

UMA HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA NO CHILE A PARTIR DAS TRANSFORMAÇÕES NEOLIBERAIS NO PERÍODO DE 1980 A 2010

*Jimena Carrasco*¹

RESUMO

Este estudo se utiliza de uma perspectiva histórica crítica para compreender um novo campo que hoje denominamos no Chile Saúde Mental e Psiquiatria Comunitária. São abordados os aspectos mais relevantes que fazem parte do processo de reconfiguração dos sujeitos e das técnicas de intervenção, na saúde e doença mentais, que tiveram lugar no Chile nas últimas décadas: as transformações nas políticas sociais a partir da década de 90, os processos de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos e a emergência da Saúde Mental e Psiquiatria Comunitária como um novo campo de expertise. Conclui-se que este é um campo no qual convergem elementos heterogêneos e contraditórios que, contudo, adquirem uma certa coerência ao introduzir elementos próprios de uma lógica de governo neoliberal, que alinha técnicas e espaços de intervenção.

Palavras chave: *saúde mental; Psiquiatria Comunitária; Chile; governamentalidade*

¹ Professora da Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile. Doutorado em Psicologia Social pela Universidad Autónoma de Barcelona. Licenciada em Ciencias de la Ocupación e Terapeuta Ocupacional pela Universidad de Chile.

UNA HISTORIA DE LA SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA EN CHILE A PARTIR DE LAS TRANSFORMACIONES NEOLIBERALES EN EL PERIODO 1980 A 2010

RESUMEN

El estudio se utiliza de una perspectiva histórica y crítica para comprender un nuevo campo que hoy denominamos en Chile Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Se abordan los aspectos más relevantes que hacen parte del proceso de reconfiguración de los sujetos y de las técnicas de intervención, en la salud y la enfermedad mentales, que ha tenido lugar en Chile en las últimas décadas: las transformaciones en las políticas sociales a partir de la década de 1990, los procesos de desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos, y la emergencia de la Salud Mental y la Psiquiatría Comunitaria como un nuevo campo de experticia. Se concluye que este es un campo en que convergen elementos heterogéneos y contradictorios, que sin embargo, adquieren una cierta coherencia al introducir elementos propios de una lógica de gobierno neoliberal, que alinea técnicas y espacios de intervención.

Palabras Clave: *Salud Mental; Psiquiatría Comunitaria; Chile; gubernamentalidad*

INTRODUÇÃO

A partir da década de noventa, após o término da ditadura militar, o sistema de saúde chileno experimentou uma série de transformações no que se refere à atenção a pessoas com doenças mentais e/ou problemas de saúde mental. O documento "Plano Nacional de Saúde Mental e Psiquiatria" (daqui por diante PNSMP), cuja primeira edição data de 2001, teve o objetivo de dar diretrizes em nível nacional para as ações neste âmbito. Ele propõe uma transformação tanto dos problemas passíveis de intervenção, quanto das formas de intervenção, apresentando o Enfoque Comunitário como uma inovação para uma melhor compreensão e abordagem da enfermidade e da saúde mental. Sua implementação coincidiu com mudanças nas políticas sociais de governo, dentro das quais cabe mencionar a reforma do setor de saúde. Tudo isso levou a mudanças significativas nas concepções sobre a saúde e a doença mental, e por isso, a mudanças nas práticas a elas relacionadas, tanto para os profissionais e usuários quanto para a sociedade em seu conjunto.

Essas transformações são apresentadas como o triunfo de uma crítica às formas anteriores de intervenção, próprias da instituição psiquiátrica, e como um esforço inclusivo difícil de questionar. Sem dúvida cabe perguntar-se como foi possível que essas mudanças chegassem a ser pensáveis e desejáveis. Para responder a isso, no presente artigo abordaremos o modelo de Saúde Mental e Psiquiatria Comunitária (daqui por diante SMPC) no Chile a partir de uma perspectiva histórica e crítica, como proposto por Rose (1996). Isso quer dizer que não se trata do relato de uma sequência de fatores precursores que legitimem o modelo, mas de uma argumentação sobre como esse modelo foi possível. Para isso, como propõe Rose, é necessário dar conta da relação entre o governamental e os saberes disciplinares. Em relação ao primeiro, abordarei alguns elementos da política social, com especial ênfase no setor de saúde. Em relação ao segundo, abordarei a emergência de um novo saber próprio da SMPC.

O propósito é explicar que a perspectiva proposta pelo PNSMP chileno não é necessariamente resultante de uma busca de melhores formas de intervenção, mas uma mudança que chegou a ser desejável e possível na medida em que é coerente com uma determinada lógica de governo, comum para a maioria dos atores envolvidos: a lógica neoliberal. Por sua vez, assume-se que esta é produto de processos históricos globais, que redefinem as bases e os atores sociais do período prévio, que, no Chile, resultou nas profundas transformações estruturais iniciadas na década de 1980 pela ditadura militar

(ANGELCOS, PEREZ, SÉMBLER, 2006).

GOVERNAMENTALIDADE NEOLIBERAL NO SISTEMA DE SAÚDE CHILENO

Foucault (1979) desenvolve a noção de governamentalidade a partir da premissa de que as formas de governo político e o Estado, tal como os conhecemos, são o resultado de um processo recente. Foucault dá conta do processo histórico através do qual se chegou ao modelo atual de Estado-governo e propõe que, com este, a população figura como sujeito de necessidades e aspirações, assim como objeto de intervenção do governo (FOUCAULT, 1978). Segundo o autor, daí por diante não se trata de impor leis, mas de utilizar diversas táticas e organizar as coisas para que uma multiplicidade de objetivos sejam alcançados. Isso nos leva a uma razão de Estado, quer dizer, a regras racionais que não tem em seu fundamento ideias cosmológicas, filosóficas ou morais.

A partir dessa perspectiva Barry, Osborne e Rose (1996) propõem um marco conceitual para analisar essa razão política ou essa mentalidade que, através de diversos mecanismos, configuraram nosso presente; nossas normas, nossos imperativos éticos e nossa subjetividade. Esse marco não pretende ser uma teoria política ou uma proposta ideológica, mas um enfoque que dê conta do conjunto de técnicas utilizadas para governar no presente, tanto na forma como se exerce o poder quanto nos meios pelos quais se expressa esse poder (DE MARINIS, 1999).

Rose (1997) descreve uma lógica de governo liberal, que corresponde àquela destinada a governar sujeitos dotados de direitos reformulados pelo livre mercado. Centrando sua análise no Welfare State da Inglaterra do século XX, ele propõe que o governo liberal se caracteriza por uma nova relação entre governo e conhecimento, e uma nova definição do sujeito do governo: as ações do governo são legitimadas por um conhecimento positivo sobre a conduta humana e se exerce por vários dispositivos que pretendem gerar um saber sobre como governar indivíduos livres. De sua parte, o sujeito do governo liberal aceitará, de forma voluntária, obrigações e recomendações dos especialistas sobre ele, a fim de obter um maior proveito para si. Assim, o autor propõe que a partir das críticas ao Welfare State da década de 1980, surgem novas estratégias liberais chamadas *avançadas*. Os impostos altos, supostamente voltados para sustentar a ação social do Estado, no Welfare State, foram vistos como um obstáculo para o crescimento econômico, incompatível com a sobrevivência do capitalismo. Além

disso, criticou-se a ação social do estado por propiciar a dependência, não permitir uma responsabilização social civil e por denegrir a autonomia das pessoas. Os especialistas que formavam parte do governo foram questionados por fazer parte da "máquina ideológica do estado".

Essas críticas darão forma a novas estratégias de governo que se caracterizam por distanciar as decisões das instituições políticas formais dos outros atores sociais, sob a premissa de que estes são autônomos. O poder de decisão dos especialistas agora deve ser transferido à contabilidade e à gestão financeira, já que estas podem garantir objetividade e neutralidade na hora de avaliar as ações. O sujeito do governo se configura como um ser livre e autônomo, que deve procurar maximizar suas capacidades e bem estar, por meio de escolhas feitas em um mercado livre.

Do anterior decorre que se estaria dando uma nova forma ao objeto de governo (o que se governa) e, com isso, ao espaço de governo (de onde se governa), produto de uma desarticulação das várias técnicas de governo desenvolvidas durante o século XX e sua transformação em uma rede de serviços públicos e privados.

O caso do Chile foi proposto como um experimento de implantação de medidas liberais avançadas ou neoliberais (HARVEY, 2005). Logo após o Golpe de Estado de 1973, e de um período de ajuste econômico, em 1975 Augusto Pinochet assumiu o papel de protagonista da junta militar e adotou soluções que tendiam à privatização e à responsabilização individual pela saúde. Assim, a ditadura militar, na mão de uma equipe tecnocrática, os chamados "Chicago Boys"², implementou uma série de medidas econômicas que logo se veriam refletidas na constituição de 1980, vigente até hoje. Nela, se defende e prioriza o direito à propriedade privada e se estabelece um papel subsidiário ao Estado.

Desde a década de 1940, o movimento dos trabalhadores, os partidos de esquerda e a corporação médica conseguiram instaurar no discurso político a ideia de uma relação direta entre política pública e política social sanitária, o que se traduziu em uma expansão do Estado e dos sistemas de proteção social, dentre os quais o sistema de saúde tornou-se um dos mais importantes. Durante esta década criou-se um Serviço Nacional de Saúde, com o qual o Estado chileno assumia sua responsabilidade pela

² Chama-se de "Chicago Boys" a geração de economistas formada na Universidade de Chicago, sob a direção de Milton Friedman e Arnold Harberger. Eles sempre tiveram uma influência decisiva nas reformas econômicas e sociais no Chile e foram os responsáveis pela aplicação de um programa de privatização e redução do gasto fiscal.

saúde de toda a população, tanto no que se refere à atenção de pessoas com problemas de saúde quanto ao que diz respeito ao planejamento e execução de políticas de saúde pública. Assim, em 1970 foi eleito o presidente da República Salvador Allende, que representava a Medicina Social (VIRCOW *apud* ROSEN, 1985): durante seu governo o Estado e as ciências sociais se unem para planejar a transformação da sociedade (MAIRA, 1998) e se consolida o binômio médico-social que se traduziu em uma grande produção acadêmica sobre a marginalização e a pobreza e na criação de técnicas de intervenção. Em saúde pública, e especificamente no que diz respeito à saúde mental, começam-se a desenvolver categorias psicossociais que abordam a problemática social da saúde. Isso tudo como um projeto político de esquerda.

Pois bem, logo após o golpe de estado de 1973 no setor da saúde, as transformações começaram a implementar-se em 1979 com a criação do Fundo Nacional de Saúde, que devia arrecadar e dar destino aos recursos. No âmbito administrativo, o Serviço Nacional de Saúde foi substituído por serviços regionalizados e autônomos. Logo, a partir de 1981, a administração da atenção primária foi traspasada aos municípios e para seu financiamento se incorporou o Faturamento pela Atenção Prestada (FAPEM).

Em 1982, o governo militar anunciou o projeto que criava as Instituições de Saúde Provisórias: seguradoras privadas que capturam os recursos obrigatórios dos trabalhadores. O governo estabeleceu também um novo sistema geral de prestações que substituía as leis de Medicina Preventiva (1938), do Serviço Nacional de Saúde (1946) e da Medicina Curativa (1968), quer dizer, todo o corpo legal em torno da saúde, que havia sido gerado ao longo de um século de projetos e debates políticos e ideológicos.

Com as reformas das década de 1980, o sistema de saúde chileno se configurou como "misto", quer dizer, existe um fundo de cotação estatal e outro privado, assim como existem centros de atenção públicos e privados.

A separação entre as decisões econômico-financeiras e as técnicas, trazidas como consequência do Ministério da Saúde passam a depender do Ministério da Fazenda, entidade que assina os recursos baseada em uma exacerbada lógica de mercado. Assim, a relação de especialistas, que desde o início da institucionalidade do governo em saúde havia sido formada por médicos, foi assumida por economistas.

As ações realizadas pelos Serviços de Saúde regionais deviam ser subsidiárias e focadas, quer dizer, ações de assistência direta para a solução de problemas pontuais.

No caso da saúde mental, isso levou a colocar o foco em sinais e sintomas e, em alguns casos, no que estava mais perto: a família. Eliminou-se toda a produção acadêmica ocorrida durante a Unidade Popular, que propiciou a compreensão dos problemas de saúde como parte do sistema social.

Logo após o término da ditadura militar, o Chile entrou em um processo que foi denominado de transição, sob sucessivos governos da *Combinação de Partidos pela Democracia*, que mantiveram um discurso que promovia a participação da sociedade civil, como uma estratégia para alcançar níveis maiores de democracia. Em torno desse discurso, se organizou a gestão e a execução das políticas sociais e se configuraram novas formas de relações entre o Estado, as subjetividades e a sociedade civil, que se caracterizaram pela adoção do modelo das democracias liberais (SANDOVAL, 2002/2009).

Nesse quadro, a *Combinação de Partidos pela Democracia* impulsionou a reforma e a saúde durante o governo de Ricardo Lagos. Essa reforma inicialmente se apresentou como uma resposta à grave crise no sistema de saúde, produto da política neoliberal herdada da ditadura militar, que levou o sistema a um colapso e provocou grandes desigualdades sociais (SANDOVAL, 2004).

O paradoxo da reforma da saúde proposta pelo governo Ricardo Lagos é que não houve mudança no espírito ou na mentalidade neoliberal das transformações feitas no sistema durante a ditadura militar, tanto que suas estruturas foram mantidas. Ao mesmo tempo, se incorporou uma série de transformações na definição das tarefas do setor da saúde, nos objetivos sanitários e no modelo de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Além disso, implicou em mudanças na organização dos aparelhos estatais e privados que os gerenciam.

Em síntese, a reforma da saúde se traduz em cinco leis, das quais me referirei a duas: a Lei 19.937, que modifica a autoridade sanitária, e a Lei 19.966, que estabelece *Garantias Explícitas na Saúde* (adiante GES). A primeira reformula as estruturas e a organização do setor, tanto no público como no privado, a fim de melhorar a gestão e a eficácia. A segunda apresenta uma estratégia de distribuição dos recursos, baseada em uma nova forma de priorização dos problemas de saúde.

Quanto às estruturas e à organização administrativa, se mantiveram medidas adotadas durante a ditadura militar, como a dependência da atenção primária dos municípios e as *Instituições de Saúde Provisória*. Assim, o sistema se confirmou como

"misto" (AEDO, 2001), quer dizer, se manteve um fundo de recursos estatal e outro privado, assim como centros públicos e privados. Além disso, os centros privados se integraram aos prestadores do sistema público.

A partir dessas reformas, as entidades estatais definem as ações ou prestações de serviços na saúde pública, mas estas podem ser outorgadas tanto por centros de atenção primária (municipais), secundária (dependentes de um Serviço de Saúde), como por privados. Além disso, as entidades estatais definem os enfoques e as características que os centros de atenção pública devem ter. Esse conceito não exclui os centros de atenção privada, que podem outorgar prestações definidas pelas autoridades estatais, inclusive aos beneficiários do sistema público de saúde, mediante um subsídio à demanda e na medida em que se ajustem às exigências definidas para as prestações.

Agora a autoridade sanitária já não tem responsabilidade direta pela saúde de toda a população, nem pela atenção das pessoas com problemas de saúde, mas deve "gerir" a rede assistencial do seu território, fazendo uso de toda oferta de serviços, tanto pública quanto privada. Isso supõe a aparição de uma nova forma de compreender o espaço do governo; a ideia de uma rede mista leva as ações do governo na saúde a não mais serem exercidas a partir dos órgãos do Estado, como havia sido até então, o que acarreta a necessidade de um maior nível de autonomia e flexibilidade tanto dos recursos humanos como financeiros.

Quanto aos problemas de saúde, a nova forma de priorização e a redefinição das tarefas do setor levam a um processo de reconfiguração do objeto do governo: os problemas de saúde já não se restringem ao controle de taxas de natalidade e mortalidade, como foi no princípio do século XX, agora a preocupação das autoridades é promover estilos de vida saudáveis, o que significa implementar formas de controle sobre as condições de vida das pessoas. Isso repercute também nas formas de organização do espaço do governo em saúde: o sistema de saúde se entende como uma rede mista de serviços que se insere em uma rede multissetorial maior.

Por sua vez, a transformação do objeto do governo em saúde no Chile se expressa em uma mudança no critério para priorizar os problemas a se intervir. A partir de 2002, começou-se a elaborar um plano de *Acesso Universal com Garantias*

Explícitas (AUGE)³, que finalmente resultou em uma nova forma de priorizar os problemas de saúde, baseada em um novo indicador (AVISA)⁴, que se estabelece em relação aos anos de vida produtivos saudáveis, e portanto, considera não somente a mortalidade, mas tudo o que possa ocasionar perda de anos produtivos de uma pessoa (ARRAU, 2002). As ações na saúde devem tender a outras esferas da vida, que vão mais além do raio de ação tradicional dos prestadores de saúde, quer dizer, devem abranger aspectos tais como a educação, o lazer, as atividades comunitárias, etc. Tudo a fim de prevenir estilos de vida que possam levar as pessoas a ter problemas que limitem ou restrinjam seus anos de vida produtivos saudáveis.

O tema da saúde mental e das doenças mentais são relevantes a partir de uma nova maneira de entender os problemas de saúde: se prioriza a atenção de certas pessoas, segundo seu diagnóstico, idade e sexo, em prol de maximizar seus anos de vida produtivos saudáveis, e se estabelecem estratégias de controle sobre as condições de vida de toda a população tendentes a prevenir a perda de anos de produtividade. Quer dizer, o critério econômico não só está presente na forma de administração do sistema de saúde, como na definição do que é passível de intervenção, que agora se define em termos de produtividade das pessoas.

Tudo o que foi apresentado anteriormente dá conta de uma nova forma de entender o espaço e o objeto do governo em saúde; no Chile desde a década de 1940 ocorreu uma série de discussões em torno de: 1) o papel do Estado e 2) o direito à saúde pública (PARADA, 2004). Aparentemente, agora esses pontos de tensão foram incluídos em uma nova lógica, na qual o espaço do governo se converteu em uma rede, onde é difícil diferenciar o que é o Estado e o que não é. Por outro lado, o objeto do governo, agora convertido nas condições de vida das pessoas, em prol de maximizar seus anos produtivos e saudáveis de vida, torna difícil distinguir o que é competência da saúde e o que não é, e portanto não torna claro os direitos em relação à saúde.

As formas de gestão da vida, o que Foucault (1977) denominou biopolítica, se transformaram, isto é, a gestão da vida da população sofreu um deslocamento que levou a uma mudança na própria noção de vida (HART e NEGRI 2001): já não se trata somente de processos biológicos da espécie, mas de fazer viver e controlar as condições

³ Nome original com o qual se denominou a atual GES: um conjunto de problemas de saúde, para os quais se definiram protocolos de procedimento com base em critérios de custo benefício. Posteriormente foram eliminadas as duas primeiras letras da sigla.

⁴ Anos de vida saudáveis perdidos.

de vida dos indivíduos. Para isso, são necessárias novas formas de controle que implicam novas formas de subjetivação. A partir dessa nova lógica, devem ser entendidas também as transformações na intervenção sobre pessoas com doenças mentais e o surgimento do que se denominou Saúde Mental.

A SAÚDE MENTAL E A PSIQUIATRIA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE GOVERNABILIDADE

Para uma compreensão do que chamamos de *Saúde Mental e Psiquiatria Comunitária* no Chile, acreditamos ser necessário, além do que foi exposto acima, explicar dois processos que no Chile caminham juntos. O processo de reforma da instituição psiquiátrica e o processo de configuração da intervenção comunitária.

A) A REFORMA DA INSTITUIÇÃO DA PSIQUIATRIA

Quanto à reforma da instituição da psiquiatria, os primeiros indícios podem ser reconhecidos no movimento denominado antipsiquiatria na Europa, que aparece com a crise da noção de doença mental, baseada em lógicas biomédicas. Essa crise se expressou no discurso de intelectuais provenientes da psiquiatria psicanalítica e das ciências sociais: Laing na Inglaterra, Szasz nos Estados Unidos e Basaglia na Itália são reconhecidos como os principais expoentes desse momento.

O movimento da antipsiquiatria na Europa e nos Estados Unidos considerou inumanos alguns procedimentos sobre os corpos dos pacientes, tais como a prescrição desmedida de medicamentos neurolépticos, a aplicação de eletrochoque e a psicocirurgia. Isto é, aqueles procedimentos que na lógica biomédica buscavam atacar as causas orgânicas da doença mental. O descrédito da psiquiatria se baseou em sua incapacidade para demonstrar as causas orgânicas dos problemas mentais (SZASZ, 1961), e na premissa de que todo comportamento humano tem uma origem social, incluídos aqueles atribuídos aos chamados doentes mentais (LAING, 1960). A partir desses postulados, surgiu a necessidade de uma compreensão social da doença mental.

Concretamente, foram produzidos processos distintos de reestruturação dos sistemas de saúde mental e psiquiatria em alguns países centrais, tais como Inglaterra, França, Itália, Alemanha e Estados Unidos. As mudanças ocorreram em diversos graus

e de diversos modos, mas em termos gerais podemos sintetizá-las na priorização da administração local dos serviços, no reconhecimento dos direitos dos pacientes, na priorização dos tratamentos ambulatoriais sobre a internação, na integração dos sistemas de saúde mental no sistema de saúde em geral e na inclusão dos aspectos sociais no tratamento. Todos esses elementos tiveram repercussões nas políticas de Saúde Mental do Chile (OLAVE e ZAMBRANO, 1993). Mesmo que não se possa atribuir somente a essas transformações o movimento da antipsiquiatria, ele foi essencial na geração de uma crítica ao modelo e instalou nos discursos a necessidade de transformação das intervenções tradicionais.

A pergunta que surge então é como essas mudanças foram possíveis e desejáveis. Sem tentar dar uma explicação última, creio que devemos considerar um dado relevante. O movimento antipsiquiátrico tomou forma na Europa e nos Estados Unidos juntamente com movimentos sociais contraculturais próprios das décadas de 1960 e 1970, de reivindicação de direitos civis e humanos (RISSMILLER e RISSMILLER, 2006). Esse dado ajuda a entender a crítica ao modelo manicomial não como algo isolado, mas como parte de algo maior: um movimento social crítico de todas as formas de poder disciplinar. Por outro lado, Rose (1997) propõe que a antipsiquiatria possa ser compreendida como parte da crítica à lista de especialistas da *Welfare State*, que liga o conhecimento dos psiquiatras a um falso saber e abuso de poder.

Outra fonte para interpretar as críticas ao modelo de psiquiatria tradicional pode ser encontrada no proposto por Deleuze (1992), que estabelece que durante as últimas décadas surgiram diversas formas de crítica à sociedade disciplinar, tal como fora proposto por Foucault (1979). Além disso, Deleuze sustenta que os discursos críticos às instituições disciplinares levaram a um rearranjo das maneiras de controle, com o qual tendem a desaparecer as instituições tradicionais como dispositivos de produção de corpos e subjetividades que atuam por meio da vigilância e da normalização. Isso não quer dizer que desapareça o controle, mas que os dispositivos adotaram uma forma de rede e ficaram flexíveis, modulares e seus domínios podem se ampliar.

A psiquiatria e sua transformação também podem ser entendidas como parte desse rearranjo: o discurso da psiquiatria pós-reforma incorporou elementos da crítica ao poder disciplinar. Para fazê-lo, foi necessário alinhar-se com as novas mentalidades de governo (RIVERO, 2005) e com ele se conseguiu reconfigurar as noções de saúde e

doença mental e ampliar seus próprios limites de ação.

No Chile, as primeiras experiências de desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos ocorreram durante o governo da Unidade Popular. Esse processo foi retomado logo após a recuperação da democracia na década de 1990, e tomou forma com a primeira versão do PNSMP em 1996. Nela, foi especificado o propósito das autoridades de levar a cabo um processo de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos seguindo os modelos europeus. Desde essa primeira versão até atualmente, o dito plano manteve a lógica de delimitar ao mínimo os âmbitos institucionais de intervenção em Saúde Mental e Psiquiatria. Em troca, foi proposta a criação de uma Rede de Saúde Mental e Psiquiatria, composta por múltiplos dispositivos menores para a atenção das diferentes necessidades das pessoas.

A implementação das mudanças no tratamento das doenças mentais levou a mudanças nas lógicas dos profissionais envolvidos. Por um lado, foram incorporados profissionais das Ciências Sociais às equipes médicas e, por outro, as Ciências Sociais se incorporaram à formação dos profissionais da área.

A partir da incorporação das Ciências Sociais na intervenção sobre a doença mental, começa a se configurar a ideia de que é necessária uma *intervenção social* (ou psicossocial) sobre pessoas e grupos. Esse encontro entre o processo de desinstitucionalização impulsionado pela reforma da instituição psiquiátrica e da intervenção social pode ser compreendido como uma via de escape das relações de poder, mas também como uma aplicação do controle em âmbitos mais além da instituição psiquiátrica, que ademais acarreta mudanças nas formas de intervenção (CASTEL, CASTEL e NOVELL, 1982). De fato, a preocupação pela desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos chegou a ser pensada na lógica de uma sociedade de controle, na qual a intervenção social tem papel central (DELEUZE, 1995; JOHNSON, 2008). Nesse sentido, podemos entender a intervenção social como o meio pelo qual se alinham as subjetividades com os propósitos do governo (MONTENEGRO, 2001) em um âmbito de liberdade, ou melhor, institucional.

Até aqui, foi apresentado o processo de reforma da instituição psiquiátrica no marco de uma transformação das lógicas de governo; foi proposto compreendê-las como próprias de uma sociedade de controle e assim entender a intervenção social como aquilo que possibilita essas transformações. Agora desenvolverei o outro eixo da minha argumentação: como a intervenção sobre a subjetividade ganha importância nas

políticas sociais e como isso vai configurando a intervenção psicossocial e logo a denominada *Intervenção Comunitária*.

B) CONFIGURAÇÃO DA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NO CHILE

No Chile, a partir da década de 1990, as políticas de intervenção social começam a demandar cada vez mais psicólogos profissionais. Aspectos subjetivos, tais como características pessoais, gênero, raça, etnia começam a ser relevantes para o planejamento de estratégias de intervenção social. O que foi denominado como *Psicologia Comunitária* no Chile se perfila como uma disciplina acadêmica de pré e pós-graduação ao abrigo dessas políticas sociais (ALFARO e ZAMBRANO, 2009). O desenvolvimento dessa especialidade se dá pela necessidade de formação dos profissionais que se inserem nos programas de intervenção social impulsionados a partir da década de 1990.

Porém, antes da consolidação da *Psicologia Comunitária* como disciplina acadêmica, no Chile já havia existido intervenções sociais denominadas *Comunitárias*. As primeiras propostas com enfoque de comunidade apareceram durante a década de 1960, quando o governo do democrata Cristiano Eduardo Frei Montalva impulsionou uma política social orientada a melhorar as condições de vida dos mais necessitados. As massas de imigrantes provenientes do campo organizaram várias ocupações de terrenos urbanos (GARCÉS, 2002), o que trouxe como consequência problemas de acesso aos serviços sociais e de saúde. Como resposta, o governo proporcionou a organização dos setores populacionais sob lógicas de territorialidade e de solidariedade. A partir dessa estratégia de governo, se consagrou a cooperação ligada à propriedade como forma de solução para os problemas sociais. Logo, durante o governo de Salvador Allende essas organizações comunitárias foram vistas como um elemento central da mudança revolucionária.

Atualmente, o que se denomina *Intervenção Comunitária* no Chile não pode ser entendida como uma formulação teórica, metodológica e/ou disciplinar, diferente do que ocorre em outros contextos, onde o trabalho comunitário vem acompanhado de reflexão teórica e produção acadêmica (BARRANCO e DIAZ, 1999; FOLADORI, 2003). Isso é explicado pelo curso histórico no Chile: se durante as décadas de 1960 e 1970 havia uma ebulição de produção em Ciências Sociais relacionadas com a

intervenção social, durante a ditadura militar, esta se interrompe e há um isolamento do desenvolvimento nessa linha na América Latina. Somente a partir do retorno à democracia, os profissionais, principalmente de ONG, contaram com acesso à teorias e metodologias para denominar e validar o que já faziam, em especial a Educação Popular e a Investigação Ação Participativa. Como consequência dessa hibridação, entre desenvolvimentos teóricos latino-americanos e lógicas das políticas sociais, o que hoje em dia se denomina intervenção comunitária no Chile reúne uma grande diversidade de desenvolvimentos teóricos com diferentes marcos epistêmicos (ALFARO e ZAMBRANO, *ibid*). Ante a dificuldade para poder dar conta do que é denominado intervenção comunitária no Chile, alguns autores propõem uma revisão das práticas que foram feitas sob essa categoria (KRAUSE e JARAMILLO, 1998; SAAVEDRA, 2005; ALFARO, 2007). Outros realizam uma análise dos discursos acadêmicos em torno dela (ZAMBRANO, 2007; SÁNCHEZ, 2007; REYES, 2007).

Alfaro e Zambrano (2009) concluem que o que foi denominado trabalho ou Intervenção Comunitária no Chile sofreu uma mudança desde seu aparecimento na década de 1960; começou como um movimento de ativismo crítico e político que buscava a transformação social, e logo foi silenciado e isolado durante a ditadura militar, conquistando finalmente a institucionalização acadêmica e profissional pela aquisição de modelos compatíveis com as lógicas das políticas sociais dos anos 90. O *Modelo de Competências* e o *Modelo de Ecologia Social* seriam os mais representativos desse último. Por outro lado, Asún (2004) acrescenta que a *Intervenção Comunitária* no Chile pode ser compreendida como uma série de práticas de técnicos e profissionais que têm em comum um mesmo sujeito de intervenção: o pobre.

Além das diferenças teóricas ou metodológicas entre os diferentes enfoques que se conjugam na intervenção comunitária atualmente no Chile, o que me interessa destacar são as profundas diferenças acerca do que Montenegro (*ibid*) chama de mudança social possível e desejável.

Desde uma compreensão crítica e reflexiva, Montenegro (*ibid*), propõe que a Intervenção Social ou Psicossocial possa ser entendida como uma série de estratégias que buscam solucionar o que foi definido como um problema social. Para isso, criam-se e redefinem-se constantemente modelos teóricos que na base possuem uma série de hipóteses sobre o que é o social, quais os problemas sociais e suas causas, e como solucioná-los.

Cabe então perguntar-se: o que é o social? Quais as causas dos problemas sociais e quais são as possíveis soluções com base no que hoje no Chile se chama intervenção comunitária? A resposta a essas perguntas pode se resumir em concepções do social ligadas à ideia de desenvolvimento (ALFARO, 2000).

A noção de desenvolvimento das comunidades pode ser rastreada desde o surgimento de organismos internacionais alinhados aos problemas sociais a nível mundial (as Nações Unidas são um bom exemplo), que dão origem a estudos das condições de desenvolvimento industrial e tecnológico e sua relação com a pobreza (DURÁN, 1995). Esse processo significou a retomada dos debates sociológicos e das Ciências Sociais em torno da noção de pobreza, pensada a partir da presença de indivíduos desamparados, apartados do crescimento e do progresso. Começa-se a propor, por exemplo, que se determine quais são as características culturais e pessoais que os membros de uma nação devem ter para o êxito de um processo de industrialização.

Com o surgimento das teorias sociais de desenvolvimento, se começa a reconhecer a racionalidade no tema do comportamento coletivo, como uma necessidade da intervenção social orientada pelo progresso. Nesse marco, a intervenção das comunidades se torna relevante: os valores das pessoas devem ser de acordo com os modelos de desenvolvimento e deve-se velar pela construção de uma sociedade de indivíduos competentes para a modernização e o crescimento (REYES, *ibid*). A intervenção sobre comunidades começa a possibilitar a intervenção sobre certos indivíduos, a fim de que consigam ser competentes para alcançar o progresso.

Cabe mencionar que atores relacionados à intervenção na América Latina criticaram essas explicações por considerá-las uma reprodução da ideologia dominante e propuseram como alternativa a conscientização, a organização e a capacitação do movimento social (QUEZADA e MATUS, 2001). Essas críticas, sem dúvida, não terão maior eco no Chile, onde as políticas sociais seguirão a lógica do desenvolvimento como única via para a superação dos problemas sociais; se entenderá o crescimento econômico como a melhor solução para os problemas sociais e, portanto, as políticas sociais deverão ser focadas naqueles grupos que conseguiram somar-se a tal crescimento (MARTÍN, 2004).

Como se traduz a lógica de desenvolvimento na intervenção social? Montenegro (*ibid.*) propõe que as diferentes formas de intervenção social podem ser analisadas a

partir de: 1) o que se entende por ordem social; 2) o que se propõe como necessário transformar; 3) o que se propõe como solução; 4) quem são os atores relevantes para levar a cabo a solução; e 5) qual o papel do conhecimento nessa mudança. Tomando como referência diferentes concepções do social, especificamente, desde o funcionalismo até o marxismo e o anarquismo, a autora mostra como em cada uma dessas vão se modificando não somente a compreensão do que é o social, como também as propostas de mudança social possíveis e desejáveis.

Seguindo esses eixos de análise, podemos dizer que as intervenções chamadas comunitárias hoje no Chile dão forma ao seguinte (MINSAL, 2002, 2006, 2011; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2013):

1) A ordem social é entendida como um processo linear em direção ao desenvolvimento e ao progresso, e há alguns setores que os alcançaram e outros que ainda não;

2) É necessário transformar as comunidades que se encontram atrasadas no processo de desenvolvimento;

3) Como solução, se propõe a facilitação de processos nos indivíduos que levem desenvolvimento a essas comunidades;

4) Os atores relevantes para levar a cabo essa solução são os profissionais e técnicos, com a cooperação da comunidade afetada;

5) Se reconhece a expertise profissional para atuar como catalizadora de processos sociais que devem ocorrer. A intervenção em si se estabelece como um contato eficiente com a comunidade nas diferentes etapas de implantação de um projeto de desenvolvimento local.

Finalmente, podemos dizer que a conjugação dessa lógica de intervenção social, com os processos de reformulação da instituição psiquiátrica, dão origem ao que foi denominado *Saúde Mental e Psiquiatria Comunitária no Chile*.

A desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos no Chile, assim como em outros países da América do Sul, é uma empresa que se alinha com a crítica ao autoritarismo (YAMAMOTO, 2007) e portanto se consolida com o retorno da democracia, até quando os modelos de intervenção são semelhantes com políticas de governo instauradas pela ditadura.

As propostas de intervenções com base na ideia do desenvolvimento de comunidades, alinhadas com as críticas ao autoritarismo, deram origem às primeiras

intervenções denominadas comunitárias na saúde mental no Chile. Experiências de tratamento de jovens com problemas de consumo de drogas, de depressão e de violência intrafamiliar em atenção primária, no fim da década de 1980 e princípios de 1990, se reconhecem hoje em dia como precursoras da *Saúde Mental Comunitária*. Elas se caracterizam por ter um enfoque de inserção social-territorial e fornecer autonomia e ferramentas para que os indivíduos atuem adequadamente em seus ambientes.

Porém, como já mencionamos, o enfoque comunitário se inscreve na intervenção sobre o sujeito pobre e, mais especificamente, o desenvolvimento comunitário persegue como objetivo o desenvolvimento dos recursos e potencialidades das comunidades para a solução dos seus problemas. Isso se traduz na hipótese de que os sujeitos que compõem as comunidades pobres são os que se encontram majoritariamente submetidos a circunstâncias estressantes de vida. Assim, as experiências de *Saúde Mental Comunitária* e sua evolução como políticas, privilegiaram a intervenção em setores pobres, designados como *em risco, de alta vulnerabilidade ou com maior necessidade de atenção* (LEWIN, 1996).

PARA DISCUSSÃO

Finalmente, podemos dizer que a SMPC no Chile se estrutura a partir da saúde, quer dizer, corresponde em primeiro lugar a uma delimitação de aspectos mentais da saúde e da doença. Como tal, a SMPC participa dos processos de redefinição do espaço de governo e do objeto de governo na saúde, na via de uma nova lógica, na qual a ideia de uma rede mista dilui as ações de governo e sua responsabilidade, ao mesmo tempo que as estratégias de governo se centram nas condições de vida das pessoas, em prol de maximizar seus anos produtivos e saudáveis de vida.

O objeto de intervenção da SMOC parte de entidades psicopatológicas, mas que agora se explicam não somente a partir de uma concepção biomédica tradicional, mas implicam também uma compreensão social (ALFARO, 2000). Além disso, as formas de controle sobre as condições de vida dos sujeitos devem se adaptar às formas de governo de sujeitos livres e autônomos, mas com o claro propósito de maximizar seus anos produtivos e saudáveis de vida.

O enfoque comunitário aparece como uma estratégia de intervenção social efetiva que permite conectar certo tipo de *subjetividade* com as lógicas de governo:

define as pessoas como livres e autônomas, ativas e responsáveis por seu próprio bem-estar, ao mesmo tempo que estabelece como gerar os mecanismos para que as pessoas cheguem a adotar essas características. Portanto, se volta para aqueles que não respondem a essas características e que são também os que não conseguiram incorporar-se ao desenvolvimento econômico, ou seja, os pobres. Além disso, mantém elementos próprios dos movimentos populacionais que lhe deram origem na década de 1960 e que agora são vistos como custo-benefício, principalmente a solidariedade e a cooperação ligadas a um território.

Concluindo, a SMPC no Chile hoje é um território ambíguo, no qual convergem diferentes lógicas, mas que sem dúvida encontrou uma certa coerência ao organizar-se como tecnologias de governo encarregadas da saúde e da doença mental dos setores mais pobres da população. Por sua vez, elas são coerentes com as transformações das políticas públicas que impõem uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil (CELEDÓN e ORELLANA, 2003) no sentido de distanciar as decisões das entidades públicas e outorgar maior poder de decisão e responsabilidade a outros atores sociais autônomos. Nessa nova relação, ganha ênfase a gestão como meio para conseguir maximizar a vida produtiva das pessoas e fazer delas indivíduos livres e autônomos, capazes de procurar maximizar suas capacidades e bem-estar por meio de suas escolhas.

**TRADUÇÃO: AUGUSTO CESAR COELHO
CAMILO VENTURI
GUSTAVO FERRAZ
REVISÃO TÉCNICA: BRUNO FOUREAUX**

REFERÊNCIAS

- AEDO, C. Las reformas en la salud en Chile. En: Larraín, F. y Vergara, R. (ed.) **La transformacion economica de Chile** (pp. 605-640). Santiago de Chile: Andros, 2001.
- ALFARO, J. **Discusiones en psicología comunitaria**. Santiago de Chile: Publicaciones Universidad Diego Portales, 2000.
- ALFARO, J. Tensiones y diversidad en nociones básicas de la psicología comunitaria. En: Zambrano, A. et al. (eds.). **Psicología comunitaria en Chile: evolucion, perspectivas y proyecciones** (pp. 227-260). Santiago de Chile: RIL editores, 2007.
- ALFARO, J. y ZAMBRANO, A. Psicología comunitaria y políticas sociales en Chile. Em: **Psicología & Sociedade**, 21(2), 2009, pp. 275-282.
- ANGELCOS, N., PÉREZ, P., SEMBLER, C. Los sectores medios ante la era neoliberal: Transformaciones y contradicciones del desarrollo en Chile. **Revista de sociologia de Universidad de Chile**, 20, 2006, pp. 147-174.
- ARRAU, F. **Conceptualizacion del plan de acceso universal con garantías explícitas (AUGE)**, eje de la actual reforma a la salud de Chile. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Comité de Estudios de Anticipación, 2002.
- ASÚN, M. I. **Para leer la psicología comunitaria: contextualizacion historica em Santiago de Chile**. Disertación (Licenciatura) Facultad de Ciencias Humanas y Educación. Universidad Diego Portales, 2004.
- BARRY, A.; OSBORNE, T.; ROSE, N. Introducción. En: Barry, A.; Osborne T; y Rose N. (eds.), **Foucault and Political Reason: Liberasm, Neo-Liberals and Rationalities of Government** (pp. 1-18). London: University College, 1996.
- BARRANCO, F; DÍAZ, R. **Psicología comunitaria: Memorias de un discurso**. Disertación (Licenciatura) Facultad de Ciencias Humanas y Educación. Universidad Diego Portales, 1999.

CASTEL, R., CASTEL, F; LOVELL, A. **The psychiatric society**. Nueva York: Columbia University Press, 1982.

CELEDÓN, C.; ORELLANA, R. **Gobernancia y participación ciudadana en la reforma de la salud en Chile**, CIEPLAN. Serie De Estudios Socio/Economicos. 17 Marzo, 1-27, 2003.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. Em: PAL PELBART, P. (Trad.) **conversações** (pp. 219-226) Río de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G. **Negotiations**. Nueva York: Columbia University Press, 1995.

DURÁN, F. **Paradigmas sociológicos del desarrollo**. Santiago de Chile: Bravo y Allende Editores, 1995.

FOLADORI, H. **Existe la psicología comunitaria?**. Santiago de Chile: Universidad ARCIS, 2003.

FOUCAULT, M. Historia de la sexualidad. 1. **La voluntad de saber**. México: Siglo XXI, 1997.

FOUCAULT, M. **La gubernamentalidad**. Madrid: La Piqueta, 1978.

FOUCAULT, M. **Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prision**. Madrid: Siglo XXI, 1979.

GARCÉS, M. **Tomando su sitio; el movimiento de pobladores de Santiago, 1957-1970**. Santiago de Chile: LOM Ediciones, 2002.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império**. Sao Paulo: Record, 2001.

HARVEY, D. **A Brief History of Neoliberalism**. New York: Oxford University Press, 2005.

JOHNSON, D.A. **Managing Mr. Monk: Control and the Politics of Madness**, **Critical Studies in Media Communication**, Vol. 25, n.º 1 marzo, 2008, pp. 28-47.

KRAUSE, M.; JARAMILLO, A. **Intervenciones psicologicas comunitarias em Santiago de Chile**. Pontificia Universidad Católica de Chile, 1998.

LAING, R.D. **The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness**. Harmondsworth, England: Penguin, 1960.

LEWIN, E. **El discurso sobre salud mental comunitaria desde el Estado: Analisis del discurso de los directivos del programa red de centros comunitarios de salud mental familiar**. Disertación (Licenciatura) Facultad de Ciencias Humanas y Educación. Universidad Diego Portales, 1996.

MAIRA, L. **Los tres Chile de la segunda mitad del siglo XX**. Santiago de Chile, LOM Ediciones, 1998.

MARTÍN, M. P. Nuevos desafíos de la estrategia de crecimiento más gasto social. En: STEFONI, C. (ed.) **Los nuevos escenarios (inter)nacionales**, (pp. 33-44) Santiago de Chile: Flacso-Chile, 2004.

MINISTERIOS DE DESARROLLO SOCIAL. **Informe de Política Social 2013**. Gobierno de Chile, 2013.

MINISTERIO DE SALUD. **Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatria**. Gobierno de Chile, 2006.

MINISTERIO DE SALUD. **Objetivos sanitarios para la decada 2000 – 2010**. Gobierno de Chile, 2002.

MINISTERIO DE SALUD. **Objetivos 2011 – 2020**. Elige Vivir sano. Gobierno de Chile, 2011.

MONTENEGRO, M. **Conocimientos, agentes y articulaciones: una mirada situada a la intervencion social**. Disertación (Doctorado) Facultad de Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona, 2001.

OLAVE, R.; ZAMBRANO, L. **Psicología comunitaria y salud mental en Chile**. Universidad Diego Portales, 1993.

PARADA, M. **Evolucion del sistema de proteccion social de la salud en Chile: un analisis sociologico**. Disertación (Doctorado) Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Autónoma de Madrid, 2004.

QUEZADA, M.; MATUS, T. (comps.) **Perspectivas metodologicas en trabajo social**. Buenos Aires: Editorial Espacio, 2001.

REYES, M. Principios y valores subyacentes a la psicología comunitaria en Chile: un análisis de las publicaciones nacionales entre 1993-2003. En: ALFARO, J.; y BERROETA, H. (eds.) **Trayectorias de la psicología comunitaria en Chile: practicas y conceptos** (pp. 109-148). Valparaíso, Chile: Universidad de Valparaíso, 2007.

RISSMILLER, D.J.; RISSMILLER, J.H. Evolution of the Antipsychiatry Movement into Mental Health Consumerism. **Psychiatric services**, Vol. 57, n° 6, junio, 2006, pp. 863-866.

RIVERO, I. **Ciencia "PSI", subjetividad y gobierno. Una aproximacion genealogica a la produccion de subjetividades "psi" en la modernidad**. Disertación (Doctorado) Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona, 2005.

ROSE, N. El gobierno de las democracias liberales avanzadas: del liberalismo al neoliberalismo, Archipelago. **Cuadernos critica de la cultura**, verano, 1997, pp. 25-40.

ROSE, N. **Inventing our Selves**. Cambridge University Press, 1996.

ROSEN, G. **De la policia medica a la medicina social**. México, Siglo XXI, 1985.

SAAVEDRA, C. **Aproximacion al desarrollo actual de la psicología comunitaria desde el analisis de las practicas que esta construye en el campo de la intervencion social**. Disertación (Magíster). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile, 2005.

SÁNCHEZ, A. La psicología comunitaria chilena en la hora de La institucionalización: Eclecticismo teórico, compromiso práctico y cuestiones éticas. En: ZAMBRANO, A. et al (eds.) **Psicología comunitaria en Chile: Evolucion perspectivas y proyecciones** (pp. 23-54) Santiago de Chile:RIL editores, 2007.

SANDOVAL, J. **Ciudadanía, “gobierno” de la subjetividad y políticas sociales.** Última Decada 17, 2002. pp. 161-177.

SANDOVAL, J. Representaciones de la ciudadanía en los discursos del “saber experto”: La individualización de la desigualdad. **Psicoperspectivas**, VIII (2), 2009. pp. 35-56. Acessado em 12 de janeiro de 2013 desde <http://www.psicoperspectivas.cl>

SANDOVAL, H. El proceso de reforma de la salud en Chile. En: HARDY, C. (ed.), **Sociedades latinoamericanas y políticas sociales. Equidad y protección social** (pp. 179-198). Santiago de Chile: LOM, 2004.

SZASZ, T.S. **The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct.** Nueva York: Hoeber-Harper, 1961.

YAMAMOTO, O.H. Políticas sociais, terceiro setor e compromisso social: Perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, 19 (janeiro-abril), 2007, pp. 30-37.

ZAMBRANO, A. **Criterios de intervención en estrategias de empoderamiento comunitario: la perspectiva de profesionales y expertos de la intervención comunitaria en Chile y España.** Disertación (Doctorado). Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona, 2007.