

A CIDADANIA DO LOUCO¹: IDAS E VINDAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA²

THE CITIZENSHIP OF THE CRAZY: IDAS AND COMINGS OF THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM

Lucimar Aparecida Garcia Coneglian*

Fátima Gonçalves Cavalcante**

RESUMO

Este trabalho objetiva articular, em perspectiva histórica, o constructo cidadania da pessoa com transtorno mental e seus diferentes matizes. Trata-se de um estudo teórico resgatando os modos de cuidado asilar e psicossocial. O status de doença dado à loucura por Pinel no século XVIII permitiu um outro lugar para esses sujeitos que passaram, na condição de doente, a terem sequestrados seus direitos e desejos pelo saber/poder psiquiátrico, com a instituição do asilo como lugar social da loucura e o asilamento como modo de cuidado. A Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda que uma construção histórica, apresenta acontecimentos inaugurais datados na década de 1980, tem a cidadania como núcleo duro e traz o modo psicossocial como perspectiva cidadã de cuidado. Muitos foram os dispositivos implantados objetivando reverter o paradigma asilar, e recentemente, normativas tem mostrado claramente um projeto de retrocesso. Assim, as pessoas com transtorno mental, consideradas como ‘novos sujeitos’ de direitos, na perspectiva da Lei 10.216/2001, ainda carecem dos ‘velhos direitos’.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Cidadania; Pessoa com Transtorno Mental; Saúde Mental; Loucura; CAPS.

ABSTRACT

This work aims to articulate, in historical perspective, the construct citizenship of the person with mental disorder and its different shades. It is a theoretical study rescuing the modes of asylum and psychosocial care. The illness status given to Pinel's madness in the Century XVIII allowed another place for those subjects who, as a patient, had hijacked their rights and desires for psychiatric knowledge / power, with the institution of asylum as a social place of madness and isolation as a mode of care. The Brazilian Psychiatric Reform, although a historical construction presents inaugural events dating back to the 1980s, has citizenship as a hard core and brings the psychosocial way as a citizen perspective of care. Many implanted services aimed at reversing the asylum paradigm, and recently, normative has

¹Neste texto serão utilizados os termos Pessoa com Transtorno Mental e Louco indiscriminadamente. Pessoa com Transtorno Mental é o termo contemporâneo mais recorrente, que, diferente de Doente/Doença Mental, dá ênfase no sujeito e não à patologia. A utilização do termo louco é estratégica, e considerando Amarante (1998, p. 121) o uso de louco/ loucura passaram a ser frequentes, “sendo utilizados em trabalhos direcionados à comunidade para denunciar sua tonalidade pejorativa, neutralizar o tom estigmatizante e possibilitar que, no imaginário social, seja criado/recriado um sentido de vida e de valor positivo de trocas sociais”.

²Este artigo é um extrato da tese: Cidadania e as práticas de cuidado na contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica brasileira: paradoxos e contradições, do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas/Uepg, aprovada em 2017. A revisão aqui apresentada está articulada com recentes normativas no campo de saúde mental, em que este campo está sendo reconfigurado pelo viés do retorno a serviços de saúde mental fechados. Aprovado pelo Comitê de Ética (Parecer consubstanciado do CEP nº 1.586.584).

* Psicóloga; Professora do curso de Graduação em Psicologia do CESCAGE/PR; Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas pela UEPG; Atuou por 30 anos em Saúde Pública.

** Psicóloga; Professora colaboradora do Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG e do Mestrado e Doutorado em Psicanálise, Saúde e Sociedade da Universidade Veiga de Almeida/RJ; Doutorado e Pós-doutorado em Saúde Pública (ENSP). Pós-doutorado em Antropologia (Museu/UFRJ).

clearly shown a retrogression project. Thus, people with mental disorders, considered as ‘new subjects’ of rights, from the perspective of Law 10.216 / 2001, still lack the ‘old rights’.

Keywords: Psychiatric Reform; Citizenship; Person with mental disorder; Mental health; Madness; CAPS.

INTRODUÇÃO

O que a história da psiquiatria e da constituição dos serviços mentais falam sobre a cidadania do louco? Afinal, de qual cidadão estamos falando quando o sujeito em questão está marcado pela premissa da desrazão? Como a Reforma Psiquiátrica brasileira tenta incluir o sujeito da loucura na centralidade do cuidado, secundarizando os sinais e sintomas? E como fica a temática da cidadania em relação à temida curva de retrocesso que está acontecendo na contemporaneidade? Estas questões atravessam esse estudo, e o entendimento histórico da concepção de desrazão, marca inculcada nas pessoas com transtorno mental, direcionam para os paradigmas de cuidado baseados em inclusão/exclusão e igualdade/diferença. A constituição histórica da psiquiatria apresenta subsídios para melhor compreender essa questão; assim, o propósito deste artigo é trazer um pouco desta história, sempre com foco em como o constructo da cidadania atravessou esse processo, sem a pretensão de detalhar a história e sim de traçar o percurso das mudanças no modo de cuidado em saúde mental.

Para tanto, a estratégia teórica e metodológica adotada foi fazer uma retrospectiva histórica através de autores clássicos que se debruçaram sobre o tema, em especial Foucault com a *História da Loucura* (1978). Do mesmo modo recorreu-se a autores clássicos brasileiros para detalhamento dos princípios epistêmicos da Reforma Psiquiátrica, em especial Amarante (1995; 1996; 1998; 2003 e 2007). Também é feita uma reflexão sobre dois modos de cuidar - o asilar e psicossocial, contraditórios por sua essência, e que foram articulados com os diferentes serviços em funcionamento no Brasil. Ambos, o modelo psicossocial e os diferentes dispositivos de cuidado implantados a partir da década de 1980 e transformados em política pública, seguem a lógica da Reforma, qual seja, serviços abertos e inclusivos e que articulam um novo lugar social para a loucura, lugar este que está

em risco através de normativas legais recentes, em especial a Portaria Nº 3.588/2017. Esta opção metodológica se justifica diante do histórico tratamento segregador ofertado para as pessoas com transtorno mental, cujo contraponto teórico nuclear, como será apresentado, está pautado pela premissa do respeito cidadão e do cuidado inclusivo.

Para não correr o risco de aventar uma cidadania desencarnada, ou melhor, de um ‘não cidadão’ hipotético, o texto será iniciado com a apresentação de Janira, objetivando que a história dela possa traduzir “o corpo e a vida” representativos de outros tantos brasileiros loucos, permitindo assim que o leitor tenha a personificação destes sujeitos para além de um estudo teórico.

A DESRAZÃO E A LUTA PELO DIREITO DE EXISTIR

Janira foi usuária de CAPS de um município do interior do Brasil com uma história singular, ainda que possivelmente aspectos de sua trajetória possam ser visualizados nas vidas de outros usuários dos serviços de saúde mental no Brasil. Sua história foi registrada a partir da fala de familiares e profissionais que a acompanharam em diversos momentos, já que ela verbalizava apenas duas frases: “*Meu nome é Janira!*” e “*Minha mãezinha morreu!*”.

Pelo que foi possível investigar, tudo indica que Janira nasceu de parto domiciliar em um domingo, dia 30 de abril de 1967, na área rural de um município paranaense de médio porte. Foi a segunda filha de um total de quatro irmãos e nasceu um ano após o primogênito da família. Em relação às duas irmãs mais novas, uma faleceu aos cinco anos de idade e outra foi entregue para adoção aos oito meses, da qual não se teve mais notícias. Os pais dela não fizeram seu registro de nascimento, e, diga-se de passagem, de nenhum dos outros filhos, e isso se configurou, como veremos adiante, um grande problema no correr da sua vida.

A mãe faleceu quando Janira tinha sete anos de idade, no dia 18 de janeiro de 1975, segundo atestado de óbito, de causa ignorada, mas uma tia-avó atribuiu sua morte aos maus-tratos que sofria do marido. O pai dela faleceu em 1994 de traumatismo craniano, conforme registrado no seu atestado de óbito. Desde a morte da mãe, Janira foi cuidada pela tia-avó.

Ainda segundo relato da tia-avó, os problemas de Janira começaram após morte da mãe, aos oito anos de idade: “*ela atordoava, caía, e logo se levantava*”. As dificuldades de acesso a tratamentos específicos na década de 1970, agravadas pelo fato de morarem em área rural, foram reduzindo as possibilidades de tratamento e de boa evolução ao adoecer de Janira.

Em 2007, elas estavam morando na região urbana, e através de uma denúncia de maus-tratos feita por uma assistente social, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade fez uma visita domiciliar para avaliar a situação. Os profissionais, na ocasião, encontraram uma pessoa desnutrida, trancada em um quarto sem banheiro e com as paredes sujas de fezes. A tia-avó, cuidadora, explicou a porta trancada do quarto pelo temor de Janira tentar fugir da casa.

Como parte do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a partir de abril de 2008 Janira passou a frequentar regularmente o CAPS nos dias em que o transporte do serviço ia buscá-la na casa em que morava, desenvolvendo, ao seu modo, as atividades propostas pela unidade. No entanto, ela não podia ser cadastrada oficialmente como usuária do serviço, já que não possuía registro de nascimento. Também, em decorrência disso, não podia ser iniciado processo de pedido de Benefício de Prestação Continuada³ (BPC) visando a alguma melhoria na renda familiar que impactasse positivamente na sua qualidade de vida. Na verdade, oficialmente, Janira não existia como cidadã brasileira.

Ainda no ano de 2007, o CAPS solicitou à justiça informações sobre o pedido de registro de

nascimento tardio, mas, em maio de 2012, em razão das dificuldades no avanço do processo, recorreu-se ao auxílio jurídico especializado. Passaram-se seis anos, de 2007 a 2013, entre o início do pedido inicial e a liberação do documento: anos kafkianos de intensas exigências burocráticas, audiências com autoridades sem resultados concretos que beneficiassem Janira. Anos sequenciais de adiamentos na concessão de seu registro de nascimento, até que, por medida judicial, ela deveria ser interdita antes de receber seu registro, criando um impasse jurídico: como interditar alguém que não existia?

Janira faleceu de afogamento em 05 de janeiro de 2013 sem ter o registro que comprovava sua existência efetivada. Aparentemente sua morte foi resultado de um acidente: ela foi beber água em um rio que corta a cidade e ali caiu quando se debruçou na sua margem.

Os absurdos da vida de Janira continuaram após a sua morte. Ela não poderia ser enterrada, pois legalmente não existia enquanto cidadã. Seu corpo ficou no Instituto Médico Legal aguardando liberação por falta de documentos pessoais, por um período superior a dois meses. A sugestão das autoridades foi enterrar Janira como indigente, opção veementemente recusada pelos familiares e pelos profissionais que acompanharam sua história.

Para sintetizar o caso, Janira foi considerada cidadã brasileira 75 dias após seu falecimento. Com a obtenção da certidão de nascimento (sempre negada em vida), ela finalmente pôde ser sepultada no dia 20 de março de 2013 por volta de 15h30min de um melancólico dia cinzento, de garoa fina, em um túmulo público e temporário. A história dela foi finalizada e abriu um intenso processo de reflexão sobre as repetidas exclusões sofridas por Janira ao longo da vida, já que sua triste história produziu inúmeros questionamentos sobre a cidadania das pessoas em sofrimento mental. A insistência com que ela repetia a frase “*Meu nome é Janira!*” certamente refletia sua necessidade de confirmar ao mundo sua existência e identidade.

Mas Janira não encontrou guarida no Poder Judiciário. Em audiência em que ela esteve presente, comprovando sua existência física, ao lado de seus familiares e de profissionais do CAPS, que confirmaram sua história de vida, foi-lhe também negado registro de nascimento tardio com a alegação de que ela precisava ser primeiramente interdita, pois apresentava um

³“O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e, para acessá-lo, não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. É um benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de um salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar per capita deve ser inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente” (BRASIL, 2015a).

quadro de transtorno mental importante. Tal medida subliminarmente poderia sugerir a negação de existência cidadã, já que ela teria que estar oficialmente sob a curatela de alguém que respondesse por suas ações para, somente então, ter a garantia de existência como cidadã brasileira. Ou seja, paradoxalmente Janira teria que ser incapacitada enquanto ser de desejos para ter garantido seus direitos.

É no mínimo contraditório esse posicionamento da justiça brasileira mais de uma década depois da promulgação da Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2004), de garantia de direitos para as pessoas com transtorno mental, e em pleno funcionamento de serviços regidos pela lógica da inclusão e da construção de um novo paradigma. Ainda que de forma implícita, neste caso e talvez em outros similares ou por outras vias, a garantia de existência e de direitos para tais pessoas ainda não está acontecendo como esperado. No caso de Janira, sua existência cidadã, devidamente formalizada através de uma Certidão de Nascimento, foi negada pelo pressuposto da desrazão.

Os direitos do homem pressupõem a concepção de igualdade, que, pelo posto na Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), é uma igualdade baseada na racionalidade. Nessa Declaração, em seu Artigo 1º, “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade” (ONU, 1948). Essa premissa da racionalidade que atravessa o campo dos direitos traz implicações para as pessoas com transtorno mental, que, com a constituição da psiquiatria, foram categorizadas como sujeitos da desrazão.

A doença mental, objeto construído há duzentos anos, implicava o pressuposto de erro da Razão. Assim, o alienado não tinha a possibilidade de gozar da Razão plena e, portanto, da liberdade de escolha. Liberdade de escolha era o pré-requisito da cidadania. E se não era livre não poderia ser cidadão. Ao asilo alienista era devotada a tarefa de isolar os alienados do meio ao qual se atribuía a causalidade da alienação para, por meio do tratamento moral, restituir-lhes a Razão, portanto, a Liberdade. (AMARANTE, 1995, p. 491).

O status de doença dado à loucura, instituído por Pinel no século XVIII, permitiu um novo e, diga-se de passagem, infeliz lugar para esses sujeitos: “Na passagem da condição de alienado à de doente

mental, vemos o louco adquirir o direito ao que poderíamos chamar uma estranha e paradoxal cidadania: num mesmo gesto, outorgada, pela nova condição de indivíduo doente, e sequestrada, pelo saber/poder psiquiátrico que isola e segrega esse mesmo indivíduo” (PASSOS, 2003, p. 160). Foucault (1978) registrou o silenciamento da loucura pela racionalidade saber/poder médico e sua automática exclusão social pelo asilamento. Considerando que, para o exercício da cidadania está implícita a perspectiva da racionalidade, e que a psiquiatria enquadrava as pessoas com transtorno mental como destituídas de racionalidade, é possível concluir que o status da doença anulou o status de cidadão

A história de Janira está inextricavelmente ligada às possibilidades e impossibilidades de se vivenciar a cidadania do chamado louco. A negação da existência cidadã de Janira leva a questionamentos diversos, em especial instigando reflexões acerca de como se configura a existência social do louco no Brasil do século XXI. Século que apresenta novas premissas de cuidado propostas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, com um novo paradigma epistêmico – principalmente com uma perspectiva de colocar a doença entre parênteses –, dando visibilidade ao sujeito em sua existência sofrimento. E século que, mais recentemente, acompanha o desmonte dos serviços abertos e que seguem a lógica da inclusão.

No curso da psiquiatria e dos serviços que se constituem ao longo do tempo histórico, várias são as configurações de cidadania e não cidadania para as pessoas com transtorno mental. Vamos a elas neste mergulho, cujo objetivo não é trazer a história da loucura, tarefa já brilhantemente concluído por alguns. O objetivo é trazer o que a história da loucura e dos serviços revela sobre a cidadania do louco.

O PARADIGMA DA SEGREGAÇÃO E A CONSTITUIÇÃO DA PSIQUIATRIA

Os tratamentos para as pessoas com transtorno mental, historicamente, e não poderia ser diferente, sempre acompanharam a concepção vigente em cada período: “la cabeza piensa donde pisan los pies”, como bem lembrado por Frei Betto (2013). Na antiguidade foi configurada como prática mitológica, “nessa época, a loucura era identificada pela influência da ideologia religiosa e pela força dos preconceitos

sagrados” (MILLANI; VALENTE, 2008, p. 2), e os loucos eram considerados em relação direta com os deuses, e, por conseguinte, pertencentes ao campo do sagrado e mensageiro de verdades. No período da Inquisição ainda existia a relação com o sagrado, mas com outro formato: os loucos eram categorizados como bruxos e queimados, em uma concepção religiosa que fortalecia as crenças espirituais, com forte indicativo do poder da igreja no comando das vidas. Essa ideologia religiosa enquadrava os hereges e os divergentes da ideologia como loucos, bruxos, feiticeiros e tinham por “tratamento” a fogueira.

Na antiguidade clássica existiu o rompimento entre o místico e o racional. Esse novo olhar sobre a loucura foi identificado por Foucault (1978) nas artes, que passaram a encarnar “a loucura em forma de tentação, expondo o mundo com tudo que nele existe de impossível, de fantástico, de inumano.” (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p. 593).

Foucault (1978) registrou o desaparecimento, no mundo ocidental, da lepra no final da Idade Média, e dois séculos depois apareceu uma nova “encarnação do mal, outro esgar do medo, mágoas renovadas de purificação e exclusão.” (FOUCAULT, 1978, p. 3). Assim, com a marca da exclusão social, a loucura ocupou o lugar social pertencente à lepra, dois séculos depois de seu desaparecimento.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos de exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, novo, e uma cultura bem diferente, as formas subsistirão – essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual. (FOUCAULT, 1978, p. 6-7).

Por crenças religiosas, está presente nessa concepção que aquele que exclui o faz por benevolência, e o sofrimento do excluído será recompensado com a salvação. Assim, o que abandona e exclui será salvo, ao mesmo tempo que ao excluído é possibilitada uma forma diferente de comunhão com o divino, ou seja, todos serão divinamente recompensados.

A inclusão dos loucos em um mesmo grupo que os pobres, presidiários e desajustados de uma forma geral sugerem uma classificação pautada pela ordem moral e econômica, indicando tentativa de afastamento social de todos os que não se enquadravam na ordem social vigente. Em meados do século XVII, diz Foucault (1978), foram construídos, na Europa, os primeiros estabelecimentos para internação que acolhiam, além dos loucos, pessoas com doenças venéreas, mendigos, vagabundos, sujeitos que se enquadravam à margem da ordem social e da moral vigente. Tais internações não se configuravam como estratégia de tratamento: a psiquiatria enquanto ciência médica ainda não estava posta. Segundo Millani e Valente (2008, p. 6), essas instituições cumpriam o papel de “implantar a prática da correção e do controle sobre os ociosos, no intuito de proteger a sociedade de possíveis revoltas.” Além desse propósito, essas instituições também confirmavam papel caridoso da Igreja de assistir os pobres, com uma prática que, na verdade, segregava e colocava em ordem o mundo da miséria.

A internação dos loucos nessas instituições estava associada a sentidos políticos, econômicos, sociais, religiosos e morais: ao mesmo tempo se constituindo como exclusão social e reintegração espiritual (FRAYZE-PEREIRA, 1986, p. 50). Assim, a internação é, “ao mesmo tempo, assistência pública, acolhimento, correção e reclusão” (AMARANTE, 1996, p. 38), extrapolando os limites de uma instituição médica e constituindo-se em uma estrutura situada entre a política e a justiça.

Considerando Frayze-Pereira (1986, p. 68), a relação entre loucura e maldade se firma na era clássica sendo que “a partir do século XVII, a loucura vai estar indissoluvelmente ligada a uma má vontade, a um erro ético.” O pedido de internação não é feito pelo médico, e sim um pedido ao rei ou autoridade judiciária por familiares ou pessoas do círculo do sujeito. Existia uma concepção de animalidade da loucura em contrapartida com a racionalidade humana. Aos loucos não eram atribuídas qualidades humanas, mas qualidades animais, que os protegiam de doenças, calor, frio, dor. E assim, com essa invulnerabilidade animal, não necessitavam de proteção: “nesse sentido, eles não precisam ser curados (a loucura não é doença), nem corrigidos (ela não é desvio). Para ser dominada, a loucura deve ser domesticada e embrutecida, pois

a sua natureza é diferente da natureza do homem” (FRAYZE-PEREIRA, 1986, p. 71).

Até então o entendimento de doença ainda não estava presente, e foi apenas no século XVIII, com Pinel (FOUCAULT, 1978), que a loucura foi assim concebida. Boarini registra que Philippe Pinel assumiu a administração do Asilo Bicêtre em 1793 e também do asilo Salpêtrier

[...] e aí promove a histórica transformação na forma de cuidar do louco. Como atitude inicial, ele lhe solta as correntes, abre as janelas e o trata com dignidade. Estas atitudes tinham como ponto de partida uma verdadeira revolução conceitual, que entende a loucura como um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso, sendo ela, como tal, uma doença. Esta alteração, como explicava Pinel, poderia ter sido provocada por causas físicas – como pancada na cabeça, formação defeituosa do cérebro e hereditariedade – e por causas morais, como paixões intensas e excessos de todo tipo. Aliás, estas últimas eram consideradas as causas mais importantes. Nesta perspectiva, reafirmava-se a necessidade de reclusão, então a serviço da disciplina, já que o objetivo é o tratamento moral. É necessário lembrar que esse período marca o fim de uma era dominada pelo saber místico, sobrenatural, e a verdade passa a ser ditada pela ciência positiva, construída pelos próprios homens. (BOARINI, 2006, p. 26-27)

Um diálogo histórico entre Georges Couthon, político francês que com Robespierre e Saint-Just formaram o triunvirato, e Pinel, por ocasião de uma visita de Couthon ao hospital francês Bicêtre, com o propósito de identificar suspeitos que, por acaso, ali poderiam estar:

Pinel levou-o logo para a seção dos agitados, onde a visão dos alojamentos impressionou-o de modo penoso. Quis interrogar todos os doentes. Da maioria deles, recolheu apenas injúrias e palavras grosseiras. Era inútil prolongar por mais tempo o inquérito, Virando-se para Pinel: “Cidadão, será que você mesmo não é um louco, por querer libertar semelhantes animais?” Pinel respondeu com calma: “Cidadão, tenho certeza de que esses alienados são tão intratáveis somente porque são privados de ar e liberdade”. – “Pois bem, faça como quiser, mas receio que você acabará sendo vítima de sua própria presunção.” (SCIPIÓN PINEL, 1836 apud FOUCAULT, 1978, p. 460).

Assim, a loucura passou a ser encarada como premissa da desrazão, e a abolição das correntes que

aprisionavam os loucos não implicou a libertação da loucura: a prática da internação se manteve, mas agora pela lógica da medicina. A concepção da animalidade em associação com a loucura ajudou a fortalecer a concepção de desrazão de tais sujeitos, marca presente na origem da psiquiatria.

O que pode ser visto como uma conquista – a apropriação pela ciência médica dos quadros mentais – apresentou consequências paradoxais: ao mesmo tempo que trouxe implícita a indicação de tratamento pela área médica, trouxe também o sentido de doença da desrazão, em que os sujeitos por ela acometidos perdem a condição de decisão sobre si mesmos.

O asilo não libertou os loucos de sua condição marginal e segregada, mas se configurou como um instrumento moral de classificação. “O asilo constitui um instrumento de uniformização moral e de denúncia social. [...] o que leva Foucault a afirmar que o asilo de Pinel é um microcosmo judiciário, em que a encenação da justiça é parte do tratamento.” (ORNELLAS, 1997, p.106).

Assim, a adjectivação de doença para a loucura implicou a continuidade da exclusão e desqualificação desses sujeitos. O ato de Pinel transformou a loucura em algo do campo da medicina, logo apropriado como discurso e como objeto de intervenção por essa área do conhecimento, embora não efetivando qualquer processo de inclusão, e sim, ao contrário, encarcerando e excluindo.

Para Castel:

O ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar. Através da “exclusão” do “isolamento” do “afastamento” para prédios distintos, as categorias misturadas no enclausuramento são desdobradas em tantas quantas forem as razões para se tornar um assistido: pobreza, velhice, solidão, abandono pelos parentes, doenças diversas. A categoria da loucura se destaca, então, em sua especificidade, decantada dessas complexidades ligadas pela universalidade da desgraça. E, dessa maneira, ela se tornou doença. A partir do momento em que é isolado em seu próprio espaço, o insano aparece, sem dúvida, sequestrado como os outros, porém, por outras razões. Por causa de doença. O que quer dizer isso? O que é a doença mental? (CASTEL, 1978, p. 60)

Para Castel (1978), a racionalidade médica, que foi organizada por Pinel, transformou a doença, tal

qual as páginas de um livro, em um desfile de sintomas que, à ciência, só restou observar. O saber e a práxis da psiquiatria comungaram de uma mesma racionalidade hospitalar que, como instituição de ordenamento é, em si, o próprio instrumento do tratamento.

E no século XX, embalados pelo clima do pós-Segunda Guerra Mundial, o mundo apresentou questionamentos em relação ao tratamento ofertado para as pessoas com transtorno mental e, em alguns casos, procurou romper com o paradigma secular da segregação. Período que o mundo ainda estava em choque pelas atrocidades do nazismo, e muitos soldados sobreviventes apresentavam um quadro importante de sofrimento mental, e assim, momento histórico em que o tema da humanização e a sensibilidade ao outro estava aflorado. Com este panorama, os questionamentos sobre os tratamentos oferecidos para as pessoas com transtornos mentais também adquiriram uma dimensão de reavaliação.

Neste importante período histórico, o plano Beneridge⁴ na Inglaterra, de 1942, apresentou um modelo de reorganização do sistema de saúde, modelo esse adotado por outros países. Para Foucault (1978), esse plano ainda durante a Segunda Grande Guerra tem um valor simbólico: “É em meio a essa guerra que se encontra afirmado não o direito de viver, mas um direito diferente, mais rico e complexo, o direito à saúde.” Saúde se tornou, assim, como um direito das pessoas.

O tratamento para a pessoa com transtorno mental, desde sua configuração como doença, por Pinel no século XVIII, e se constituindo em um constructo do campo biomédico, esteve associado à hospitalização. O asilo se configurou como o lugar social da loucura, e a segregação e o asilamento como o modo de cuidado.

Essa modalidade de tratamento sofreu questionamentos justamente no pós-Segunda Grande Guerra, período em que a temática da saúde mental veio à pauta considerando os danos emocionais nos soldados e também a incredulidade mundial frente à violência segregadora praticada pelo nazismo. Estava presente o propósito de reparação das atrocidades da guerra e,

⁴O Plano Beneridge foi encomendado em 1941, ainda na vigência da Segunda Grande Guerra, e tinha o propósito de buscar estratégias para reerguer a Inglaterra depois de encerrada a guerra. Seu conteúdo propunha a implementação de benefícios universais para combater a pobreza. Na perspectiva desse Plano, o governo deveria garantir serviços de saúde com qualidade e gratuidade, fornecer formas para reabilitação profissional e promover a manutenção do emprego.

“ao mesmo tempo, frente ao projeto de reconstrução nacional, fatores de ordem econômico-social tornavam imprescindível a recuperação da mão de obra invalidada pela guerra” (AMARANTE, 1998, p. 28). Assim, as reformas propostas para os espaços asilares tinham como pano de fundo tanto um aspecto humanista, com a preocupação em ofertar serviços com cunho mais humanizados, quanto preocupação econômica, na medida em que se propunham recuperar força de trabalho escassa naquele período.

Segundo Rotelli,

A grande estação de reforma na Europa e nos Estados Unidos, que envolveu e por vezes transformou em várias medidas os sistemas de saúde mental, foi impulsionada pelo intento de renovar a capacidade terapêutica da Psiquiatria, liberando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação. Neste contexto cultural e político a desinstitucionalização era uma palavra de ordem central utilizada para muitos e diferentes objetivos: para os reformadores, ela sintetizava precisamente esses objetivos; para os grupos de técnicos e políticos radicais, ela simbolizava a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social, e se emparelhava à perspectiva antipsiquiátrica; para os administradores, ela era, sobretudo, um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares e uma das primeiras operações consequentes da crise fiscal. (ROTELLI, 1990, p.19).

De acordo com Birman e Costa (1994), no período pós-guerra, é possível identificar dois momentos distintos de redimensionamento teórico no campo mental: o primeiro com a crítica à estrutura asilar, visto “que um conjunto de sintomas, anteriormente atribuídos à natureza essencial da psicose esquizofrênica, não passava de subprodutos do espaço asilar.” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 46). E o segundo momento, que redirecionou o cuidado para fora dos asilos, mudando o *locus* do tratamento do hospital para o território.

Dois são os movimentos que se enquadraram no paradigma de crítica ao modelo asilar: a Comunidade Terapêutica Inglesa e a Psicoterapia Institucional Francesa. Esses dois movimentos não propunham o desmonte do hospital psiquiátrico, e sim a humanização desses espaços. A proposta foi transformar o espaço asilar em uma réplica do mundo social, com um tratamento pautado por uma pedagogia social: “As normas e os limites que devem regular e delinear a

vida dos pacientes no interior do hospital são uma síntese das regras da vida social mais ampla, que devem ser internalizados pelos pacientes, e a cura estaria relacionada com esta possibilidade de reeducação.” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 47). A pedagogia social sugere, de forma implícita, uma concepção de desajustamento do sujeito com transtorno mental e, por conseguinte, propõe uma ação terapêutica cujo propósito é o ajustamento ao que está normatizado socialmente. Esses autores registram que essa proposta de tratamento foi considerada inviável em função dos altos custos de sua implementação.

Integrando o segundo período destacamos (BIRMAN; COSTA, 1994) outras duas propostas conceituais: a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária norte-americana. Em linhas gerais, seus constructos propunham o deslocamento da ação psiquiátrica do hospital para a comunidade, indicando mudança de espaço do tratamento para além do asilo.

Amarante (2007, p. 41) ampliou a classificação dos movimentos do pós-guerra para “dois grupos mais um”, e caracteriza esse “um” com outros dois movimentos europeus, da década de 1960, que não se encaixavam nos dois grupos já descritos acima, visto que o termo reforma parece inadequado para defini-los. Amarante (2007) cita o movimento inglês chamado Antipsiquiatria e o movimento italiano, protagonizado por Franco Basaglia, chamado de Psiquiatria Democrática Italiana (PDI).

O movimento da antipsiquiatria foca na associação estrutura social e patologização do comportamento, tão presente na ciência mental desde seu nascimento. E o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), protagonizado por Franco Basaglia, se diferenciou dos cinco anteriormente apresentados por acrescentar à psiquiatria uma análise histórico-crítica em que aponta para a forma pela qual a sociedade se relaciona com o sofrimento e a diferença.

A Psiquiatria Democrática Italiana representou um projeto político que, partindo da questão da loucura, ampliou o olhar e o contextualizou considerando aspectos econômicos, históricos e sociais, questionando as bases segregadoras e de poder médico presentes na psiquiatria. “A PDI traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça.” (AMARANTE, 1995, p. 48).

Assim, nesta concepção, fica exposta a relação presente entre classificação de doença, tratamento, relações de poder, cidadania e justiça social. Dessa forma, a pactuação da ciência psiquiátrica com construções socioeconômicas resultou em tratamentos excludentes e que negam o potencial cidadão dos sujeitos.

É fundamental marcar bem esse aspecto político e de mudança de paradigma apresentado pela Psiquiatria Democrática Italiana visto que tais constructos estão presentes na Reforma Psiquiátrica brasileira, que, em sua essência, foi pautada pelo movimento italiano.

POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: PARADOXOS E CONTRADIÇÕES

O tratamento para as pessoas com transtorno mental, ainda que a psiquiatria confirmasse ser um constructo do campo médico, esteve atrelado a duas questões importantes e descoladas do campo médico: o cuidado seguindo a lógica da exclusão social e a ênfase na normatização do comportamento. Exatamente esses dois aspectos serão questionados pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira, que apresentou constructos para além do processo de humanização e melhoria na qualidade dos tratamentos ofertados até então no Brasil, propondo uma mudança no paradigma psiquiátrico.

Amarante (1995) identificou como marco introdutório do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira a chamada Crise⁵ da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão governamental responsável pela definição da política nacional de saúde mental. Além do já citado MTSM, vários foram os atores presentes nessa construção, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a indústria farmacêutica, as universidades, os familiares e as pessoas com transtorno mental (AMARANTE, 1995). Tais atores, com diferentes interesses, formaram o caldo vivo em que proliferaram intensos debates apontando as virtudes e pecados do cuidado existente.

⁵ Em abril de 1978, profissionais a serviço da DINSAM no Rio de Janeiro iniciaram uma greve, nasceram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ator nuclear na crítica ao que estava posto em termos de tratamento psiquiátrico e na construção de propostas que se configuraram no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A trajetória da Reforma Psiquiátrica, com a marca da desinstitucionalização, teve início na segunda metade da década de 1980, período intenso em termos de acontecimentos, inclusive com a inauguração do primeiro CAPS brasileiro (1987), o CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira em São Paulo. Esse foi um período que apresentou a marca de reordenamento na Reforma Psiquiátrica brasileira, que ampliou o campo para além das mudanças na assistência “para alcançar uma dimensão mais global e complexa, isto é, para tornar-se um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural.” (AMARANTE, 1995, p. 75-76).

Ampliar as ações para além das práticas assistenciais implicou também a revisão da legislação, e a proposta conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica que tramitou por mais de dez anos, sendo aprovada (Lei 10.216/2001) com um texto considerado tímido comparado com o originalmente proposto. Com a Lei 10.216, de 2001, as pessoas com transtorno mental foram categorizadas como “novos sujeitos de direitos”, expressão utilizada para “denominar grupos de pessoas que, como as pessoas com transtornos mentais, ao longo da História, sofreram um processo de exclusão ‘crônica’ e, por isso, eram desprovidos de cidadania” (MUSSE, 2008, p. 41).

Mas os pressupostos da Reforma foram incorporados em muitas das portarias como o Programa de Volta para Casa, voltado ao projeto de desinstitucionalização, a Portaria nº 251/GM, em 31 de janeiro de 2002, e a Portaria nº 52, em 20 de janeiro de 2004, que estabeleceram diretrizes para a assistência psiquiátrica hospitalar no SUS; a Portaria n.º 336/GM⁶, em 19 de fevereiro de 2002, que criou os serviços abertos de atenção psicossocial nas modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III; a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que instituiu o Programa de sujeitos internados por longos períodos; a Portaria/GM nº 106, em 11 de fevereiro de 2000 que instituiu as Residências Terapêuticas, para citar algumas das legislações implementadas.

⁶Basicamente a diferenciação entre CAPS I, II e III se concentra no volume de população que irá atender, no número de profissionais legalmente previstos e no horário de funcionamento. CAPS I e II estão previstos para atender em horário comercial e CAPS III com funcionamento 24 horas. As cidades entre 20.000 e 70.000 habitantes são passíveis de acolher CAPS I. O CAPS II está previsto para municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes e CAPS III para os municípios acima disto.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), a redução dos leitos psiquiátricos no país começou na década de 1990 e ganhou impulso a partir de 2002, como consequência de diferentes normativas para implantação de serviços substitutivos. De 72.514 leitos em 1996, passou para 42.078 em 2005 (BRASIL, 2005a, p. 11), e para 32.735 em 2010 (BRASIL, 2011, p. 16). Também ocorreu uma mudança no perfil dos hospitais psiquiátricos existentes na atualidade, com a diminuição no número de hospitais de grande porte (acima de 400 leitos) e aumento no número de hospitais de pequeno porte (com até 160 leitos). Mas essa mudança não foi suficiente para garantir a qualidade na assistência, como é possível observar por denúncias contemporâneas e relatórios produzidos por ocasião de vistorias, algumas delas abaixo descritas.

Recentemente, instituições asilares da região paulista de Sorocaba foram denunciadas pelo Fórum de Luta Antimanicomial de Sorocaba (Flamas). Essa é uma região bastante pródiga em quantidade de leitos psiquiátricos, existindo 2,3 leitos psiquiátricos para cada 1000 habitantes, sendo que a Portaria N° 1101 de 2002 do Ministério da Saúde determina um número máximo de 0,45 leitos psiquiátricos para cada 1000 habitantes. Em um estudo sobre a mortalidade nos hospitais de Sorocaba e região, Garcia (2012) apresentou dados impactantes, como a informação de que a mortalidade nesses hospitais foi duas vezes maior quando comparada com outros hospitais psiquiátricos paulistas. Acrescentou o fato de serem mortes de pessoas com idade média de 53 anos, nove anos mais jovens que a média dos demais hospitais do estado de São Paulo. A fiscalização realizada também identificou a violação de vários direitos:

As fiscalizações realizadas in loco por diversas entidades também revelaram irregularidades. Uma delas, realizada no mês de abril de 2011 no manicômio Mental, de Sorocaba, por representantes da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (CONDEPE/SP), da Comissão de Direitos Humanos da Subseção de Sorocaba da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), do Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Conselho Regional de Psicologia de 6ª Região (CRP-SP) revelou a violação de vários direitos dos internos: direito à identidade e ao nome,

à liberdade, ao lazer, a não ser receber tratamento degradante, a não ser internado em instituição com características asilares, ao melhor tratamento do sistema de saúde, a ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, à assistência integral e multidisciplinar, a ser tratado preferencialmente em serviços comunitários de saúde, à inserção social e comunitária, à alta planejada e à reabilitação psicossocial assistida. (GARCIA, 2012, p. 116).

Através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares⁷ (PNASH/Psiquiatria), foram realizadas vistorias em 144 hospitais psiquiátricos brasileiros, entre novembro de 2002 a junho de 2003. Segundo a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, esse levantamento identificou problemas em instituições psiquiátricas de pelo menos 26 das cidades analisadas – incluindo o uso de celas fortes e situações de contenção física prolongada, entre outras violações a regramentos legais e diretrizes na área, como a Lei Nº 10.216/2001, considerada a Lei da Reforma Psiquiátrica (PFDC, 2015).

Com relação aos Recursos humanos, “em 2002, a maioria dos hospitais não foi bem avaliada neste quesito: 34% péssimo, 17% ruim e 20% regular. Isto significa que 71% deles não atendiam às exigências da Portaria GM/MS nº 251/02 quanto ao número de profissionais e/ou quanto à diversidade de áreas. Em 2003, este número se manteve estável (72%), ou seja, os hospitais continuam mal avaliados, em geral, no que se referem ao item recursos humanos” (PFDC, 2015, p. 8).

Segundo dados do Ministério da Saúde,

[...] no período de 2003-2010, 29 hospitais foram indicados para descredenciamento pelo PNASH/Psiquiatria e 15 efetivamente fechados. Aqueles indicados para descredenciamento e ainda não fechados seguem em acompanhamento, em processos de

desinstitucionalização muitas vezes realizados sob o contexto de ações judiciais. (BRASIL, 2011, p. 31).

A proposta de inversão do modelo, de assistência hospitalar para o cuidado em território, tem no serviço dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) o grande agente de cuidado. Dados recentes registram um crescimento constante no número de CAPS no país: através de uma série histórica da expansão dos CAPS, apresentado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b, p. 9), de 148 unidades CAPS no país em 1998, chegou-se a 2209 em 2014, em um crescimento de mais de 1000%.

Além do CAPS, outros dispositivos de atenção em saúde mental estão sendo implementados pelas políticas públicas do SUS: Unidades de Acolhimento⁸; aumento no número de leitos de saúde mental em hospitais gerais (BRASIL, 2015b, p. 20); Serviços Residenciais Terapêuticos⁹, Programa de Volta para Casa¹⁰, (BRASIL, 2015b, p. 23). Mas também vale registrar a existência de um grande número de pessoas com transtorno mental que ainda fazem do hospital psiquiátrico sua moradia. Em 2010 existiam 3635 beneficiários do Programa de Volta para Casa, mas o Ministério da Saúde destacou que esse número representava apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar no Brasil e que recebiam o benefício (BRASIL, 2011, p. 13). Assim, mesmo com o aumento para 4.349 beneficiados em 2014 (BRASIL, 2015b, p. 25), ainda existe um longo caminho a percorrer, com aproximadamente 6.500 pessoas asiladas em hospitais psiquiátricos no país.

⁸ “As UA são dispositivos de caráter residencial, devendo funcionar vinte e quatro horas por dia e oferecer suporte aos CAPS para ampliação de cuidados de saúde para pessoas com necessidades decorrentes de uso de álcool e outras drogas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O acolhimento nelas é voluntário, ofertado a ambos os sexos. Há duas modalidades de UA: adulto (UAA) ou infantojuvenil (UAI).” (BRASIL, 2015b, p. 19).

⁹ “Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) configuram-se como dispositivos estratégicos no processo de desinstitucionalização e reinserção social de pessoas longamente internadas em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia. Estes dispositivos se caracterizam como moradias ou casas, inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), sendo uma das estratégias de garantia de direitos, com promoção de autonomia, exercício de cidadania e busca progressiva de inclusão social.” (BRASIL, 2015b, p. 22).

¹⁰ “Por meio do pagamento de um benefício, este programa se propõe a fortalecer o poder de contratualidade, favorecendo assim a inclusão social e o processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, favorecendo o convívio social de forma a assegurar o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.” (BRASIL, 2015b, p. 25).

⁷ “O PNASH/Psiquiatria avalia a estrutura física do hospital, a dinâmica de funcionamento dos fluxos hospitalares, os processos e os recursos terapêuticos da instituição, assim como a adequação e inserção dos hospitais à rede de atenção em saúde mental em seu território e às normas técnicas gerais do SUS. É parte deste processo de avaliação a realização de “entrevistas de satisfação” com pacientes longamente internados e pacientes às vésperas de receber alta hospitalar. Este instrumento gera uma pontuação que, cruzada com o número de leitos do hospital, permite classificar os hospitais psiquiátricos em quatro grupos diferenciados: aqueles de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente; aqueles que precisam de adequações e devem sofrer reavaliação; e aqueles de baixa qualidade, encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde, com os cuidados necessários para evitar desassistência à população.” (BRASIL, 2005b, 14).

Em relação à proporção de recursos federais destinados ao pagamento de serviços hospitalares e aos serviços de atenção comunitária/territorial, dados apontam que em 2002, 24,46% dos recursos eram destinados a ações no território e 75,25% dos recursos a serviços hospitalares. Em 2013 esses números se inverteram, de tal modo que 20,61% dos recursos são com gastos hospitalares e 79,39% dos recursos em ações comunitárias/territorial (BRASIL, 2015b, p. 18). Essa inversão demonstra empenho na implementação de serviços abertos, na contramão da exclusão resultante das internações.

De 2002, ano da promulgação da Portaria/GM nº 336, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, até a presente data, muitos foram os dispositivos de assistência em saúde mental que tentam dar conta da complexidade dessa área. Mas não bastam medicamentos e consultas especializadas em serviços abertos para aumentar a contratualidade do sujeito com transtorno mental: a Reforma Psiquiátrica propõe a mudança de paradigma e o resgate da cidadania, entendida como um novo espaço social para esses sujeitos, pontuando para a necessidade de se construir um novo lugar social para o louco.

Os dados aqui registrados são importantes na medida em que anunciam uma política pública na saúde mental intencionalmente voltada para a desconstrução de um modelo pautado exclusivamente na lógica do modelo biomédico, com lócus nos hospitais psiquiátricos. Mas o processo ainda está em construção, e no campo dos Direitos Humanos, como já exposto anteriormente, coexistem avanços e violações dos direitos, e mais recentemente, existiram novas normativas que indicam importantes retrocessos, enunciadas no próximo tópico.

A efetivação do sujeito enquanto existência cidadã implica a possibilidade de participação e, nesse sentido, parece incompatível com a exclusão histórica vivenciada pelas pessoas com transtorno mental. Mas apesar de o avanço inquestionável no cuidado em saúde mental ocorrer através de serviços abertos de assistência, isso pode não ser suficiente para garantir um novo lugar social para esses sujeitos, na medida em que desospitalização e desinstitucionalização são categorias diferentes.

Além dos diferentes dispositivos previstos por lei, que coaduna com os princípios da Reforma

Psiquiátrica brasileira, a proposta de mudança também atravessa o formato do cuidado desejado, conforme apresentamos na sequência do texto. Um retorno em espiral à história irá trazer categorias estratégicas ao olhar atual.

MODOS DE CUIDADO ASILAR E PSICOSSOCIAL: PARADIGMAS CONTRADITÓRIOS

O tratamento em saúde mental através da prática do asilamento nasceu com Pinel, no século XVII, e veio acompanhado de uma forte concepção de tratamento moral, buscando uma normatização do comportamento e com proposta de enquadre dos sujeitos na ordem vigente. O nascimento da psiquiatria também colou o componente da desrazão nas pessoas com transtorno mental, tornando-as impossibilitados de escolhas e de decisões.

Embora o conceito de alienação mental não significasse ausência absoluta da Razão, mas somente contradição na Razão, como atentava Hegel, essa contradição impossibilitaria a Razão Absoluta. Portanto, aquele em cuja Razão existisse tal contradição seria um alienado, o que o tornaria incapaz de julgar, de escolher; incapaz mesmo de ser livre e cidadão, pois a Liberdade e a cidadania implicavam o direito e possibilidade à escolha. Em outras palavras, não seria possível existir meia-Razão, mas apenas a Razão Absoluta! (AMARANTE, 2003, p.2).

O isolamento, como tratamento, surgiu como estratégia terapêutica: “o asilo, enquanto espaço ordenado em bases científicas, como propunham Pinel e Esquirol, seria, portanto, o lugar ideal para o exercício do tratamento moral, da reeducação pedagógica, da vigilância e da disciplina” (AMARANTE, 2003). Isso significa que localizar o cuidado para as pessoas com transtorno mental em asilos está relacionado à configuração de tais pessoas como desprovidas de razão, de capacidade de discernimento, de escolhas.

A proposta que está diametralmente oposta ao modelo asilar seria o modo psicossocial. Ainda que o deslocamento do cuidado não garanta mudança paradigmática de fato, os dois modelos apenas podem ser considerados alternativos se, de fato, forem contraditórios entre si.

Não será, portanto, com critérios como o de bom ou mau, melhor ou pior, humano ou desumano,

democrático ou autocrático etc., que poderemos caracterizar a alternatividade de dois modos de ação em saúde mental. Por exemplo, poderemos concordar que um modelo “hospitalocêntrico” e “medicocentrado” é diferente de um modelo centrado no ambulatório e no trabalho da equipe multiprofissional; percebemos, porém, que nem por isso os dois são alternativos, pois tanto o ambulatório pode continuar ocupando o lugar de “depositário” que é do hospital psiquiátrico, por exemplo, quanto a equipe interprofissional pode continuar depositando na medicação a expectativa da eficácia das suas ações, não prescindindo do hospital psiquiátrico para atender a clientela da área em que se situa; assim como pode continuar situando-se como sujeito da especialidade (da disciplina) perante a clientela concebida como objeto inerente de sua intervenção. (COSTA-ROSA, 2000, p. 144).

Souza (2005, apud KANTORSKI; MIELKE; JÚNIOR, 2008) apresenta um quadro panorâmico com as principais características da clínica no modo asilar e no modo psicossocial, destacando as diferenças essenciais entre esses dois modelos. O modo asilar, além de pactuar da ênfase nos aspectos orgânicos, tem seu foco de intervenção centralizado no indivíduo. Trata-se de uma relação de poder vertical em que a possibilidade de participação da pessoa com transtorno mental é anulada, configurando-o como polo passivo. O cuidado é fragmentado e sem troca de informação entre os profissionais envolvidos, com forte hegemonia médica. O modo asilar tem nos hospitais psiquiátricos seu único lugar de cuidado e o tratamento está focado na busca pela normatização dos comportamentos, com olhar dicotômico entre “normais/anormais”.

Já o modo psicossocial estende seu olhar para os aspectos políticos, sociais e culturais presentes na construção do transtorno mental, para além dos fatores biológicos. Existe a bem-vinda participação dos sujeitos na construção de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), tornando-os agentes ativos de seus tratamentos. O tratamento está espalhado pelo território, com estímulo para que as pessoas com transtorno mental utilizem os diferentes dispositivos de saúde, descaracterizando o processo de exclusão presente nos estabelecimentos psiquiátricos hospitalares. No tratamento, além da presença de disciplinas distintas intercomunicando-se, existe a busca pela intersectorialidade, em que diferentes equipamentos de diferentes

áreas (educacional, social, cultural, desportiva, entre outras) pactuam do tratamento. O modo psicossocial procura maior horizontalidade no tratamento, quebrando hegemonia de uma ou outra disciplina.

Para o modelo biomédico, o foco são os sintomas, a busca pelo enquadramento social, as relações de biopoder, a fragmentação multidisciplinar e a exclusão. Para o outro, psicossocial, a ênfase está na inserção sociocultural dos sujeitos e nas ações diversificadas e espalhadas pelo território, em um modelo interdisciplinar. É fácil visualizar em um modelo fortes relações de poder e soberba teórica; e, em outro, um maior respeito aos direitos de expressão das pessoas com transtorno mental. Costa-Rosa (2000, p. 153) compara a relação dos profissionais no modelo asilar com uma “linha de montagem”, “ou seja, as tarefas e, o que é mais grave, o sujeito, são fragmentados e encadeados como qualquer mercadoria da produção comum”, e o prontuário acaba sendo o elo de ligação entre os profissionais, com a presença de concepção de estratificação de saberes.

Amarante e Torre (2001) alertam que o fato de serem serviços pautados por uma nova lógica não significa que sejam operados por novas formas de cuidado e de relação com a loucura, sugerindo que devem ser analisados a partir de projetos ruptores e não reformistas, considerando quatro aspectos:

- método epistêmico da psiquiatria, centrado nas ciências naturais;
- conceito de doença mental, enquanto erro, desrazão, periculosidade; e como doença, patologia, desordem;
- princípio da instituição asilar como recurso terapêutico (o princípio pineliano do isolamento terapêutico), ainda hoje muito presente em nossas velhas e “novas” instituições e serviços;
- os princípios do tratamento moral, atualmente presentes nas bases das terapêuticas normalizadoras. (AMARANTE; TORRE, 2001, p. 33).

Assim, o novo cuidado não é tarefa simples e implica considerar a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, em que a criação de serviços abertos em território, compatíveis com o processo de desospitalização não garantem a desinstitucionalização, que implica uma ruptura epistemológica.

Se não desconstruirmos a lógica dicotômica e identitária, a qual tende a homogeneizar a diversidade e interceptar devires, aprisionando-os em rótulos, em binarismos hierarquizantes (normal-anormal, homem-mulher, heterossexual-homossexual, branco-negro, rico-pobre), prosseguiremos apenas camuflando a exclusão e o estigma sobre a retórica da tolerância e da aceitação, sobre a retórica do cuidado em saúde e em saúde mental, prosseguiremos, enfim, circunscrevendo as diferenças a um calhaço de formas pré-fabricadas de ser e de viver. (VASCONCELOS; MENDONÇA FILHO, 2009, p. 189-190).

Assim, outra clínica implica em uma forma diversa de visualizar a diferença e os diferentes.

Em outros termos, podemos pensar-fazer uma clínica cartográfica, que force a experimentação da alteridade e a alteridade da própria clínica. Se queremos nos situar para além de uma clínica capturada; se queremos praticar uma clínica de resistência interessada em produzir novas possibilidades de vida e de relações; se queremos nos situar aquém e além das estruturas sociais modelizantes, há que nos aproximarmos do diferente, há que nos aproximarmos da diferença, daquilo que nos força a criar, que nos traz a potência de diferir. (VASCONCELOS; MENDONÇA FILHO, 2009, p. 201).

A cultura 'bio' está enalacrada na formação dos profissionais e no cotidiano de cuidados. E romper com esse modelo não é tarefa para duas décadas. Os serviços abertos de cuidado, nos moldes do CAPS, foram oficializados por normativas ministeriais e espalhados pelo território a partir do início do século XXI. E mesmo tratando-se de serviços abertos, são assombrados pelo paradigma asilar. Existe alguma polêmica e receio de os novos serviços se configurarem nos moldes de "CAPSilha", pelas dificuldades na criação de rede, "CAPScômio", no sentido do espectro de confinamento simbólico de alguns serviços, ou ainda de se transformarem em "CAPSreche", em referência ao fato de que alguns desses serviços estão pautados por uma concepção infantilizada e de pouca autonomia das pessoas com transtorno mental.

O ano de 2017 foi marcado por eventos importantes na área da saúde mental: (1) a comemoração dos 30 anos de um marco da Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial. No Congresso de Bauru, em 1987 - e replicado em 2017, na mesma cidade - nasceu o princípio: "Por uma sociedade sem manicômios".

O Manifesto de Bauru é um marco no movimento, pois registrou o pacto do movimento com a extinção dos manicômios em uma perspectiva de luta e enfrentamento dos diferentes interesses presentes na sua manutenção, considerando assim a saúde mental como algo também do campo político, para além da assistência. E paradoxalmente a esse momento de comemoração das mudanças que ocorreram na área nestes 30 anos, também em 2017 o Ministério da Saúde lançou a Portaria N° 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que dispõe sobre alterações na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em uma lógica de (re)visita ao modelo asilar, excludente e biomédico.

São várias as denúncias em relação à essa normativa, entendida, pelos militantes da Reforma Psiquiátrica e do SUS como grande retrocesso ao modelo biomédico e fruto de cooptação da área da saúde mental pelos interesses econômicos. Um dos questionamentos em relação a esta Portaria é a não participação das várias instâncias ao debate, inclusive do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (ambos excluídos do debate), e que fizeram a recomendação para revogação da referida Portaria.

Esta Portaria N° 3.588/2017 em questão inclui na RAPS serviços tecnicamente já superados pela sua ineficiência e paradigma excludente como as Unidades Ambulatoriais Especializadas, o Hospital-dia. Paradoxalmente também foi incluído na RAPS o hospital psiquiátrico, serviço cuja premissa de superação integra as bases paradigmáticas da Reforma Psiquiátrica.

Na contramão do que é preconizado nas legislações vigentes de saúde mental, em especial na Lei N° 10.216/2001, Portaria GM n° 3.088/2011, com republicação em 21 de maio de 2013, e Decreto 4, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, nas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental e violando os direitos das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde incluiu na RAPS dispositivos que se constituem a partir da lógica manicomial e que há muitos anos vinham sendo desconstruídos e substituídos por uma rede potente, com capacidade de garantir cuidado integral e de qualidade, respeitando a cidadania e liberdade. (Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e Conselho Nacional de Saúde 2018, p. 6-7)

Outra medida recente, datada de abril de 2018, foi a abertura de edital para sete mil leitos em comunidades terapêuticas, somando R\$ 87 milhões em custeio para entidades privadas, cuja maioria, no Brasil, estão sob gestão de entidades religiosas. Há algo de contraditório neste edital: ao mesmo tempo em que existe a paralisação de investimentos no SUS por 20 anos (PEC 241/55 de 2016), ao mesmo tempo em que a verba para manutenção dos CAPS está congelada desde 2011 (Portaria 3.089/2011), o Ministério da Saúde lança um edital com um montante expressivo de dinheiro destinado para serviços regidos pela lógica da exclusão, do confinamento, em um paradigma de cuidado asilar contrapondo o paradigma psicossocial. “Serão repassados para as entidades um valor de R\$ 1.172,88 de mensalidade por pessoa adulta acolhida; R\$ 1.596,44 para o atendimento de adolescente; e R\$ 1.528,02 pelo serviço de acolhimento de mãe nutriz, que poderá fazer o tratamento acompanhada do filho que tenha até um ano de idade.” (AGÊNCIA BRASIL, 2018).

Tais mudanças remetem ao questionamento de qual é a perspectiva de cidadania que se vislumbra.

E A CIDADANIA? AVANÇOS E RECUOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Os serviços abertos, implementados como política pública de forma potente nesse século; os projetos/serviços voltados à desinstitucionalização; a proposta de inversão do modo de cuidado – asilar para psicossocial; a proposta de inversão na aplicação de recursos: do financiamento de leitos privados em hospitais psiquiátricos para serviços abertos em suas diferentes variações; o respeito ao louco como um dos atores estratégicos na definição da política nacional de saúde mental, com participação ativa nos dispositivos de controle social, no campo associativo, e no plano individual, na definição de seu projeto terapêutico, foram, ampliando o lugar social das pessoas com transtorno mental e colocando-os em uma perspectiva de participação/inclusão cidadã.

Não é possível negar avanços a partir da mudança no paradigma de cuidado: do modelo asilar para o modelo psicossocial. Assim também existiram avanços na implementação de serviços abertos e inclusivos para o tratamento de pessoas com transtorno mental. Avanços que notadamente marcaram a possibilidade

de um tratamento efetivo fora dos muros dos hospitais psiquiátricos e que foram, ainda que de passagem, lembrados nesse texto. Mas é preciso destacar que tais avanços não foram suficientes para eliminar as tragédias sociais que apresentam fortes componentes de desrespeito aos direitos humanos. São notícias que, sendo publicizadas através da mídia e de estudos acadêmicos, ainda chocam, por acontecerem na atualidade e em serviços que recebem financiamento público, embora existam legislações protetivas dos direitos das pessoas com transtorno mental e de fiscalização junto às instituições de tratamento. Conforme visto anteriormente neste texto, passados mais de quatro décadas do início da Reforma, ainda existem denúncias contemporâneas do tratamento ofertado por alguns hospitais psiquiátricos brasileiros.

Avanços que foram marinados e processados durante décadas pelos diferentes atores componentes da reforma: usuários, familiares, profissionais, serviços com diferentes paradigmas, entre outros. Avanços que estão sendo, rapidamente minados pelas novas normativas governamentais, e que estão sendo claramente direcionados por interesses econômicos.

A negação de registro de nascimento para Janira, determinando a condicionalidade prévia de sua interdição para o reconhecimento de sua existência civil, em pleno século XXI, em que a Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtorno mental já possuía mais de uma década de existência, é mais do que uma prova da fragilidade da cidadania do louco: é um avilte ao mundo contemporâneo que pactua de pretensa humanidade, pregando a aceitação da diferença e do diferente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história aqui apresentada foi aquela que está atravessada pela categoria cidadania da pessoa com transtorno mental, com destaque para o tipo de clínica ofertada em diferentes momentos e em diferentes locais no mundo.

Foi possível demonstrar que, a partir da história da sua constituição, com a premissa de desrazão e seus derivados – desigualdade e exclusão para as pessoas com transtorno mental –, a psiquiatria resultou em diferentes problemas para existência cidadã desses sujeitos. No nascimento da psiquiatria enquanto ciência, também foram constituídos o “nascimento da doença

mental” e a premissa da internação como medida de tratamento. E, desde então, muitos projetos reformistas foram implementados em diferentes tempos, mas especialmente no pós-Segunda Guerra Mundial. Tais projetos tinham, sem exceção, a preocupação com o tratamento desumano e violador de direitos constituídos no interior dos hospitais, com a diferença de que alguns propunham sua manutenção, ainda que com mudanças em seu interior, e, outros, sua substituição por serviços abertos.

Nessas diferentes dimensões históricas da psiquiatria, considerando o processo de inclusão/exclusão e seu caráter normatizador, ficam identificadas as bases para compreendermos as dificuldades contemporâneas para a inclusão do louco no mundo em um efetivo projeto de existência cidadã.

É possível considerar que reflexões reformistas sobre o tratamento ofertado para as pessoas com transtorno mental atravessam a história da psiquiatria, mas o que o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira trouxe de novidade para se pensar a psiquiatria foi a marca da cidadania do louco.

A nova clínica proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira carrega por essência a possibilidade de participação. É uma clínica política que considera que a mudança não está localizada no sujeito com transtorno mental nem restrita às mudanças nos tratamentos, o que muda é o olhar social sobre tais sujeitos.

Pelo estudo aqui realizado, não é possível configurar cidadania sem problematizar os princípios fundantes da psiquiatria e dos direitos do homem: o princípio da racionalidade e o princípio da igualdade e da diferença. Essas duas categorias são nucleares e estão umbilicalmente associadas às dificuldades para concretizar os pressupostos de existência cidadã apresentados pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Mas, talvez, para além do normatizado em lei, os novos sujeitos assim considerados a partir da Lei 10.216/2001, ainda carecem dos velhos direitos, tais como cidadania, inclusão, participação e pertencimento que são constructos interdependentes. No processo de construção e expansão de tais direitos surge, em contraposição, um fluxo de investimentos apoiados em recentes normativas do Ministério da Saúde que caminham para um retrocesso de quarenta anos de avanços, ameaçando cada um deles.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL, Governo anuncia edital para 7 mil leitos em comunidades terapêuticas. Publicado em 25/04/2018. Pedro Rafael Vilela - Repórter da Agência Brasil *Brasília*. Disponível em <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-04/governo-anuncia-edital-para-7-mil-leitos-em-comunidades-terapeuticas>> Acesso em 10 set. 2018

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.11 (3), jul./set. 1995, p.491-494.

_____. *O homem e a serpente*. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). *Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

_____. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120p.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 25 (58), 2001, p.26-34.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004*. 5.ed.ampl. Série E. Legislação de Saúde, 2004, 340p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf> Acesso em: 18 dez. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005b.

BRASIL. *Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica*. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. 2011, 106 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatria.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social – MDS. *Benefício assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência (BPC)*. 2015a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc>>. Acesso em: 06 jan. 2016.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados 12*. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ano 10, nº 12, 2015b. 48p. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2016.
- BETTO, Frei [Carlos Alberto Libânio Christo]. Martí y la Revolución cubana, 2013. *América Latina en Movimiento online*. Agencia Latinoamericana de Información Disponível em: <http://www.alainet.org/active/61285> .Acesso em: 24 jul. 2016.
- BIRMAN, J.; COSTA, F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria social e Reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.
- BOARINI, M. L. *A loucura no leito de Procusto*. Maringá: Dental Press, 2006.
- CASTEL, R. *A Ordem psiquiatria: a idade de ouro do alienismo*. 2. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- CESMG & CNS, Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais & Conselho Nacional de Saúde. *Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios*. Agosto de 2018.
- COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). *Ensaio-subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- FRAYZE-PEREIRA, J. *O que é loucura*. Coleção Primeiros Passos, 6.ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- GARCIA, M. R. V. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. *Rev. psicol. polít.* [online], v.12 (23), 2012.
- KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B.; TEIXEIRA JUNIOR, S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. *Trab. Educ. Saúde* [online], v.6 (1) [cited 2017-02-25], 2008, p.87-106.
- MILLANI, H. de F. B.; VALENTE, M. L. de C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 4 (2), ago. 2008.
- MUSSE, L. B. *Novos sujeitos de direitos: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- ORNELLAS, C. P. *O paciente excluído: história e crítica das práticas médicas de confinamento*. Rio de Janeiro: Revan, 1997.
- ONU. Organização das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2015.
- PASSOS, I. C. F. A. A questão da cidadania do louco. In: *Psicologia Social e Direitos Humanos*. Belo Horizonte: ABRAPSO/ ed. Campo Social, 2003, p. 159-170.
- PFDH, 2015. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-2015/marco/pfdc-propoe-acao-nacional-de-desinstitucionalizacao-psiquiatria/>>. Acesso em: 17 nov. 2016.
- ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-100.
- SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.13 (4), jul./ago. 2005, p.591-5.