

PANORAMA HISTÓRICO - POLÍTICO DA LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL: AS INSTABILIDADES DO MOMENTO ATUAL

*Historical - political panorama of anti-asylum struggle in Brazil: the instabilities
of the current moment*

Valdene Rodrigues Amancio¹
Luciano Elia²

Artigo encaminhado: 10/04/2017
Aceito para publicação: 23/06/2017

RESUMO: O estudo faz uma retrospectiva histórica da loucura, passando pela *Narrenschiff* – Nau dos loucos – até o Grande Internamento e as mudanças produzidas por Pinel. Discorre de maneira sucinta sobre as mudanças ocorridas em vários países, debruçando na história dos manicômios no Brasil desde o seu primeiro hospício até a entrada na era psicossocial. No texto, aponta-se as dificuldades do momento atual, como a remanicomialização do campo da Saúde Mental pelo viés das drogas, com a inclusão das Comunidades Terapêuticas no escopo de tratamento. De igual modo, também aponta a redução da maioridade penal, a política de guerra às drogas, de exclusão e extermínio, a criminalização da pobreza e ainda a artificialização da RAPS e a equivocada inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica como colaboradores para o não avanço da Atenção Psicossocial. Por último, o estudo indica a inflexão na política pública da Atenção Psicossocial por fatores que ultrapassam o campo da própria Saúde Mental, como os recentes e desastrosos acontecimentos políticos brasileiros, a saber: o golpe na democracia, a privatização do Estado e das práticas de saúde e educação, a supressão de direitos sociais e trabalhistas e a entrada do Estado brasileiro na ordem neoliberal, o que acarreta sérios efeitos no campo da Saúde Mental. Se podemos admitir que o campo da Atenção Psicossocial vem encontrando cada vez maiores entraves à efetiva implementação, na práxis territorial concreta, dos seus princípios, não nos parece que uma tal constatação deva ensejar seu abandono, mas, pelo contrário, deva advertir-nos quanto à necessidade de reafirmá-los e exigir seu cumprimento em ato na práxis da atenção.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial. Políticas Públicas. Drogas.

ABSTRACT: This study presents a historical retrospective of madness, starting with *Narrenschiiff*, Ship of fools, until the Great Internment and the changes produced by Pinel's thoughts. It briefly discusses the changes that have taken

¹ Psicanalista. Membro do Laço Analítico Escola de Psicanálise. Doutoranda em Pesquisa e Clínica em Psicanálise pela UERJ. Professora universitária. Supervisora de CAPS no Rio de Janeiro e em Minas Gerais. Membro da LEAP Brasil (Agentes da lei contra a Proibição). Membro da ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental)

² Pós Doutor pela PUC-Rio. Professor titular da UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro), coordenador do Mestrado Profissional de Psicanálise do Instituto de Psicologia da UERJ, Procientista, Pesquisador do CNPq. Psicanalista. Membro do Laço Analítico Escola de Psicanálise. Supervisor do CAPSi Pequeno Hans na cidade do Rio de Janeiro.

place in several countries and focuses on the history of asylums in Brazil, from its first hospice to the beginning to the psychosocial age. The aim of the present study is to point out the difficulties of the current moment, such as the manicomialization of the field of Mental Health through the drug bias, with the inclusion of Therapeutic Communities in the scope of treatment. Likewise, it points to the reduction of the criminal majority, the policy of war on drugs – an exclusion and extermination policy –, the poverty criminalization, the artificialization of RAPS and the mistaken inclusion of Mental Health in Primary Care as collaborators for the non-advancement of Psychosocial Care. Finally, it indicates the inflection in the public policy of Psychosocial Care by factors that go beyond the field of Mental Health itself, such as the recent and disastrous Brazilian political events: the coup in democracy, the health and education practices and the State privatizations, the social and labor rights suppression, the Brazilian entrance into the neoliberal order, which has serious effects in the field of Mental Health.

If we can admit that the field of Psychosocial Care has been finding greater obstacles to the effective implementation, in the concrete territorial praxis of its principles, it does not seem to us that such a finding should lead to its abandonment. On the contrary, it should warn us the need to reaffirm them and demand their fulfillment in the act of praxis of Psychosocial Care.

Keywords: Psychosocial Care. Public Policy. Drugs.

1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO CENÁRIO

Segundo nos relata Foucault (2010), a partir da alta Idade Média até o final das Cruzadas, os leprosários multiplicaram-se por toda a Europa. No final da Idade Média, porém, a lepra desaparece do mundo ocidental, não em consequência das práticas médicas, mas pelo efeito da segregação e também pela interrupção do contato com os focos orientais de infecção. Cessando a lepra, os lugares que serviam para mantê-la a distância, tornam-se sem utilidade, deixando, todavia, vivos os valores e imagens que tinham se fixado ao leproso: exclusão e temor que provocavam no grupo social, além de delinear um círculo sagrado à sua volta.

Os jogos de exclusão serão retomados dois ou três séculos mais tarde e presidiários, vagabundos, pobres e loucos tomarão o lugar daquele que tinha a lepra. Em *História da Loucura* vemos que a lepra foi temporariamente substituída pelas doenças venéreas, nascendo uma outra lepra. Essa substituição foi passageira, pois os portadores que começaram a ser recebidos

nos hospitais se misturaram com demais doentes, apesar dos juízos morais que eram feitos a esse tipo de doença.

Ainda em Foucault (2010) confirmamos que a verdadeira herança da lepra, quase dois séculos depois, será a loucura, trazendo de maneira mais evidenciada ainda, as marcas da exclusão, da divisão e de purificação. Na Renascença, vemos surgir uma composição literária onde a tendência era produzir naus com heróis imaginários, tipos sociais e modelos éticos para uma viagem simbólica que figurava seus destinos e verdades. Assim, viu-se muitos compositores na literatura e artistas na pintura seguindo essa inclinação, como, por exemplo, Brant na primeira e Bosch na segunda.

Das muitas naus fictícias, romanescas e também satíricas, a *Narrenchiff*, Nau dos loucos, foi a única que realmente existiu. Tais barcos transportavam de cidade em cidade sua carga composta de sujeitos considerados insanos, que eram obrigados a uma vida totalmente errante. A partida e a chegada dos loucos, essa circulação pelas águas, possuía utilidade social, trazia supostamente segurança para as pessoas da cidade e também era parte de exílios rituais.

A *Narrenchiff* era eficaz para que o louco fosse para longe, ao invés de ficar vagando pela cidade, era “torná-lo prisioneiro de sua própria partida” (FOUCAULT, 2010, p. 12), além de fazer com que a água que o levava também o purificasse.

A navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um, é confiado a seu próprio destino, todo embarque é potencialmente, o último[...]. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o Passageiro por excelência, isto é, prisioneiro da passagem [...]. Sua única verdade e sua única pátria são extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer (FOUCAULT, 2010, p. 12).

Após a figura da *Narrenchiff*, vemos surgir no século XVII as muitas casas de internação. É de 1656 o decreto da fundação do primeiro Hospital Geral em Paris e poucos anos depois de sua criação já possuía 6.000 internos, ou seja, 1% da população da cidade. Tais hospitais são destinados aos pobres. Para lá iam aqueles que de se apresentavam de maneira voluntária e também aqueles recolhidos por autoridades. O hospital não era um estabelecimento médico, mas uma entidade administrativa que podia decidir, julgar e executar por uma autoridade soberana quase plena e por uma jurisdição que não aceitava apelação. A Idade Média criou a segregação dos leprosos e o classicismo inventou o internamento.

As casas de internamento foram muitas vezes estabelecidas nos antigos lugares onde ficavam os leprosos e tiveram início por surgir nessa época, uma nova concepção sobre a miséria, sobre o pobre, sobre aquele que não pode responder por si mesmo. A má interpretação da Reforma Protestante nos países que a adotaram, trouxe uma laicização das obras fazendo existir documentos e ações para contribuir para o desaparecimento da miséria classificando a tarefa como altamente necessária e dos primeiros deveres do cristão. Porém, a tarefa de eliminar a pobreza, foi entregue aos oficiais de justiça através de estabelecimento de casas de trabalho forçado. Essa seria a nova maneira de cumprir o mandamento cristão. A miséria vai passar de uma experiência religiosa que traz santificação, para uma concepção ligada a moral e que a condena. De igual modo, nos países católicos, a direção foi de propiciar um castigo moral para a miséria.

Ao lado dos pobres, a loucura terá também hospitalidade dentro dos muros dos hospitais e lá a encontraremos também no final do século XVIII. Tais instituições foram denominadas *hospitalis*, que, em latim, significa justamente hospedagem, hospedaria, hospitalidade. No início da prática do hospital, ele não era considerado uma instituição médica como é nos dias atuais, mas era resultado de ações de muitas entidades filantrópicas, com a intenção de abrigar, alimentar e oferecer assistência religiosa a pobres, mendigos e doentes.

Na paisagem anterior da Idade Média, a loucura era acolhida e passeava pela cidade, como se o louco viesse de um outro mundo. Nesse momento, o louco será excluído, pois se torna um caso de polícia, que atrapalha a ordem dessa mesma cidade. Nessa época, o internamento dos loucos não tinha preocupação de tratamento e nem tão pouco o sentido médico que tomou posteriormente. Também não era uma atitude de bondade com aqueles que sofriam, mas apenas uma condenação daqueles que eram ociosos (FOUCAULT, 2010).

Na loucura da era clássica, o louco é internado “porque atravessa por conta própria as fronteiras da ordem burguesa, alienando-se fora dos limites sacros de sua ética” (FOUCAULT, 2010, p. 73). Internar era exigência já que sujeito não podia ser ocioso. Tal fato era determinado pela economia, mas também pela moral e religião da época. Na sociedade clássica surge “uma região de neutralidade, uma página em branco onde a vida real da cidade se vê em suspenso” (FOUCAULT, 2010, p. 78): esse lugar é o Hospital Geral.

No século XIX, Pinel encontrou no Hospital Geral, os pobres, desempregados, criminosos, os considerados devassos e também os loucos. Pinel retira todos os que ali estavam, exceto os insanos. O gesto de Pinel pode ser considerado um tipo de reforma, porém, vale lembrar que nem toda reforma traz benefícios, pois apesar dele se vangloriar de ter libertado os loucos, foi seu gesto que inaugura o hospital como um lugar natural para a loucura, um gesto que reedita a “terra de internamentos” (FOUCAULT, 2010, p. 48) como aquela que pertencia aos loucos.

Pelo empuxo ao cientificismo presente no século 19, em particular a partir de sua segunda metade, a psiquiatria vai contestar Pinel, excluindo de seu campo o tratamento moral da loucura. As iniciativas reformadoras terão prosseguimento ao longo do século XIX, visando agora dar orientação científica aos estabelecimentos especializados. Contudo, a história nos mostra, que por trás disso está a exigência feita à psiquiatria, de se retirar das grandes cidades, tanto na Europa, quanto na América do Norte, todas aquelas pessoas que poderiam abalar e perturbar a ordem vigente dessas sociedades (COUTO; ALBERTI, 2008).

A reforma psiquiátrica, movimento com diferentes denominações e configurações, ocorreu inicialmente, na Inglaterra, França, Itália e, posteriormente, no Brasil. Tais reformas tiveram como objetivo repensar o tratamento de pessoas com sofrimento psíquico grave. As Reformas foram a partir de experiências de ruptura com o modelo asilar, que era fundamentado na prática hospitalar e medicamentosa objetivando realizar o tratamento moral e disciplinar para a manutenção da ordem social.

As lutas por transformação deram origem à construção de outras formas de intervenção, que buscaram romper com as concepções estigmatizantes da loucura e com as formas desumanas de tratamento, visando novos modos de cuidar do sofrimento psíquico e de entendê-lo.

2 A HISTÓRIA DOS MANICÔMIOS NO BRASIL

No Brasil do século XIX, temos alguns episódios importantes referentes à loucura: a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, entidade organizada com o fim de reunir médicos para debater assuntos específicos sobre saúde e doenças humanas, e também para definir o papel desse grupo frente a questões de saúde pública e do exercício da medicina, realizou em 1830 um diagnóstico sobre a situação dos loucos na cidade que a partir de então passaram a ser considerados doentes mentais e merecedores de espaço próprio para reclusão e tratamento.

Por denúncias de insalubridade nos porões da Santa Casa de Misericórdia e também das péssimas condições em que viviam os loucos da cidade, em 1841, o imperador D. Pedro II sanciona um decreto de criação do primeiro hospício do Brasil. Tal hospício foi inaugurado em 1852, na cidade do Rio de Janeiro, com o nome de Hospital Psiquiátrico Pedro II, ficando conhecido popularmente como o “Palácio dos Loucos”. É desse mesmo ano a criação da primeira lei que regulamenta a assistência aos doentes mentais no Brasil (OLIVEIRA, 2009).

Várias instituições semelhantes à do Rio de Janeiro foram construídas em outros estados do Brasil, como na Bahia, Minas Gerais, Pernambuco e São

Paulo. Assim como acontecia na Europa, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro ressaltava a necessidade de um tratamento que tendia desde o início para a exclusão (SOUZA, 2007).

Segundo Oliveira (2009), alguns anos após a criação do hospício Pedro II, relatórios já acusavam sua superlotação devido à entrada indiscriminada de pacientes em todas as condições, curáveis e incuráveis, com problemas mentais ou meros indigentes. Os anos que se seguiram até o término deste século não viram grandes mudanças na forma de tratamento da loucura, verificando-se apenas a consolidação do ensino e da prática da psiquiatria no país, que se tornou especialidade médica autônoma em 1912.

Já no século XX, temos como principais acontecimentos, a criação do Manicômio Judiciário no ano de 1919. Este se encarregou dos doentes mentais que cometiam delitos. Em 1925, Osório César, pioneiro na utilização das artes plásticas como método terapêutico, assume a direção do Hospital do Juqueri em São Paulo. Em 1934, o decreto de Nº 24.559, reforma a lei de assistência aos doentes mentais, mas o que impera é o tratamento através da exclusão.

Continuando nossa retrospectiva histórica, no final dos anos 50, encontram-se mais eminentemente nos hospitais psiquiátricos, uma grave situação caracterizada por superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, falta de vestuário e de alimentação, parques cuidados técnicos e condições físicas precárias. Por conta do descrédito dos hospícios públicos houve a entrada da iniciativa privada nesse campo. Em 1964, ano do golpe militar no Brasil, até os anos 70, tais clínicas privadas se proliferaram. Os hospitais funcionavam como depósitos humanos e visavam os benefícios financeiros dos proprietários de hospitais através de convênios que mantinham esse quadro (SOUZA, 2007).

Oswaldo Cruz e Juliano Moreira foram dois nomes que se destacaram no governo de Rodrigues Alves, e tiveram a missão de “limpar” a cidade do Rio de Janeiro do risco de infecção produzida pela falta de saneamento e planejamentos urbanos, tanto da massa de desempregados quanto da de indigentes que habitavam as ruas da cidade. Tal fato aponta para uma das

peculiaridades da Reforma Psiquiátrica Brasileira: sua associação com a medicina higienista.

Juliano Moreira foi ao encontro da determinação do governo de tirar de circulação as sobras humanas do processo de expurgo, colocá-las num asilo e recuperá-las, se possível. Ao fazer o levantamento do perfil da população do asilo percebeu-se que havia um grande número de estrangeiros, bem como de seus descendentes diretos. Tal dado fez Moreira chegar à absurda conclusão que a doença mental provinha da corrupção da pureza indígena produzida pelos europeus que vieram para o Brasil, ideia essa baseada na pureza dos donos das terras (RESENDE, 1987).

A ideologia do trabalho como contribuição da sanidade influenciou também a internação daqueles que não eram considerados doentes, pois o enclausuramento passou a ser a solução para várias questões que não tinham resolução da parte do governo. A população das colônias de alienados brasileiras era composta não apenas de pacientes crônicos como por pessoas que determinados fatos de história de vida determinavam sua internação: “doenças” como a de moças namoradeiras que perderam a virgindade, crianças que perderam os pais, mendigos e pessoas que faziam arruaças. Tais pessoas, por intermédio do chefe de polícia local ou do delegado de polícia encontravam no encaminhamento ao hospício a solução definitiva para suas vidas (RESENDE, 1987).

Na era Vargas, as instituições desse modelo não sofreram grandes mudanças, acontecendo apenas a reforma e ampliação das instalações existentes. Houve criação de outros hospitais de modelo colônia agrícola em larga escala sendo todos financiados pelo Governo Federal.

Vemos pelo relato acima que as políticas públicas de Saúde Mental no Brasil tiveram como mola mestra em seu início, o modelo manicomial, que só veio a ser contestado a partir do final da década de 1960. Vale dizer que na década de 60 houve um fator que gerou consequências para a política de saúde de nosso país, que foi a privatização dos hospitais psiquiátricos prestadores de serviço. Tais hospitais privados recebiam subsídio do Estado e eram favorecidos por políticos, gerando renda aos proprietários que, muitas

vezes, mantinham as condições de tratamento muito piores que as dos hospitais públicos, além de provocarem um inchaço do número de pacientes devido internações desnecessárias, superlotando os manicômios de desempregados, indigentes, pobres, mendigos, já que quanto mais pacientes internados, mais lucro para seus donos.

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No Brasil, a partir da metade da década de 70, vemos a tentativa da restauração democrática, trazendo entre outros, o desafio do resgate da cidadania de pessoas que estavam debaixo de tutela. A questão da loucura ganha uma nova inclinação: a crítica ao manicômio deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria tais como a normatização e controle.

Passa-se nessa época a se lutar “Por uma sociedade sem manicômios” e movimentos compostos por trabalhadores, usuários e seus familiares vão ganhando força em todo país. A expressão “Reforma Psiquiátrica” é parte do saber psiquiátrico moderno desde o seu princípio e tomada como uma das muitas especialidades da medicina (COUTO; ALBERTI, 2008). Todavia, no Brasil o termo ganhou nova conotação, desde que se começaram os movimentos acima mencionados e, apesar de considerarmos as várias mudanças feitas ao longo dos anos e acima descritas, optamos por usar a expressão “Reforma Psiquiátrica” como define Amarante (2013) e outros teóricos, para marcar o divisor de águas que esta última mudança produziu no Brasil:

um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria [...] Tem como fundamentos não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas

também - e principalmente - uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 2013, p. 87).

É na década de 70 que a política de exclusão começa a ser contestada e com ela as condições das instalações dos manicômios, do trabalho da equipe, da superlotação dos internos etc. Três eventos políticos importantes colaboraram para o questionamento da Política Pública de Saúde Mental vigente até então. Segundo Delgado (1998) um dos eventos foi o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que aconteceu entre os meses de agosto e setembro de 1977 em Santa Catarina, na cidade de Camboriú. O autor cita também o I Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental ocorrido em janeiro de 1979 em São Paulo, e o Congresso Mineiro de Psiquiatria, em novembro do mesmo ano, que teve como tema a violência praticada nas instituições psiquiátricas. Esteve presente neste último evento, o psiquiatra Franco Basaglia que trouxe sua experiência de Trieste e com isso estimulou o movimento da Reforma Psiquiátrica em nosso país.

Na década de 80, aconteceu a reforma e ampliação de alguns hospitais psiquiátricos. O modelo ambulatorial de Saúde Mental como suplemento ao manicômio foi ampliado, colaborando para atender as exigências dos primeiros anos da Reforma.

Nesta mesma década, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental ganha prestígio contando com a participação de pacientes que estiveram internados e familiares de internos, além dos profissionais da área. Em 1987 é levantada a bandeira "Por uma sociedade sem manicômios" na I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizada na cidade do Rio de Janeiro, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), já que humanizar os manicômios passou a ser pouco. O Movimento passou a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede

privada manicomial, e fazer crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico (FIGUEIREDO, 2010).

Outros fatores que contribuíram para a Reforma foram a constituição federal de 1988, a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) sem os quais a Reforma não teria se efetivado.

Através do projeto de lei 3.657, apresentado ao Congresso Nacional pelo deputado Paulo Delgado em 1989, inicia-se em nível nacional o movimento crescente de alterações das políticas públicas de Saúde Mental. É Delgado (2001) que sugere o termo atenção psicossocial, que englobaria o paciente em diferentes pontos de vista e não apenas no seu tratamento.

O projeto proporciona abertura das portas dos hospitais psiquiátricos para os técnicos e pesquisadores de diversas áreas e também para alta de vários pacientes que permaneciam internados há muitas décadas, sem interrupção. O debate sobre uma futura lei de Saúde Mental é aberto, já que a lei em vigor datava de 1934 e se baseava exclusivamente no modelo de exclusão dos pacientes em conformidade com a primeira legislação brasileira específica sobre assistência a doentes mentais que datava de 1903 (OLIVEIRA, 2009).

Chamamos de Reforma Psiquiátrica ao conjunto de modificações acontecidas a partir dos anos setenta no modelo de assistência psiquiátrica pública, bem como na teoria, na metodologia, na ética e nas práticas que as sustentam. Tal processo envolve aspectos políticos, econômicos e sociais e tem caráter multidisciplinar, convocando todos os saberes relacionados com a saúde e a sociedade de modo crítico: psicologia clínica, psicologia social e institucional, psiquiatria social, psiquiatria clínica, psicanálise, história, filosofia, antropologia, sociologia ciência política, direito, pedagogia e demais áreas técnicas do campo do cuidado a doentes mentais que é por estrutura pluriprofissional: assistência social, terapia ocupacional, musicoterapia, enfermagem, e outras especialidades médicas, tais como neurologia, clínica médica e pediatria. Esse processo assume a dimensão de um movimento social que tem por objetivo principal a retirada do manicômio como a assistência única de saúde mental no Brasil (AMANCIO, 2012).

Como parte importante dessa Reforma, no início dos anos 90, inicia-se a era nomeada por Figueiredo (2010) de “era psicossocial”, a partir da insuficiência dos ambulatórios na formação de uma rede de atendimento para prevenir, evitar ou reduzir internações psiquiátricas.

Um dos principais dispositivos da Reforma Psiquiátrica é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Tal dispositivo foi criado oficialmente a partir da Portaria GM 224/92. Tanto a criação do primeiro CAPS, o CAPS Luis da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva, inaugurado em março de 1986 na cidade de São Paulo (BRASIL, 2004a) como a de muitos outros, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de Saúde Mental que lutavam pela melhora da assistência no Brasil bem como denunciavam a precária situação dos hospitais psiquiátricos que eram o único recurso destinado aos usuários que necessitavam de tratamento (BRASIL, 2004b).

Com a regulamentação do CAPS a internação deixou de ser o único recurso disponível para o tratamento da loucura e passou a ser um recurso aplicável, indicável, necessário e em alguns casos indispensável desde que articulada a uma rede de cuidados, cuja lógica pautada nas ações comunitárias, territoriais, intersetoriais, não é a lógica da segregação, da exclusão, da internação como exclusão social no próprio seio da sociedade.

Em 1989 vemos acontecer a chamada “revolta de Santos” com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta e criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que também funcionavam como CAPS. A partir desse mesmo ano tramita no Congresso o “projeto de lei Paulo Delgado” que redireciona o modelo de assistência em Saúde Mental, dispondo oficialmente sobre a redução de leitos psiquiátricos e a extinção progressiva dos manicômios, bem como sobre a não construção de hospitais especializados e controle das internações involuntárias. Tal lei foi sancionada apenas doze anos depois, com modificações, a Lei 10.216 em 6/4/2001, que fez este ano 16 anos. Neste momento, porém, o financiamento da assistência em Saúde Mental girava ainda, em torno de 90% para hospitais psiquiátricos (FIGUEIREDO, 2010; BRASIL, 1992).

Pela entrada de outras disciplinas e técnicos, bem como à atenção a Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica passou a reivindicar o resgate da cidadania. A Reforma ampliou o seu campo, não ficando mais restrita apenas à psiquiatria, além de tornar-se um problema de cunho social e político, sendo que a assistência em saúde pública se tornou apenas um de seus aspectos. Houve consolidação da Luta Antimanicomial como movimento político organizado com a forte participação de usuários, familiares e profissionais engajados nas propostas radicais da Reforma que vai tomando lugar sobre o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental na cena política.

Na década de 90, temos a Declaração de Caracas, ocorrida em 1990 e adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), anunciou, dentre outras coisas, que a reestruturação da atenção psiquiátrica implicava na revisão crítica do papel centralizador e de supremacia do manicômio na prestação de serviços. Também enfatizou que os recursos, cuidado e tratamento deveriam garantir a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis, sendo estes garantidos pelas legislações dos países. O outro fato dessa década foi a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), realizada em 1992, em Brasília, com o tema “Atenção Integral e Cidadania”, havendo participação efetiva do Ministério da Saúde com proposta na via de consolidação do SUS (BRASIL, 1992).

Das propostas da II CNSM constou a articulação dos recursos existentes na comunidade, favorecendo a integração do usuário dos serviços de saúde e fortalecendo os movimentos identificados com as novas reformas da saúde. Uma das propostas que merecem destaque é a efetivação do trabalho em equipe multiprofissional com profissionais de outros campos do conhecimento, tais como os trabalhadores das áreas artística, cultural e educacional.

A entrada do século XXI viu ser sancionada a Lei 10.216, em 06/04/2001 que reorientava o modelo assistencial em Saúde Mental e também de novas portarias do Ministério da Saúde. O argumento da “atenção psicossocial” foi estabelecido pela Lei Federal 10.216, colocando a Reforma Psiquiátrica em outra fase, já que trazia o debate sobre cidadania e as políticas públicas. A internação de involuntária passou a ser voluntária, salvo em casos em que se

justifiquem os motivos. O respeito à capacidade civil do louco que antes era desconsiderada passou a existir. O paciente ao solicitar um benefício por incapacidade de executar suas atividades laborais perdia seus direitos civis, ficando sob curatela. A lei 10.216 possibilita argumentar sobre a garantia de determinados direitos, afirmando que a capacidade civil não necessariamente precisa ser anulada por conta da incapacidade de trabalho.

Além da Lei 10.216 acontece também em 2001 a III CNSM com o lema “Cuidar sim, excluir não!”, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Saúde Mental, com a participação de convidados internacionais, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS e ampla participação de usuários. Uma das principais propostas da conferência (BRASIL, 2001) foi a extinção de todos os leitos em hospitais psiquiátricos do país (88% do orçamento da Saúde Mental) até 2004 para consolidar o movimento de “Sociedade sem Manicômios”. A Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 regulamentou os serviços substitutivos que surgiram no Brasil, tais como o CAPS, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e o Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) integrando-os à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e reconhecendo e ampliando o funcionamento e a complexidade dos CAPS que tem como missão dar atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004b).

Tem início o processo de implantação nacional dos CAPS, havendo no ano 2000 mais de 240 CAPS contra apenas 03 em 1990 (BRASIL, 2001). Em 2004 celebra-se no I Congresso Brasileiro de CAPS, promovido pelo Ministério da Saúde na cidade de São Paulo, a implantação de 500 CAPS.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu grandes avanços políticos, sociais e clínicos, escrevendo o Brasil como um dos países mais avançados no campo da assistência aos pacientes com graves sofrimentos psíquicos, tornando como diretriz legal a atenção psicossocial, que tem como paradigma

uma ampliação do alvo das intervenções, no sentido de tratar a psicose no próprio meio social e promover as condições de preservar ou resgatar os laços de pertencimento do paciente. Esse objetivo vinha sendo amplamente atingido no Brasil que figura hoje entre os países que mais operaram mudanças na humanização e na qualificação dos cuidados aos seus doentes mentais, tal como foi verificado no Encontro chamado “Carta de Caracas: 15 anos depois”, realizado em Brasília em 2005, em que se comemoraram os 15 anos da Carta de Caracas, que estabeleceu tarefas políticas aos países que dela participaram, e que, após 15 anos, no evento considerado, foi feita a verificação de que o Brasil foi o país que mais fez em relação ao estabelecido em 1990, em Caracas. (BRASIL, 2001).

Em 2010, ocorreu IV CNSM, primeira conferência oficialmente intersetorial, com apoio significativo da Secretaria de Direitos Humanos além da participação maciça de usuários e familiares. O tema este ano foi “Consolidar avanços e enfrentar desafios”. Em relação às conferências anteriores a intersetorialidade representou um avanço fundamental, atendendo as exigências concretas a partir das mudanças do modelo de atenção. A partir da IV CNSM verificamos a consolidação da rede de atenção psicossocial na perspectiva da intersetorialidade.

Os CAPS se consolidaram efetivamente como principal dispositivo estratégico da Reforma Psiquiátrica. No final de 2004, ano da realização do I Congresso Nacional de CAPS, em São Paulo, verificou-se que existiam 605 CAPS até aquele momento e em 2010 eram 1.620 CAPS no Brasil. A publicação da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2015) no gráfico denominado “série histórica dos CAPS habilitados no Brasil” no período de 1998 até 2014, registram um total de 2.209 CAPS existentes no país até o ano de 2014. Deste total, a tabela “série histórica dos CAPS habilitados no Brasil por tipo”, na mesma publicação anteriormente citada, especifica que:

- 1.069 são CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial para territórios a partir de 15 mil habitantes, responsáveis pelo cuidado de pacientes adultos ou da faixa

etária infanto-juvenil com graves sofrimentos psíquicos ou do campo de álcool e outras drogas).

- 476 são CAPS II (Para territórios maiores responsáveis pelo cuidado de pacientes adultos com graves sofrimentos psíquicos).

- 85 CAPS III (Para territórios maiores, responsáveis pelo cuidado de pacientes adultos com grave sofrimento psíquico e com funcionamento 24 horas).

- 201 são CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência responsáveis pelo cuidado de pacientes da faixa etária infanto-juvenil com graves sofrimentos psíquicos e/ou do campo de álcool e outras drogas).

- 309 são CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, responsáveis pelo cuidado de pacientes adultos do campo de álcool e outras drogas).

- 69 são CAPSad III (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e com funcionamento 24 horas responsáveis pelo cuidado de pacientes adultos com graves sofrimentos psíquicos do campo de álcool e outras drogas).

Vemos que, para pacientes onde o uso prejudicial de álcool e outras drogas é prevalente, passam a existir, a partir de 2002, os CAPSad (BRASIL, 2004a). A partir do ano de 2011, são criados os CAPSad III (Haviam 05 em 2011, 27 em 2012, 47 em 2013 e 69 em 2014).

4 A REMANICOMIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Não podemos apenas celebrar a existência destes 69 dispositivos para tratamento de álcool e drogas até 2014, sem relembrar o que já havíamos destacado no final de nossa pesquisa a respeito do que acontecia no início do ano de 2012: a determinação da internação compulsória de jovens usuários de crack em situação de rua nos grandes centros do Brasil e a inclusão das Comunidades Terapêuticas para o tratamento de álcool e outras drogas na Rede de Atenção Psicossocial, marcando uma mudança do eixo das políticas públicas construídas ao longo dos anos por nós trabalhadores, onde a direção era a redução de danos, os consultórios de rua e sobretudo o tratamento em regime aberto em CAPSad (AMANCIO, 2012). As propostas concretizadas em

2012 e mantidas atualmente são de saneamento, limpeza, ordem, desintoxicação e abstinência. Tal direção é a remanicomialização do campo de Saúde Mental pelo viés das drogas e como consequência, a violação dos direitos humanos de pacientes com grave sofrimento psíquico e/ou em uso prejudicial de drogas.

O programa *Crack, é possível vencer*, implantado em 2012, já recebeu inúmeras críticas de vários trabalhadores e pesquisadores da Atenção Psicossocial, especialmente por incluir as Comunidades Terapêuticas em seu escopo de tratamento, o que consideramos um grande desvio do campo da Atenção Psicossocial.

Hart (2014b), neurocientista dos Estados Unidos, em visita ao Brasil a convite da Universidade Cândido Mendes, também critica o programa apresentado pelo governo brasileiro e propõe uma mudança de “*Crack, é possível vencer*” para “*Crack, é possível entender*”, pois a proposta de se vencer o crack tem a ver com a “guerra às drogas” e com foco na substância e não no usuário abusivo de drogas.

O pesquisador declara que o Brasil está “de volta para o futuro”, visto acontecer no presente, o que acontecia nos Estados Unidos nos anos 80, ou seja, a “guerra às drogas”, que se mostrou ineficaz como política de drogas naquele país, assim como se mostra inoperante no Brasil. Hart está em sintonia com os princípios iniciais da política pública de saúde mental brasileira no que diz respeito ao tratamento de pacientes em uso prejudicial de drogas ao contrário do que vem sendo proposto desde 2012 e que prejudica o progresso da Reforma.

Outro ponto que influencia os avanços da Reforma é a questão da redução da maioridade penal apontada como uma das soluções para a diminuição da criminalidade. Sobre isso, Zaccone (2015) afirma que o grande problema no Brasil não é a violência praticada pelo adolescente, mas contra ele. O autor relata que, em 2011, a Anistia Internacional estudou 20 países que ainda têm pena de morte. Nesses países, foram executadas 676 pessoas naquele ano. No mesmo período, segundo o pesquisador, as polícias do Rio de Janeiro e de São Paulo mataram 961 pessoas, ou seja, um número 42% maior

do que o de pessoas executadas nos 20 países onde a pena de morte é a lei vigente. Tais mortes, em grande parte, estão relacionadas com o tráfico e a “guerra às drogas” que tem matado mais do que o uso de drogas propriamente dito. Segundo pesquisas, no Rio de Janeiro, 1/4 das mortes por homicídio doloso, ou seja, com intenção de matar, estão relacionadas a repressão do tráfico de drogas (LEAP, 2017).

A LEAP (*Law Enforcement Against Prohibition*) Brasil, Agentes da Lei contra a Proibição, associação formada por juízes, delegados, policiais militares e civis, presente no cenário brasileiro desde 2010, aponta a falência da atual política de drogas e como o abuso de drogas e a violência das gangues aumentam no ambiente proibicionista.

Defendemos com a LEAP BRASIL (2017) a supressão da política de proibição das drogas e o estabelecimento de uma política alternativa de controle e regulação das drogas. O uso prejudicial de drogas é um problema de saúde e não diz respeito ao sistema penal, na medida em que tal uso não afete outras pessoas ou a propriedade alheia. Há no Brasil um número de pessoas que tem sido indevidamente enclausuradas por violação de leis criminalizadoras de delitos sem violência e consensuais relacionados a drogas. Tais pessoas são geralmente pobres e negras. Zaccone (2014) corrobora este pensamento, afirmando que entre os anos de 2002 e 2012 morreram 72% mais negros do que brancos no Brasil, ou seja, estes dados apontam para a criminalização da pobreza.

O senso comum defende que o crack destruiu favelas e que ameaça a vida. Hart (2014a) questiona se antes do surgimento do crack não haviam problemas sociais e afirma que as pessoas não assaltam, violentam e matam por causa do crack. As reportagens jornalísticas geralmente afirmam o contrário, assim como relacionam a população em situação de rua com o uso prejudicial de drogas e o tráfico. É fato que há muitos crimes relacionados com o uso de drogas, porém as pesquisas mostram que a maioria não faz uso abusivo de drogas.

Fizemos essa longa digressão para afirmar que o atual cenário da Atenção Psicossocial tem colaborado para a violação dos direitos humanos,

especialmente no que diz respeito a política de drogas, pois repete o modelo manicomial.

As três lógicas propostas por Cirino (2014) apontam a boa direção para a Atenção Psicossocial. Primeiramente a lógica da redução de danos, onde as práticas e cuidados devem diminuir os prejuízos que o uso prejudicial de drogas pode acarretar, levando a um mais além da lógica da abstinência que não deve se constituir o objetivo do tratamento. Em segundo lugar, a lógica da reforma psiquiátrica de cuidados em rede de atenção psicossocial, cuidados que não segreguem o paciente e não o tornem posse ou responsabilidade de um único serviço. Por último, a lógica clínica, que tem como parâmetro de que todos não são iguais perante a droga e que nada é mais diferente de um paciente que faz uso prejudicial de drogas do que outro paciente que faz uso prejudicial de drogas.

Trabalhar na Atenção Psicossocial é um trabalho que antes de tudo, deve interferir não só nos sujeitos que propomos tratar, mas em nós trabalhadores que propomos fazer clínica. Afirmamos que não é possível fazer clínica nos CAPS sem militância política. Não é possível operar sem militar contra a segregação, contra a violação dos direitos humanos, contra a criminalização da pobreza e contra as instituições e pensamentos manicomialistas.

Defendemos que o caminho para o bom enfrentamento do problema do uso prejudicial de drogas é a via da Atenção Psicossocial. Porém, o atual cenário político e o sanitarismo tecnicista dificulta que isso ocorra. A Rede de Atenção Psicossocial precisa antes de mais nada criar dispositivos de acolhimento de crianças, adolescentes e adultos em uso abusivo de drogas, e isso implica o movimento de ir para a rua. Não se trata exatamente de propor a criação de mais CAPSad, pois tais dispositivos precisariam ser completamente reestruturados em sua proposta, sobretudo quando voltados para o segmento infanto-juvenil. É preciso criar dispositivos de abordagem, acolhimento e intervenção na rua.

Passamos assim à parte final deste escrito, que procura analisar as coordenadas e os eixos de cenário atual, no sentido de tornar minimamente

inteligível o processo que vem produzindo esta obscura atualização do cenário das políticas públicas de saúde mental, em um momento no qual a própria qualificação de *pública* atribuída a política se tornou incerta. Ainda teremos políticas públicas quando o próprio estado se privatiza?

5 INFLEXÕES NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL

Nenhum trabalhador e/ou pesquisador (esses dois atributos devem caminhar juntos) do campo da saúde mental com formação crítica desconhece que atravessamos um grande e preocupante retrocesso em relação às conquistas sociais, clínicas e políticas conquistadas ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Tal retrocesso se deve a fatores que ultrapassam o campo da própria saúde mental, como os recentes e desastrosos acontecimentos políticos brasileiros revelam de modo traumático: golpe na democracia, *impeachment* sem causa consistente (por causas estritamente ligadas ao jogo político), privatização galopante do Estado e das práticas dos setores mais estratégicos em termos sociais, como a saúde e a educação, supressão de programas sociais e mais recentemente dos próprios direitos trabalhistas (disfarçados pelo termo de *flexibilização*, entre muitos outros danos sociais e políticos.

Este processo, que na verdade é de escala mundial, inicia-se no Brasil antes mesmo dos governos petistas (de Lula e Dilma), com Fernando Henrique Cardoso, que desencadeia o que podemos chamar de entrada do Estado brasileiro na ordem neoliberal, caracterizada primordialmente pela redução (deliberada e voluntária, e não passiva) do Estado, privatização, transformação de direitos sociais (que caberia ao Estado assegurar) em serviços sociais que o Estado passa a prestar para logo em seguida transferir esta tarefa para organizações sociais (pois que, se são serviços a serem prestados, inserindo-se na ordem do mercado global de serviços, podem ser prestados por qualquer outra instância social privada). Os governos do PT, em que pesem suas enormes conquistas sociais, não conseguiram deter este processo, que em

última instância é o principal fator de sua própria destituição ilegítima e pela tomada do Estado brasileiro pelas forças neoliberais através do *impeachment* de 2016.

Ora, interessa-nos apontar aqui os efeitos desse processo no campo da saúde mental. Verificamos que foi pelo viés do chamado "combate às drogas" que as conquistas que a Reforma obteve no campo do tratamento do portador de sofrimento psíquico grave e persistente e na luta antimanicomial vem sendo a cada dia perdidas para a reinstalação no Brasil de uma lógica manicomial, de exclusão, de criminalização, controle e segregação social.

As políticas públicas de Saúde Mental, dentro de cujo escopo entendemos que se devem situar as políticas de enfrentamento do uso abusivo de drogas - embora nenhum governo, nem mesmo os governos petistas, tenha incorporado esta política no âmbito do Ministério da Saúde, na medida em que, desde a sua criação a SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas) foi mantida seja no Gabinete Civil da Presidência da República seja no Ministério da Justiça - vem sofrendo um crescente processo de burocratização que consiste na substituição de princípios por protocolos, procedimentos e metas, todos norteados pela ideia de produtividade, otimização da relação custo/benefício, próprios à lógica do mundo empresarial privado. Trata-se da privatização e do empresariamento do Estado, características essenciais do neoliberalismo. A própria Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tida por muitos como um "avanço" no campo da atenção psicossocial, é uma expressão dos efeitos neoliberais na política de saúde mental, ao artificializar, por protocolos, procedimentos e sub-redes - por exemplo, a RUE (Rede de Urgência e Emergência) - o que até então era uma rede viva de articulação de território a partir da encarnação, nos CAPS, dos princípios de uma política pública que concebia a saúde mental como uma questão de direito a ser assegurado, mais do que serviço a ser prestado. Ainda que possamos facilmente admitir que o campo da atenção psicossocial vinha encontrando cada vez maiores entraves à efetiva implementação, na práxis territorial concreta, desses princípios, não nos parece que uma tal constatação deva ensejar seu abandono mas, pelo contrário, deveria advertir-nos quanto à

necessidade de reafirmá-los e exigir seu cumprimento em ato na práxis da atenção. O enfraquecimento político do campo da atenção psicossocial não atenta sua superação, mas denuncia o ganho de terreno por parte das forças que se lhe opõem, forças que são, em última instância, de inspiração manicomialista.

Este processo de enfraquecimento se inicia, na verdade, no momento em que a atenção psicossocial passa a ser subsumida pela atenção primária. Ora, se examinarmos de perto esta questão, verificaremos que esta incorporação, que parece um avanço, conduz na verdade ao retrocesso. Os princípios basaglianos da Reforma Psiquiátrica Brasileira indicam outra direção, inteiramente diversa, na medida em que Basaglia, por sua formação marxista, não concebia a questão da loucura em termos sanitários, mas sim em termos primordialmente sócio-políticos, o que não significa que ele desprezasse a dimensão da clínica e do sofrimento, como muitos pensam. Ao afirmar que *todo sofrimento é sofrimento em relação com o corpo social*, Basaglia não deixa dúvidas quanto à sua posição: há sofrimento, ele precisa ser cuidado, tratado, mas qualquer forma de cuidado ou tratamento deverá ancorar-se na necessária articulação do corpo que sofre com o corpo social.

Dir-se-á que a regência da atenção primária não implica, necessariamente, a sanitarização, e que a própria saúde, desde que concebida de forma crítica, não cabe em um campo estritamente sanitário, implicado seu atravessamento pelas dimensões sociológica, antropológica, histórica, política, etc. Concordamos, é claro, com este argumento, mas então perguntaríamos: se é assim, e se o campo da atenção psicossocial já teve sua emergência conceitual e política não como um dos níveis de atenção à saúde mas como uma modalidade de atenção capaz de responder pelas *especificidades* das problemáticas psicossociais que lhe correspondem (a loucura, o sofrimento psíquico, o uso abusivo de drogas, as situações de vulnerabilidade e desproteção social - como as situações de vida na rua - o esgarçamento ou mesmo inexistência de laços sociais, entre outras situações que atingem diretamente e em cheio as condições *psíquicas* pelo viés de sua relação com o *corpo social concreto*) justamente por não se caracterizar por nenhuma forma

de prática *especializada* - isto é, mantendo aberta a hiância conceitual entre especificidade e especialidade - por que não sustentá-lo como tal? Por que inseri-lo na atenção primária, o que faz com que ele seja aspirado para o topo da pirâmide dos níveis de atenção, o que o transforma no que ele jamais deveria ser - um *serviço especializado*? Sabemos que a RAPS o define assim - ainda que, posteriormente - uma alteração no texto da Portaria 8080/2011 tenha retirado este atributo (por terem seus autores percebido o dano que isso causou), e sobretudo testemunhamos que, a partir dela, passou a ser moeda corrente entre profissionais de saúde mental a referência ao CAPS como serviço especializado, o que o despotencializa clínica e politicamente.

Além disso, a subsunção da atenção psicossocial na atenção básica tem favorecido o crescimento da medicalização da atenção. O deslocamento do consultório *de* rua, dispositivo da atenção psicossocial, para o consultório *na* rua, dispositivo da atenção básica, tendo este deslocamento de preposições, nada ingênuo nem anódino, tem exatamente esta direção.

Um estudo linguístico da diferença entre as preposições *de* e *em* indica que a primeira (*de*) permite uma transitividade entre os sintagmas que ela, como preposição, cuja função é ser um conectivo entre sintagmas, tem por função conectar, *enquanto* que a segunda (*em*) suspende, em larga medida, esta transitividade, mantendo cada sintagma conectado, porém de modo "encapsulado", ou seja, preservando suas características e sua significação individuais, aquelas que ele já possuía antes da conexão. Um exemplo disso é o modo como algumas Igrejas evangélicas se autodenominam ao referir-se ao local em que estão estabelecidas: "Primeira Igreja Batista *em* Realengo" (e não *de* Realengo), querendo com esse uso da preposição *em* expressar exatamente que ela é a mesma, seja onde estiver estabelecida. Se no caso da Igreja isso exprime algo que lhe é importante (sua *mesmidade* essencial), no caso do dispositivo *consultório de/na rua* essa preservação da mesmidade é justamente o aspecto que se torna problemático.

Assim, podemos dizer que o *consultório de rua* sofre, enquanto consultório os efeitos "da rua", é por ela afetado, modifica-se por ser um consultório de rua, tendo que se alterar interna e permanentemente em função

desta sua condição "de rua". Já o *consultório na rua* pode se manter intacto como um consultório, ainda que deslocando-se na rua, pela cidade, como efetivamente se verifica na prática: uma van contendo alguns profissionais de branco - médicos e os ditos "paramédicos" - que se desloca em determinadas regiões ou territórios urbanos para exercer determinado tipo de atendimento, tornando-o mais acessível à população, aspecto que em si mesmo é fundamental e próprio ao alcance social que a atenção primária em saúde pode e deve ter. No entanto, no caso da intervenção junto à população usuária de drogas no local onde ela vive e faz esse uso, por exemplo, o grau em que o dispositivo deve ser afetado pelas situações inusitadas e surpreendentes que o contato com os sujeitos usuários indefectivelmente traz torna-se um fator essencial e decisivo para o êxito da tarefa, permitindo a despatologização, a desmedicalização e evidenciando a homologia necessária entre o modo de abordagem e a problemática a ser abordada.

A ideia de que uma crise psíquica (psicótica, por exemplo) possa ou deva ser acolhida e tratada em um dispositivo como uma UPA, por exemplo, pode parecer altamente inclusiva: o sujeito será atendido do mesmo modo como alguém que tivesse tido uma crise cardíaca ou gástrica aguda, e após o atendimento de sua emergência retornará para casa e para sua vida. Mas na verdade esta concepção e esta direção da ação de cuidado desatende justamente aos critérios de especificidade da crise em questão, que é um modo do sujeito se constituir e se colocar no laço social, laço que precisa suportá-lo em sua condição real, sua especificidade (no caso, a posição subjetiva psicótica), ao invés de, sob o pretexto da inclusão, aplainar essa diferença, que no plano do real é uma diferença radical, nada promovendo, na verdade, no sentido de um trabalho de alteração do tecido social que o faça comportar essa diferença.

Para concluir, sobre a questão das políticas e práticas de enfrentamento do uso abusivo de drogas, diremos que, diferentemente das práticas de atenção psicossocial com aqueles que sofrem demasiadamente em consequência de sua diferença radical no laço social, os que usam drogas demasiadamente não exibem esta diferença radical de posição subjetiva que

denominamos de psicose. Sua problemática é das mais diversas ordens, mas todas atravessadas pelo denominador comum da violência e da segregação social. A droga não pode, salvo cinismo "científico", desonestidade intelectual ou ausência de pensamento crítico, ser considerada como o problema a ser tratado. Ela se insere em uma problemática tão diversa quanto complexa de fatores psicossociais, e aqui talvez mais do que nunca esse termo encontre sua mais verdadeira significação, desde que não seja tomado como mero signo contendo fatores *psíquicos* e *sociais* meramente justapostos, contíguos, descasados, como no trinômio *bio-psico-social* cuja carência de vigor conceitual é das mais gritantes, mas como um *significante* que, como tal, se presta a assumir diferentes significados segundo as especificidades do caso a caso, mas sempre situando o que é um sujeito (dotado de desejo, gozo, fantasia, sintoma, sofrimento, inconsciente, etc.) tomado na trama de um laço social, em relação com o corpo social, que, em seu caso, é um corpo inóspito, espinhoso, violento e miserável.

Não se trata, assim, de tratar desses sujeitos como se eles fossem portadores de algum *quadro clínico* (toxicomania, dependência química ou transtornos catalogados nas listas dos manuais diagnósticos idiotizantes, como o DSM), mas de criar formas de abordagem desses sujeitos em seu próprio espaço e circuito social e territorial, em suas *idades* - que podem ser várias em uma mesma cidade - já que eles são perfeitamente capazes de se sustentar na cidade, de circular nela, e quando não conseguem isso é porque a polícia, a serviços das elites urbanas, os expulsa ou extermina.

Qualquer política pública séria e consequente que queira efetivamente enfrentar com eficiência a questão do uso abusivo de drogas saberia muito bem o que fazer. E, se não o faz, não é por desconhecimento, mas porque não quer, e isso já é suficiente para entendermos que o desejo político prevalente é o de manter a situação do uso abusivo de drogas na condição em que ele se encontra, e até piorá-la, agravá-la, a fim de continuar sustentando as práticas de segregação e extermínios desses que a ordem neoliberal, diferentemente da ordem capitalista clássica que os denominava de mão-de-obra excedente ou temporariamente imprestável ou de reserva, condena como *indesejáveis*.

6. REFERÊNCIAS

AMANCIO, Valdene Rodrigues – *Uma clínica para o CAPS – A clínica da psicose no dispositivo da Reforma Psiquiátrica a partir da direção da psicanálise*. Curitiba: Editora CRV, 2012.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 6ª reimpressão (2ª edição), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. 5. ed. amp. Brasília: Ministério da Saúde: 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12*, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 01/03/2017).

BRASIL. *CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2*. Brasília, 1992. II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_da_2_conferencia_de_saude_mental.pdf>. Informativo eletrônico. Acesso em: 5 mar. 2010.

BRASIL. *CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3*. Brasília, 2001. III Conferência Nacional de Saúde Mental: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cadernos_de_textos

[conferencia_saude_mental.pdf](#) >. Informativo eletrônico. Acesso em: 05 mar. 2010.

CIRINO, Oscar. *Cuidar sem excluir*. Conferência apresentada no IV Simpósio Regional de Saúde Mental: “Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial” na cidade de Varginha - MG em 30/05/14 no auditório da FADIVA. Cópia impressa.

COUTO, Richard; ALBERTI, Sonia. *Breve história da Reforma Psiquiátrica para uma melhor compreensão da questão atual*. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 49-59, jan/ dez 2008.

DELGADO, Paulo Delgado. *Cidadania e saúde mental*. Cadernos CEPIA, Rio de Janeiro, n. 4, 1998.

_____. *No litoral do vasto mundo: Lei 10.216 e a amplitude da Reforma Psiquiátrica*. In: VENÂNCIO, A.T. A; CAVALCANTI, M.T. Saúde Mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: Edições IPUB/ CUCA. 2001.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. 4. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

_____. *A saúde mental e seus transtornos: três décadas no processo brasileiro*. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 4., 2010, Curitiba e CONGRESSO NACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 10., 2010, Curitiba. *O amor e seus transtornos*. Curitiba: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental, 2010. Comunicado em conferência através de PowerPoint.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2010, 9ª edição.

HART, Carl. *Um preço muito alto*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014a.

_____. *Crack, é possível entender*. Entrevista no canal Youtube. 2014b.
Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=zTX7880gpZ4>. 2014b.
Acesso em 25/07/14.

LEAP BRASIL. *Declaração de princípios*. Disponível em
<http://www.leapbrasil.com.br>. Acesso em 30/03/17.

OLIVEIRA, Edmar. *Ouvindo vozes*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

RESENDE, Heitor. *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. In:
TUNDIS, S.A; COSTA, N. R. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no
Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987.

SOUZA, Marta Elisabeth de Souza. *Atenção em saúde mental*. 2. ed. Belo
Horizonte: Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde, 2007.

ZACCONE, Orlando. *Acionistas do nada: Quem são os traficantes de drogas*.
Rio de Janeiro: Revan, 2014.

_____. *Indignos de vida: a forma jurídica da política de extermínio de inimigos
na cidade do Rio de Janeiro*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Revan, 2015.