

LABORATÓRIO DE GESTÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Fernanda Lucas Rodrigues Vieira

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: do modelo asilar ao de atenção psicossocial

Rio de Janeiro
2016

LABORATÓRIO DE GESTÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Fernanda Lucas Rodrigues Vieira
Orientadora: Grasielle Nespoli

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: do modelo asilar ao de atenção psicossocial

Rio de Janeiro
2016

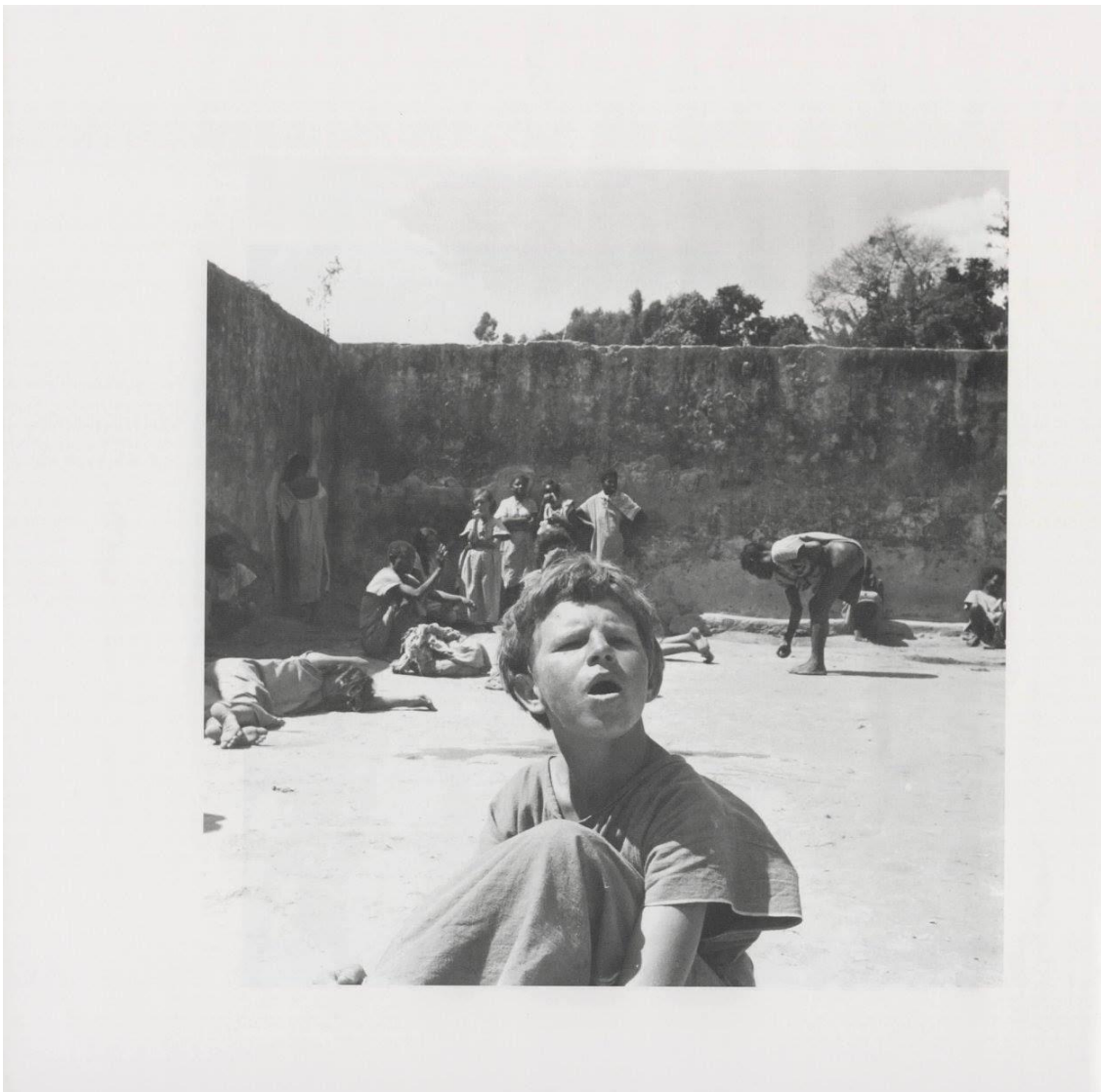


Foto retirada do Livro Holocausto Brasileiro

RESUMO

Diante da disputa entre o modelo asilar que é hospitalocêntrico e o modelo de apoio psicossocial, defendido pela reforma psiquiátrica, este projeto investigou o modelo de atenção e cuidado previsto na atual Política Nacional de Saúde Mental no intuito de compreender os principais dispositivos de reversão do modelo asilar. Para isso, foi necessário compreender a constituição do modelo asilar no contexto de emergência da ordem médica psiquiátrica moderna, além de aprofundar uma análise dos principais pressupostos do movimento de reforma psiquiátrica brasileira, identificando seus atores e principais pautas políticas que culminaram na publicação da atual Política Nacional de Saúde Mental e na construção do modelo de atenção psicossocial. A pesquisa, de cunho qualitativo, foi realizada com base em revisão de literatura e análise documental. Conclui-se que a mudança do modelo de atenção gerou um modo de cuidado pautado na atenção psicossocial e na inserção do louco na vida comunitária. Todavia, ainda existem desafios a serem enfrentados, em especial, a superação do modelo biomédico.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica; Saúde mental; Atenção à saúde

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me proporcionar momentos incríveis como esse.

Aos meus pais e familiares, por me incentivarem na vida acadêmica e me apoiarem sempre.

A minha orientadora, Grasielle Nespoli, que foi como uma Fada Madrinha. Teve paciência, me ensinou, me acalmou, me ajudou em todo esse período, além de ser uma excelente pessoa, professora, orientadora. Então, muito obrigada por tudo!

Ao pessoal da Prefeitura, que me ajudou quando necessário e disponibilizou tempo para o desenvolvimento da monografia

Aos meus amigos que estiveram junto a mim nesse período.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
1. A emergência do modelo asilar e da ordem médica psiquiátrica	8
2. O processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira: pressupostos de um novo modelo de atenção e cuidado	14
3. Os avanços na legislação para a construção do modelo de atenção psicossocial	24
.....	24
Considerações Finais	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

1 INTRODUÇÃO

Após anos de resistência cívica e vitórias acumuladas estaria a *Reforma Psiquiátrica Brasileira* (RPB) dando sinais de exaustão? Foram décadas de crescimento de um movimento social desigual, constante e jamais visto no Brasil e no mundo em torno da luta por Direitos Humanos fundamentais "dos loucos de todo o gênero". Nessa última década muitas de suas bandeiras de luta se tornaram realidade no país. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Auxílio de Reabilitação Psicossocial "De volta pra casa", expandiram, significativamente, a possibilidade de desinstitucionalização responsável de pessoas submetidas a longos períodos de internações psiquiátricas, ao tempo que se assistiu a uma redução expressiva de leitos em hospitais psiquiátricos, particularmente nos estados do sudeste e nordeste brasileiro. Paralelamente se solidifica um modelo de atenção psiquiátrica baseado na comunidade e não centrado no hospital como a escolha da política pública de saúde mental no país. (PITTA, 2011, p.1).

A reforma psiquiátrica brasileira (RPB) nasceu de um importante movimento social que se instituiu na contramão do modelo de cuidado da loucura construído historicamente. Inspirado em outros movimentos de reforma psiquiátrica, colocadas em curso na primeira metade do século XX, o Brasil assistiu nas últimas décadas mudanças significativas no que diz respeito à rede de atenção e cuidado em saúde mental.

O cuidado em saúde mental envolve toda a lógica de acolhimento, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes com transtornos mentais que são considerados pela Organização Mundial da Saúde como “condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento” (OMS, 2001, p. 18). Os transtornos mentais são considerados universais, já que não é um domínio exclusivo de determinado grupo e estão presentes em “todas as regiões, todos os países e todas as sociedades (...) em mulheres e homens em todos os estágios da vida (...) entre ricos e pobres e entre pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais” (OMS, 2001, p. 34).

Além disso, a OMS alerta que os transtornos mentais “afetam mais de 25% da população em dada fase da sua vida” e “exercem impacto econômico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias.” (OMS, 2001, p. 32). Segundo a OMS

(2001), alguns distúrbios causam incapacidade grave que impõem pesados encargos à comunidade.

Diante da diversidade de transtornos mentais, nasce a prerrogativa de se construir novas formas de atenção e cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, superando o modelo asilar produzido historicamente. O modelo asilar, ao longo do século XX, foi duramente criticado pelos movimentos de reforma psiquiátrica que, segundo Amarante, emergem no contexto de crise da psiquiatria clássica, “detonada principalmente pelo fato de ocorrer uma radical mudança no seu objeto, que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental” (1995, p.21).

No Brasil, o movimento de reforma psiquiátrica promoveu muitos avanços, em direção à construção de um modelo centrado na atenção psicossocial, orientado pela atual Política Nacional de Saúde Mental do SUS que busca superar o modelo asilar produzido historicamente. Todavia, persistem desafios e dificuldades no processo de desinstitucionalização dos transtornos mentais de forma geral e da loucura em particular, hoje inscrita nas Classificações Internacionais de Doenças (CID) sob outros termos, como esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.

Este projeto objetivou estudar o processo de construção do modelo de atenção e cuidado constituído no contexto do SUS, no intuito de compreender os principais dispositivos de reversão do modelo asilar. Esperamos com isso responder a algumas questões: Como foi constituído o modelo asilar no contexto da ordem médica psiquiátrica moderna? Quais os pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira? Quais são os dispositivos de reversão do modelo asilar constituído na atual política de saúde mental? Como a atenção e o cuidado são previstos na atual legislação relativa à saúde mental?

Pensando nessas perguntas, esta monografia definiu o seguinte objetivo geral:

- Analisar o modelo de atenção e cuidado previsto pela atual Política Nacional de Saúde Mental no intuito de compreender os principais dispositivos de reversão do modelo asilar instituído historicamente.

E os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a constituição do modelo asilar no contexto de emergência da ordem médica psiquiátrica moderna;
- Analisar os pressupostos do movimento de reforma psiquiátrica brasileira, identificando seus atores e principais pautas políticas;

- Analisar o modelo de atenção previsto na Política Nacional de Saúde Mental e legislação complementar, que tem como dispositivo principal o Centro de Apoio Psico Social.

Compreende-se que a pesquisa possui cunho qualitativo, pois se preocupa “com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado” (Minayo, 2001, p. 21). Compreende-se que o objeto desta pesquisa não é mensurável ou quantificável, uma vez que objetiva-se analisar o modelo de atenção em saúde mental constituído no contexto do SUS; e o modelo de atenção é o conjunto de concepções, estratégias, tecnologias e dispositivos que organizam o trabalho de atenção e cuidado, neste caso, no campo da saúde mental.

Para tanto, o desenvolvimento deste projeto tem como base duas técnicas de pesquisa: 1) revisão de literatura; 2) análise documental.

A revisão de literatura se concretizou por meio de pesquisa de artigos e livros que abordam a história do modelo asilar, da psiquiatria moderna e da reforma psiquiátrica brasileira. Como a bibliografia sobre o tema é muito vasta, foi preciso priorizar textos que traçam uma abordagem histórica do problema em questão.

Em relação à pesquisa documental foram analisadas portarias, leis e normas relacionadas ao campo da saúde mental, que abordem o modelo de atenção e cuidado proposto pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira e constituído no âmbito do SUS.

Assim, a monografia se estruturou da seguinte forma: No primeiro capítulo, a revisão de literatura possibilitou uma análise descritiva da construção histórica do modelo asilar, considerando sua relação com a história da loucura e da medicina moderna. Foram selecionados texto que auxiliaram na reconstrução desta história. No segundo capítulo, a revisão de literatura se concentrou em textos que abordaram a reforma psiquiátrica brasileira, considerando as mudanças promovidas ao longo do século XX. No terceiro capítulo, à revisão de literatura foi agregada uma análise de documentos que produziram avanços no campo normativo-jurídico desde a constituição do SUS até a atualidade.

1. A emergência do modelo asilar e da ordem médica psiquiátrica

Até meados do século XX, os problemas mentais eram abordados como anormalidades e a principal medida de tratamento era o asilamento. O modelo asilar decorre de um processo histórico que deve ser compreendido na relação com o discurso psiquiátrico, no contexto do nascimento da clínica médica e da constituição do hospital como instituição terapêutica (Caponi, 2014). Por muitos anos, os problemas mentais eram generalizados sob a noção de loucura e é o louco, como objeto de saber, que torna possível a emergência da psiquiatria. Nesse sentido, para se compreender a emergência da ordem médica psiquiátrica, abordaremos como a loucura foi apreendida historicamente.

De acordo com Oliveira, desde do ano de 1960, a origem da loucura é uma questão persistente e que essa indagação, embora provoque uma trajetória que aponta para o passado, é ainda atual. Um autor que abordou o tema foi Michel Foucault, especialmente no seu livro *A história da Loucura*. De acordo com ele, o Louco se define e redefine de acordo com a situação, com a cena cultural que se encontra e com o passar do tempo (*apud* Oliveira, 2010).

Na Idade Média, a loucura era compreendida como uma experiência trágica e o louco como “alteridade pura, o homem mais verdadeiro e integral, experiência originária” (Amarante, 1995, p. 23). O louco é aquele capaz de “compreender” os mistérios dos cosmos, tendo no delírio uma forma de encontrar a verdade.

Com a Renascença, para Foucault, coexistem duas experiências sobre a loucura: uma “trágica”, que aproxima “o onírico do real, força de revelação do mundo” (*apud* Oliveira, 2010, p.399); e a experiência “crítica”, que tem relação aos erros de conduta, aos defeitos das pessoas. A partir do século XVI, a literatura classicista qualifica a loucura na relação com a razão, “a loucura, de lugar de revelação da verdade torna-se ilusão, desregramento, fraqueza” (Oliveira, 2010, p.399). Com isso, a loucura afasta-se de sua face trágica e passa, cada vez mais, a ser dominada pela razão. Se, com Descartes, é o pensamento que confere existência ao ser humano, a loucura torna-se um vazio de pensamento. Quando o conceito do homem com sua verdade moral é destacado, o pensamento racional se sobrepõe sobre as imagens trágicas existentes. A Idade Clássica se inicia afirmando a loucura como experiência relativa à razão, o que implica numa relação de dependência entre loucura e razão. A loucura, em relação à questão da verdade,

passa a ser apenas uma ilusão, assim surge um saber racional que se apoia em uma loucura que se perde da experiência trágica. Em outras palavras, podemos dizer que no período clássico o louco é considerado aquele que não tem a verdade.

Desde que passa a significar-se pela ordem do pensamento já não mais pode ocupar esse limite fugidio simbolizado pela navegação, por uma existência errante, mas é contida em um território muito bem demarcado do enclausuramento (Oliveira, 2010, p.399).

Na emergência da modernidade, o louco será visto como um anormal, primeiramente como um ser sem razão, depois como um alienado. A visão crítica que emerge na modernidade, segundo Amarante, organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco, enquanto os hospitais gerais e Santas Casas recolhiam “leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social” (Amarante, 1995, p. 24). A exclusão tem como critério a desrazão e, por isso, é de ordem moral.

Nesse contexto, o hospital não era um lugar de medicalização e o internamento era baseado em uma prática de ‘proteção’ e guarda. Isso significa que, no início, a internação não correspondia ao conhecimento sobre a loucura. O Hospital Geral nasce como o local onde se habitará todos aqueles que são considerados estranhos à norma e, por isso, são excluídos da sociedade. O louco, prostitutas, miseráveis, alquimistas, suicidas são enclausurados nos Hospitais Gerais. Nesse momento, todos aqueles que não seguem as normas são considerados anormais, são isolados, internados e viram objeto de estudo da medicina. Logo, a Medicina tenta decifrar cada tipo de sujeito e separa-los então por suas características. (Amarante, 1995).

Ainda, na mesma época, são atribuídos vários significados à política de exclusão, abordando o problema da pobreza de uma forma diferente. A miséria já não é mais a representação de Deus no mundo, como era no Renascimento. No classicismo “a pobreza passa a pertencer ao horizonte da moral” (Oliveira, 2010, p. 400), devendo ser internada, logo reprimida, para poder conter seus motins e ser assim usada como força de trabalho. Neste contexto, todos os imorais passam a ser reprimidos e o miserável é tachado como vagabundo na nova ordem social emergente, o capitalismo. O Grande Enclausuramento é “marcado pela ética do trabalho, antídoto contra a pobreza.” (Machado *apud* Amarante, 1995, p.24).

O grande enclausuramento passa a apreender o louco junto a todos os miseráveis e assim faz com que ele passe a pertencer ao grupo da pobreza, tornando-o inadequado ao trabalho e à sociedade, sendo considerado como um problema. O internamento, de acordo com Foucault, uniu personagens diversos que nunca se aproximaram antes: os devassos, os profanos, os loucos e os libertinos (Oliveira, 2010). Com isso, o louco se aproxima de todos os outros personagens que se distanciam da norma, compartilham “as qualidades atribuídas a seus vizinhos de confinamento, incorporando atos-adjetivos como o pecado da carne, o gesto da profanação, a libertinagem” (Foucault *apud* Oliveira). De acordo com Amarante, “A caracterização do louco, enquanto personagem representante do risco e periculosidade social, inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço hospitalar por esta categoria profissional.” (1995, p.24).

A partir do século XVII, a percepção social sobre a loucura acontece por meio da experiência do internamento. Nesse sentido, podemos dizer que a loucura é definida pelo internamento e pelo discurso médico que se constitui nesse contexto. O hospital torna-se uma instituição medicalizada ou, como considera Foucault, “o *a priori* da medicina moderna” (*apud* Amarante, 1995), uma medicina que é classificada como medicina das espécies patológicas, que visa estudar o objeto “loucura” a partir dos seus sinais e sintomas. “A esta (a medicina) não interessa localizar a sede da doença no organismo, mas simplesmente atentar para sinais e sintomas, a fim de agrupá-los segundo sua ordem natural, com base nas manifestações aparentes da doença” (Amarante, 1995, p.25).

Com a emergência da medicina científica moderna e sua política de medicalização dos fenômenos sociais, o louco passa a ser considerado um doente mental. Essa fase começa quando há uma expansão, cada vez maior, das práticas médicas que visam, não somente a compreensão da loucura, mas também acalmar o “doente mental”, para controlar suas condutas, já que este é considerado um ser sem razão que não obedece as regras postas pela sociedade.

Com o tempo, a caracterização do louco, enquanto personagem representante do risco social, inaugura a institucionalização da loucura e a ordenação do espaço hospitalar pela medicina. O saber médico psiquiátrico buscará organizar uma nosologia da loucura e promoverá uma “sobreposição entre punição e tratamento” (Barros *apud* Amarante, 1995, p. 25). Nesse contexto, o hospital passa a ser um “misto de casa de correção, caridade e hospedaria” (Amarante, 1995, p. 25) que se transformará numa instituição

medicalizada, “pela ação sistemática e dominante da disciplina, da organização e esquadramento médico” (Amarante, 1995, p. 25).

A figura do médico clínico, surgida a partir de 1793, tem em Pinel sua principal e primeira expressão. A ‘tecnologia pineliana’, segundo Castel (1978), estabelece a doença como problema de ordem moral e inaugura um tratamento da mesma forma adjetivada. Ordenando o espaço, valendo-se das diversas ‘espécies’ de alienados existentes, Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. Organizando desta forma o espaço asilar, a divisão objetiva a loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas, libertando as vítimas e denunciando suspeitos. (Amarante, 1995, p. 25).

Desta forma, Pinel que, simbolicamente quebrou as correntes dos loucos, fundou a ciência que os classifica e os acorrenta numa nova ordem médica: a psiquiatria. Nesse contexto, o hospital “deveria criar condições para que a verdade explodisse, tornando-se *locus* de manifestação da verdadeira doença”. (Amarante, 1995, p. 26). A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria passou a ser um imperativo da ordenação dos sujeitos: “Um modelo centrado na medicina biológica que se limita em observar e descrever os distúrbios nervosos intencionados num conhecimento objetivo do homem.” (Amarante, 1995, p. 26).

De acordo com Oliveira, Pinel e Tucke promovem um deslocamento da loucura que passa a ser entendida como uma patologia. Na análise de Oliveira, os considerados “libertadores da loucura” (2010, p. 403) naturalizam a loucura como doença mental, “fazendo passar por terapêutico um enclausuramento que cumpre sua função social de saneamento e proteção da cidade, batizando como cura a submissão a princípios claramente morais.” (2010, p. 403).

Em meados do século XIX, de acordo com Foucault, a psiquiatria só vira um saber médico na relação estabelecida com a Loucura:

é enquadrando-a simultaneamente como “doença mental” e como perigo social que alcança sua promoção, o reconhecimento como saber médico justificável. É qualificado como patológico o funcionamento do louco, fazendo-se saber da doença mental e associando-se a uma concepção de higiene pública que ela se afirma como discurso científico. (Oliveira, 2010, p.408)

Dessa forma, no século XIX, o internamento reforça a concepção da loucura como “anomalia moral.” Com a constituição do objeto e do saber psiquiátrico, a loucura se inscreve sob a noção de “alienação”, sendo responsável por retirar do ser humano sua

verdade, sua essência pura. Oliveira ressalta que a sentença do louco à alienação se depara com a instauração de uma “era do patológico (...) campo científico que vai nomear como doença as diferenças em relação a um padrão normativo.” (Oliveira, 2010, p. 404). Nesse contexto, o louco terá que tomar consciência da sua desrazão e assumir a responsabilidade pelos seus atos, portanto, ser responsável por não seguir o código. Nessa concepção, o asilo será um espaço de correção daqueles que são considerados Anormais.

Nesse contexto, outro importante acontecimento que marcou a história da loucura foi a integração do saber médico com o judiciário. A loucura receberá influência, limitando-se, tanto pelo discurso médico, quanto pelo domínio jurídico. Entre os séculos XIX e XX começaram a surgir os exames, uma técnica usada para identificar a história de vida dos sujeitos, por meio da qual se verificam as atitudes que podem contradizer algumas regras de diversas ordens, inclusive, de ordem moral. Logo, juntando todas as peças de uma determinada história, será descoberto o retrato do louco ou do criminoso. “Desse modo, o que vai a julgamento não é propriamente o crime, mas o que está por trás dele.” (Oliveira, 2010, p. 405).

Por meio do exame, “a psiquiatria amplia a definição de infração e o poder de puni-la.” (Oliveira, 2010, p. 406) e o “exame psiquiátrico investe sobre uma loucura ou criminalidade aparecida sob o ponto de vista psicológico-moral.” (Oliveira, 2010, p. 406). Os peritos, sejam eles o Juiz ou Médico, são quem analisa o exame e julga o sujeito como louco ou criminoso, a partir dos seus atos. Assim, a psiquiatria passa ser médico-judiciária, sendo legitimado o poder médico a dizer a verdade sobre o outro.

Ao percorrer da Idade Média à Modernidade, a Loucura deixa de ser vista como “loucura errante”, quando o louco era meramente um indivíduo que não queria nada com a vida, que vagava longe das cidades, e passa ser definida como “doença mental”. Com isso:

Em torno da loucura reúne-se uma diversidade de instituições sociais, que agem sobre ela para regular seus excessos, curá-la ou suprimi-la como perigo social, para sanear a cidade de seus efeitos de desordem e estranheza. É uma noção que se conecta na modernidade como um ideário de periculosidade e de doença e não sabemos até que ponto ainda nos encontramos atacados a essa referência ou o quanto nos distanciamos dela (2010, p. 396)

Oliveira conclui que: “Entendemos, pois, com Foucault (1999 a), que o único ponto de interseção sobre toda a categorização da loucura desde o Renascimento até a

modernidade é o seu crivo por um imperativo de ordem moral.” (2010, p. 404). Por isso, Amarante ressalta que:

É interessante constatar que o modelo clássico da psiquiatria foi tão amplamente difundido, que influencia a prática psiquiátrica até os nossos dias – apesar de terem surgidos outros tantos modelos. O que talvez sugira a confirmação de que sua validação social está muito mais nos efeitos da exclusão que opera, do que na possibilidade de atualizar-se como um modelo pretensamente explicativo no campo da experimentação e tratamento das enfermidades mentais (Amarante, 1995, p. 26).

2. O processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira: pressupostos de um novo modelo de atenção e cuidado

O estabelecimento de regimes republicanos nas sociedades ocidentais a partir do final do século XVIII e início do século XIX produziu um problema político de difícil solução. Esse problema pode ser traduzido numa simples pergunta: o que fazer com os loucos? O dilema era constituído da seguinte forma: o indivíduo, por ser insensato, não podia ser responsabilizado judicialmente, portanto não podia ser objeto de sanções. Devia, então, ser reeducado para ter condições de se encaixar no mercado de trabalho e no sistema produtivo. Mas, por perturbar a ordem pública, era preciso puni-lo. Como realizar esse controle e essa tutela sem correr o risco de cair no arbítrio e no autoritarismo? (JABERT, 2005, p. 694)

A solução do problema da loucura passa por sua administração pelo poder público, isto é, pela “capacidade do governo de produzir soluções para o problema da legalidade do controle dos alienados” (JABERT, 2005, p.694). Com isso, o problema político gerado pelo louco, quer dizer, por aqueles que desrespeitam ou ferem o pacto social, é reduzido a um problema técnico, é transportado para a medicina mental que se tornará a responsável pelo diagnóstico e tratamento dos alienados. Como consequência disso, ocorreu “um incremento do poder coercitivo do Estado, permitindo-lhe melhorar o controle e a regulação dos grupos sociais marginais” (JABERT, 2005, p. 694). Neste momento, a internação passou a ser considerada um conhecimento técnico-científico, regularizada perante a lei.

Durante a passagem do século XIX para o XX, o processo de medicalização, disciplinarização e controle da sociedade se intensifica, a partir de uma aliança entre o saber médico e o poder público. Isso se evidencia quando o primeiro Hospício, criado no Brasil em 1841, chamado o Hospício de Pedro II¹, antes administrado pela Santa Casa de Misericórdia, tem sua administração transferida para os médicos, no momento de instauração do Regime Republicano em 1889. Desta forma, a psiquiatria torna-se o saber

¹ Vale destacar que a instituição psiquiátrica privada mais antiga do país foi a Casa de Saúde Dr. Eiras, criada em 1860, que tinha um setor especializado na área de cirurgia e outro destinado aos doentes mentais. (PAULIN, TURATO, 2004).

e a técnica responsáveis pelo gerenciamento da loucura na sociedade capitalista emergente.

No processo de legitimação da psiquiatria, o asilo tornou-se um hospital psiquiátrico, sendo um local responsável por resolver a adversidade gerada pelo louco na sociedade. A transformação dos asilos em hospitais psiquiátricos segue a lógica defendida por Aduino Botelho, discípulo de Juliano Moreira, figura importante da psiquiatria no Brasil, que buscava dar um caráter científico à psiquiatria. A administração feita por Aduino Botelho do Serviço Nacional de Doença Mental (SNDM), de 1941 a 1954, foi caracterizada pela expansão dos hospitais públicos, que eram responsáveis “por 80,7% dos leitos psiquiátricos do país.” (PAULIN, TURATO, 2004, p. 243). Hospitais como o São Pedro em Porto Alegre, Hospital Nacional dos Alienados no Rio e Juqueri em São Paulo, exerciam “um papel orientador da assistência psiquiátrica, consolidando a política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental” (PAULIN, TURATO, 2004, p. 243).

Fortalecendo a gestão do poder público, o “decreto-lei 8.555 de 3 de janeiro de 1946” (PAULIN, TURATO, 2004, p. 243) permitiu que o SNDM realizasse convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. Com isso, houve um crescimento significativo de hospitais psiquiátricos no país, muitos com características de hospitais-colônias que eram “precários ou distantes dos centros urbanos” e que eram vistos como tendo uma função preventiva. (PAULIN, TURATO, 2004, p. 244). Tal investimento, feito na gestão de Aduino Botelho (1941-1954), aumentou mais de 16 mil leitos psiquiátricos no Brasil, o que não amenizou a situação caótica da época, uma vez que “os hospitais públicos viviam em total abandono, apresentando excesso de pacientes internados. Só o hospital de Juqueri chegava a abrigar cerca de 13 mil doentes.” (PAULIN, TURATO, 2004, p. 244)².

Com o tempo, os antigos hospícios e asilos foram renomeados de hospitais, para serem reconhecidos como espaços de atuação médica, uma vez que a psiquiatria estava se estabelecendo na condição de especialidade. Contudo, o hospital, como serviço social, manteve seu papel de exclusão daqueles que eram considerados ameaça, já que não seguiam as normas e regras sociais.

² Vale lembrar também do fato que ficou conhecido como o holocausto brasileiro, decorrente da experiência do hospício de Barbacena que registrou entre as décadas de 1960 e 1970 a mortalidade de milhares de pessoas. Estima-se que cerca de 60 mil pessoas morreram neste período.

Em meados do século XX, a sociedade brasileira se modernizava, industrializando-se, o que culminou na emergência de uma “nova classe social urbana, corporativa, crítica e reivindicadora, que exigia melhor qualidade de atendimento na área de saúde” (PAULIN, TURATO, 2004, p. 244). Com a emergência dessa nova classe social, foram surgindo diversas casas de psiquiatria particulares, que tinham a mesma função social dos asilos, que era excluir aqueles indivíduos que eram considerados anormais, resguardando a população do perigo que eles supostamente representavam para sociedade.

O investimento em serviços privados, teve como consequência, a partir da década de 1960, a inversão na lógica de oferta dos serviços de psiquiatria que chegou a alcançar um patamar de 70% de oferta de leitos psiquiátricos no Brasil no início da década de 1980. Além disso, com o golpe Militar em 1964, houve uma “crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação capitalista” (PAULIN, TURATO, 2004, p. 246). Nessa época, segundo Amarante (1995), os empresários do setor privado viam na psiquiatria uma área de serviço, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou pessoal qualificado. Surgiram vários questionamentos em relação à competência dos hospitais públicos, que estavam com uma situação complicada e, assim, “tanto o campo da saúde geral como o da assistência psiquiátrica caminharam para o amplo movimento de privatização, refletindo a estratégia de hegemonia das classes dominantes que ditou as normas sociais após 1964” (PAULIN, TURATO, 2004, p. 247). Na época da ditadura militar cresciam, cada vez mais, a construção de manicômios maiores e bem mais lucrativos, através de recursos públicos, fortalecendo a chamada ‘indústria da loucura’.

Além disso, como estratégia de legitimação da ditadura militar, houve uma ampliação da “cobertura previdenciária para setores da população que não a possuíam”. (PAULIN, TURATO, 2004, p.246). Nesse período, surgiu uma modificação no sistema de prestação de serviços, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967. Na ocasião, surgiram duas correntes que se opunham, uma que lutava pelo aumento de hospitais da rede própria e outra a favor da compra de serviços de saúde de terceiros pelo instituto, sendo a corrente majoritária. Com este processo de unificação dos institutos, os hospitais particulares foram se expandindo e assim fazendo negociações com a Previdência Social, aumentando sua significância a respeito da assistência médica.

Com o passar dos anos, tanto os hospitais públicos quanto os hospitais privados fizeram uma aliança com a Previdência Social.

A política previdenciária, que prioriza a compra de serviços hospitalares por empresas privadas, acarretou num déficit financeiro, sendo a Previdência Social responsabilizada por buscar soluções saneadoras para melhorar a rede pública. Foi nesse contexto que foi criada, em 1968, a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos (CPAP-GBM), tendo com um dos profissionais responsáveis o psiquiatra Luiz Cerqueira. Vale dizer que, nessa mesma época, a assistência psiquiátrica no Brasil estava numa situação muito complicada: “O índice de mortalidade nas colônias de doentes crônicos era seis vezes e meia maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades” (PAULIN, TURATO, 2004, p. 250). Além disso, emergiram muitas denúncias de fraude no financiamento dos serviços, de maus-tratos, violência e abandono aos pacientes que eram internados nos hospitais. Diante desse cenário, a CPAP-GBM indicou diversas propostas de melhorias na área assistencial, “lançando mão de pressupostos básicos da psiquiatria comunitária nortee-americana” (PAULIN, TURATO, 2004, p. 250).

A proposta da psiquiatria comunitária teve origem nos Estados Unidos da América e pressupunha a integração da concepção preventivista no âmbito da psiquiatria e a progressiva diminuição das doenças mentais nas comunidades. Sua principal proposta era a de promover intervenção nas comunidades, visando evitar o adoecimento mental. Logo, teria a intenção de promover a saúde mental, no intuito de tratar a doença, evitando a internação em asilos.

A maior expressão do programa da psiquiatria preventiva e comunitária é o trabalho do psiquiatra norte-americano Gerald Caplan (1980, p. 41). Suas palavras demonstram por si os aspectos apontados anteriormente. Identificando-se na comunidade as causas da doença de alguns e as razões da saúde de outros, espera-se poder manipular algumas das circunstâncias da população, a fim de diminuir o surgimento de novos casos. (Tenório, 2002, p. 31).

As experiências de psiquiatria comunitária, com suas propostas preventivistas, tiveram uma grande alusão nos setores de organização da psiquiatria, em oposição ao modelo de hospitalização que tornava-se hegemônico. Podemos dizer que, nesse momento, iniciaram-se as propostas de desinstitucionalização da loucura e a inserção, ainda que incipiente, da noção de saúde mental na contramão de doença mental.

Em 1973, foi aprovado, pela Secretaria de Assistência Médica do INPS, o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica, que consagrou “os princípios da psiquiátrica comunitária no Brasil” (PAULIN, TURATO, 2004, p. 250). O Manual previa que, nos casos de internação, os pacientes deveriam ser acolhidos perto de suas residências e, na alta, deveriam ser encaminhados para um atendimento ambulatorial também próximo de suas residências. Os princípios relacionados à gestão técnica-administrativa estavam se baseando na descentralização, regionalização e integração dos serviços. Já nos níveis assistenciais, “propunha-se a estruturação básica do preventivismo por meio das atenções primárias, secundárias e terciária, contemplando programas assistências específicos [...] incentivavam-se também a formação de equipes multiprofissionais e serviços extra-hospitalares.” (PAULIN, TURATO, 2004, p. 251)

O manual foi saudado como um fato histórico para a assistência psiquiátrica. Algumas dúvidas, contudo, foram levantadas quanto à sua viabilidade, tanto na questão de recursos humanos como na financeira, além das resistências quanto à inadaptabilidade do paciente à vida em comunidade. (PAULIN, TURATO, 2004, p. 251)

Além disso, diante da oposição do setor da psiquiatria privada, o manual nunca foi implementado, mas foi importante, pois colocava a proposta da psiquiatria preventivista na contramão do modelo asilar.

Outras experiências nesse período foram as de comunidades terapêuticas que tinham como objetivo construir um novo modelo organizacional que remodelasse as ações realizadas no dia a dia dos hospitais, a partir da psicanálise que “consistia em interpretar, por meio das ‘leituras inconscientes’, não apenas os pacientes, mas também as instituições e seus profissionais. A psicanálise comparecia, portanto, para tornar instituições e equipes objeto de interpretação...” (Tenório, 2002, p. 29). As comunidades terapêuticas tinham como intuito solucionar o problema manicomial e a questão de liberdade dos pacientes dentro do hospício.

Todavia, Tenório (2002) observa que tanto as experiências de psiquiatria comunitária como as de comunidades terapêuticas foram criticadas, já que não cumpriram seu projeto. Em relação à psiquiatria comunitária, Tenório ressalta que Caplan, quando aumenta seu conhecimento em relação aos fatores cromossômicos, não percebe aspectos “eugenista da psiquiatria preventiva” (2002, p.31). Além disso, quando se define que a ação da psiquiatria deve ser voltada para a adaptação do louco à comunidade, pode-se produzir uma psiquiatrização social.

(...) ao se definir que o lócus da intervenção deixa de ser a instituição psiquiátrica e passa a ser a comunidade, produz-se a tendência de psiquiatrização do social, em que o psiquiatra deve ‘controlar’ os agentes não-profissionais, como vizinhos, líderes comunitários, agentes religiosos etc. (Tenório, 2002, p. 31)

Sobre as comunidades terapêuticas, Tenório considera que a psicanálise falhou no seu papel de solucionar o problema manicomial já que, naquele momento, a experiência foi absorvida pelos manicômios privados, aqueles que não tinham interesse algum na mudança, “servindo ao marketing do manicômio, que incorporava um verniz moderno, sem deixar de ser conservador” (Tenório, 2002, p. 29).

Contudo, um avanço importante foi a substituição da noção de doença mental por saúde mental, expressão que está relacionada a dois aspectos:

servir para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido; e servir para demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais. (Tenório, 2002, p. 31)

Mesmo com as limitações do contexto político e social, da década de 1970 ao início dos anos de 1980, ocorreram significativos eventos que, de alguma forma, antecederam e fortaleceram a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde mental (Amarante, 1995). Ainda em 1970, em São Paulo, aconteceu o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, no qual, veio ser lançada a Declaração de princípios de saúde mental que enfatizava a visão preventivista no campo da psiquiatria. (PAULIN, TURATO, 2004, p. 249).

Vale lembrar que, entre 1975 a 1980, o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira recebeu influências de militantes reformistas que colocaram em curso estudos e experiências importantes para a reforma psiquiátrica europeia como de “Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Robert Castel.” (PITTA, 2011, p. 4).

Ainda de acordo com Amarante (1995), com o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que aconteceu em outubro de 1978, surgiu a oportunidade de organizar nacionalmente os movimentos já existentes em alguns estados. O evento, que geralmente envolvia setores conservadores, ficou conhecido como o ‘Congresso de Abertura’ por ter agregado a participação dos movimentos em saúde mental. O Congresso foi percebido

como uma oportunidade para mobilizar os movimentos em saúde mental progressistas de todo o país, pois a crise do setor era vista como reflexo da situação política geral do Brasil.

Não obstante, no final dos anos de 1970, surgiu o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que teve como marco o episódio que ficou conhecido como a ‘Crise da DINSAM’ (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde, responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das unidades da DINSAM deflagram uma greve, quando foi feita uma denúncia por três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II acerca das irregularidades da unidade hospitalar. Esse ato acabou mobilizando profissionais de outras unidades e recebendo apoio do Movimento de Renovação Médica e do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES).

Primeiramente identificado como Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), este passou a denunciar a falta de recursos das unidades, a consequente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e seu atrelamento às políticas de saúde mental e trabalhistas. O movimento reivindicava melhores salários e condições de trabalho e atendimento, formação de recursos humanos e a alteração do modelo médico-assistencial. Com o tempo o movimento foi perdendo espaço na imprensa e nas pautas de prioridades da luta das entidades civis. Apesar desse período, a liderança do MTSM continuou atuando para não evitar que o movimento desaparecesse, organizando vários eventos com associações e instituições de saúde (Amarante, 1995).

Na década de 1980, foram surgindo eventos que deram força para reforma no Brasil. Dentre eles, tivemos o I Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas à Psiquiatria, no ano de 1983 em Belo Horizontes, o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental em São Paulo, no ano de 1985, no qual foi organizado pela Plenária de Trabalhadores de Saúde Mental.

Vale ressaltar que “O Movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como ponto de virada dois eventos do ano de 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental³ e o posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental” (Tenório, 2001, p.34). A primeira conferência representou o término da trajetória sanitária, “de

³ Vale lembrar que a I Conferência Nacional de Saúde Mental não teve participação dos usuários, trabalhadores e famílias, pois na época não se cogitava a participação da sociedade civil.

transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura, é a chamada desinstitucionalização” (Tenório, 2002, p. 35). O encontro que a ela se segue passa a ter um novo lema “Por uma sociedade sem Manicômios”, apresentando uma preocupação com o ‘ato saúde’, que envolve não somente as instituições psiquiátricas, mas a transformação das mentalidades, do cotidiano e da cultura. A luta antimanicomial passa a incorporar também os familiares dos usuários e os mesmos, tendo, assim, uma relação direta com seus cuidadores. Com isso, podemos dizer que “O desejo de ‘uma sociedade sem manicômio’, construído nesse contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento de questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica.” (PITTA, 2011, p.4).

O Movimento da Luta Antimanicomial tem a ação na cultura, ocupando um lugar importante, por meio de uma discussão que envolve reconstruir a relação da sociedade com a loucura e com aquele considerado louco. Ainda nessa mesma perspectiva, foi instituído o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, em 18 de maio.

Nesse momento, do questionamento de se reestruturar o modelo de atenção, foram criados novos dispositivos de atenção e cuidado. A reforma psiquiátrica tomou para si a responsabilidade de substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma sustentada em diversificados dispositivos, de natureza comunitária, abertas ou de forma territorial. (Tenório, 2002, p. 35)

É importante destacar que o movimento emergente de reforma psiquiátrica estava vinculado à luta dos demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade, principalmente ao movimento de reforma sanitária que, de alguma forma, unifica as lutas a favor do direito à saúde. Uma questão importante abordada foi a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados. As autoridades sanitárias criticavam “o caráter perverso da relação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais conveniados” (Tenório, 2002, p. 34). Outras pautas discutidas foram: os problemas relacionados à assistência aos pacientes com transtornos mentais, a necessidade de constituição de uma política nacional de saúde mental e a crítica à privatização da medicina.

Tenório (2002) lembra que a ideia de reforma está atravessa a história da psiquiatria, desde a época da Revolução Francesa quando os reformadores delegaram a Pinel o papel de dar um sentido terapêutico e humanizar os hospitais gerais, local onde ficavam os considerados loucos e os marginalizados da sociedade. Todavia, no contexto brasileiro, a reforma psiquiátrica se diferencia e “ganha uma inflexão diferente: a crítica ao asilo deixa de visar seu aperfeiçoamento ou humanização, vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle.” (2002, p. 27). Enquanto a reforma da psiquiatria seguiu, ao longo do século XIX, visando a dar direcionamento científico aos estabelecimentos psiquiátricos, no século início do século XX passou ser orientada pela ideia de insuficiência do asilo, produzindo um modelo das colônias agrícolas. Já ao final do século XX, o processo de reforma psiquiátrica tem como um dos principais pressupostos a defesa do direito de cidadania dos doentes mentais. Nesse momento,

a reforma psiquiátrica brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes [...] Embora tenha em sua origem um questionamento da clínica, a reforma psiquiátrica não pôde se furtar a enfrentar o problema das práticas de cuidado dirigidas aos loucos. (Tenório, 2002, p. 28)

De acordo com Tenório (2002), a reforma psiquiátrica brasileira foi orientada por três vertentes.

A primeira está relacionada com a questão da cidadania que deve ser resgatada como um valor fundamental. Com isso, a reforma deve abarcar diversos campos, que estão relacionados também ao movimento da reforma psiquiátrica brasileira. Podemos destacar para além da clínica, a política, o social, o cultural e a relação com o jurídico. Tudo isso importa para a garantia da cidadania.

A segunda vertente leva em conta o problema da clínica, tentado solucionar a questão das práticas de cuidado que abarcam os loucos. Não podendo “se furtar de enfrentar o problema da clínica e de operar em seu interior, uma vez que a clínica é o principal dispositivo historicamente construído pela sociedade para se relacionar com o fato da loucura” (Tenório, 2002, p.28)

A terceira vertente da reforma objetivou superar a ideia de que os loucos estão relacionados a um lugar de negatividade, em que o Doente mental é considerado alguém irracional, o que leva a um viés negativo. Ela considera “que uma prática efetivamente transformadora junto aos loucos devia visar justamente à superação do paradigma da clínica.” (Tenório, 2002, p. 28)

Com base nessas vertentes e com o amadurecimento das reflexões necessárias à reforma psiquiátrica, no final década de 1980, houve tímidos avanços no processo de reformulação legislativa e também a emergência de novas experiências institucionais que foram bem-sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidado em saúde mental. (Tenório, 2002).

3. Os avanços na legislação para a construção do modelo de atenção psicossocial

Em relação ao campo legal, em 1989, o então deputado federal Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei nº3.657, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. O projeto tinha apenas três artigos:

o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de "recursos não-manicomiais de atendimento"; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação. (Tenório, 2002, p.36)

Esse projeto, depois de aprovado na Câmara de Deputados, sofreu muitas dificuldades para ser aprovado pelo Senado, que acabou aprovando, mais de dez anos depois, um Projeto substituto, de autoria do então Senador Sebastião Rocha, que apresentava uma ambiguidade em relação “ao papel e à regulamentação da internação” e chegava a autorizar a contratação de novos leitos e a construção de novos hospitais em regiões consideradas sem estrutura assistencial, o que não era defendido no Projeto de Paulo Delgado. (Tenório, 2002, p.36). Todavia, no retorno do texto à Câmara dos Deputados, o texto referente à contratação de novos leitos foi suprimido e foi, finalmente, aprovada a lei 10.216 de 6 de abril de 2001, considerada uma lei progressista pelo movimento de reforma psiquiátrica.

Ao longo desses dez anos, além da ampliação das discussões, ocorreram alguns avanços no campo administrativo, no nível central da gestão, na Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Desde 1991, com a coordenação de Domingos, “o financiamento público das ações em saúde mental foi redirecionado para criação de uma rede extra-hospitalar [...] e apoiando a substituição da internação em hospital geral” (Tenório, 2002, p. 41).

Em janeiro de 1992, a Portaria 224, seguindo as diretrizes do SUS, aprimorou a regulamentação os serviços de saúde mental e “tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo” (Tenório, 2002, p. 41) que deve composta por:

1. Unidade de atendimento ambulatorial (centro de saúde, unidade básica ou ambulatório);

2. CAPS e NAPS, “que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar” (MS, 1992, p. 02);
3. Rede hospitalar que pode ser composta por: hospital-dia, definido como um “recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral”; Serviço de urgência psiquiátrica em Hospital Geral que “funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas”; Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral que deve ser “referência regional e/ou estadual”; hospital Especializado em Psiquiatria, em que os leitos se destinam “ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.” (MS, 1992, p. 2-7)

Nesse período, também foram aprovadas leis estaduais, em oito unidades da federação, que regulamentavam a assistência psiquiátrica “na perspectiva da substituição asilar”. (Tenório, 2002, p. 36).

A intensificação do debate e a popularização da causa da reforma desencadeadas pela iniciativa de revisão legislativa certamente impulsionaram os avanços que a luta alcançou nos anos seguintes. Pode-se dizer que a lei de reforma psiquiátrica proposta pelo deputado Paulo Delgado protagonizou a situação curiosa de ser uma 'lei' que produziu seus efeitos antes de ser aprovada. (Tenório, 2002, p.36)

Um dos efeitos foi expresso em experiências locais, consideradas fundamentais para repensar o modelo de atenção no campo da saúde mental. Podemos destacar o Programa de Saúde Mental de Santos e o Caps Luiz Cerqueira de São Paulo, as primeiras CAPS do Brasil.

A experiência de Santos inspirou-se em um questionamento radical dos pressupostos da psiquiatria no plano conceitual, mas operou segundo um programa muito objetivo no plano prático, com duas grandes linhas de trabalho: a criação de uma rede de serviços alternativos ao manicômio e a construção de uma atitude nova da sociedade em relação aos doentes mentais (Capistrano Filho apud Tenório, 2002, p. 38,39)

A experiência santista nasceu em 1989, com a ocupação da Casa de Saúde Anchieta, que era uma clínica privada conveniada ao Inamps. A ocupação foi motivada pelas denúncias de mortes, superlotação e maus tratos dos pacientes, e pela necessidade de se pensar novas formas de gerir a atenção em saúde mental. Com o tempo, foi criada uma rede de atenção em saúde mental, com base nos Núcleos de Atenção Psicossocial

(Naps), organizados regionalmente, com atendimento 24 horas, por meio de diferentes recursos de cuidado, funcionando como hospital-dia, hospital-noite, com consultas médicas e psicológicas, atividades grupais e visitas domiciliares.

Outra experiência que inaugura os paradigmas de cuidado em saúde é o Caps Luiz Cerqueira de São Paulo, que funciona desde 1987. Essa experiência se diferencia da de Santos, por ser uma unidade da rede pública do estado de São Paulo e por ter como reflexão principal a prática clínica, não tendo como foco a construção de uma rede de atenção como na experiência de Santos. Essa experiência passou a subordinar os pressupostos da psiquiatria tradicional a uma visão de que as doenças mentais geram muitas dificuldades na vida dos pacientes, o que requer outras estratégias terapêuticas, uma vez que, por exemplo, o tratamento dos pacientes psiquiátricos graves exige “condições terapêuticas que inexistem nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos” (Goldberg *apud* Tenório, 2002, p. 39). Afinal:

[...] as dificuldades concretas de vida acarretadas pela doença mental grave devem ser também elas objeto das ações de cuidado, incorporando-se à prática psiquiátrica aquilo que tradicionalmente era considerado "extraclínico". O cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da lida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais. Os Caps, portanto, consistem em uma ampliação tanto da intensidade dos cuidados (todos os dias, o dia inteiro) quanto de sua diversidade (atividades e pessoas diversas etc.). (Tenório, 2002, p. 40)

Visto as experiências, podemos considerar que a de Santos produziu o mais radical modelo de substituição dos manicômios no país, sendo conduzida por Antonio Lancetti, David Capistrano, Fernanda Néscio e Roberto Tykanori. (Pitta, 2011).

Essas experiências incentivaram avanços no campo normativo-legal, observados pela publicação de 11 portarias que foram importantes para o monitoramento dos hospitais psiquiátricos e que investiram na construção de dispositivos de novo tipo, que dependiam de uma nova sistemática de financiamento público. (Tenório, 2002). Dentre essas portarias, duas delas se destacaram, a 106 e 1.220, ambas publicadas em 2000 e que instituem os “serviços residências terapêuticas”. A Portaria 106 define os serviços residenciais terapêuticos como:

moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2000, p. 1).

Nesse sentido, a moradia assistida seria um agente substituto do modelo asilar, já que a transferência do paciente do hospital especializado para o serviço de residência terapêutica deve reduzir do SUS o mesmo número de leitos naquele hospital, isto é, a cada paciente encaminhado para a residência terapêutica, um leito é fechado. Essa substituição asilar seria uma melhora no cuidado. Os serviços residenciais terapêuticos são definidos em 2 tipos: 1) destinados a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização; 2) destinados às pessoas com transtorno mental com acentuado nível de dependência. (BRASIL, 2000). Já Portaria 1.220 complementa a primeira, inserindo o serviço de residência terapêutica no sistema de internação ambulatorial (SAI-SUS), regulamentando os procedimentos e atividades relativas ao mesmo.

Essas experiências e iniciativas legais foram importantes para alimentar as propostas da reforma psiquiátrica que, como dito anteriormente, foram timidamente avançando, culminando na Lei da Saúde Mental, a Lei 10.216, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) que define que é “responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família” (BRASIL, 2001, p.1, Art 3). Além disso, a PNSM prevê vários direitos aos portadores de Transtornos Mentais. O Art. 1º diz que:

Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (BRASIL, 2001, p. 1)

O parágrafo único do 2º Art. que versa sobre os atendimentos à pessoa com transtorno mental e seus familiares, respalda o direito de:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, p. 1)

De acordo com a PNSM, a internação “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”, uma vez em que o tratamento visa, acima de tudo, “a reinserção social do paciente em seu meio”. (Brasil, 2001, p. 2). E, quando se fizer necessária, a internação não pode ferir o direito a uma assistência integral e não pode operar segundo características asilares (Tenório, 2002).

No seu 5º artigo, a lei elabora a reabilitação psicossocial assistida e uma política própria de alta planejada. Em relação à internação, o artigo 6º diz que “A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”, e define em seu parágrafo único os seguintes tipos de internação:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça. (Brasil, 2001).

Com o marco da nova lei 10.216/2001 aconteceram diversas conferências regionais, estaduais e municipais, além da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesse momento, o campo da reforma psiquiátrica aparece com suas complexidades e desafios: “enfrentamento do estigma; reorientação do modelo assistencial com garantia de equidade de acesso; direitos e cidadania com prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos sujeitos; expansão do financiamento e controle social.” (Pitta, 2011, p. 4587).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, teve como tema central “Cuidar, sim. Excluir, não.” Enquanto a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, significou uma ampla mobilização no sentido de aprofundar uma crítica ao modelo hegemônico de cuidado e de formalizar uma nova proposição de modelo baseado na atenção psicossocial, a III CNSM veio somando força à implementação da nova Lei da Saúde Mental.

A avaliação da III Conferência é de que esta representa um inequívoco fortalecimento do consenso em torno da proposta da Reforma Psiquiátrica, com toda a sua pluralidade e diversidade interna, elaborando propostas e estratégias para efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao manicomial. Todo este percurso vem reafirmar que

o processo histórico da Reforma Psiquiátrica, compreendido como transformação de saberes, práticas, valores sociais e culturais, é marcado por tensões, desafios e conflitos. Neste sentido, ele se inscreve nas possibilidades e limites das políticas públicas (e do Sistema Único de Saúde em particular) e da implementação de projetos comprometidos com a afirmação de direitos de cidadania, com a luta contra as desigualdades sociais e os mecanismos de exclusão social. (BRASIL, 2001, p. 19)

Após aprovação da Política Nacional de Saúde Mental, as Portarias a **336 e 189** expandiram os CAPS. Vale destacar a **Portaria 336**, publicada pelo MS em 2002, que atualizou a Portaria 224 de 1992 e definiu que os Centros de Atenção Psicossocial serão divididos de acordo com suas especificidades e por ordem crescente de complexidade e número de pessoas que serão abrangidas. A Portaria define que ocorrerá um recadastramento dos NAPS e CAPS existentes, incluindo-os nas novas modalidades, todas nominadas de Centros de Atenção Psicossocial, quais sejam: CAPS I, CAPS II e CAPS III. A principal diferença entre as três modalidades é a população abrangida, definida da seguinte forma: CAPS I, municípios de 20.000 a 70.000 habitantes; CAPS II, de 70.000 a 200.000 habitantes; e CAPS III acima de 200.000. Outra diferença entre as duas primeiras modalidades diz respeito à quantidade de trabalhadores necessários para o atendimento. Já o CAPS III se diferencia dos outros dois, por funcionar em regime de atendimento contínuo “durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana”, o que prevê acolhimento noturno e a limitação de um período de permanência a “07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias” (Brasil, 2002). Além disso, o número de recursos humanos, trabalhadores, necessários para cada modalidade será maior de acordo com a população abrangida e a quantidade máxima limite de pacientes atendidos por dia será de acordo com cada CAPS. (Brasil., 2002)

Devemos lembrar que, além dessas três modalidades, foram instituídos o CAPSi II, para atender crianças e adolescentes; e também o CAPS ad II para atender pacientes com sofrimento decorrente da dependência ou do uso de substâncias psicoativas. Enquanto a abrangência do CAPSi II é de cobertura de aproximadamente 200.000 habitantes, o do CAPS ad II é de 70.000. (Brasil., 2002)

Visto isso, podemos destacar que das modalidades mencionadas, todas possuem, no âmbito das atividades prestadas, atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em visitas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio, visitas e atendimentos domiciliares, e atendimento à família. Além disso, os CAPS

devem: 1) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da portaria de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território, de acordo com a determinação do gestor local; 2) se responsabilizar, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; 3) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; 4) realizar e manter atualizado o cadastro dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS número 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS número 341 de 22 de agosto de 2001, dentro da sua área assistencial (Brasil, 2002)

Os atendimentos prestados aos pacientes, dependendo do quadro clínico dos mesmos, se dividem como atendimento intensivo, semi-intensivo e o não-intensivo. O intensivo destina-se aos pacientes que necessitam de acompanhamento diário; o semi-intensivo é destinado àqueles que precisam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; e o não-intensivo pode ser um atendimento de menor frequência. (Brasil, 2002)

De acordo com o Art. 6, “os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde” (Brasil, 2002), sendo realizado o mesmo procedimento nos CAPS que vierem a ser implantados. Assim, os procedimentos a serem feitos pelos CAPS, nas modalidades citadas anteriormente, “serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde” (Brasil, Art. 9, 2002).

Na sequência, outras Portarias foram publicadas no sentido de regulamentar a implantação e a organização da rede de atenção em saúde mental. Algumas Portarias normatizam o financiamento da rede, como é o caso da Portaria nº 245, de 17 de fevereiro de 2005; a Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011; a Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011 (que altera a Portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000); a Portaria nº 130 de 26 de fevereiro de 2012; a Portaria nº 132, de 26 de janeiro de 2012; e a Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013. Todas elas discorrem sobre os incentivos financeiros e suas formas de aplicação no âmbito da consolidação de serviços em saúde mental. A

questão do financiamento foi ressaltada na III CNSM como importante dispositivo de mudança do modelo de atenção:

O financiamento deve contemplar todas as ações necessárias e decorrentes da implantação, implementação e sustentação de uma nova política de saúde mental, em especial a rede de serviços e a capacitação de recursos humanos. Foi reafirmada a necessidade de ampliação de recursos para saúde e saúde mental, propondo-se novas fontes de financiamento e enfatizando o redirecionamento das verbas destinadas aos hospitais psiquiátricos para os serviços substitutivos. O município é identificado como o lugar privilegiado para sediar a rede de serviços substitutivos. (Brasil, 2001, p. 85).

Outro destaque a ser feito é em relação à Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que “Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” (Brasil, 2011). Além de definir diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, a Portaria 3.088 visa ampliar o acesso à atenção psicossocial à população, em especial, aos grupos mais vulneráveis.

Outros documentos importantes são: a Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 que “Institui a Unidade de Acolhimento (UA) no componente de atenção residencial de caráter transitório da RAPS” (Brasil, 2012); a Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012, que “Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtornos mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio” (Brasil, 2012); e o Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013 que “Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social – Pronacoop Social” (Brasil, 2013).

Com o avanço na legislação, durante os 10 (dez) anos que seguiram a publicação da Lei da Saúde Mental, ocorreu um aumento da acessibilidade ao cuidado em Saúde mental, no Brasil. Enquanto que em 2002 existiam cerca de 424 CAPS, em 2010 esse número subiu para 1650. Os serviços de residência terapêutica aumentaram de 85 para 570, os benefícios de reabilitação (Programa de Volta para Casa) de 206 para 3635, e os leitos psiquiátricos diminuíram de 51.393 para 32.735, no mesmo período (Pitta, 2011).

Fechando esse ciclo de avanços no campo normativo-legal, de 27 de junho a 01 de julho de 2010 ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Seu caráter intersetorial aponta para novas exigências no contexto da necessária mudança do modelo de atenção no campo da saúde mental. Além disso, o tema “Saúde mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” anuncia um cenário em que avanços já foram percebido, mas que muitos desafios precisam ser enfrentados.

A conjuntura política e social e o campo da saúde mental tornaram-se mais complexos nos últimos anos, o que teve forte incidência no processo de organização da IV CNSM-I, expressando-se em desafios específicos. Foi intenso o debate com o Conselho Nacional de Saúde e com conselheiros de saúde em todo o país, sobre a necessidade da realização de uma conferência de saúde mental intersetorial, quando conferências temáticas específicas dentro do campo da saúde vinham sendo desestimuladas. Neste sentido, foi decisiva a atuação de delegação de usuários, familiares, profissionais e representantes de entidades, realizando a Marcha dos Usuários de Saúde Mental a Brasília, em 30 de outubro de 2009, em defesa da realização da IV CNSM-I em 2010. (Brasil, 2010, p. 08).

A IV CNSM-I enfatizou a complexidade relativa ao campo da saúde mental, o que demanda uma ação intersetorial, interdisciplinar e interprofissional fundamentada na integralidade do cuidado - que exige interfaces importantes entre campos como o do direito, assistência social, educação, justiça, trabalho, economia solidária, habitação, cultura, lazer e esportes. Tal Conferência reafirmou os princípios da reforma psiquiátrica em curso no país:

como a superação do modelo asilar, com construção de uma rede substitutiva diversificada, e garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental e seus familiares (...) reafirmou a necessidade da presença e participação ativa dos usuários na rede de serviços, na produção do próprio cuidado em saúde mental, e no ativismo junto aos serviços e aos dispositivos de controle social.” (Brasil. 2010, p. 10).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto no primeiro capítulo, a loucura era definida de acordo com o meio em que o louco vivia, logo, de acordo com os contextos históricos, sociais, políticos, econômicos e culturais. Na passagem da Idade Média para a Moderna, os problemas mentais eram generalizados sob a noção da loucura. A identificação da loucura como um contraponto ao racional, e depois ao normal, aconteceu no contexto da emergência da modernidade e da medicina científica, quando todos os que se desviam da norma deveriam ser isolados, estudados e corrigidos – perspectiva de ordem moral que tinha por finalidade a proteção e a segurança da população. Com o tempo, o problema da loucura foi vinculado ao problema da pobreza, já que o louco era mais um inadequado ao trabalho e à sociedade. Dessa forma, o louco e todos os outros miseráveis foram isolados, no período que ficou conhecido como o grande enclausuramento.

O grande enclausuramento possibilitou a emergência da medicina científica moderna, que tomou a loucura como objeto de estudo, e passou a classificar os loucos de acordo com seus sintomas e sinais (de ordem natural), tornando-se uma medicina classificatória. Nesse momento, da emergência da medicina científica e da política de medicalização, o louco vira um doente mental e os asilos e manicômios os locais de isolamento e tratamento da loucura. No século XIX, a psiquiatria, junto ao poder judiciário, ordenava os sujeitos, centrando na medicina biológica a visão da loucura, considerada uma patologia. Assim, a loucura se transformou em doença mental.

Na passagem do século XIX para o XX, quando a loucura era considerada um problema social, ocorreu a aliança do poder público com o saber médico, tornando a psiquiatria a responsável pelo gerenciamento da loucura na sociedade capitalista e, como isso, a psiquiatria passou a regulamentar as formas de tratamento e as medidas de internação. Nesse momento, houve uma expansão dos hospitais públicos em formato de colônias que tinham uma função preventiva. Os asilos e hospícios, com o passar do tempo, torna-se hospitais, mas mantém o papel de exclusão daqueles que ameaçam a sociedade.

Ao longo, principalmente, da segunda metade do século XX, a sociedade brasileira se modernizou, gerando novas classes que exigiam melhor qualidade na área da saúde que, por consequência acarretou um processo de privatização, incentivada pelo governo militar.

As incipientes experiências da psiquiatria comunitária e das comunidades terapêuticas, ainda que duramente criticadas, foram importantes para a passagem da noção de doença para a de saúde mental. Nas décadas de 1970 e 1980, fortaleceram a luta pela transformação do sistema de atenção à saúde mental, que culminaram no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira que tinha como lema principal uma sociedade sem manicômio. Com isso, a crítica ao modelo asilar passa a ser sobre os próprios pressupostos da psiquiatria que concebiam o louco como um delinquente, uma ameaça, um anormal que deve ser isolado. A crítica inaugurada pelo movimento de RPB condenava os efeitos de normatização e controle da psiquiatria moderna, possibilitando avanços significativos no campo normativo-legal, bem como, incentivando novas experiências institucionais de cuidado de pessoas com transtornos e sofrimentos mentais.

A nova Lei de Saúde Mental e a institucionalização dos NAPS e CAPS possibilitaram a construção de um modelo de atenção sustentado por outra lógica, a da atenção psicossocial, um modo de cuidado que leva em consideração o sujeito-usuário como cidadão de direitos.

O modelo de atenção psicossocial pressupõe que o modo de vida capitalista têm como resultado o sofrimento psíquico, além de outras doenças, e que as relações entre a organização da sociedade, a economia e a política incidem no modo como se organiza a atenção e se faz o cuidado. Nesse sentido, podemos considerar que as doenças e transtornos mentais não são só de ordem biológica, elas possuem dimensão social (política, econômica e cultural), e a atenção e o cuidado devem atingir ou dar conta dessas dimensões, integrando as pessoas às comunidades.

A mudança do modelo de atenção gerou um modo de cuidado dos usuários diferente. Enquanto no modelo asilar os mesmos eram tratados como doentes, eram isolados da sociedade e as formas de tratamento eram terríveis, com eletrochoques, camisa de força, isolamento prolongado, medicamentos desnecessários, etc, atualmente os sujeitos, que portam algum transtorno mental, podem realizar diversas atividades que visam sua inclusão na sociedade.

Todavia, ainda existem desafios a serem enfrentados, como um acontecimento importante realizado em 2015, que defendia o modelo manicomial e era contra o movimento da reforma psiquiátrica, e em especial, a superação do modelo biomédico. Para isso, é preciso investir em novas perspectivas de formação dos trabalhadores, na

criação de vínculos trabalhistas não precarizados, no aumento do funcionamento dos ambulatórios e serviços comunitários, no enfrentamento do predomínio da lógica farmacêutica e medicalizante que tem um grande poder na conjuntura atual. Além disso, é preciso intensificar as ações junto à sociedade, no intuito de superar os preconceitos relativo à loucura, buscando novas formas de sociabilidade de pessoas com transtornos mentais em suas comunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTES, P. **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.

BRASIL. Presidência da República / Casa Civil. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL, MS. **Portaria Ministerial 224** de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta os serviços de saúde mental. Brasília, 1992.

_____, MS. **Portaria Ministerial 106** de 11 de fevereiro de 2000. Regulamenta os serviços de residência terapêutica. Brasília, 2000.

_____, MS. **Portaria 336** de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002.

BRASIL, MS. **Portaria Ministerial 3088** de 23 dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011.

CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis* [online]. 2014, vol.24, n.3, pp. 741-763. 2014.

JABERT, A.: Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do estado do Espírito Santo. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 693-716, set.-dez. 2005.

MINAYO, M.C.S. (ORG). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

Oliveira, Daniella Coelho de. (2010). Entre a clausura do desatino e a "inclusão" da anormalidade: vicissitudes da loucura na obra de Michel Foucault. **Fractal : Revista de Psicologia**, 22(2), 395-410. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922010000800013>

PAULIN, TURATO. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde**. 2004, Vol.11(2):241-58, maio – ago. 2004.

PITTA. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticos. **Ciências & Saúde Coletiva**. 2011, Vol. 16(12): 4579-4589, 2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Rev. História, Ciências, Saúde**. 2002, Vol.9(1): 25-59, jan-abr. 2002.