas de ação crítica no campo da saúde mental, identificadas com a *Vertente Italiana*. Como discutido em capítulo anterior, as diretrizes de ação da *Vertente Italiana* vinculam-se, mesmo que criticamente, à proposições de cunho social-democrata, incompatibilizando-se política e operacionalmente com orientações liberais;

b) A segunda está ligada à ambigüidade observada na análise dos dados quanto ao significado e alcance do processo de Reforma Psiquiátrica, que oscila entre *desinstitucionalização* em sentido amplo e *desospitalização*. Esta

ambigüidade, somada às dificuldades destacadas acima, cria cenários onde processos críticos de maior amplitude possam fragilizar-se, e serem absorvidos por reformas de caráter mais restrito e conservador.

6- A análise das vertentes internacionais evidenciou duas posições epistemológicas distintas e irreconciliáveis, em especial a posição da *Vertente Britânica* e a da *Vertente Italiana*. Se para os britânicos a crítica epistemológica à Psiquiatria Clássica conduz à tentativa de esclarecimento científico dos fenômenos envolvidos no campo da saúde mental, para a *Vertente Italiana* ela comporta soluções epistemológicas infundáveis, cujo fundamento encontra na intersubjetividade seu mais alto recurso. Em ambos os casos permanecem a crítica social e o desejo de superação das práticas de violência e segregação, mas para a *Vertente Italiana* as questões de ordem epistemológica terminam por subsumir-se em questões de ordem socio-políticas e para a *Vertente Britânica* elas caminham juntas, demarcadas em suas especificidades, e com a mesma relevância. Poder-se-ia levantar aqui a hipótese de pesquisa se a ambigüidade apondata no item acima, também não é função da própria perspectiva teórica/metodológica adotada pela *Vertente Italiana*, em não enfrentar de maneira mais contundente a definição de ‘doença mental’, ou. “existência sofrimento”, como preferem dizer, bem como as condições de possibilidade de fato de tal fenômeno ocorrer, como o faz a *Vertente Britânica*.

Frente a estas distinções, procuraremos em nossas próximas investigações verificar se a constatação de que *os discursos, ao serem absorvidos socialmente, produzem subjetividades e práticas sociais*, permite considerações de ordem epistemológica, isto é, a respeito do fundamento do conhecimento, ou, ao contrário, por ser uma constatação da sociologia do conhecimento, não comporta, por razões de ordem técnica e disciplinar, elaborações epistemológicas.

Na primeira hipótese, teríamos o esgotamento da relevância e da possibilidade de se fazer ciência das relações humanas, já que o importante, neste caso, não seria o modo como se produz o conhecimento, mas a invenção e a disputa sócio-histórica de discursos ou contra-discursos que engendrariam práticas opressivas

ou de subversão libertadora dos oprimidos. Lembremos que, neste contexto a verdade é sempre uma “(...) *espécie de erro que tem a seu favor o fato de não poder ser refutada*” (FOUCAULT, 1985: 19). Na segunda hipótese teríamos uma situação mais complexa, onde política e epistemologia permaneceriam disciplinarmente demarcadas, comportando críticas e implicações distintas, ainda que do ponto de vista sócio-histórico e ontológico não se separem jamais.

BIBLIOGRAFIA

- AMARANTE, Paulo. (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994.
- _____. **O Homem e a Serpente: outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1996
- AMARANTE, P.; GIOVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em Saúde Mental. In: : AMARANTE, P (org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994. Pp 113-147.
- BARROS, Denise D. **Jardins de Abel: Desconstrução do Manicômio de Trieste**. São Paulo : Edusp, 1994.
- BASAGLIA, Franco. et. al. **A Instituição Negada: relato de um Hospital Psiquiátrico**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- BASAGLIA, Franco. et. al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P (org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994. Pp. 11-40.
- BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo : Brasil Debate, 1979.
- _____. La Asistencia Psiquiatrica como Problema Anti-Institucional. In: GARCIA, R. (org). **Psiquiatria o Ideología de la Locura?** Barcelona : Anagrama, 1972. Pp 47-61.
- BASAGLIA, Franca. O. Apresentação In: AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1996, pp 13-14.
- BERTOLINO, Pedro. **Epistemologia da Doença Mental. Palestra Ministrada na Universidade Federal de Santa Catarina**. 1991.
- _____. **Entrevistas relativas às noções de Tese Psiquiatrizante, Antítese Despsiquiatrizante e Síntese Pós-Psiquiatrizante**, 1997/1998.
- BIRMAN, J. & COSTA, J. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994.
- BOSSEUR, Chantal. **Introdução à Antipsiquiatria**. [1974]. Rio de Janeiro : Zahar, 1976.
- CASTEL, Robert. **El Orden Psiquiátrico**. Madrid : La Piqueta, 1980.
- I CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório Final**. 25-28 jun. 1987. **Brasília, Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1988**.
- II CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório Final**. Brasília 1-4 dez. 1992.
- CONFERÊNCIA SOBRE A REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA NA AMERICA LATINA. **Relatório Final**. Organização Panamericana de Saúde. 11-14 NOV. 1990..
- COOPER, David. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. [1967]. 2. ed. São Paulo : Perspectiva, 1989.
- _____. **A Morte da Família**. São Paulo: Martins Fontes. 1980
- DÖRNER, Klaus. **Ciudadanos y Locos**. Madrid : Taurus, 1974.

- DURO, Enrique G. Loucura Sociedade e Psiquiatria. In: FÁBREGAS, J.L.; CALAFAT, A. **Política da Psiquiatria**. Lisboa : Moraes, 1978.
- ERNILDO, Steim. **Seis estudos sobre 'Ser e Tempo' (Martin Heidegger)**. Petrópolis : Vozes, 1988.
- FÁBREGAS, J.L.; CALAFAT, A. **Política da Psiquiatria**. Lisboa : Moraes, 1978.
- FRAGATA, Julio, S. J. **A Fenomenologia de Husserl como fundamento da filosofia**. Braga : Livraria Cruz, 1959
- FOUCAULT, Michel. Los soldados del Orden. In: CASTEL, Robert. **El Orden Psiquiátrico**. Madrid : La Piqueta, 1980. pp 8-11.
- GILES, Thomas R. **História do Existencialismo e da Fenomenologia**. 2 Vol. São Paulo : E.P.U. & EDUSP, 1975.
- _____. **História da Loucura na Idade Clássica**. [1961] 2.ed. São Paulo : Perspectiva, 1987.
- GOFFMAN, ERVING. **Manicômios, Prisões e Conventos**. [1961] São Paulo : Perspectiva, 1974.
- GAOS, José. **Introducción a El Ser Y El Tiempo de Martin Heidegger**. México : Fondo de Cultura Económica, 1951.
- KINOSHITA, R.T. Uma experiência pioneira: a reforma psiquiátrica italiana. In: **Saúde Mental e Cidadania**. 2 ed. SP : Mandacaru, 1990. Pp 67-83.
- LAING, R.D. & ESTERSON, A **Sanidade Loucura e a Família**. Belo Horizonte: Interlivros. 1980
- LAING, R.D. **O Eu Dividido: estudo existencial da sanidade e da loucura**. [1969] 3. ed. Petrópolis : Vozes, 1978.
- _____. **A Política da Família**. 2.ed. São Paulo : Martins Fontes, 1983.
- MACHADO, R. et al. Danação da Norma: Medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro : Graal, 1978.
- ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização: uma outra via. In: **Desinstitucionalização. (Nicácio, F., org.)**. São Paulo : Hucitec, 1990, pp 17-59.
- ROTELLI, Franco. A Instituição Inventada. In: **Desinstitucionalização (Nicácio, F., org.)**. São Paulo : Hucitec, 1990, pp 89-99.
- _____. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In AMARANTE, P (org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1994. Pp 149-169.
- SANTOS, Nelson Garcia. **Do Hospício à Comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental**. Florianópolis : Letras Contemporâneas, 1994.
- SARTRE, J. P. **Crítica de la Razón Dialéctica**. [1960]. 4. ed. Buenos Aires : Losada, 1995.
- _____. **O ser e o Nada: Ensaio de Ontologia Fenomenológica**. 2ª ed. Petrópolis : Vozes, 1997.
- SERRANO, Alan Indio. **O que é Psiquiatria Alternativa**. 2. ed. São Paulo : Brasiliense, 1982.
- SILVA FILHO, J. F. A Medicina, a Psiquiatria e a Doença Mental. In: COSTA, N. R. & TUNDIS, S. A. (Org.). **Cidadania e Loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987.
- SZASZ, Thomas. **Ideologia e Doença Mental**. [1970] 2. ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1980.

- _____. **A Fabricação da Loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o Movimento de Saúde Mental.** [1971]. 3. ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1984.
- _____. **Cruel compaixão.** São Paulo : Papyrus, 1994
- _____. **Esquizofrenia o Mito Sagrado da Psiquiatria.** [1976]. Rio de Janeiro : Zahar, 1978.
- _____. **O Mito da Doença Mental.** [1974]. Rio de Janeiro : Zahar, 1979.
- _____. El mito de la enfermedad mental. In :SUÁREZ, Armando (org.). **Razón, locura y sociedad.** [1978] 5. Ed. Cerro Del Agua, México : Siglo Veintiuno, 1982.
- WEBER, Max. **Economia y Sociedad: esboço de sociología comprensiva.** In: **Conceitos Sociologicos fundamentais.** Mexico : Fondo de Cultura Económico, 1983. pp. 5-45.

ANEXOS

Anexo 1 – Quadro dos Estudos Analisados

Nº	Título	Titul.	Ano	Est.	Universid.	Disc.
1	Características sociodemográficas e clínicas de uma população de pacientes de um serviço universitário de intervenção em crise	M	1997	SP	UNIFESP	Psiquiatria
2	Avaliação das propriedades psicométricas da Escala de rastreamento de Depressão CESD em populações clínicas e não clínicas de adolescentes e adultos jovens.	D	1997	SP	UNIFESP	Psiquiatria
3	Estudo das manifestações psicopatológicas na população brasileira	D	1997	SP	UNIFESP	Psiquiatria
4	Considerações diagnósticas na Anorexia Nervosa: análise a partir de 7 casos clínicos	M	1996	SP	UNIFESP	Psiquiatria
5	Representações de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia	M	1996	SP	UNIFESP	Psiquiatria
6	Comorbidade e Transtornos da Personalidade na Farmacodependência de Cocaína	M	1996	SP	UNIFESP	Psiquiatria
7	Fatores psicossociais associados à saúde mental de crianças no início da escolarização: um estudo sobre escolaridade de família de baixa renda	M	1996	SP	UNIFESP	Psiquiatria
8	Crianças desnutridas, a saúde mental de suas mães e a perspectiva de intervenção psicossocial	D	1996	SP	UNIFESP	Psiquiatria
9	A evolução do hospício no Brasil	D	1996	SP	UNIFESP	Psiquiatria
10	Fatores de risco para comportamento anti-social na adolescência e início da vida adulta	D	1996	SP	UNIFESP	Psiquiatria
11	Epidemiologia do uso de drogas ilícitas e dos transtornos psiquiátricos menores em Pelotas	D	1996	SP	UNIFESP	Psiquiatria
12	Avaliação crítica do diagnóstico multiaxial nas classificações psiquiátricas: uma proposta de sistematização do registro de curso da doença	LD	1996	SP	UNIFESP	Psiquiatria
13	Lembranças da educação parental de pacientes portadores do distúrbio obsessivo-compulsivo: um estudo de caso controle	M	1995	SP	UNIFESP	Psiquiatria
14	Estudo da validade de face dos critérios diagnósticos para os transtornos da personalidade no DSM-III-R	M	1995	SP	UNIFESP	Psiquiatria
15	A Unidade Psiquiátrica do Hospital São Paulo: relato de uma experiência	M	1995	SP	UNIFESP	Psiquiatria
16	Prevalência de transtornos psiquiátricos em pacientes dependentes do álcool em dois serviços ambulatoriais universitários do Estado de São Paulo	M	1994	SP	UNIFESP	Psiquiatria
17	Estudo da fragilidade cromossômica e cariotípica em pacientes com distúrbio bipolar do tipo I	M	1994	SP	UNIFESP	Psiquiatria
18	Figura e fundo: um estudo de comorbidade do distúrbio obsessivo compulsivo e distúrbios da personalidade	D	1994	SP	UNIFESP	Psiquiatria
19	Diferenças entre os sexos na evolução da Esquizofrenia	D	1994	SP	UNIFESP	Psiquiatria
20	Avaliação de fatores que se associam à indicação de internação em serviço de emergência psiquiátrica de Hospital geral universitário	D	1994	SP	UNIFESP	Psiquiatria
21	Perfil psicopatológico e ajustamento social de pacientes esquizofrênicos: estudo transversal em uma área geográfica delimitada da zona norte da cidade de São Paulo	M	1993	SP	UNIFESP	Psiquiatria
22	Apnéia obstrutiva do sono: um estudo preliminar de seus aspectos psicossomáticos	M	1993	SP	UNIFESP	Psiquiatria
23	Estrutura fatorial do questionário de morbidade psiquiátrica do adulto aplicado em amostras representativas de três cidades do Brasil (BR, SP e P. Alegre)	M	1993	SP	UNIFESP	Psiquiatria
24	A tradução psiquiátrica do diagnóstico "DNV" (Distonia Neurovegetativa) feito pelo médico não especialista	D	1993	SP	UNIFESP	Psiquiatria

Nº	Título	Titul.	Ano	Est.	Universid.	Disc.
25	Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Invent. de comport. da infância e adolesc.): dados preliminares	M	1992	SP	UNIFESP	Psic
26	O ajustamento social na esquizofrenia: um estudo retrospectivo	D	1990	SP	UNIFESP	Psic
27	Identificação de casos psiquiátricos em uma população idosa urbana	D	1990	SP	UNIFESP	Psic
28	Psicoses esquizoativas: localização no campo das psicoses endógenas	D	1991	RJ	UFRJ	Psic
29	O emprego do verapamil no transtorno bipolar do humor: episódio maniaco	M	1991	RJ	UFRJ	Psic
30	Depressão em pacientes com lesão no hemisfério cerebral esquerdo	M	1991	RJ	UFRJ	Psic
31	Síndrome pré-menstrual: relações com distúrbios afetivos	M	1993	RJ	UFRJ	Psic
32	Transtorno de pânico, do torácica e clínica cardiológica: um estudo de pacientes submetidos a teste de esforço em um hospital do INAMPS	M	1990	RJ	UFRJ	Psic
33	Clonazepam na fobia social	D	1993	RJ	UFRJ	Psic
34	Processo de trabalho e sofrimento psíquico: caso dos pilotos de metrô Carioca	D	1994	RJ	UFRJ	Psic
35	A influência da 'emoção expressada' pelos familiares na evolução da esquizofrenia: revisão do conceito	M	1990	RJ	UFRJ	Psic
36	Abstinência de cocaína: um estudo de características psicopatológicas em dependentes que procuram tratamento	M	1996	RJ	UFRJ	Psic
37	As múltiplas identidades do Hospital Psiquiátrico: um estudo dos internamentos psiquiátricos na Região Metropolitana do Recife	D	1990	RJ	UFRJ	Psic
38	Distúrbios psiquiátricos do pós-parto	M	1990	RJ	UFRJ	Psic
39	O infanticídio do Código Penal de 1940: Crítica à aplicação do critério fisiopsíquico	D	1994	RJ	UFRJ	Psic
40	Fobia social - tratamento farmacológico com antidepressivos inibidores da monoamina oxidase	M	1990	RJ	UFRJ	Psic
41	Distímia: tratamento farmacológico com antidepressores	D	1992	RJ	UFRJ	Psic
42	Grupo operativo no Hospital-Dia: uma alternativa de atendimento em saúde mental	M	1991	RJ	UFRJ	Psic
43	Uma discussão acerca de comorbidade em estados alcoólicos	M	1994	RJ	UFRJ	Psic
44	Um estudo sobre o atendimento ao toxicômano na cidade do Rio de Janeiro	M	1993	RJ	UFRJ	Psic
45	Fobia social: estudo de comorbidade	M	1994	RJ	UFRJ	Psic
46	Tratamento farmacológico da depressão refratária	M	1990	RJ	UFRJ	Psic
47	Loucuradivers[c]idade: espacialidade da loucura e produção de subjetividade	M	1994	RJ	UFRJ	Psic
48	O propranol no tratamento da acatisia induzida por neurolépticos	M	1991	RJ	UFRJ	Psic
49	A depressão e a doença de parkinson	M	1996	RJ	UFRJ	Psic
50	A organização de um Serviço de saúde mental em um hospital pediátrico público brasileiro: um estudo de caso	M	1996	RJ	UFRJ	Psic
51	Menopausa: Avaliação dos sintomas do humor em mulheres com síndrome do climatério que procuram atendimento médico	D	1997	RJ	UFRJ	Psic
52	Pacientes com queixas difusas: um estudo nosológico de pacientes apresentando queixas somáticas múltiplas e vagas	D	1995	RJ	UFRJ	Psic
53	Avaliação da qualidade de serviços de saúde mental em um município do Estado do Rio de Janeiro	M	1997	RJ	UFRJ	Psic
54	Impacto negativo dos transtornos de personalidade no transtorno do pânico	M	1996	RJ	UFRJ	Psic

Nº	Título	Titul.	Ano	Est.	Universid.	Disc.
55	Haloperido, biperideno e parkinsonismo	M	1997	RJ	UFRJ	Psiqui.
56	A evolução do conceito esquizofrenia: uma doença ou um grupo de doenças	M	1996	RJ	UFRJ	Psiqui.
57	Colônia Juliano Moreira: do asilo ao complexo multi-assistencial; reflexões sobre a trajetória de uma Instituição Psiquiátrica	D	1995	RJ	UFRJ	Psiqui.
58	Mal estar na natureza: um estudo crítico sobre o reducionismo e o determinismo biológico em Psiquiatria	D	1997	RJ	UFRJ	Psiqui.
59	A clínica e as classificações diagnósticas em psiquiatria	M	1996	RJ	UFRJ	Psiqui.
60	Bloqueio através do clonazepam de ataques de pânico provocados pelo dióxido de carbono	M	1997	RJ	UFRJ	Psiqui.
61	Estudo epidemiológico:alguns aspectos sobre a saúde mental do idoso - Brasília, Distrito Federal	M	1991	SP	USP	Med. Prev.
62	Estudo sobre a prevalência de distúrbios psiquiátricos entre os sepultadores do serviço funerário do município de São Paulo	M	1991	SP	USP	Psiqui.
63	Papel do enfermeiro psiquiatra - oprimido e opressor	M	1991	SP	USP	Enfer.
64	Presença negra numa instituição modelo: o hospício de Juqueri	M	1992	SP	USP	Sociol.
65	Características de personalidade de alcoolistas e evolução no tratamento	D	1992	SP	USP	Psiqui.
66	Prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência	D	1992	SP	USP	Enfer.
67	Atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital estatal: análise de uma experiência de grupo	M	1992	SP	USP	Enfer.
68	Epidemiologia da imprecisão: processo saúde/doença mental como objeto de epidemiologia.	D	1992	SP	USP	Med. Prev.
69	Doença mental e as instituições: a perspectiva de novas práticas	M	1992	SP	USP	Med. Prev.
70	Representações sociais acerca do doente mental atendido em emergências psiquiátricas	D	1993	SP	USP	Enfer.
71	Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental	LD	1993	SP	USP	Enfer.
72	Estudo do perfil sintomatológico de pacientes com transtorno de pânico e agorafobia com ataques de pânico	D	1993	SP	USP	Psiqui.
73	Autismo infantil: um algoritmo clínico	LD	1993	SP	USP	Psiqui.
74	Organização do trabalho em saúde mental em um serviço ambulatorial público de saúde	M	1993	SP	USP	Enfer.
75	Centro de convivência e cooperativa: um caminho em busca de uma perspectiva alternativa de saúde mental	M	1994	SP	USP	Educ.
76	Espaço urbano e doença mental: estudo de morbidade psiquiátrica em Brasília	M	1994	SP	USP	Med. Prev.
77	Reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da casa de saúde Anchieta e núcleos de atenção psicossocial	M	1995	SP	USP	Enfer.
78	Processo de desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica: representações sociais entre profissionais e ocupacionais da enfermagem	M	1995	SP	USP	Enfer.
79	Universo em desencanto: conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e/ou doença mental	D	1995	SP	USP	Psic.
80	Conseqüências adversas do uso contínuo de tranquilizantes benzodiazepínicos: tolerância, dependência e prejuízos nos desempenhos individuais	D	1995	SP	USP	Psiqui.
81	Influência do processo de envelhecimento no quadro clínico de depressão em idosos	M	1995	SP	USP	Psiqui.
82	Efeito da d-fenfluramina na ansiedade experimental humana	D	1995	SP	USP	Psiqui.
83	Contribuição ao estudo das alterações neuroanômicas na esquizofrenia	M	1995	SP	USP	Psiqui.
84	Psicopatologia do transtorno de pânico: efeito da terapêutica e delimitação diagnóstica	D	1995	SP	USP	Psiqui.

Nº	Título	Titul.	Ano	Est.	Universid.	Disc.
85	Alteracoes psiquiatricas associadas a cirurgia de revascularizacao do miocardio:caracterizacao e fatores de risco	D	1995	SP	USP	Psiqui.
86	Estudo prospectivo da ocorrencia de quadros depressivos em pacientes submetidos a revascularizacao do miocardio	M	1995	SP	USP	Psiqui.
87	Disturbios de pensamento na esquizofrenia e nos transtornos de humor	M	1995	SP	USP	Psiqui.
88	Louco, a loucura e a alucinacao institucional:o ensino de enfermagem psiquiatrica subjudice	D	1996	SP	USP	Enferm.
89	Saude mental e reabilitacao psicossocial	D	1996	SP	USP	Med. Prev.
90	Em busca de lugares perdidos:assistencia ao doente mental revelada atraves das historias de vida	D	1996	SP	USP	Enferm.
91	Disfuncoes sexuais em pacientes com transtorno de panico com e sem agorafobia	M	1996	SP	USP	Psiqui.
92	Ansiedade patologica e disfuncao sexual:um estudo comparativo entre transtorno de ansiedade generalizada e ejaculacao precoce	M	1996	SP	USP	Psiqui.
93	Contribuicao para o estudo da estrutura psicopatologica multifatorial da esquizofrenia	LD	1996	SP	USP	Psiqui.
94	Psiquiatria de interconsulta no hospital geral:diagnostico multiaxial em adolescentes e adultos	M	1996	SP	USP	Psiqui.
95	Perfil psicopatologico e transtornos de personalidade em uma amostra de pacientes com diagnostico de fobia social	M	1996	SP	USP	Psiqui.
96	Fatores de predicao de prognos. de farmacodepend. Aval. pela escala de seguimento de depend. de substan. psicoativas	D	1997	SP	USP	Psiqui.
97	Adap., normatiz. e avaliacao das qualid. psicometricas da rcmas para amostra de esc. de oito a 13 anos de Ribeirao Preto-SP	M	1997	SP	USP	Psiqui.
98	Represent. sociais de pacien. Psiquiat. sobre a loucura, a internacao e o sofrer psiquico:a triste passagem e a triste paisagem	D	1997	SP	USP	Enferm.
99	Entre a Cidadania e a Necessidade: a História da Colônia Juliano Moreira contada pelos pacientes	M	1993	RJ	PUC/RJ	Psic.
100	Tempo e Relação Terapêutica na Esquizofrenia - Uma Abordagem Existencial	M	1993	RJ	PUC/RJ	Psic.
101	Bipolares - Um Estudo de Características de Personalidade Através do Rorschach, no Estado Eutímico	D	1993	SP	PUC/SP	Psic.
102	Negociando o Diagnóstico Clínico	M	1993	SP	PUC/SP	Psic.
103	Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública	M	1994	SP	PUC/SP	Psic.
104	Empregar ou não um ex-paciente psiquiátrico: um estudo exploratório da representação social do doente mental	M	1993	SP	PUC/SP	Psic.
105	Psicose psicogênica ou reativa e Psicose histérica: um estudo sobre os conceitos e aplicabilidade diagnóstica	M	1992	SP	UNIFESP	Psiqui.
106	O poder decisório e gerencial das unidades assistenciais de saúde mental	D	1995	RJ	UFRJ	Psiqui.
107	Contribuições ao emprego da psicoterapia psicodinâmica em instituições médicas	M	1992	SP	USP	Psiqui.
108	Quadros borderline: comparação diagnóstica em dois momentos de avaliação de entrevistas clínicas e da tecnica de Rorschach	M	1993	SP	USP	Psiqui.
109	Narciso e a morte precoce de edipo: uma organização mental patológica a serviço dessa tragédia	M	1994	SP	USP	Psic.
110	Vozes da psicose: uma leitura psicanalítica	M	1994	SP	USP	S. Colet.
111	Avaliação da qualidade da assistência ambulatorial em saúde mental: um estudo entre processo e resultado final	D	1996	SP	USP	S. Colet.
112	Enfermagem Psiquiátrica: que papel é esse?	M	1992	RJ	UERJ	S. Colet.
113	Democratização no Hospital Psiquiátrico: Um estudo da Colônia Juliano Moreira nos Anos Oitenta	M	1992	RJ	UERJ	S. Colet.
114	A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do programa de saúde mental de Santos	M	1994	RJ	UERJ	S. Colet.

Nº	Título	Titul.	Ano	Est.	Universid.	Disc.
115	Agenciamentos sociais, subjetividade e sintoma: a seleção hierarquizada da clientela em um ambulatório público de saúde mental	M	1994	RJ	UERJ	S. Colet.
116	Lugar de louco é no hospício?! Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica	M	1997	RJ	FIOCRUZ	S. Colet.
117	O estig. do aband: est. epidemiol. de uma pop. de crianças e adolesc. Inter. na Colonia Juliano Moreira vindos diret. da FUNABEM	M	1993	RJ	FIOCRUZ	S. Colet.
118	A ordem Hospitalar: implicações do contexto do Hospital Geral para a prática clínica da Psiquiatria	M	1996	RJ	UFRJ	Psic.
119	Uma porta aberta para a saúde mental: novas perspectivas de tratamento no campo da emergência psiquiátrica	M	1996	RJ	PUC/RJ	Psic.
120	Do hospício à hospitalidade: um estudo explor. das represent. da demanda em um grupo de recepção de um Hospital Pub. da cid. do RJ	M	1997	RJ	UFRJ	Psic.
121	Doença e delito: relação entre prática psiquiátrica e poder judiciário no Hospital de custódia e tratamento de Salvador, Bahia	M	1997	BA	UFBA	S. Colet.
122	Avaliação dos critérios de internação psiquiátrica em uma nova forma de atendimento ao cliente: a recepção integrada Philipe Pinel	M	1996	RJ	UERJ	S. Colet.
123	O processo de transformação da Saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura	M	1994	SP	PUC/SP	Sociol.
124	Aval. crítica dos centros e núcleos de atenção psicossocial no nordeste: perfil organiz. dos serviços inst. até 31 de dezembro de 1995	M	1997	CE	UEC	S. Colet.
125	O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria	D	1994	RJ	FIOCRUZ	S. Colet.
126	A dimensão psico-socio-terapêutica do "vudu haitiano" no tratamento tradicional das doenças mentais	M	1990	RJ	UFRJ	Psic.
127	O tear das cinzas: um estudo sobre as relações entre psicose e instituição psiquiátricas	M	1992	RJ	UFRJ	Psic.
128	O cristal de várias faces: a psicanálise, o campo de saber psiquiátrico e do modelo assistencial das comunidades terapêuticas	M	1993	RJ	UFRJ	Psic.
129	Análise da estrutura narrativa do discurso delirante na esquizofrenia paranóide	D	1991	SP	USP	Psic.
130	Desenraizamento cultural e desestruturação mental: o caso amazonico	M	1995	SP	USP	Psic.
131	Baixas psiquiátricas como solução de problemas sociais	M	1993	RS	PUC/RS	Psic.
132	A loucura na cidade do Rio de Janeiro: idéias e vivências (1830-1930)	D	1995	SP	UNICAMP	Hist.
133	Repensando o encontro entre trabalho e terapia	M	1997	RJ	UERJ	S. Colet.
134	O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira	D	1990	RJ	UFRJ	Sociol.
135	A Emergência Psiquiátrica em Angra dos Reis: um estudo de caso	M	1993	RJ	UERJ	S. Colet.
136	Morbidade psiquiátrica e tentativas de suicídio em usuários de drogas	M	1990	RJ	UERJ	S. Colet.
137	A desinstitucionalização italiana: a experiência de Trieste	M	1991	SP	PUC/SP	Sociologia
138	Um tratamento para a loucura: contribuição à história da emergência da prática psiquiátrica no Estado de São Paulo	M	1991	SP	UNICAMP	Medic.
139	"Dizem que sou louco": um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica	M	1995	SC	UFSC	Sociol.
140	Pericul. e doença mental: um estudo dos fatores envolvidos na determinação da secessão da pericul. do doente mental infrator	M	1996	RJ	UFRJ	Psic.
141	Do Hospício à Comunidade: políticas públicas de saúde mental	M	1993	SC	UFSC	Sociol.
142	O elemento psychico no trabalho humano: a L BHM e o processo de produção discursiva no campo trabalho e Higiene Mental...	M	1997	RJ	FIOCRUZ	S. Colet.
143	Hospício e poder	M	1992	SC	UFSC	Sociol.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.