

Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões

Psychiatric reform in Brazil: a few reflections

Silvana Carneiro Maciel¹

¹ Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil e Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil. Professora do Departamento de Psicologia da UFPB – João Pessoa (PB). silcamaciel@ig.com.br

RESUMO A tarefa de proteger e melhorar a saúde mental da população é complexa e envolve múltiplas decisões, exigindo a fixação de prioridades e devendo ser coordenada com outros serviços de ordem social, tais como previdência, educação, emprego e habitação. A função gestora para a saúde mental está pouco adiantada em muitos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Na maioria das vezes, o orçamento é inexistente ou limitado, constituindo um obstáculo significativo para a provisão do tratamento adequado aos usuários e da atenção extra-hospitalar. Geralmente, tal situação indica a falta de empenho das autoridades políticas para planejar, coordenar e avaliar estratégias, serviços e capacidades necessárias para enfrentar os problemas da saúde mental do País. Devido a essas questões, o presente artigo tem como objetivo tecer algumas reflexões sobre a política de saúde mental vigente no Brasil, com destaque para a reforma psiquiátrica, seus alcances e limites.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica; Brasil; Saúde Mental.

ABSTRACT *The task of protecting and improving the population's mental health is complex and involves multiple decisions, demanding the establishment of priorities which should be coordinated with other social services, such as the social welfare, education, work and housing. Mental Health management is little advanced in several developing countries such as Brazil. Most often, the budget is limited or non-existent, which becomes an important obstacle to provide adequate treatment to patients and extra-hospital care. This situation often points to a lack of commitment from political authorities to plan, coordinate and evaluate necessary strategies, services and capacities to face Mental Health problems in the country. Due to these issues, the purpose of the present article is to reflect upon the ongoing mental health policies in Brazil, highlighting the Psychiatric Reform, its range and limits.*

KEYWORDS: *Psychiatric Reform; Brazil; Mental Health.*

Introdução

De acordo com Foucault (1972), no século XVII ocorreu a chamada ‘grande internação’, quando o mundo da loucura se tornou o mundo da exclusão social, com a construção, por toda a Europa, de várias casas de internamento, constituindo um espaço, ao mesmo tempo, de acolhimento, correção e reclusão. Essas casas eram destinadas a receber não só os loucos, mas também os libertinos, os mágicos, as prostitutas e os ladrões. Engendrada em meio a questões políticas, econômicas, sociais e morais, a criação desses estabelecimentos delimitou o momento em que a loucura foi percebida no horizonte da pobreza e da incapacidade para o trabalho, identificando-se como um problema social.

A internação do louco, continua Foucault, era um instrumento político-social, não obedecendo a critérios médicos. O que havia de comum entre os indivíduos que faziam parte do ‘mundo dos internos’ era a sua incapacidade de tomar parte na produção, circulação e acúmulo de riquezas. Nessa época, o trabalho era uma categoria moral e estava relacionado à disciplina, e tudo o que se opunha a isso constituía obstáculo à nova ordem social.

O saber psiquiátrico isolou o doente mental da família e da sociedade, colocando-o em uma instituição especializada, argumentando que o seu isolamento era necessário para a sua proteção e para a proteção da própria sociedade. Como afirma Desviat (2008), as críticas à eficácia do asilo ocorreram desde o instante inicial de constituição da psiquiatria. Entretanto, foi somente depois da Segunda Guerra Mundial que as comunidades profissionais e culturais, por vias diferentes, chegaram à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido. Esse momento de conscientização sobre o hospital psiquiátrico coincidiu com os tempos de crescimento econômico e de reconstrução social pelos quais passava a humanidade, destacando-se o grande desenvolvimento dos movimentos civis e a maior tolerância e sensibilidade às diferenças e minorias.

No final da Segunda Guerra Mundial, o conhecimento da medicina começou a ser criticado por se limitar unicamente a uma racionalidade terapêutica curativa. Desejava-se que a medicina se reportasse à sociedade, às causas de modo preventivo e que estas se articulassem

para a promoção da saúde. Com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu-se um novo campo de reflexão sobre a questão. A saúde passou a ser vista não apenas como a inexistência de patologia, mas, de modo a abranger muito mais do que isso. Nas palavras da própria Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS, 2001), “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste somente em uma ausência de doença ou enfermidade” (p.100).

Para Birman e Costa (2010), o ano de 1942 constituiu o marco do recomeço da história da medicina atual, quando se elaborou o *Plano Beveridge*, na Inglaterra, que foi tomado como modelo de reorganização do sistema de saúde em vários países. Esse plano afirmava que as pessoas têm o direito não só de viver, mas de viver com boa saúde, e que a saúde deve ser possibilitada pelo Estado.

Nesse seu novo encargo, o Estado promulgou leis que reformularam o perfil assistencial em relação ao doente mental, que passou a ser encarado sob um novo olhar. A partir daí, não se aceitava mais o deteriorante espetáculo asilar vigente, no qual um conjunto de homens, passíveis de atividades, jaziam, espontaneamente estragados, nos hospícios. Passou-se a enxergar como um grande absurdo esse montante de desperdício de força de trabalho (BIRMAN; COSTA, 2010).

A vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre, igualitária, solidária e produtiva, e a descoberta da psicanálise e da subjetividade foram elementos propulsores desse novo olhar sobre o doente mental e a psiquiatria que se praticava nos hospícios. A esses elementos, Desviat (2008) acrescenta as características sociopolíticas de cada país (e, mais concretamente, o seu sistema sanitário), as quais, juntamente com o novo papel outorgado aos manicômios, constituíram aspectos decisivos para demarcar os diferentes movimentos da reforma psiquiátrica que então se desenhava.

Reforma Psiquiátrica: Delimitando seu Conceito e Alcance

A reforma psiquiátrica é um processo em construção no Brasil e no mundo, e não ocorre de forma consensual ou homogênea, estando relacionada às condições

econômicas, históricas, políticas e culturais que caracterizam as diferentes regiões e países, determinando as práticas singulares. Entendida como um movimento social, a reforma é articulada a um conjunto de iniciativas operadas nos campos legislativo, jurídico, administrativo e cultural, que visam transformar a relação entre a sociedade e a loucura. Enquanto prática social, esse movimento é construído coletivamente, nas diferenças, nos conflitos e nas contradições. Como todo movimento social, apresenta uma composição heterogênea, incluindo profissionais, familiares, usuários e a sociedade em geral. Em seu escopo amplo e variado, engloba o movimento social Por uma Sociedade sem Manicômios, a Associação de Usuários e Familiares, partidos políticos, igrejas e organizações não governamentais, entre outros.

Historicamente, o movimento da reforma psiquiátrica teve início nos anos 1970, quando surgiram momentos de efervescência conceitual-filosófica com implicações diretas no cuidado ao doente mental. Como relatam Colvera e Machado (2000), esses anos foram marcados por debates sobre os direitos humanos dos pacientes psiquiátricos reclusos em manicômios. Várias denúncias sobre maus-tratos e desassistências começaram a surgir na mídia, criando condições favoráveis para a motivação da opinião pública e de certos políticos sobre as questões da atenção à saúde mental.

A reforma psiquiátrica surgiu, então, no sentido de questionar a instituição asilar e a prática médica, e humanizar a assistência, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação. Para Macêdo e Jorge (2000), com o processo de reforma e modernização da assistência surgiu a proposta de equipe multiprofissional. A tese principal repousava na dissolução do saber e do poder, que passavam a ser melhor distribuídos, articulando-se à noção de multiplicidade dos problemas e à necessidade de diferentes terapias, inserindo também o apoio e a orientação à família.

Para Boarini (2002), a desinstitucionalização não é sinônimo de desospitalização, mas sim de um movimento mais abrangente. Desinstitucionalizar significa romper com o atendimento à doença, abstraindo a pessoa que a possui. Significa abandonar o paradigma da razão, da produtividade, do ajustamento social e

da norma. É o rompimento com o paradigma que entende a loucura como sinônimo de incapacidade e periculosidade, e com toda a prática que justifica, adota e advoga medidas de tutela e de exclusão. Evidentemente, tais rupturas não acontecem por determinação legal ou pelo empenho solitário de um profissional em particular. Trata-se da reconstrução de um pensamento, de uma época, que exige mais participação, compromisso e inclusão. Significa a desconstrução de um pensamento que aceita como natural o atendimento ao doente mental de forma asilar, carcerária, priorizando o isolamento.

A esse respeito, Costa-Rosa (2000) afirma que, para haver uma mudança radical em relação ao modo asilar, não basta que haja variações nos dispositivos institucionais. É necessário que eles superem, qualitativa e quantitativamente, os recursos asilares e que se estruturem segundo uma ‘lógica’ oposta à do hospital psiquiátrico.

Segundo David Jr. (2002), a identidade do dispositivo complexo – saber médico psiquiátrico, diagnóstico e internamento como poder, juntamente com outros dispositivos disciplinares – atravessou o século XX até os dias de hoje, conformando a arquitetura de uma sociedade disciplinar num processo de legitimação da exclusão e de supremacia da razão. E isto se deu de tal modo que a constituição do sistema asilar manicomial brasileiro não passa pela simples criação dos hospitais psiquiátricos como organismo assistencial hegemônico. Sua hegemonia relaciona-se justamente com o papel complementar que exerce em relação a outras instituições da disciplina e da norma, tendo de elaborar um discurso legal, científico, assistencial e cultural que, no seu conjunto, transforma a instituição psiquiátrica em dispositivo disciplinar imprescindível ao funcionamento da sociedade.

Contudo, apesar de todas as lutas na esfera político-ideológica e também das várias inovações teórico-técnicas efetivadas para superar o modo asilar, ainda se pode observar a absoluta dominância do modelo hospitalocêntrico. Nesse sentido, a reforma psiquiátrica deve atingir outro campo ideológico, transformando a relação da sociedade com a loucura, de forma a combater o preconceito e a exclusão social.

De acordo com Amarante (2000), no Brasil, o movimento de reforma psiquiátrica teve como estopins a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde, e o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). No que concerne ao MTSM, basta lembrar que este movimento denunciou a falta de recursos das unidades e a consequente precariedade das condições de trabalho refletindo na atenção dispensada à população, tendo como mote o caráter trabalhista e humanitário. A trajetória do movimento foi marcada pela noção de desinstitucionalização e teve início na segunda metade dos anos 1980, inserindo-se num contexto político de grande importância para a sociedade brasileira. Em termos políticos, a década de 1980 diz respeito à luta pela construção de um Estado verdadeiramente democrático, após 20 anos de ditadura militar.

No auge desse contexto reformista, ocorreu em Brasília (DF), em março de 1986, a 8ª Conferência Nacional da Saúde, que, pela primeira vez, teve consulta e participação popular, contando com representantes de diversos setores da comunidade. Dessa conferência surgiu uma nova concepção de saúde, expressa pela ideia de ‘a saúde como direito do cidadão e dever do Estado’. Essa nova concepção permitiu a definição de alguns princípios básicos, como: universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, promoção de políticas de bem-estar social através do Estado e visão da saúde como qualidade de vida.

Em 1989, houve a apresentação do Projeto de Lei no 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que regulamentava os direitos dos doentes mentais em relação ao tratamento e indicava a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição pelos serviços extra-hospitalares. A partir daí, tiveram início as principais transformações no campo jurídico-político, que provocaram enorme polêmica na mídia, na sociedade em geral e em alguns familiares. Alguns se posicionaram contra, e outros, a favor, mas o mais importante foi que os temas da loucura, da assistência psiquiátrica e dos hospitais psiquiátricos invadiram a mídia nacional. O Projeto de Lei foi transformado na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, atualmente em vigor, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de

atendimento, como Hospitais-Dia (HDs), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Lares Protegidos. Propondo a substituição gradativa dos leitos em hospitais especializados e dificultando a internação psiquiátrica involuntária, esta lei detonou um processo de discussão em todo o Brasil sobre as formas mais adequadas de atenção em saúde mental. Isso levou a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde a abrir o financiamento de outras modalidades de assistência substitutivas à internação tradicional. E impulsionou mudanças na legislação e na concepção e adequação do tratamento aberto e comunitário, recomendado pela OMS e pelo Ministério da Saúde. Mudou-se o modelo de atenção mental por serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Com isso, a própria comunidade e a família tornaram-se parte da rede social que se constitui em torno desses serviços, com ênfase na desinstitucionalização do doente mental. E, estimulados por essa legislação, vários estados brasileiros elaboraram e aprovaram projetos de lei com o mesmo propósito.

Em junho de 1987, no Rio de Janeiro, ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual o MTSM decidiu rever suas estratégias e repensar seus princípios. Nesse evento surgiu, também, o primeiro movimento da luta antimanicomial. A partir daí, as críticas formuladas à psiquiatria passaram a ser dirigidas não mais ao âmbito da falência terapêutica, mas ao conjunto das questões sociais, tendo no seu fio condutor a exclusão e a cidadania. Como relata Oliveira (2002), nesse mesmo ano, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru (SP), foi lançado o lema ‘Por uma Sociedade sem Manicômios’, estabelecendo-se também o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial.

Segundo Souza (2003), a luta antimanicomial é um movimento de caráter ideológico, cuja utopia transparece no slogan ‘por uma sociedade sem manicômios’ e que, através da participação ativa de profissionais da saúde mental, usuários e familiares, tem contribuído para o avanço e a consolidação da reforma psiquiátrica e para os processos de conquista da cidadania e da inclusão social. É um movimento plural que abriga, na sua composição interna, profissionais de diferentes categorias, incluindo os não técnicos da saúde e pessoas da sociedade. É identificado não como um movimento específico da saúde,

mas sim como um movimento de luta popular que atua no campo da saúde mental, pautado na lógica da inclusão das diferenças. Fiel a essa lógica, busca romper com toda forma de ‘pré-conceitos’ e de exclusão social a que estão submetidos os indivíduos ‘diferentes’ dentro da sociedade, principalmente os portadores de sofrimento mental. O movimento intervém no sentido de buscar a transformação da cultura, de mudar o olhar e a relação que a sociedade até então estabeleceu com a loucura. Neste sentido, rompe com a segregação e com a exclusão, buscando a inclusão dos portadores de sofrimento mental no contexto social e político, dando voz e ação a pessoas que durante toda a história estiveram alijadas de qualquer participação social e política.

De acordo com Abou-yd e Silva (2003), os defensores da luta antimanicomial criticam o desrespeito a todos os direitos, traduzido na precariedade da assistência oferecida, que, via de regra, não oferece as mínimas condições de dignidade humana. Além disso, contestam a violência no trato, o cerceamento da liberdade, o enclausuramento sustentado em nome da irracionalidade perigosa, a invalidação como modo de vida e o silenciamento imposto pelo enfadonho monólogo da razão, repetido à exaustão pela boca dos técnicos. Finalmente, a crítica antimanicomial abrange outros aspectos, intimamente relacionados com os demais, como o abandono e a negligência, a infantilização e a tutela, e o mandato social dado à medicina psiquiátrica e às técnicas ‘psi’ de controle. Luta, também, pela superação de uma realidade hegemônica.

Acerca disso, Benevides (2005) afirma que as ideias e os valores oriundos do modelo médico hegemônico ainda são predominantes na atual sociedade. Para ele, essas ideias e valores continuam orientando a formação dos profissionais de saúde, que levam suas práticas e suas representações para os serviços substitutivos do Sistema Único de Saúde (SUS), de tal forma que interferem na possibilidade de sua consolidação.

Reforma Psiquiátrica aos ‘Trancos e Barracos’: reflexões sobre o Tema

Tais considerações sublinham a necessidade de se repensar a forma como está sendo efetivada a reforma psiquiátrica e a desospitalização no Brasil. A lei preconiza

o fechamento de leitos psiquiátricos e o enfoque no tratamento extra-hospitalar, com a inclusão do doente na família, baseada no programa De Volta para Casa. Contudo, o que se constata é que a família ainda não está preparada para arcar com a responsabilidade do tratamento e assumir esse novo papel. Durante séculos, o doente foi retirado de seu núcleo familiar e falou-se que ele precisava ser cuidado por quem sabia ‘cuidar’ e tinha o ‘saber e a cura’ (os médicos), e em local adequado e isolado, separado da família e da sociedade. Agora, depois de sedimentadas essas representações, depara-se com a dificuldade que sobrevém quando se pretende que o paciente retorne para o lar e para a sociedade, desconstruindo todas essas mesmas representações e práticas.

A relação da sociedade com o doente mental é categorizada em termos de ‘normal’ *versus* ‘desviante anormal’. São tecidas representações como ‘louco’, ‘bizarro’ e ‘agressivo’, o que gera um comportamento de medo e uma necessidade de separar o doente mental do meio social, excluindo-o. Essas representações certamente influenciam sua forma de interação na sociedade atual (MACIEL *et al.*, 2011).

Para Delgado (2001), é temerário afirmar que o ciclo dos asilos e das colônias tenha chegado ao fim. Entretanto, se tais instituições ainda constituem uma triste realidade em todos os estados do País, o fato é que o modelo de atendimento centralizado no asilamento, em hospitais públicos ou particulares, deixou de ser objeto da crítica solitária de alguns setores da psiquiatria brasileira para tornar-se algo consensual, condenado nos documentos oficiais sobre a matéria.

Costa-Rosa (2000) propõe a existência de dois modos básicos de prática em saúde mental no contexto atual: o modo asilar e o modo psicossocial. No modo asilar, a instituição típica continua sendo o hospital psiquiátrico. Mesmo que tenha passado por reformas democratizantes, o hospital continua mantendo a ênfase nas determinações orgânicas dos problemas (doença) e na terapêutica medicamentosa, com a crença no modelo curativo de normatização do sujeito. Já existe uma equipe multidisciplinar, mas não há uma interconexão entre os profissionais da equipe. Por conta disso, o trabalho é centrado na figura do médico e da medicação, sendo os demais profissionais considerados secundários e

auxiliares. Há uma grande ênfase na estratificação do saber e do poder centrado no médico e nos demais profissionais, excluindo-se a família e os usuários de qualquer participação. Em suma, no modo asilar a instituição tende a funcionar como um *locus depositário*, lugar de tutoria e até de ‘agenciador de suprimentos’ de uma clientela considerada carente.

O modo psicossocial possui os seguintes dispositivos institucionais extra-hospitalares: CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), HDs, Ambulatórios de Saúde Mental, equipes multiprofissionais de saúde mental inseridas em centros de saúde e Hospitais Gerais. Costa-Rosa (2000) destaca que o modo psicossocial leva em consideração os fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes da loucura, atribuindo importância à existência do sujeito (com subjetividade) e a sua participação no tratamento. Nessa perspectiva, a loucura não tem mais que ser removida a qualquer custo, sendo reintegrada à existência como parte constitutiva do sujeito. Dá-se acentuada ênfase à reinserção social do indivíduo, especialmente na recuperação da cidadania. Por isso, deve-se investir no trabalho com a família e com a comunidade, esperando que essas assumam seu compromisso com a atenção e o apoio ao louco. O modo psicossocial trabalha com uma equipe interdisciplinar, favorecendo o intercâmbio entre os profissionais e superando o grupo de especialistas e o saber-poder do médico. Lança mão de diferentes recursos terapêuticos, como psicoterapias, laborterapias, socioterapias e cooperativas de trabalho, mas também faz uso de medicação, embora não como aspecto central do tratamento.

Quanto às características principais das instituições vinculadas ao modo psicossocial, devem ser destacados o seu caráter de interlocução, o livre trânsito existente entre os usuários e a população, a opção pela autogestão (através dos conselhos de fiscalização e de cogestão) e a interdisciplinaridade efetiva. Tais características fazem com que o modo psicossocial da saúde mental funcione de maneira oposta à estratificação e à hierarquização do poder, à interdição e à heterogestão que dominam no modo asilar.

De acordo com vários autores, as dificuldades para a passagem do modelo asilar para o psicossocial, para

a efetivação da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização, podem estar ancoradas em diversas questões. Vasconcelos (1992) alerta acerca das características da estrutura legal e jurídica brasileira, que não dispõe de uma tradição de reconhecimento da cidadania e de seus direitos ao nível da cultura de massas. Os aparelhos legislativo e judiciário são extremamente burocratizados e lentos, e a lei tem pouco efeito como instrumento de garantia dos direitos. Isso levanta problemas substanciais para um processo de reforma. O primeiro deles diz respeito à própria reforma da lei, como instrumento de indução de mudança na assistência. Para que ocorram mudanças na própria assistência, o processo de mudança legislativa precisa ser acompanhado por uma mobilização ampla da opinião pública, dos profissionais, estudantes, usuários e familiares. Caso isso não aconteça, corre-se o risco de ter apenas um instrumento legal sem efetividade, com mudanças pontuais na organização de serviços, com resultados reduzidos.

Por seu lado, Desviat (2008) destaca, como um dos problemas principais associados à desinstitucionalização, a insuficiência de recursos econômicos no desenvolvimento dos programas comunitários, devido ao fato de a saída dos pacientes dos hospitais psiquiátricos não ser acompanhada por uma equivalente transferência de verbas. Em função disso, o fechamento dos hospitais psiquiátricos torna-se um empreendimento árduo e arriscado, política e profissionalmente, não só pelas dificuldades técnicas e pela mobilização de recursos humanos e materiais, mas também pela questão da diminuição de empregos. Outro problema que merece destaque é o fato de que os programas de saúde mental comunitária foram projetados para a prevenção, para a intervenção em crise e para os tratamentos precoces, não priorizando os usuários crônicos dos hospitais psiquiátricos. Além disso, a comunidade não costuma estar preparada para receber os pacientes desinstitucionalizados. Por essa razão, a maioria dos esforços se volta para a modificação dos comportamentos dos pacientes, enquanto que pouquíssimas tentativas são feitas para a modificação das crenças, preconceitos e comportamentos da sociedade a que eles serão destinados com o fechamento dos hospitais. No fim das contas, todos esses problemas mostram-se atrelados à falta de uma gestão unificada dos recursos públicos, ou seja, à ausência de

uma alocação eficiente de recursos como condição primordial para o sucesso da desinstitucionalização.

De acordo com o referido autor, a desinstitucionalização aparece cada vez menos como uma solução milagrosa para o problema da cronicidade em psiquiatria. Há necessidade de se contar com uma rede de recursos comunitários diversificados, que permitam atender às múltiplas exigências dos diferentes grupos de pacientes que sofrem de transtornos psíquicos crônicos. A realidade atual contrasta com o otimismo exagerado que marcou os primórdios da reforma psiquiátrica, quando se supunha que a cronicidade desapareceria junto com os muros do hospício, com o fechamento ou a transformação dos hospitais psiquiátricos e com o tratamento em comunidade. Ao contrário do esperado, a desinstitucionalização põe em destaque a persistência da cronicidade e a insuficiência ou a completa inadequação dos programas alternativos, sanitários e sociais, tudo isso agravado pela baixa qualidade dos serviços substitutivos (extra-hospitalares). Para Desviat, uma das razões que provocam a ‘cronicização’ das estruturas alternativas é a formação inadequada dos profissionais da saúde mental. Tal situação exige uma imediata investigação sobre os currículos, sobre o projeto educacional dos agentes de mudança psiquiátrica e sobre o porquê de algumas crenças profundamente arraigadas sobre a doença mental, sua cronicidade e sua incurabilidade (DESVIAT, 2008).

Referindo-se aos problemas que surgiram durante a trajetória da desinstitucionalização, Amarante (2000) destaca os novos serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos, que, embora apontando para um novo modelo assistencial, chamaram a atenção para o aspecto da qualidade do que estava sendo oferecido. O que se pode perceber é que o fato de serem serviços externos substitutivos não garante a sua natureza não manicomial, uma vez que eles podem reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional.

De um modo geral, a desinstitucionalização da psiquiatria implica a mudança de ênfase do hospital psiquiátrico para formas menos institucionalizadas e mais comunitárias de atenção à saúde mental, significando a ressocialização e a devolução do ‘louco’ à sociedade. Entretanto, no contexto do Terceiro Mundo,

deve-se ter cuidado para não se induzir uma ‘privatização’ compulsória da loucura na família ou um processo de negligência social, como alerta Vasconcelos (1992).

Para Alves *et al.* (1994), a organização da rede de serviços de saúde para o atendimento às necessidades da população brasileira no campo da saúde mental mostrasse, de modo geral, insatisfatória, ineficiente e ineficaz. O hospital psiquiátrico ainda detém um papel hegemônico no conjunto de serviços decorrentes de fatores históricos, econômicos e de conformação com o sistema de saúde brasileiro. No que se refere à distribuição, há fortes disparidades regionais, com maior concentração de leitos nas capitais dos estados e nas regiões do País que são economicamente mais desenvolvidas.

No entender de Barros (2003), não são somente os investimentos nos serviços substitutivos que são estruturalmente escassos, no Brasil. As condições de trabalho também são precárias, havendo uma sobrecarga na família, o que pode talvez explicar a permanência das altas taxas de reinternação no País. Um dos impasses a ser enfrentado no atual sistema de saúde está exatamente no processo de institucionalização e de transinstitucionalização do CAPS. Por um lado, esse processo é necessário, pois dá visibilidade ao lugar que o CAPS deve ocupar, legitimando-o e aumentando sua capacidade de desenvolver um papel organizador na rede de saúde mental. Por outro lado, há o risco do CAPS se tornar uma instituição cronificada e cronificadora, reproduzindo o isolamento do qual se quer escapar.

Quanto a isso, Barros (2003) aponta três tipos de cronicidades possíveis: (1) as chamadas ‘novas cronicidades’ dos pacientes: neste caso, o risco de cronificação dos CAPS se dá pela retenção dos pacientes devido a um contexto sociofamiliar refratário à ‘inclusão dos usuários’. A resistência à inclusão deve-se à precariedade do contexto sociopolítico e cultural, que é marcadamente discriminatório e excluente, com raras ofertas de trabalho para os usuários; (2) a cronicidade dos modos de gestão, dos dispositivos e dos profissionais: neste caso, a cronicidade advém da sobrecarga de trabalho dos profissionais, que encontram dificuldades para aliar a formação permanente às práticas de serviço; e (3) a cronicidade reproduzida pela fragilidade da rede de atenção à saúde mental: neste caso, a cronicidade resulta da carência dos serviços, incluindo os demais

serviços substitutivos, além dos próprios CAPS. O que se constata é que não se tem para onde encaminhar os usuários que chegam aos CAPS, o que faz com que eles funcionem, atualmente, como centralizadores da política de saúde mental, quando deveriam constituir mais um dos serviços de toda a rede de assistência.

Como afirmam Abou-yd e Silva (2003), a ruptura radical com o manicômio transcende o fim do hospital psiquiátrico e deve ir além dos meros discursos que apregoam a convivência tolerante com a diferença. Exige a disposição de ir ao encontro verdadeiro com o outro diferente, ao invés de adotar posições benevolentes, caritativas e excessivamente zelosas, que retiram do outro toda a capacidade de ser e de existir enquanto tal. Como ponto de partida, deve-se exercer a crítica à forma de olhar e conceber o fenômeno da loucura, pondo entre parênteses a doença e passando a olhar para o homem.

De acordo com os citados autores, a ruptura radical com o manicômio deve contrapor-se à negatividade patológica, que articula conceitos como incapacidade, periculosidade, invalidez e inimputabilidade como modos próprios e inerentes à loucura. Uma vez que a lógica manicomial dita a grade nas janelas, a contenção física e os medicamentos como recursos para toda agitação, deve-se tomar como questão a necessidade de ir além da assistência e da clínica para promover a inclusão social. Mais ainda, a ruptura radical com o manicômio representa o efetivo corte com as identidades profissionais, para inventar um outro campo e um outro saber. Significa substituir a hierarquia dos discursos e das técnicas pela partilha do poder, não só entre os técnicos, através de uma verdadeira multidisciplinaridade, mas também entre os usuários e os familiares. Como dizem os próprios autores, “negar o manicômio como valor é negar a nós mesmos (técnicos de saúde mental) como portadores de uma verdade sobre a loucura; eis a nossa causa maior” (ABOU-YD; SILVA, 2003, p.43).

Segundo Oliveira (2002), existe uma íntima relação entre as concepções sobre a loucura e o contexto histórico no qual estão inseridas. Em virtude dessa relação, pode-se observar uma sucessão de discursos complementares e contraditórios, que rompem e reconstroem, a cada momento do tempo, um olhar diferente sobre a loucura.

Costa (2003) afirma que, para que seja verdadeiramente substitutivo do manicômio, um serviço tem que ser capaz de lidar com a loucura em suas mais diversas formas, sem querer disciplinar essa experiência. Ao serviço substitutivo cabe o papel primordial não de normatizar a loucura, mas sim de permitir sua interlocução com a cidade. A experiência nos serviços substitutivos tem gerado várias preocupações ao longo dos anos de sua existência. Algumas dessas preocupações incluem: o aumento da pressão da demanda de serviços; a desmotivação/desmobilização de muitos trabalhadores diante da falta de clareza política do projeto de saúde mental do Município; a falta de clareza quanto ao projeto assistencial; e a falta de reciclagem e de articulação com outros serviços. Intimamente relacionados a essas questões, podem ser citados outros aspectos importantes, tais como: a separação do corpo técnico entre profissionais de nível superior e de nível médio; o grave recuo na forma de abordagem da loucura, em direção à disciplina e à norma; e a supervalorização do papel do psiquiatra e da medicalização. Por fim, devem ser lembrados, como fatores emergentes dos serviços substitutivos: a relegação das oficinas ao segundo plano; os atendimentos resumidos ao individual pelo técnico de referência; e a perda do trabalho em equipe; entre outros.

Mesmo quando a desinstitucionalização abre as portas do hospital psiquiátrico e busca recolocar o portador da doença mental de volta à sociedade a que pertence, permanece a questão trazida por Jovchelovitch (2005):

Onde estão as representações que sustentaram a construção do asilo e as práticas de exclusão radical do paciente psiquiátrico? Anos de reforma psiquiátrica, de lutas antimanicomiais e de reflexão sobre a natureza e o caráter da loucura não foram suficientes para desmantelar os aparatos materiais e simbólicos que Foucault descreveu como o fundamento da relação ocidental com a diferença que a loucura impõe. Essas representações não desapareceram e, enquanto elas estiverem entre nós, o estigma e a segregação continuarão a marcar a experiência e a condição do doente. (p. 8).

Para Jovchelovitch (2005), não basta ‘abrir’ a porta do hospital e ‘deixar’ o paciente na comunidade. A experiência europeia dos últimos 30 anos demonstrou que, entre a retórica e os ideais que norteavam a busca da mudança e a realidade dura da prática, havia uma loucura não pensada. Como justificar a piora no cuidado, a resistência das comunidades para receber os pacientes e as dificuldades imensas que atravessaram os processos de reintegração? Anos de reflexão e persistência na defesa de políticas de atenção à saúde mental na comunidade estão mostrando que o que faltou foi uma consideração sólida e um conhecimento mais detalhado sobre a natureza da doença mental crônica, do manicômio e dos recursos que são necessários para que uma comunidade seja terapêutica. São necessários recursos materiais e humanos para dar sentido e direção ao trabalho que se abre. Mas também se tornam imprescindíveis as parcerias entre profissionais de saúde, comunidades, agentes públicos e governos locais. Finalmente, é essencial que se adote uma postura de pesquisa contínua, que tencione buscar respostas e soluções para a complexidade do problema.

Contudo, mesmo que experienciados ‘aos trancos e barrancos’, pode-se concluir que, no Brasil, os avanços referentes à saúde mental são inegáveis. Apesar do quadro econômico e social ser sombrio no plano mais global, o País apresenta hoje um quadro heterogêneo, complexo e dinâmico, com alguns espaços abertos para o avanço de projetos de desinstitucionalização nos níveis local e regional, com boas perspectivas de ir acumulando experiências e se difundindo gradativamente.

Como afirmam Gonçalves e Sena (2001), apesar das dificuldades enfrentadas, não há mais possibilidade de um recuo desse movimento, pois se trata de um processo social, histórico e dinâmico que já alcançou o sentido do novo. A negação do manicômio já convive com os serviços substitutivos, sendo esta uma nova realidade, exigindo a criação de novas formas de cuidar do doente mental. Contudo, está ocorrendo um choque importante entre as propostas da reforma psiquiátrica

e a devolução ou manutenção do doente mental na família. O doente está sendo entregue à família sem o devido conhecimento de suas reais necessidades e condições, em termos materiais, psicossociais, de saúde e de qualidade de vida.

Considerações Finais

O trabalho proposto pela reforma psiquiátrica objetiva uma nova ética, que pressupõe o respeito às diferenças e a preservação da identidade e da cidadania. Visa também a participação ativa da comunidade, dos familiares e dos profissionais no tratamento da doença mental. Propõe um significativo avanço no tratamento do doente, pois parte do pressuposto de que o indivíduo tem condições de conviver no seu meio social, apesar da patologia, se estiver sendo acolhido por meios eficazes de tratamento, que excluem o enclausuramento.

Na verdade, a luta pela inclusão do portador de sofrimento mental na sociedade significa a tentativa de construir outra sociedade, baseada em novos valores e em novas relações sociais. A luta é por mudanças nas relações entre as pessoas, por uma nova maneira de conviver que reestruture as relações familiares, comunitárias e de trabalho.

Dessa forma, a maior barreira a ser superada na comunidade – e a mais importante – é a estigmatização e a discriminação às pessoas portadoras de transtornos mentais. Necessita-se de uma abordagem em diversos níveis, abrangendo a educação dos profissionais e dos trabalhadores em saúde, o fechamento das instituições psiquiátricas asilares que servem para preservar e reforçar o estigma, a provisão de serviços de saúde mental na comunidade e a implementação de leis para proteger os direitos dos doentes. O combate ao estigma também requer campanhas de informação pública para educar e informar a comunidade sobre a natureza, o grau e o impacto dos transtornos mentais, a fim de dissipar mitos e incentivar atitudes e comportamentos mais positivos.

Referências

- ABOU-YD; SILVA, R. A lógica dos mapas: marcando diferenças. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Ed.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 40-44.
- ALVES, D. et al. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. (Ed.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 197-203.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- BARROS, S. Ensino de enfermagem psiquiátrica e reabilitação psicosocial. In: JORGE, M.; SILVA, W.; OLIVEIRA, F. (Eds.). *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao 3º milênio*. São Paulo: Lemos, 2003. p. 73-80.
- BENEVIDES, R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Revista Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.
- BIRMAN, J.; COSTA, J. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Ed.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 41-72.
- BOARINI, M. O psicólogo e a desinstitucionalização. In: BOARINI, M. (Ed.). *Desafios na atenção à saúde mental*. 2. ed. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2002. p.65-77.
- COLVERA, L.; MACHADO, A. Cuidado da enfermagem em saúde mental: desafio da modernidade. In: JORGE, M.; SILVA, W.; OLIVEIRA, F. (Eds.). *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao 3º milênio*. São Paulo: Lemos, 2000. p. 67-71.
- COSTA, M. Por uma sociedade sem manicômios: buscando a direção. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Ed.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 49-55.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicosocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Ed.). *Ensaios, subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 141-168.
- DAVID JUNIOR, N. Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do doente mental. In: BOARINI, M. (Ed.). *Desafios na atenção à saúde mental*. 2. ed. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2002. p. 32-64.
- DELGADO, P. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: COSTA, S. (Ed.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. p. 171-202.
- DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. 3. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- FOUCAULT, M. *A história da loucura*. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- GONÇALVES, A.; SENA, R. A. Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 32-47, 2001.
- JOVCHELOVITCH, S. Apresentação à edição brasileira. In: JODELET, D. (Ed.). *Loucuras e representações sociais*. Rio de Janeiro: Vozes, 2005. p. 7-9.
- MACÊDO, A.; JORGE, M. Concepções de loucura e sua influência na prática psiquiátrica. In: JORGE, M.; SILVA, W.; OLIVEIRA, F. (Eds.). *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao 3º milênio*. São Paulo: Lemos, 2000. p. 125-148.
- MACIEL, S. et al. Representação Social de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 193-204, 2011.
- OLIVEIRA, F. *Construindo saberes e práticas em saúde mental*. João Pessoa: Ed. UFPB, 2002.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo*. São Paulo: Gráfica Brasil, 2001.
- SOUZA, M. Os novos movimentos sociais: organização políticas dos usuários em saúde mental. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Ed.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 144-152.
- VASCONCELOS, E. *Do hospício à comunidade: mudanças sim, negligência não*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

Recebido para publicação em Fevereiro/2012

Versão definitiva em Maio/2012

Suporte financeiro: Não houve

Conflito de interesses: Inexistente