

ANDREIA APARECIDA DE SOUSA DUTRA

**REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: Um Novo Paradigma Na
Atenção à Saúde Mental.**

Curso de Psicologia

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

São Paulo

2011

ANDREIA APARECIDA DE SOUSA DUTRA

**REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: Um Novo Paradigma Na
Atenção à Saúde Mental.**

Curso de Psicologia

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

São Paulo

2011

ANDREIA APARECIDA DE SOUSA DUTRA

**REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: Um Novo Paradigma Na
Atenção à Saúde Mental.**

Trabalho de Conclusão de Curso como exigência parcial para graduação no curso de Psicologia, da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob a orientação do Profº. Hemir Baricao.

Curso de Psicologia
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo
2011

À você Karenzinha, meu
agradecimento especial.

Agradeço seu carinho, sua
compreensão, seu Apoio.

Você foi a fonte de
inspiração para que eu
pudesse chegar ao final do
curso.

O tempo e a distância foram
as fontes do nosso
sofrimento.

Muitas lágrimas derramadas
em cada despedida, todas as
vezes que chegava a hora
de uma de nós ter que ir,
sofríamos as duas.

Suportamos juntas a dor da
saudades. Senti muito a sua
falta durante estes 05 anos,
mas vencemos.

Karen Você é uma guerreira.
Te admiro muito.

Te amo filha!

Obrigada por tudo!

"Te amo e o tempo não varrerá
Isso de mim".

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Belarmino e Ana pelo apoio constante. Ao meu pai, que mesmo enfrentando uma batalha pela sua saúde, lutamos juntos e compartilhamos o apoio: parte deste trabalho foi produzida enquanto eu o acompanhava em seu tratamento, em uma casa de apoio na cidade de Barretos. Cheguei até aqui e devo muito ao esforço de vocês, que lutaram e me apoiaram sempre. Sou muito grata por tudo, vocês são meus heróis, os melhores pais do mundo.

À minha filha Karen por ser tão carinhosa, atenciosa, compreensiva e por todo auxílio durante todo este tempo. Quanta saudade eu sinto da minha mocinha. Todo este tempo longe, e que não tive a oportunidade de acompanhá-la de perto. Meu amor por você é imenso e agradeço a Deus por você existir. Te amo demais filha e pode contar comigo sempre que precisar.

À minha tia Jesuína (tia Dú) *em memória*, minha grande fonte de inspiração e que faleceu neste período com 105 anos de vida. Apesar de uma saúde fragilizada pelo tempo e pelas dificuldades no decorrer da vida, viveu intensamente espalhando alegria. Uma lição de vida. Saudade eterna. Pra sempre ♡

Ao meu esposo Graciano, o amor da minha vida, pela paciência e por estar ao meu lado nos momentos fáceis e difíceis. Por me compreender e incentivar a não desistir. Obrigada pela ajuda incansável e por todo o amor e carinho.

Aos meus irmãos João Paulo, Dorivaldo e Artur pelo incentivo. Agradecimentos especiais à minha irmã Ana Paula, que além de me apoiar em tudo que precisei, cuidou da minha Karenzinha como se fosse sua própria filha. Serei eternamente grata.

Aos meus cunhados Elizelma, Elizabeth e principalmente ao Eustáquio que fez o papel de pai para a minha filha durante todo este tempo.

Aos meus sobrinhos: Rafael, Felipe, Stephany, Gabrielly e Ana Caroline. Sinto muitas saudades de vocês. À Ana Caroline, que vou ser a madrinha de Batismo e que só tive a oportunidade de conhecer por fotos, mas estou muitíssimo ansiosa para conhecê-la pessoalmente. À Gaby, de quem também sinto saudades e não tive a oportunidade de vê-la nos últimos anos, mas que amo muito.

À Maria Fernanda, a “Nanda”, por sua doçura, pelo carinho e ternura. Uma criança verdadeira, encantadora, abençoada e muito querida. Um verdadeiro anjo bom. Sinto tantas saudades de você pequeninha! Obrigada pelos bons momentos que compartilhamos. Lembrarei eternamente de você. Que Nossa Senhora de Fátima abençoe-te por toda a vida.

À família do meu esposo, pelo carinho e atenção.

À Viviane, Sâmara e Sara. Somos o quarteto fantástico. Lutamos e Compartilhamos as nossas dificuldades. Obrigada pela amizade. Conhecer vocês neste trajeto foi essencial para continuar a batalha. Sempre me lembrarei de vocês.

Aos meus verdadeiros amigos que entenderam a minha falta de “atenção” por conta da dedicação ao trabalho. Especial à Sarah e Anderson, de quem sinto muito falta.

À prima Glaucia pelo empréstimo da internet na finalização do trabalho.

Ao padre Toninho pela incansável ajuda.

À Comunidade de Presidente Jânio Quadros, Bahia pelo apoio e atenção.

Ao meu orientador Hemir Baricao por todo o incentivo, pela compreensão e paciência ao lidar com as minhas dificuldades.

Aos colegas e professores pelas palavras de apoio.

Dutra, Andréia Aparecida de Sousa. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um Novo Paradigma na Atenção à Saúde Mental, 2011.

Professor Orientador: Hemir Baricao

RESUMO

Este trabalho pretende mostrar a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil desde 1978, época em que surgiram as primeiras manifestações em favor de mudanças na assistência psiquiátrica, até os dias atuais. Considera o princípio de que a reforma teve um longo percurso, construindo as bases para a transformação de um modelo de assistência centrado nos hospitais psiquiátricos. Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre alguns conceitos de loucura e a forma como esta se configurou, desde a Grécia Antiga até uma visão mais contemporânea, visando uma melhor compreensão das dificuldades enfrentadas no processo de transformação do modelo de assistência à saúde mental. Para muitos autores a Reforma Psiquiátrica é um processo complexo que, para ser consolidada requer ações transformadoras nos campos político, social, cultural, assistencial, judicial, entre outros. Os dados apresentados no final deste trabalho possibilitam analisar, de forma mais concreta, os avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil, reconhecendo as conquistas, possibilidades e apontando os desafios a serem enfrentados.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Loucura; Saúde Mental; Atenção Psicossocial.

SUMARIO

INTRODUÇÃO.....	10
MÉTODO.....	12
CAPÍTULO 1. BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA AO LONGO DOS TEMPOS.....	14
CAPÍTULO 2. DOS MANICÔMIOS À REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	34
2.1. O Processo de Institucionalização da Loucura.....	34
2.1.1. Institucionalização da Loucura no Contexto Histórico Brasileiro.....	34
2.2. O Processo de Desinstitucionalização da Loucura.....	37
2.3. Os movimentos de Reforma Psiquiátrica.....	38
2.3.1. Comunidade Terapêutica (Inglaterra) e Psicoterapia Institucional (França).....	38
2.3.2. Psiquiatria de Setor (França) e Psiquiatria Preventiva (Estados Unidos).....	40
2.3.3. A Antipsiquiatria (Inglaterra) e Psiquiatria Democrática (Itália).....	41
CAPÍTULO 3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	46
3.1. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) No Brasil.....	48
3.2. As Primeiras Experiências da Reforma Psiquiátrica no Brasil na Década de 80.....	50
3.3. O Processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil na Década de 90.....	52
3.4. A Reforma Psiquiátrica Brasileira no século XXI.....	54
3.5. Rede Substitutiva de Atenção em Saúde Mental.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXOS.....	73

Introdução

Comecei a me interessar pelo tema da Reforma Psiquiátrica no 3º ano do curso, quando visitei os hospitais psiquiátricos e, percebi o quanto é necessária a transformação no modelo de atenção à saúde mental. Tenho interesse por este campo de atuação, portanto o fato de concluir o curso pesquisando a respeito deste tema contribui de forma significativa para aprofundar e atualizar meus conhecimentos a respeito da saúde mental no Brasil.

A Loucura foi tratada de diversas formas, de acordo com a época, contexto e cultura, daí a importância de apresentar, no capítulo 1, um breve histórico desta configuração.

O asilo foi a forma utilizada para conter a loucura. É neste modelo que surgem as práticas desumanas do tratamento oferecido aos loucos.

Este modelo vigente, dos asilos, manicômios e hospitais psiquiátricos começou a ser criticado em alguns países, surgindo os movimentos de Reforma Psiquiátrica em favor de mudanças no modelo de assistência à saúde mental.

No Brasil, a crítica ao modelo hospitalocêntrico iniciou no final da década de 70 e a partir daí surgiram vários movimentos em favor de mudanças na forma de tratamento das pessoas com transtornos mentais, em oposição aos manicômios e às práticas psiquiátricas deste modelo.

. O foco principal da Reforma Psiquiátrica é a desconstrução do modelo asilar e a reinserção de seus usuários na sociedade, devolvendo a estes o direito à cidadania. A Reforma Psiquiátrica brasileira teve sua influência marcada pelo modelo italiano de reforma (psiquiatria democrática), o que leva à valorização do dispositivo de atenção psicossocial (calcada na noção de reabilitação social), que tem por objetivo recuperar a autonomia dos sujeitos com sofrimento psíquico e reinseri-los na sociedade.

Na busca pelos seus objetivos a Reforma Psiquiátrica teve sua longa trajetória, tendo em vista a complexidade deste processo de desinstitucionalização, que envolve mudanças em vários âmbitos da sociedade. Neste trabalho será mostrada esta trajetória, com seus avanços, impasses e desafios.

Os dados atuais contidos ao final deste trabalho possibilitam ilustrar as mudanças já realizadas com o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e, permitem analisar as vantagens e desvantagens das políticas de atenção à saúde mental na saúde pública.

Pensando em transformações no modelo que oferece cuidados à pessoa com transtorno mental, é preciso refletir sobre as dimensões política e clínica, no sentido de articular estes campos para favorecer uma melhor reabilitação do indivíduo egresso dos hospitais psiquiátricos.

Numa definição da *Internacional Association of Psychosocial Rehabilitation services* (IAPRS), 1995, a **reabilitação** seria:

O processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia, do exercício de suas funções na comunidade (...) o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e de cada situação, de modo personalizado. (*apud* PITTA, 1996, p.19-20).

A definição nos mostra que é um conceito amplo, porém no seu sentido comum, não fica explicitada como sendo uma transição para a cidadania plena. O problema da reabilitação é exatamente este, é o fato de não estar posta como transição para a cidadania plena, como podemos observar na fala de Saraceno.

O processo de Reabilitação Psicossocial seria então um grande processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e também de plena contratualidade no cenário das relações familiares, da rede social e do trabalho com valor social (Saraceno, 1996, p. 17).

Ao pensar a reabilitação psicossocial podemos afirmar que esta exige um conjunto de intervenções efetuadas pelos equipamentos de saúde, a fim de promoverem a cidadania dos usuários. Desta forma pode-se afirmar que a reabilitação é **social** e **clínica**, sendo necessário um novo olhar para este processo, uma transformação das práticas clínicas e sua articulação com a dimensão política da Reforma Psiquiátrica.

Método

O método a ser utilizado é o referencial teórico psicanalítico por acreditar que a Psicanálise focaliza o sujeito e privilegia o seu campo intersubjetivo. A psicanálise também está inserida nas discussões a respeito da Reforma Psiquiátrica, sendo útil à esta na orientação do tratamento, levando em conta a dimensão do sujeito e auxiliando o sujeito no desenvolvimento de sua subjetividade e estabelecimento de laços sociais.

Segundo Meyer (1993), o método psicanalítico tem como instrumento a interpretação. Tendo em vista que as hipóteses pelas quais se procura explicar os fenômenos já estão impregnadas de um caráter interpretativo, a interpretação (como instrumento do método) então não se limitaria a fornecer outro sentido ao discurso, mas a desvendar a existência, presença e atuação de formas de vida psíquica, tão reais e ativas quanto as explícitas. (p.32).

Mezan (1993) ao falar da pesquisa em psicanálise cita pontos de vista contemporâneos como o método de Jean Laplanche, para este, conhecer o que existe em Psicanálise como em qualquer outra disciplina, é o primeiro momento de qualquer pesquisa séria. Seu método consiste numa leitura histórica, problematizante e interpretativa dos textos psicanalíticos, fazendo uma análise, não interpretando as fantasias de seus autores, mas utilizando como instrumento o método psicanalítico e suas categorias heurísticas: a atenção ao detalhe dissonante, a reconstrução do contexto, a temporalidade própria instaurada pela psicanálise (...). Nota-se que o objeto de pesquisa aqui é constituído por *textos* e não por “material clínico”. (Mezan, 1993, p. 54).

No Primeiro capítulo será realizado um estudo bibliográfico a respeito da Loucura, desde a Grécia Antiga até os dias atuais, apresentando as mais variadas formas em que a loucura se configurou ao longo do tempo, tendo em vista que o conhecimento dos aspectos como: mitos, paradigmas e conceitos históricos com os quais a Loucura foi tratada, o que facilita a compreensão das dificuldades enfrentadas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil e no mundo.

O capítulo 2 será destinado ao estudo dos processos de institucionalização e desinstitucionalização da loucura, principalmente relatando estes processos no Brasil.

O terceiro capítulo mostra a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, apontando impasses, avanços e desafios.

Nas considerações finais serão apresentados e analisados alguns dados atuais do processo da reforma psiquiátrica brasileira.

CAPÍTULO 1. Breve Histórico da Loucura ao Longo do Tempo

A loucura configurou-se ao longo da história de variadas formas. Antes de ser conceituada como doença mental, desvio, ou patologia, a loucura passou por diversas definições, sempre relacionadas com a cultura, desde uma caracterização sábia, divina, até uma exclusão e condenação. O que permanece ao longo dos tempos é sua relação de inevitabilidade. A loucura sempre foi algo inevitável para os homens.

O termo louco tem inúmeros significados.

Louco - sinônimos: doido, alienado, demente, mentecapto, indiscreto, desassisado, insensato, temerário, arrebatado, imprudente, imoderado, inconsiderado, vão, estólido, estulto, estóina, desperdiçado, extravagante, doidivas, boêmio, folgazão, travesso, trocista, galhofeiro, alegre excessivo, extraordinário, inaudito, maluco .

Agora vejamos os significados do termo loucura:

Loucura: Qualidade ou caráter do que é louco. Doença mental; doidice; demência, insanidade. Ato próprio de louco. Ato de extravagância, de imprudência.

Os significados encontrados para os termos retratam a forma como a loucura configurou-se no decorrer do tempo em diferentes contextos.

O histórico da loucura e o papel que o louco ocupou na história são importantes para entendermos o conceito dos termos louco e loucura nos dias atuais. O conhecimento deste histórico leva-nos ao entendimento do modo de ver, pensar e agir em relação à loucura, pertencentes a cada época e na forma como repercutiu em cada contexto, bem como na herança que carregamos hoje acerca da loucura.

Elegi, prioritariamente, Michel Foucault, para falar da história da loucura, por suas contribuições importantes para entendermos a constituição do imaginário das pessoas em relação à loucura. Para complementar o estudo utilizarei citações de outros autores como Freud e Frayze- Pereira, autores que trazem contribuições para o tema.

A experiência da loucura no mundo Ocidental herdou características de diferentes épocas e contextos. Veja o que diz Foucault (1991) a respeito da relação da loucura com a história:

A noção de loucura, tal como existe no século XIX, formou-se no interior de uma consciência histórica, e isso de dois modos: primeiro, porque a loucura em sua aceleração constante forma como que uma derivada da história; e, a seguir, porque suas formas são determinadas pelas próprias figuras do devir. Relativa ao tempo e essencial à temporalidade do homem: é assim que nos aparece a loucura tal como ela é reconhecida ou pelo menos sentida, bem mais profundamente histórica, no fundo, do que ainda o é por nós. (FOUCAULT, 1991, P.375).

Na Grécia Antiga, os loucos, desatinados eram vistos como mensageiros dos Deuses. Estes com suas falas e visões, eram interessantes, pois representavam uma aproximação com as forças e ordens do Olimpo¹. Os loucos, nesse caso, se faziam necessários para a compreensão das mensagens e ordens divinas, não havendo necessidade de bani-los ou de controlar tais anormalidades. Na Grécia Antiga, a loucura era vista como a relação com o saber divino, sendo os loucos os mensageiros dos Deuses. A loucura, neste caso, é considerada como privilégio. Através do “delírio” os privilegiados tinham acesso às verdades divinas. Porém, já é possível notar, desde esta época, que a loucura já trazia uma noção de patologia, os loucos já eram considerados portadores de uma desrazão, como alerta Foucault:

Sua confiscação na nossa época não deve iludir-nos a respeito de sua exuberância originária. Sem dúvida, desde a medicina grega, uma certa parte no domínio da loucura já estava ocupada pelas noções de patologia e as práticas a que ela se relaciona. (FOUCAULT, 1988, P.76).

A loucura era vista também como possessões de espíritos, inclusive os ataques epiléticos, conhecidos como doença divina. Para os gregos, tudo que não era compreensível abarcava manifestações divinas.

¹ Na Mitologia Grega, o Monte Olimpo é o ponto mais alto da Grécia e é morada dos doze Deuses do Olimpo, os principais deuses do panteão grego: Zeus, Hera, Posídon, Atena, Ares, Deméter, Apolo, Ártemis, Hefesto, Afrodite, Hermes e Dioniso.

Na Idade Média fazem-se presentes a peste, o medo do apocalipse, as ameaças de outro mundo e a lepra. A lepra se espalha de forma assustadora, causando pavor. Os portadores deste mal eram isolados nos leprosários, locais que futuramente foram ocupados pelos loucos.

Após o desaparecimento da lepra, no final do século XV, os leprosários que representavam horror e exclusão, foram esvaziados e em seguida reocupados pelos loucos e pessoas que não se adaptavam ao convívio social.

Para Foucault (1991), a loucura herda a estigmatização da lepra e sua representação de ameaça e exclusão com a qual a doença era tratada:

é sob a influência do modo de internamento, tal como ele constitui no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. (FOUCAULT, 1991, p. 08).

Para Foucault (1991), não é logo seguida ao desaparecimento da lepra que acontece a herança da lepra. Isso só acontece quase dois séculos depois. Antes de vivenciar o medo, as reações de divisão e de exclusão, a Loucura teve momentos de participação no convívio social, como na Idade Média e de exaltação como na Renascença.

Durante uma parte da Idade Média, a loucura passou despercebida, os loucos participavam de eventos sociais. Existia alguma tolerância e acreditava que as conseqüências da loucura já era a punição do louco pelos males que haviam feito. O castigo já era sua própria condição de excluídos, atormentados pelos espíritos maus.

A própria igreja que deu esta breve “liberdade” à loucura, passou a contribuir para a mudança desta mentalidade com as erradas interpretações do Novo Testamento. Começou a proibir os loucos de entrar nos templos, retrocedendo ao pensamento da Grécia Antiga, em que tudo que não era compreensível, era fruto de sementes diabólicas e malignas.

Os indivíduos com comportamentos desviantes, delinqüentes, loucos eram tidos como possuídos pelo demônio e queimados em fogueira.

O período da Renascença foi marcado pela transição da cultura medieval para a cultura moderna. A passagem de uma perspectiva filosófica do Teocentrismo, segundo a qual Deus é o centro do Universo para o Antropocentrismo, que coloca a humanidade no centro do Universo. Estas transições contribuem para uma transformação na concepção de homem e da loucura.

Nesta época, a loucura era experimentada em estado livre, circulando no cotidiano e na linguagem, mais em estado de exaltação do que de dominação. Porém não significa que não se tratavam dos loucos, ao contrário, foi nesta época que criaram os primeiros espaços para o tratamento dos loucos na Espanha e em seguida. “Até cerca de 1650, a cultura ocidental foi estranhamente hospitaleira a estas formas de experiência”. (FOUCAULT, 1988, P.78).

O que houve de peculiar no primeiro momento da Renascença, foi que o lado cósmico, divino da loucura, que tinha um aspecto externo ao sujeito, vai passando a fazer parte da experiência humana. A loucura caminha na direção de expressar as forças da natureza, o inumano. A verdade do mundo era refletida na fala dos loucos, que apreendia seu mistério e transcendia-o.

A loucura começou a fazer presença nas ruas, na letra, nas pinturas e até no teatro. Houve uma exaltação do sinistro representada pelo horror e atração da loucura.

Na Renascença viu surgir uma representação da loucura através de uma imagem metafórica: a Nau dos Loucos, de Bosch², uma embarcação que conduzia os loucos para longe, já denotando que os loucos tinham uma existência errante. A imagem representa os loucos escorraçados de uma cidade a outra, expulsos e condenados à peregrinação. Veja neste trecho de Foucault:

A navegação entrega o homem à incerteza da sorte; nela, cada um é confiado ao seu próprio destino; todo embarque é, potencialmente, o último. É para outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. (FOUCAULT, 1991, p. 12).

² Jeroen van Aeken, cujo pseudônimo é Hieronymus Bosch, e também conhecido como Jeroen Bosch, (c. 1450 — Agosto de 1516), foi um pintor e gravador neerlandês dos séculos XV e XVI. Uma de suas pinturas bem conhecida e citada neste trabalho é “O Navio dos Loucos, ou Nau dos Insensatos.”

A Nau dos Loucos só surge no século XV, porém simboliza a inquietude em relação à loucura no final da Idade Média. Os loucos levados em navios tornavam-se prisioneiros de sua própria partida em busca da razão.

Erasmus de Rotterdam³ escreve o Livro “Elogio à Loucura”, em que fala do nascimento da loucura:

vós bem vedes com que providência a natureza, esta mãe produtora do gênero humano, dispôs que em coisa alguma faltasse o condimento da loucura. Segundo a definição dos estóicos, sábio é aquele que vive de acordo com as regras da razão, e louco, ao contrário, é o que se deixa arrastar ao saber das paixões. eis, porque Júpiter, com receio de que a vida do homem se tornasse triste e infeliz, achou conveniente aumentar a dose das paixões que da razão, de forma que a diferença entre ambas é de um para vinte e quatro. Além disso, relegou a razão para um estreito cantinho da cabeça, deixando todo o resto do corpo presa das desordens e da confusão. (ROTTERDAM, 1972, P.31).

O autor neste trecho reforça a relação da loucura com a razão, porém segue argumentando a força que o saber das paixões exerce sobre a razão, uma maneira de elogiar a loucura que carrega o peso da desrazão.

Na Renascença, a loucura não ocupou apenas o lado cósmico, mas também o da experiência crítica, relacionada à uma ligação que o homem mantém consigo mesmo, um saber interno inacessível e temido, como afirma Foucault:

a loucura não está ligada ao mundo e suas formas subterrâneas, mas sim ao homem, a suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões. [...] a loucura não está mais à espreita do homem pelos quatro cantos do mundo. Ela se insinua nele, ou melhor, é ela um sutil relacionamento que o homem mantém consigo mesmo. (FOUCAULT, 1991, p. 24).

³ Humanista holandês (1469-536), Erasmus foi uma das figuras marcantes do Renascimento. A sua obra mais importante foi o livro “ Praise of folly” (Elogio à Loucura) , ensaio escrito em 1509 e publicado em 1511.

Neste trecho, é possível afirmar que a loucura não diz respeito apenas à verdade do mundo, mas ao homem e à verdade que ele distingue de si mesmo. A Renascença é um período de luta entre duas experiências da loucura: a experiência cósmica, em que a verdade é do mundo, externa ao homem e a experiência crítica, na qual a loucura representa o confronto do homem com sua verdade.

É neste segundo momento, no começo do século XVI, que a experiência crítica, vence a luta. O sentido da experiência cósmica, a verdade do mundo vão ficando ocultos e a experiência crítica ganha privilégio.

A fragmentação da experiência da loucura é mostrada neste trecho de Foucault:

a experiência trágica e cósmica da loucura viu-se mascarada pelos privilégios exclusivos de uma consciência crítica. É por isso que a experiência clássica, e através dela a experiência moderna da loucura, não pode ser entendida como uma experiência total que finalmente chegaria, por este caminho, à sua verdade positiva; é uma figura fragmentária que, de modo abusivo, se apresenta como exaustiva; é um conjunto desequilibrado por tudo aquilo que carece, isto é, por tudo aquilo que o oculta. Sob a ciência crítica da loucura e suas formas filosóficas ou científicas, morais ou médica, uma abafada consciência trágica não deixou de ficar em vigília. (FOUCAULT, 1991, P.28-29).

No início do século XVII, primeiramente a loucura começa a ganhar caráter moral, já sendo a razão uma verdade frente à desrazão. O processo de humanização e racionalização da loucura, inaugurado na Renascença, situa o louco como detentor da loucura, responsável por ela, intensificando o crivo moral sobre ele mesmo.

Foucault (1997) afirma que “a verdade da loucura é ser interior à razão, ser uma de suas figuras, uma força e como que uma necessidade momentânea a fim de melhor certificar-se de si mesma”. (p.36).

Contudo, Foucault (1988) nos mostra que em todo o Renascimento a loucura foi celebrada. Era manifestada pela linguagem através das danças, como a dança Macabra representada no cemitério dos Inocentes, das danças e festas populares oferecidas pelas “associações dos loucos”, como o Navio Azul em Flandres. A loucura também fez parte da literatura, em obras filosóficas como o Elogio à loucura

de Bosch. Estava presente até nas cenas dos teatros. Enfim, a loucura era prestigiada, experimentada livremente, porém seu reinado próximo seria bem oposto à esta exaltação.

Rotterdam, no livro *Elogio da Loucura*, fala da contribuição da loucura para as Artes e Literatura. Para o autor, o mérito recebido por muitos autores deve-se à loucura, como mostra neste trecho:

Mas será também verdade que a Loucura foi a autora de todas as famosas proezas dos valorosos heróis que tantos literatos eloqüentes elevaram as estrelas? É a Loucura que forma as cidades; graças a ela é que subsistem os governos, a religião, os conselhos, os tribunais; e é mesmo lícito asseverar que a vida humana não passa afinal, de uma espécie de Divertimento da Loucura. (ROTTERDAM, 1972, p.46).

Ainda segundo o autor, é a loucura que dá ânimo aos homens para manifestar-se através das artes, e que, estes ao produzir, ou seja, ao criar uma obra de arte, sentem-se onipotentes e vangloriados. Esses homens usam toda essa voracidade para conquistar uma imortalidade, que não passa de uma belíssima quimera. “Deveis, pois, à Loucura todos os bens que já produziram no mundo, todos esses bens que estais gozando e que tanto contribuem para a felicidade da vida”. (ROTTERDAM, 1972, p. 47).

De acordo com Foucault (1988), em meados do século XVII, a loucura ganha caráter de exclusão. São criados em toda Europa estabelecimentos para internação dos loucos e de toda uma série de indivíduos diferentes entre si, mas considerados pelo Estado como indivíduos que não podem fazer parte da sociedade.

Segundo Foucault (1988), o classicismo criou o internamento com a semelhança que a idade média criou os leprosários e as instituições passam a receber não somente os loucos, mas “toda uma série de indivíduos bastante diferente uns dos outros, pelo menos segundo nossos critérios de percepção”. (p. 78).

Nestas instituições, o aprisionamento possui dimensões políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais. São internados indivíduos pobres, mendigos, prostitutas, inválidos, velhos, desempregados, portadores de doenças venéreas,

libertinos, pessoas submetidas a um castigo público sob mandato de um poder real, eclesiásticos desviantes, isto é, todos aqueles que de alguma maneira estão contra a ordem da razão. O Hospital geral aberto em Paris, o antigo leprosário de Saint-Lazare e o hospital Charenton alinharam-se neste modelo de internação.

O internamento da era clássica não é um estabelecimento médico com finalidade terapêutica, mas estruturas exigidas para controlar a ordem do espaço social. “O internamento foi então ligado à sua origem e no seu sentido primordial a esta reestruturação do espaço social”. (FOUCAULT, 1988, p.79).

A loucura no classicismo não está relacionada com a doença e sim com inúmeras questões de ordem social, como podemos observar nas palavras de Foucault:

O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época Clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos. (FOUCAULT, 1988, p.79).

Entre as questões relacionadas à loucura, Foucault (1991) destaca uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres de assistência, uma nova reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se unirá a lei civil, sob a forma de coação.

Neste contexto em que o Estado assume o lugar da Igreja, as figuras do pobre e do louco não têm mais um sentido místico como na Idade Média, mas torna um obstáculo contra o bom funcionamento do Estado, passando de uma concepção mística para uma concepção moral, que pune e condena. A miséria então, passa a ser vista apenas em seu aspecto moral e o louco, que antes era acolhido pela sociedade e carregava o saber Divino, agora, perturba a ordem social e deve ser excluído.

A loucura, a pobreza e a ociosidade estão na mira dos Estados. E para o louco, não existe preocupação com a cura e são considerados indivíduos perturbadores da ordem dos espaços sociais, não tendo apenas seu destino a exclusão, como também a detenção. Os pobres eram submetidos às regras de

trabalho obrigatório, servindo de mão-de-obra barata nos períodos de crises. No Hospital Geral forçavam-se os internos ao trabalho de fiar, tecer, produzir objetos, vendidos a preço baixo no mercado, cuja renda era destinada ao funcionamento do Hospital. Outro papel do trabalho forçado era de sanções e controle moral.

No século XVII, neste horizonte do internamento, a loucura é associada à pobreza, à incapacidade para o trabalho, à impossibilidade de integração social. Segundo Foucault (1988), tal associação foi um fenômeno importante para a constituição da experiência da loucura na Contemporaneidade, já que durante muito tempo a loucura é manifestada e depois desaparece, permanece no silêncio por um longo período; é despojada de sua linguagem; e se pode continuar a falar dela, ser-lhe-à impossível falar de si mesma. A loucura, nesta forma de internamento criou novos vínculos e aproximações com personagens e valores que antes não eram culturalmente associados entre si. Podendo se afirmar que a loucura foi isolada por sensibilizações sociais antes de uma visão médica.

O internamento, neste período, cuja finalidade primeira era de silenciar a loucura não durou mais que um século. Na metade do século XVIII a inquietude renasce. Aparecem críticas e reclamações acerca do internamento e das formas tradicionais de assistência. A população pede a abolição do internamento. Surge então o Movimento da Reforma. Os reformadores buscam alternativas para suprimir a internação e definir medidas de auxílio financeiro e cuidados médicos que beneficiassem a classe miserável em suas próprias casas, libertando-os do pavoroso isolamento no hospital. Com os loucos a questão era diferente: se libertados ofereciam riscos às famílias e às pessoas do seu meio social.

As antigas casas de internamento foram reservadas para os loucos, dada a necessidade de contê-los por serem considerados indivíduos que oferece periculosidade em alguns momentos. O diferencial é que agora os loucos não são isolados juntamente com outros indivíduos. A loucura ganha o seu lugar, a sua identidade.

Todos os outros foram liberados, exceto os loucos que serão os herdeiros da exclusão. A loucura deixa de ser alienada aos outros para alienar-se a si mesma.

Os tratamentos dados aos loucos têm caráter moral, cuja finalidade é corrigi-los e discipliná-los. A intervenção é estritamente corporal, como açoites, suplícios,

entre outros. O internamento tem uma resignificação: torna-se medida de caráter médico. Passa a ser considerada como doença, mas ainda não considerada doença mental, e unifica controle moral e conduta terapêutica.

Pinel na França, Tuke na Inglaterra e Wagnitz e Riel na Alemanha têm seus nomes ligados a Este Movimento da Reforma e são símbolos do humanismo e de uma ciência positivista. Eles não romperam com as antigas práticas do internamento, mas retomou-as com outra finalidade: retomar-se delas para submeter os loucos a um controle social e moral.

Tuke montou um asilo perto de Nova York, considerado o asilo ideal – o Retiro. Era uma reconstituição da idéia de uma quase-família, onde o alienado pudesse sentir-se em casa.

Veja o que diz trechos da carta dirigida por Delarive depois de uma visita ao Retiro em 1798:

a respeitável sociedade dos Quacres... desejou assegurar a seus membros que por infelicidade tivessem perdido a razão, sem ter fortuna suficiente para recorrer aos estabelecimentos dispendiosos, todos os recursos da arte e todas as amenidades da vida compatíveis com sua condição; uma subscrição voluntária forneceu os fundos, e há dois anos foi fundado, perto da cidade de Nova York, um estabelecimento que parece reunir muitas das vantagens com toda a economia possível. Se a alma esmorece por instantes diante desta doença terrível que parece feita para humilhar a razão humana, sente-se a seguir suaves emoções ao considerar-se tudo aquilo que uma beneficência vigilante soube inventar para curá-la e aliviá-la.[...].Esta casa está situada a uma milha de York, no meio de um campo fértil e risonho; o que ela provoca não é uma idéia de uma prisão, mas antes a de uma grande fazenda rústica; está cercada por um grande jardim fechado. Nada de barras nem de grades nas janelas.

A cura era baseada na demonstração de sentimentos de culpa, de humildade, dependência, reconhecimento, que constituíam a base moral da vida familiar. Para atingir tal objetivo eram utilizadas práticas como: privações alimentares, humilhações, castigos, enfim tudo que levaria o louco à infantilização e culpabilização.

Segundo Foucault (1991), cabe uma reavaliação às significações atribuídas à obra de Tuke: valorizado como gesto de libertação dos alienados, de abolição às coações, constituição de um meio humano. São apenas justificativas, as ações

reais foram diferentes. No asilo construído por ele prevalece o princípio do medo. Este medo, que já faz parte da loucura desde os horrores do internamento, se torna essencial para a desalienação, que permite ao louco restaurar uma convivência bem primitiva com o homem da razão. A loucura agora não causará mais medo, ela terá medo. Para Foucault (1991) “Tuke criou um asilo onde substituiu o terror livre da loucura pela angústia fechada da responsabilidade”. (p. 479).

O medo é dirigido ao doente diretamente, sem o uso de instrumentos, mas através de um discurso que liga a manifestação da loucura a castigo e responsabilidade, como relata Foucault:

O louco, enquanto ser humano originalmente dotado de razão, não é mais capaz de ser louco; mas o louco, enquanto louco, e no interior dessa doença da qual não é mais culpado, deve sentir-se responsável por tudo aquilo que pode perturbar a moral e a sociedade e deve acusar a si mesmo pelos castigos que receber. (FOUCAULT, 1991, P. 479).

Ainda segundo o autor, o tratamento oferecido no Retiro, que envolve o processo de culpabilidade, fazia com que o louco se tornasse objeto de punição ofertado a ele e ao outro, e ao reconhecer esta condição de objeto, e tomar consciência de sua culpabilidade, o louco deveria voltar à sua consciência de sujeito livre e responsável, e assim retornar a razão.

Pinel, que assumiu a direção do hospital de Bicetre, atentou-se para a libertação dos acorrentados que ali encontravam. Bicetre que tinha sido construída como “casa dos pobres”, e naquele momento se encontrava misturados: velhos, indigentes, condenados, loucos, prisioneiros colocados pela Revolução. Durante a Revolução, Bicetre era o principal hospital que recebia os alienados e como Pinel já era médico da instituição, sob o Terror, adquiriu o mérito de ser protetor de aristocratas e sacerdotes que ali estavam.

Pinel, após libertar os acorrentados, utilizou técnicas semelhantes às de Tuke para o controle moral. A função médica alia-se à função punitiva. Veja o que diz Foucault a respeito desta postura:

transformou o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: o louco tinha de ser vigiado nos seus gestos, rebaixados nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação à sua conduta normal. (FOUCAULT, 1988, P.82)

É introduzida a função médica e Pinel exerce influência na criação da Psiquiatria moderna. Em Bicetre, A função médica tratará de rever os internamentos já existentes: separar inocentes e culpados, pessoas com razão e desrazão e, libertar as vítimas do poder arbitrário e denunciar os suspeitos. Para Pinel foram incumbidas tarefas, as quais eram difíceis defini-las com precisão. Como sua reputação de médico era grande, pode supor que havia sido escolhido para “desmascarar” a loucura e fundar um internamento dos alienados, cuja necessidade fosse reconhecida. A prática médica tinha como finalidade deixar explícito o que é a loucura e onde ela se encerra. A cura tinha como significado corrigir moralmente o indivíduo para que tornasse moralmente aceito no modelo social vigente. A noção de indivíduos ameaçadores da ordem social associada ao conceito de doença mental propiciou uma dualidade da punição e tratamento sobrepostos.

A medicina, através da Psiquiatria nasce neste contexto, introduzindo um saber científico sobre a doença mental. Cabe a ela estabelecer o destino dos perturbadores da ordem social: repressão (levados à prisão) ou tratamento (levados ao internamento). Em ambos os destinos existe a exclusão.

Para Berger (1991), “O Psiquiatra emerge com uma função ambígua: ao mesmo tempo em que vem para tratar o paciente é eleito o protetor da sociedade contra este mesmo louco que tenta curar”. (p. 21)

No Parlamento Francês são adotadas novas medidas. Uma delas é a separação entre os loucos (desprovidos da razão) e os criminosos. Aos loucos, por não serem portadores da razão e da vontade, é estabelecida uma relação de tutela. São considerados independentes e sem autonomia, portanto, sem capacidades, não tem cidadania e nem direitos reconhecidos.

Em 1804, o Código Civil francês de Napoleão Bonaparte considera que o suposto incapaz, somente terá incapacidade decretada - e por consequência, sua liberdade privada- após julgamento, em que lhe é garantido o interrogatório. É lhe dado o direito de defesa em relação à acusação de sua incapacidade.

As diferentes práticas médicas começaram a fazer parte dos tratamentos da loucura, como afirma Foucault (1988) quando diz que “apesar da extensão muito grande das medidas de internamento, a idade clássica tinha deixado subsistirem e desenvolverem-se até um certo ponto as práticas médicas referentes à loucura”. (p.82)

Ainda segundo o autor, com a multiplicação das doenças nervosas, havia a tentativa de definir as técnicas mais apropriadas para curá-las. Os tratamentos não eram nem físicos nem psicológicos, mas ambos ao mesmo tempo. Podemos citar algumas práticas, como: submeter os doentes à ducha ou ao banho para refrescar seus espíritos; injetar sangue fresco para renovar sua circulação perturbada; provocar impressões vivas para provocar o curso da sua imaginação.

Estas técnicas foram retomadas por Pinel e seus sucessores, porém com função estritamente repressiva e moral. A ducha não refrescava mais, punia. Não se devia utilizar esta técnica quando o doente está “excitado”, mas quando cometeu um erro. Em pleno século XIX, esta técnica foi utilizada por Leuret, que submetia o doente à ducha gelada, enquanto estabelecia um diálogo com ele, forçando-o a confessar que sua crença era apenas um delírio. Outra prática do século XVIII foi a criação de uma máquina rotatória onde se colocava o louco, e com o movimento giratório, o curso de seus espíritos fixos nas idéias delirantes reencontrassem seus circuitos naturais. Esta prática foi resgatada no século XIX e aperfeiçoada dando-lhe o aspecto punitivo: quando o doente manifestava seu delírio, fazia-se girar até desmaiar, se ele não se arrependesse. Também era comum prender o paciente numa gaiola giratória, que girava horizontalmente em torno de si mesma, cujo movimento variava de acordo com a intensidade da agitação do paciente. São antigas técnicas praticadas nos asilos, que foram abandonadas e resgatadas com outra finalidade, fazendo parte de um jogo médico, onde predomina o regime moral único, como é visto em Foucault:

o essencial é que o asilo fundado na época de Pinel para o internamento não representa a “medicalização” de um espaço social de exclusão; mas a confusão no interior de um regime moral único cujas técnicas tinham algumas um caráter de precaução social e outras um caráter de estratégia médica. (FOUCAULT, 1988, P.83).

Em 1838, é aprovada no Parlamento Francês, a lei nº 7 447º, de assistência aos alienados. Esta lei, além do objetivo de proteger a sociedade do comportamento diferenciado dos loucos, garantia a proteção destes, mediante tratamento, sendo dever do Estado a fiscalização. Houve uma reorganização da assistência psiquiátrica e a internação necessária era feita com base nesta lei.

Pela lei eram previstos dois tipos de internação: uma voluntária e outra compulsória. A voluntária era solicitada pela família, mediante avaliação médica. A compulsória era destinada aos indivíduos mais “agitados” e aos indigentes, que sem apoio social, estavam sujeitos à intervenção pública.

Observa-se que a loucura é, mais uma vez, posta no âmbito do controle social, da ordem e da moral. A Psiquiatria vai se desenvolvendo neste contexto e tem suas práticas baseadas no controle da ordem social e no tratamento. Os alienados entram numa disputa entre as instâncias médica e jurídica, classificados como louco ou culpado.

É ainda no século XIX que a loucura deixa escapar o título de fenômeno global relativo, intermediada pela imaginação e pelo delírio, ao corpo e à alma. Com esse novo modelo asilar, num contexto da moral que pune, a loucura diz respeito essencialmente à alma humana, sua culpa e liberdade; ela aponta-se na dimensão da interioridade.

É a partir daí que a loucura ganha o status psicológico, pela primeira vez no mundo ocidental. A loucura é considerada doença da alma, onde o alienado está em conflito consigo próprio e com a sua própria desordem mental. O surgimento de um pensamento voltado para a interiorização e o valor psicológico atribuído ao louco, gera um novo olhar voltado para o alienado, como um indivíduo, cuja verdade está escondida no interior de sua subjetividade. O louco não é mais aquele sem razão, sem verdade, mas um ser que perdeu sua própria verdade.

A psicologia encontra a loucura situada na experiência da Desrazão na qual o alienado do século XVIII se inseria e a loucura inserida no sistema dos valores e das repressões morais no século XIX. A loucura é neste caso, o efeito psicológico do sistema moralista, como nos mostra Foucault:

o que se descobre na qualidade de “psicologia” da loucura é apenas o resultado das operações com as quais se investiu. Toda esta psicologia não existiria sem o sadismo moralizador no qual a filantropia do século XIX enclausurou-a, sob os modos hipócritas de uma libertação. (FOUCAULT, 1988, p. 84).

Ainda de acordo com o autor, o conhecimento da loucura, assim como todo saber, é ligado às formas essenciais de crueldade, que segundo ele é uma relação importante, pois é esta relação que torna possível uma análise psicológica, ou seja, é o fundamento da possibilidade de toda psicologia, como afirma Foucault:

não se deve esquecer que a psicologia ‘objetiva’, ‘positiva’ ou ‘científica’ encontrou sua origem histórica e seu fundamento numa experiência patológica. Foi uma análise dos desdobramentos que ocasionou uma psicologia da personalidade; uma análise dos automatismos e do inconsciente que fundou uma psicologia da consciência; uma análise dos déficits que desencadeou uma psicologia da inteligência. Ou seja, o homem se tornou uma espécie psicologizável a partir do momento em que sua relação com a loucura permitiu uma psicologia. (FOUCAULT, 1988, P. 84).

Para Foucault (1988), a percepção da loucura é algo complexo e não é fácil reconhecer que o indivíduo é louco. Para tal reconhecimento é necessário ações prévias e, sobretudo, a análise do recorte social. O médico diagnostica a loucura como um determinado fenômeno, que passa a ser o limiar que permite julgamento da loucura. O limiar da loucura é particular de cada cultura e evolui de acordo com ela, como mostra Foucault:

cada cultura tem seu limiar particular e ele evolui com a configuração da cultura; a partir dos meados do século XIX, o limiar de sensibilidade à loucura baixou consideravelmente na nossa sociedade; a existência da **psicanálise** é o testemunho deste abaixamento na medida em que ela é tanto o efeito quanto a causa do fato. É preciso notar que este limiar não está necessariamente ligado à acuidade da consciência médica: o louco pode ser perfeitamente reconhecido e isolado, sem receber por isso um status patológico preciso, como foi o caso na Europa antes do século XIX. (FOUCAULT, 1988, p. 89, grifo meu).

Com o nascimento da experiência psicanalítica, Freud coloca como problemas científicos a serem investigados, os processos que para a medicina são incompreensíveis, “misteriosos”, obscuro, como as fantasias, a interioridade do homem, os esquecimentos e os sonhos. Para tal investigação ele cria a Psicanálise.

Freud tentava compreender o significado dos sintomas histéricos, de fobias e neuroses, dando sentido a uma série de fenômenos da vida psíquica. Para compreender como isso é possível é preciso entender alguns significados e conceitos da Psicanálise.

A palavra psicanálise deriva-se da junção de dois termos gregos: Psiché (que significa alma e *análisis* (eu significa análise), logo, psicanálise significa análise da alma.

A Psicanálise refere-se a uma teoria, a um método de investigação e a uma prática profissional. A respeito do método de investigação, o método psicanalítico é caracterizado como um método interpretativo, com o qual se busca o significado das manifestações por meio da interpretação de ações, palavras ou produções imaginárias expressadas nos sonhos, nos delírios, nas associações livres e nos atos falhos, atribuindo sentido a estas manifestações.

Foucault (1988) também considera o valor da linguagem que a loucura possui, como podemos notar em suas palavras:

mesmo silenciada e excluída, a loucura tem valor de linguagem e seus conteúdos adquirem sentido a partir daquilo que a denuncia e repele como loucura. Tomemos o exemplo da doença mental com as estruturas e perfis que nossa psicologia acredita reconhecer nela. (FOUCAULT, 1988, P. 91).

A doença mental “situa-se na evolução como uma perturbação do seu curso; por seu aspecto regressivo, ela ocasiona condutas infantis ou formas arcaicas de personalidade”. (FOUCAULT, 1988, p91.).

No livro *A Interpretação dos Sonhos*, Freud relata que a essência do sonho é a realização de um desejo infantil reprimido e a partir deste princípio ele elabora as bases do método psicanalítico. Neste livro ele apresenta a teoria sobre a estrutura e o funcionamento da personalidade. Uma teoria que se refere ao inconsciente.

Freud, por meio da interpretação dos sonhos, revela a existência do inconsciente⁴ e transforma o sonho – que para a ciência era apenas o lixo do pensamento- em instrumento que traz revelações da personalidade humana. Para Freud (1999) “o sonho é a estrada real do inconsciente”.

Antes de Freud, os sonhos eram considerados como manifestações divinas ou símbolos interpretados como previsão do futuro ou linguagem premonitória sobrenatural.

Outra contribuição importante de Freud é dada quando ele investiga as causas das neuroses e seu funcionamento, ao descobrir que grande parte dos pensamentos e desejos reprimidos diz respeito a conflitos de ordem sexual, derivados dos primeiros anos de vida do indivíduo. As experiências traumáticas, reprimidas na infância davam origem aos sintomas atuais. Tal descoberta situa a sexualidade no centro da vida psíquica, postulando a existência da sexualidade infantil⁵.

Foucault (1988) acrescenta que o evolucionismo engana-se ao ver nos aspectos regressivos à infância, a própria essência do patológico, e sua origem real:

se a regressão à infância se manifesta nas neuroses, é somente como um efeito. Para que a conduta infantil seja para o doente um refúgio, para que seu reaparecimento seja considerado como um fato patológico irreduzível é preciso que a sociedade instaure entre o presente e o passado do indivíduo uma margem que não se pode nem se deve transpor; é preciso que a cultura somente integre o passado forçando-o a desaparecer. (FOUCAULT, 1988, P. 91).

Outra atuação da psicanálise no campo da loucura é a análise e compreensão dos fenômenos sociais. Na época do nascimento da psicanálise, a loucura estava inserida em um contexto de exclusão, de punição, de desrazão e repressão moral, portanto, a análise e compreensão dos fenômenos sociais assumiam grande importância na compreensão de aspectos relacionados à loucura. Por meio da interpretação seria possível reinserir a loucura no campo da linguagem

⁴ Para mais informações sobre a teoria do inconsciente em relação aos sonhos leia o texto - A Interpretação dos Sonhos- de Sigmund Freud.

⁵ No texto –Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade- encontra-se toda a explicação a respeito desta teoria.

e com a análise dos fenômenos sociais tentar uma transformação política do lugar social que a loucura ocupa.

Foucault (1988) explica a relação dos fenômenos sociais com a loucura, citando como exemplo a esquizofrenia:

de fato, quando um homem permanece estranho ao que se passa na sua linguagem, quando não pode reconhecer significação humana e viva nas produções de sua atividade, quando as determinações econômicas e sociais o reprimem, sem que possa encontrar sua pátria neste mundo, então ele vive numa cultura que torna possível uma forma patológica como a esquizofrenia [...] submetido então ao constrangimento deste mundo real, ele experimenta este universo para o qual foge, como um destino. (FOUCAULT, 1988, P. 95-96).

O trabalho proposto por Freud seria a leitura e resignificação dos conteúdos reprimidos no inconsciente, trazidos pelo sujeito.

As afirmações freudianas acerca da loucura trouxeram repercussões na sociedade de acordo com a cultura vigente. Para Frayse-Pereira (1982) a significação psicanalítica da loucura transforma radicalmente o olhar frente ao sujeito:

a inseparabilidade do racional e do emocional, da inteligência e das paixões, dos pensamentos e dos desejos, do permitido e do proibido, do visível e do invisível, do real e do imaginário, em suma do sujeito e do mundo. A significação psicanalítica da loucura não passa pela dicotomia normal/anormal, pois a angústia, a dor, os desejos e as fantasias são constitutivos da vida psíquica de todos os indivíduos. (FRAYSE-PEREIRA, 1982, P.90).

Contudo, a Psicanálise nasce no contexto médico-científico e não é bem recepcionada pelo mesmo. “No século XIX, entretanto, nem a ‘experiência poética’ da loucura, nem a própria Psicanálise são bem acolhidas pela chamada ‘especulação séria’. A ‘consciência crítica’ desse século insistirá em outra direção: o louco não passa de coisa médica. (FRAYZE-PEREIRA, 1982, p. 91).

A consciência crítica citada pelo autor refere-se ao pensamento dominante, que segundo ele usa a loucura em prol do saber científico, e para ser usada como

conhecimento científico, transforma-a em objeto. Para Frayze-Pereira (1982), “através dessa passagem para a objetividade, isto é, ao se tornar um fenômeno interno que possui uma correspondência externa visível, a loucura converte o homem em objeto de conhecimento”. (p.93).

Mesmo com as funções médicas, com as dimensões psicológicas e com a experiência da Psicanálise, os loucos ainda viviam situações desumanas e a loucura caminha rumo ao século XX desprovida de um destino mais humano.

No início do século XX, a Psiquiatria, chamada então, de Psiquiatria Moderna, ainda domina o campo da Loucura. “A Psiquiatria Moderna vai tornar-se uma medicina de um estilo particular: os mais obstinados em descobrir a origem da loucura nas causas orgânicas ou nas disposições hereditárias não escaparão a esse estilo”. (FOUCAULT, 1991, p. 500).

Pinel já classificava a alienação mental como uma doença do grupo das orgânicas, ligada a distúrbios do funcionamento do sistema nervoso. Com a Psiquiatria Moderna, a questão do psíquico continua ligada ao biológico. Diante desta idéia, a psiquiatria moderniza suas práticas e os asilos ganham a tecnologia bioquímica como a introdução dos eletrochoques e da lobotomia. Esta última dá ao português Elgas Muniz, o Prêmio Nobel em 1949.

Com a formulação do Inconsciente por Freud, a Psicanálise revela que o psíquico não é da ordem biológica. Freud ao elaborar o que chama de aparelho psíquico, toma o cuidado de não determinar uma localização orgânica, o que opõe à relação da doença mental como causa biológica, como ele mesmo relata neste trecho:

[...] as representações, os pensamentos e as estruturas psíquicas em geral nunca devem ser encarados como localizados em elementos orgânicos do sistema nervoso, mas antes, por assim dizer *entre* eles, onde as resistências e facilitações fornecem os correlatos correspondentes. (FREUD, 2001, p. 583).

A psicanálise estabelece assim, um limite entre o biológico e o psíquico. A clínica psiquiátrica tem um declínio, deixando-se permear pelas formulações de Freud. Neste momento a psicologia assume importância na avaliação dos estados

psíquicos. Para Freud (2001), a noção de processos psíquicos inconscientes complementa os pontos de vista teóricos da Psicologia, que já atuava por conta própria com a noção do psíquico relacionado com consciente.

Enquanto a psicologia lidou com esse problema através de uma explicação verbal no sentido de que 'psíquico' *significava* 'consciente', e de que falar em 'processos psíquicos inconscientes' era de um contra-senso palpável, qualquer avaliação psicológica das observações feitas pelos médicos sobre os estados psíquicos anormais estava fora de cogitação. (FREUD, 2001, p. 583).

Em relação à postura médica diante deste fato, Freud (2001) diz que “só resta ao médico encolher os ombros quando lhe asseguram que a consciência é uma característica indispensável do psiquismo”. (p. 583).

A descoberta do inconsciente derruba a idéia de um homem determinado pela razão, porém não a sepulta de vez. Assim como uma fênix que ressurge das cinzas, a razão continua sua batalha pelo domínio da loucura. Cabe também a razão, silenciar o homem para que este não fale de sua condição humana. Com a chegada dos medicamentos farmacológicos e a introdução de modernos tratamentos químicos, a clínica psiquiátrica volta ao ápice e suas práticas assumem o controle dos distúrbios dos doentes mentais.

Com a ideologia de os medicamentos curam qualquer distúrbio ou enfermidade, a razão apresenta-se como solução para a doença mental. Parece que venceu a batalha. Não é uma crítica à farmacologia, mas sim uma tentativa de mostrar que esta ultrapassa seus limites, esquece que existe um sujeito por trás das prescrições, que se fosse levado em consideração, os efeitos seriam mais positivos.

É evidente a dificuldade de relação entre a Psicanálise e a doença mental por diversos fatores que serão esclarecidos em outro capítulo deste trabalho.

CAPÍTULO 2. Dos Manicômios à Reforma Psiquiátrica no Brasil

2.1 O Processo de Institucionalização da Loucura

Uma etapa importante do processo de institucionalização do doente mental envolve o saber médico, que tinha como objetivo a institucionalização da ordem no processo de urbanização. O desenvolvimento mercantil e o sistema político do século XIX são fatores que contribuíram para a institucionalização do doente mental.

Segundo Daúd Jr. (2011), o processo de institucionalização do doente mental está relacionado ao conceito de disciplinarização da sociedade. É papel da medicina neste caso, a regularização dos conflitos sociais e saneamento do ambiente. Operação semelhante já acontecia na Psiquiatria Européia, com intervenção sobre o comportamento desviante e inadequado dos indivíduos.

Para a autora, com esta prática, o saber e poder médicos, através da psiquiatria e da nova instituição – o hospício, manicômio, o hospital psiquiátrico-criam uma intervenção da classe dominante sobre os despossuídos. O comportamento desviante, a loucura ou o sofrimento mental é reduzido à uma categoria de “doença mental” sem levar em consideração a singularidade e complexidade da existência humana.

Assim como na Europa, a assistência Psiquiátrica no Brasil tem caráter de moralidade, cujo objetivo é manter a ordem social. Todas as instituições fundadas no Brasil objetivavam o afastamento dos loucos da sociedade, sem preocupação com o tratamento ou cura dos mesmos.

2.1.1 Institucionalização da Loucura no Contexto Histórico Brasileiro

Desde o primeiro manicômio fundado no Brasil, na época do Império, todos têm como finalidade a repressão e o controle social, cujo objetivo maior é disciplinar e retirar do espaço urbano os indivíduos considerados loucos e abrigá-los em um local afastado dos centros urbanos.

A construção do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil ocorreu através do Decreto 82 (em Anexo I), em 18 de julho de 1841. Este hospital construído na Praia Vermelha, Rio de Janeiro, foi inaugurado em 05 de Dezembro de 1852 e recebeu o nome de Hospício Pedro II, uma homenagem ao Imperador do Brasil – D. Pedro II. A construção ficava afastada do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro, para onde seriam levados os loucos que eram recolhidos pela Santa Casa de Misericórdia (instituição que internavam os loucos em suas dependências e era vista como local impróprio para o internamento). O hospício Pedro II tinha sua administração vinculada à Santa Casa de Misericórdia e o princípio básico era afastar o louco do convívio social, o que evidencia a exclusão exercida pelas diversas formas de lidar com a loucura. Birman (1991) relata sobre a maneira como o louco era excluído e manejado no sistema asilar:

“Instalado forçosamente na periferia do espaço social, nos confins do espaço urbano, nos limites da cidade e da razão, o louco como um não sujeito e como um quase sujeito seria ativamente convertido em sujeito da razão e da vontade, mediante as técnicas de *sociabilidade asilar* impostas pelo tratamento moral. Somente dessa maneira poderia a figura assujeitada da doença mental ser restaurada na condição de sujeito do contrato social, após ter sido submetido à força ao treinamento moral e ao aprendizado das regras básicas que regulariam as trocas sociais individualizadas”. (BIRMAN, 1991. P.75).

Em 1887, o hospício deixa de ser administrado pela Santa Casa de Misericórdia e sua direção é entregue ao 1º médico alienista brasileiro, Teixeira Brandão. Esta assistência aos loucos pelo Estado coincide com a proclamação da República, ou seja, a queda do Império.

O Hospício Pedro II passa a se chamar Hospício Nacional dos alienados, pelo Decreto nº 206 A, de 15 de Fevereiro de 1890, uma maneira encontrada para desligar-se do sistema monárquico. A partir desta fase começa a gestão médica no hospício.

No contexto da República, a relação com a loucura ganha outras dimensões. O louco é visto como ameaçador e perigoso.

O discurso alienista influencia na transformação da loucura em doença mental. A loucura, associada ao delírio é nomeada de doença mental.

A função médica nos hospícios não transformou as situações desumanas vividas pelos loucos.

Com a superlotação do Hospício Nacional, são criadas duas colônias, a de São Bento e a Conde de Mesquita, cuja finalidade é resolver o problema da superlotação do hospício e oferecer tratamento através de atividades voltadas ao trabalho, como artesanato e agropecuária.

Mais tarde, por volta de 1902, são descobertas irregularidades tanto no Hospício Nacional quanto nas colônias. Após abertura de inquérito com a tentativa de solucionar o problema, é nomeado um novo diretor, o Dr. Juliano Moreira, que critica as instalações das colônias. Ocorre neste momento uma pressão pelos proprietários dos terrenos onde estão localizadas as colônias e o governo resolve construir uma colônia, na fazenda do Engenho Novo, em Jacarepaguá, para receber os internos das colônias de São Bento e do Conde de Mesquita.

A partir daí este Sistema Asilar Manicomial vai se ampliando e, por mais que a explicação dada para a construção de colônias afastadas dos centros urbanos, fosse de oferecer melhor assistência, o objetivo era afastar os loucos dos centros urbanos. Estas instituições construídas eram rapidamente superlotadas e as condições desumanas permaneciam. O saber médico psiquiátrico, tendo o internamento como instrumento de poder, segue e permeia estas instituições e faz parte do processo de exclusão do louco.

Segundo Daúd Jr. (2011), a constituição do Sistema Asilar brasileiro, além da criação de hospitais psiquiátricos como estrutura assistencial hegemônica, tem sua hegemonia ligada à função complementar, que é a elaboração de um discurso legal, científico, assistencial e cultural com o intuito de transformar a instituição psiquiátrica em instrumento disciplinar indispensável ao funcionamento da nossa sociedade, mas que em determinados contextos, é movida por interesses lucrativos, de exploração econômica do sofrimento mental.

2.2 Processo de Desinstitucionalização da Loucura

Desinstitucionalizar não é o mesmo que desospitalizar, já que tem um significado amplo que não está restrito apenas ao hospital psiquiátrico, mas inclui as instituições em sua totalidade.

Para Rotelli, De Leonardis, et al (2001) “o processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’ mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’”. P.30

Daúd Jr. (2011) relata sobre a complexidade do processo de desinstitucionalização. “A chamada desinstitucionalização do doente mental é um fenômeno complexo. Na sociedade brasileira, assim como nas outras, está implicada com o modo de organização social e da produção que definem o conjunto de códigos e valores mais adequados à sua operatividade”. P.96

O relatório da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, no ano de 1992, traz a idéia do que se pretende implantar para realizar o processo de desinstitucionalização.

A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital dia, centro de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994. P.7)

Segundo Rotelli (2001), a desinstitucionalização no que refere aos hospitais psiquiátricos tem como significado romper com um paradigma que traz o mito da loucura como sinônimo de incapacidade e periculosidade, e que as medidas adotadas levam o sujeito à exclusão.

Dentro destes termos, o processo de desinstitucionalização tem como objetivo romper com o modelo que entende a doença separada do sujeito que a possui. Busca caminhar na direção da desconstrução de um pensamento que aceita de

forma natural, o atendimento ao doente mental em um sistema asilar e carcerário e empenha na construção de um raciocínio favorável à nossa época, que exige participação, compromisso e inclusão.

2.3 Os Movimentos de Reforma Psiquiátrica

Com o aspecto desumano da internação psiquiátrica, com as precárias condições em que os loucos eram tratados nos manicômios, sendo isolados, abandonados e sofrendo maus tratos, começam as críticas à internação asilar. As primeiras manifestações são de autores, que publicaram obras fazendo críticas aos tratamentos desumanos, aos quais os loucos eram submetidos nas instituições a eles destinadas.

No período pós – guerra começa surgir propostas de Reforma Psiquiátrica. Os Movimentos de Reforma Psiquiátrica que destaco neste trabalho são: a Comunidade Terapêutica (Inglaterra), a Psicoterapia Institucional (França), a Psiquiatria de Setor (França), a Psiquiatria Preventiva (Estados Unidos), a Antipsiquiatria (Inglaterra) e a Psiquiatria Democrática (Itália).

2.3.1 Comunidade Terapêutica (Inglaterra) e Psicoterapia Institucional (França)

Estes movimentos criticam a estrutura asilar, porém ainda acreditam que o manicômio é uma instituição de cura. A reforma, neste caso, seria apenas da organização psiquiátrica. As propostas são de mudanças no espaço asilar, com enfoque no âmbito social.

A comunidade terapêutica, um modelo inovador de tratamento psiquiátrico, consagrado por Maxwell Jones, em 1959, e tem base nas pesquisas realizadas por ele em um hospital psiquiátrico. Na pesquisa realizada, Maxwell constata que os sintomas dos pacientes eram psicossomáticos, relacionados com o estresse sofrido durante o processo de internação, sem causa biológica. Maxwell decide que os

pacientes devem ser informados do resultado. Com isso se depara com uma questão – na psiquiatria tradicional não existe a comunicação médico/paciente, médico/enfermeiro. Ao comunicar o resultado da pesquisa ao grupo (paciente e enfermeiros) inicia uma mudança na estrutura social daquele ambiente e percebe que cria um ambiente terapêutico favorável, capaz de ajudar na recuperação de quadros clínicos.

Maxwell Jones introduziu a prática da comunidade terapêutica, realizando grupos de discussões e atividades, possibilitando o envolvimento do indivíduo com seu próprio tratamento.

Este movimento é caracterizado pelo tratamento contínuo aos pacientes, comunicação entre médicos, enfermeiros, pacientes, atenção integrada entre paciente e sociedade para melhor adaptação à internação e distribuição da relação de autoridade. Esta mudança na hierarquia é o objetivo do processo de desinstitucionalização, como afirma Rotelli; De Leonardis et al (2001): “O objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes”. P. 32.

Segundo Jones (1972 *apud* Césari 2005), a idéia de comunidade terapêutica pauta-se na tentativa de “tratar grupos de pacientes como se fosse um único organismo psicológico”. P. 20.

Para esta autora, os aspectos importantes da comunidade terapêutica são a comunicação e a troca de experiência entre instituição e sociedade.

Apesar de a prática da comunidade terapêutica iniciar-se na instituição asilar, abre a necessidade de refletir o tratamento fora dos manicômios. Outro fato importante é a tentativa de criar uma organização mais democrática, distinta do sistema hierárquico tradicional.

A proposta da comunidade terapêutica era restrita ao ambiente manicomial, sendo a intervenção terapêutica na comunidade apenas como um complemento. Seu enfoque no social resultou em algumas modificações apenas dentro do hospital. Esta experiência Inglesa trouxe influência para a Psiquiatria democrática e inspirou reflexões sobre a necessidade da destruição dos manicômios. Veja este trecho de De Leonardis; Mauri et al (2001):

As comunidades terapêuticas inglesas foi uma referência constante da reflexão e da práxis transformadora daqueles anos [...] A comunidade terapêutica como primeiro passo de reviravolta institucional movido pela necessidade de usar efetivamente a instituição para seus fins tão conclamados e, portanto, de curvá-la às necessidades dos pacientes. (DE LEONARDIS; MAURI et al, 2001.P. 67).

A partir deste trecho, podemos considerar que a comunidade terapêutica representa um marco na reforma psiquiátrica, pelo novo olhar frente ao sujeito.

A Psicoterapia Institucional teve início na França, no cenário do final da II Guerra Mundial e caracteriza o hospital psiquiátrico como doentio, que precisa ser reformado para tornar-se terapêutico. Deste modo, não é o louco que deve ser tratado e sim a instituição.

O precursor deste movimento foi François Tosquelles, mas a expressão Psicoterapia Institucional é nomeada por Daumezon e Koechilin, em 1952. O objetivo deste movimento era dar ênfase no coletivo dos pacientes, fornecendo espaços para trocas de experiências, contrapondo à Psiquiatria Tradicional. “O manicômio é o lugar zero da troca” (ROTELLI, 2001. P. 61).

Tosquelles realizava trabalhos no Hospital Saint – Alban na França e acreditava na importância de um hospital reformado para o alcance da cura do doente mental e assim devolvê-lo à sociedade.

A Psicoterapia Institucional trouxe algumas contribuições, como a tentativa de combate à hierarquia autoritária e a busca pelas relações igualitárias, porém recebeu muitas críticas pelo fato de não se opor ao espaço asilar, sua oposição era apenas à organização da instituição e o esforço era para salvar o manicômio.

2.3.2 Psiquiatria de Setor (França) e Psiquiatria Preventiva (Estados Unidos)

Estes movimentos tinham como objetivos expandir a Psiquiatria ao espaço público, com ênfase na prevenção e promoção da saúde mental.

O fundamento teórico da Psiquiatria de Setor é baseado na Psicoterapia Institucional. O objetivo é levar a psiquiatria à população, expandindo a assistência para além do hospital. Para isso é exigido a reorganização da estrutura política em

saúde mental. Foram criados serviços extra-hospitalares próprios e outros meios de atendimentos externos.

Para CÉSARI (2005) a visão deste movimento é que o hospital psiquiátrico restringe ao auxílio no tratamento, sendo a internação psiquiátrica apenas uma etapa do tratamento. O momento principal é destinado à própria comunidade, o que traz a idéia de assistência ao paciente em sua própria comunidade.

Ao mesmo tempo em que pretende tirar o foco dos manicômios, estes continuam a existir e fazem parte da organização do movimento.

A Psiquiatria Preventiva originou-se nos Estados Unidos e foi definida por Gerald Caplan como comunitária.

Ainda segundo CÉSARI (2001), o objetivo da Psiquiatria Preventiva era estimular a prevenção, dividindo esta em três níveis. O nível primário, cuja proposta era a intervenção nas condições individuais e ambientais de formação da doença mental. O nível secundário, que propunha diagnosticar precocemente as patologias mentais e o nível terciário, com a proposta de readaptar o paciente ao meio social, após sua melhora. A internação psiquiátrica era realizada mediante o esgotamento de todas as possibilidades e com duração curta.

Caplan descobre estratégias que inclui não apenas a prevenção, mas também a promoção de saúde. Em seu programa adota medidas que visam reduzir, numa comunidade, os transtornos mentais, diminuir a duração dos transtornos mentais e ainda reduzir a deteriorização que resulta destes transtornos.

As contribuições dadas pela Psiquiatria de Setor e pela Psiquiatria Preventiva Tiveram importância no processo da Reforma Psiquiátrica, porém o hospital permeia todas as medidas adotadas, e continua sendo o lugar de referência para a doença mental.

2.3.3 A Antipsiquiatria (Inglaterra) e Psiquiatria Democrática (Itália)

A Antipsiquiatria, nascida nos anos 50, contrapõe à Psiquiatria tradicional, trazendo uma crítica ao objeto, teorias, métodos e práticas da Psiquiatria.

Os principais autores são: Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson. A reflexão deste movimento é de que a origem do sofrimento psíquico está no âmbito social, ou seja, a sociedade é a fonte do sofrimento psíquico. A sociedade está estruturada de forma que aqueles poucos que detêm o poder exercem o controle sobre os que não têm, e para isso, utiliza dos hospícios e das práticas psiquiátricas como vias de dominação. Para Franco Basaglia (1924 -1980), “o hospício foi construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção”.

A Antipsiquiatria questiona o hospital psiquiátrico, critica também o sistema capitalista, faz um balanço da história da psiquiatria e percebe que esta não consegue reintegrar o louco na sociedade.

A Psiquiatria Democrática foi criada na Itália, nos anos 60, por Franco Basaglia. Este movimento se desvincula da Antipsiquiatria, como é observado nas próprias palavras de Basaglia (1982) “eu não sou antipsiquiatra porque este é um tipo de intelectual que eu rejeito. Eu sou um psiquiatra que dá ao paciente uma resposta alternativa àquela que foi dada até agora”.

Basaglia manifesta o seu desejo de não pertencer ao grupo rotulado, antipsiquiatria. O autor já tivera sua participação em outros movimentos e instituições psiquiátricas. Administrou uma comunidade terapêutica no hospital de Gorizia, seguindo a experiência inglesa. Foi diretor do Hospital Psiquiátrico da Província de Gorizia – deste trabalho originou o livro “A Instituição Negada”. Dirigiu o Hospital Psiquiátrico de Trieste, em 1971, e neste período criou a Associação Psiquiátrica Democrática, com o intuito de fortalecer e unificar forças na luta contra o hospício.

Com sua vasta experiência nos hospitais psiquiátricos, desenvolveu uma crítica a respeito da Instituição Psiquiátrica, tendo plena consciência de que uma reorganização apenas dentro da instituição não era suficiente para a transformação que planejava.

Para Basaglia era necessária uma ruptura com os movimentos anteriores, fazendo uma crítica aos dispositivos médicos-psiquiátricos, instituições e práticas terapêuticas.

Uma das ações deste movimento foi a demolição de uma grande manicômio em Trieste. Para a realização desta reforma, considerada ousada, foram elaboradas e executadas várias propostas: o fechamento de hospitais psiquiátricos e a construção de Centros de Saúde Mental (com funcionamento 24 horas, delimitado por áreas e com regime aberto) para possibilitar aos ex-internos o convívio no meio social; O Incentivo ao Estado italiano a elaborar modificações na legislação do país.

Uma grande vitória para Basaglia foi a incorporação de suas idéias na Lei 180, de 1978 (em Anexo II), conhecida como Lei Basaglia, que proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos na Itália e determinava o fechamento gradual dos manicômios e sua substituição por outros serviços.

Sintetizando, todos estes movimentos de reformas psiquiátricas buscaram alguma transformação no modelo tradicional. Já foi um grande avanço no sentido de apontar que mudanças são necessárias e de inspirar ações e reflexões para transformar o modelo de assistência psiquiátrica.

Em suas intenções todas as reformas psiquiátricas dos anos 60 na Europa se propunham a atingir a superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços na comunidade, do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, a prevenção, a reabilitação etc... Esta transformação de forma organizativa dos sistemas de saúde mental rompeu o predomínio cultural do modelo segregativo clássico da Psiquiatria, no qual o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico. E nesta perspectiva foram multiplicadas as estruturas extra-hospitalares, médicas e sociais, que deveriam assistir aos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos e construir um filtro contra hospitalizações ulteriores. (ROTELLI; DE LEONARDIS et al . 2001. P.20).

Estes autores reconhecem os avanços destas reformas, mas analisam os efeitos produzidos na prática. Nestas análises, os autores mostram alguns traços em comum da psiquiatria reformada:

- A internação psiquiátrica continua a existir na Europa e nos Estados Unidos. Permanecem os hospitais psiquiátricos e as estruturas de internação, porém estas têm peso secundário. Houve uma diminuição na duração das internações e um aumento nas altas e recidivas, no entanto, iniciam, ao lado dos hospitais reorganizados, outras estruturas

assistenciais ou judiciais que internam e asilar os pacientes psiquiátricos. A desinstitucionalização, neste caso, é vista como desospitalização e produz o abandono de grande quantidade de pessoas, transferindo-as para outras estruturas de internação, como casa de repouso, albergues e outras formas de asilamento;

- Os serviços territoriais ou de comunidade convivem com a internação, mas não a substituem, ou seja, fica mais evidente sua necessidade. As práticas terapêuticas da psiquiatria são realizadas nos hospitais psiquiátricos. A modificação é que esta prática se desenvolveu segundo a lógica de “um serviço para cada problema”, diferenciando os serviços psiquiátricos em três modelos: O modelo médico (assistência medicamentosa); o modelo do auxílio social (oferece assistência social, privilegiando as condições econômicas das pessoas); e o modelo de escuta terapêutica (oferece psicoterapia voltada para a vivência subjetiva). Esta divisão resultou em ausência de relação entre os tipos de serviço. Esta forma especializada e seletiva dos serviços psiquiátricos europeus traz consequências, como os efeitos da seleção, de falta de resposta aos problemas e sofrimento das pessoas, de abandono. É uma prática que faz com que as pessoas sejam selecionadas, separadas, despejadas e enviadas de um lado para o outro, e ao final, muitas são abandonadas por não serem de responsabilidade de ninguém. As políticas de desospitalização foram acusadas de abandono, e nos serviços territoriais, isso é evidente, embora de forma mais leve e oculta.
- O sistema de saúde mental funciona como um circuito. Na psiquiatria reformada a segregação na instituição, que era estática, foi substituída pela circulação entre serviços especializados. Seu funcionamento ocorre da seguinte forma: Um centro para atendimento de crise, o serviço social para subsidiar, o ambulatório para fornecer o medicamento, o centro de psicoterapia, é assim o funcionamento em circuito, uma assistência fragmentada.

Encontramos neste balanço da desinstitucionalização muitos pontos negativos, entre eles a permanência das internações e as práticas segregativas da

psiquiatria. Um grande avanço deste processo está a experiência Italiana, onde a reforma psiquiátrica se sustenta com mais firmeza, apesar de momentos retrocessos e dificuldades. A análise ilustrada das reformas psiquiátricas na Europa mostra que assim como o processo de desinstitucionalização, em alguns países, não foi realizado conforme era intencionado, na Itália corre-se o mesmo risco.

CAPÍTULO 3. A Reforma Psiquiátrica no Brasil

O processo de desinstitucionalização no Brasil tem como base a experiência italiana de Reforma Psiquiátrica, a Psiquiatria Democrática, conhecida internacionalmente por ter valorizado o processo de desinstitucionalização, transformando assim a instituição psiquiátrica e por ser a única nas sociedades industriais que aboliu a internação no Hospital Psiquiátrico. Este movimento italiano enfatiza a relação do louco com o social, coloca a doença mental como o lugar para onde o doente se refugia para livrar de uma realidade social insuportável. O manicômio é a via de relação da sociedade com o doente mental, ou seja, uma relação de exclusão.

Para Basaglia, é necessário um projeto de saúde que pense a reabilitação do louco, adotando medidas no sentido de potencializar novas possibilidades de vida e de cuidados e não somente a cura dos sintomas. Estas medidas devem incluir ações coletivas de conscientização política, social e cultural, criando uma mobilização e uma implicação da comunidade em relação à doença mental.

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica teve início no final dos anos 70. Este processo é contemporâneo da eclosão do “movimento Sanitário”, chamado de Reforma Sanitária (termo foi utilizado no Brasil, em função da Reforma Sanitária italiana), na década de 70.

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. (AROUCA, 1998).

A Reforma Sanitária era um movimento em favor de mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

O movimento sanitário elaborou propostas articuladas em um documento chamado Saúde e Democracia, que pretendia enviar para a aprovação do Legislativo. Uma das propostas era a transferência do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS)⁶ para o Ministério da Saúde.

Com o esgotamento da ditadura, a idéia era utilizar as conferências de Saúde para abrir a discussão com a participação da sociedade.

A 8ª Conferência de Saúde foi um marco para suas conquistas, pois através dela saiu o movimento pela emenda popular, em busca da garantia, na Constituição, de que a saúde fosse direito de todos e dever do Estado.

O deputado Sérgio Arouca participou de todas as conquistas da Reforma Sanitária. Presidiu a 8ª Conferência Nacional de Saúde; apresentou o documento Saúde e Democracia; e foi nomeado relator da extinção do INAMPS.

Entre as conquistas da Reforma Sanitária, destaca-se a proposta de criação do SUS, e sua regulamentação; a idéia de planejar a saúde com base nas Conferências; a formalização dos Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50 % de usuários; e a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da Constituinte na LEI ORGÂNICA DA SAÚDE 8.080⁷

Embora tenha surgido no cenário da Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica brasileira tem sua própria história, formulada num contexto internacional de mudanças pela extinção das internações asilares e pelo fim dos maus tratos aos quais os loucos eram submetidos.

A primeira manifestação ocorreu em Abril de 1978, através do DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), um órgão do Ministério da Saúde responsável pela elaboração das ações de políticas de saúde do subsector de saúde mental. Os profissionais deste órgão realizaram uma greve reivindicando melhores condições de trabalho na assistência à população atendida e denunciava a falta de recursos das unidades. O resultado foi a demissão de muitos funcionários.

O ano de 1978 é considerado um marco na luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

⁶ INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974. Era a entidade responsável pela concessão de benefícios públicos de saúde antes do SUS aparecer em 1988.

⁷ Lei que regulamenta o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no Brasil

Movimento formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Este movimento protagoniza, através de sua luta, a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência. Formula coletivamente a crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

A inspiração para este movimento é a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio, que revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas.

No I Encontro Nacional dos trabalhadores em Saúde Mental ocorrido em São Paulo no ano de 1979, discutiram, sobretudo, o papel político que eles deveriam desempenhar para a transformação da realidade assistencial aos doentes mentais.

O MTSM participou de muitos eventos estaduais, nacionais e internacionais e elaborou propostas apresentadas em reuniões, Conferências, e outras manifestações. Liderou muitos acontecimentos, que fizeram avançar a luta contra os manicômios, adquirindo caráter antimanicomial.

O II Congresso Nacional do MTSM foi realizado na cidade de Bauru, em São Paulo, em 1987, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, concretizando o movimento antimanicomial ou Luta Antimanicomial. Para Amarante, a partir daí ocorre uma ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional.

“Lança o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’. O lema estratégico remete para a sociedade a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e seus manicômios. No campo prático, passa-se a privilegiar a discussão e a adoção da experiência da desinstitucionalização. Esta implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais, um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas”. (AMARANTE, 1994, p.81)

O Movimento da Luta Antimanicomial se expande e ganha repercussão na batalha por mudanças concretas na assistência psiquiátrica, cujo objetivo é extinguir

os manicômios e devolver aos usuários a possibilidade do convívio no meio social, com assistência extra-hospitalares. Este movimento ganha a data 18 de Maio, como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. “Estabelecer que o dia 18 de Maio passe a constar no calendário oficial como o dia nacional de luta por uma sociedade sem manicômios, com atividades alusivas à data nos serviços públicos e particulares, tais como escolas, creches, hospitais, unidades básicas etc”. (CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE MENTAL, 1994, P. 7)

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) ocorreu no Rio de Janeiro, em Junho de 1987 e teve como desdobramento a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Contou com a participação de 176 delegados eleitos nas pré-conferências estaduais e demais segmentos representativos da sociedade. Os temas discutidos nesta Conferência foram: Economia, Sociedade e Estado: impacto sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à Saúde Mental; Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. Os temas foram trabalhados em grupos e surgiram novas propostas para o setor de saúde, incorporadas no relatório final deste encontro.

Nas discussões dos temas é levantada a importância de envolver a sociedade e a instituição na elaboração das propostas de mudanças. “Participação da população em nível decisório, na elaboração, implementação e controle da política de saúde em geral e da saúde mental em particular, assim como dos estabelecimentos de serviços” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1988, p.15).

O II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, o surgimento do Movimento da Luta Antimanicomial e a I Conferência Nacional de Saúde Mental forma responsáveis por algumas conquistas da reforma psiquiátrica brasileira, tais como: o incentivo à criação de novos modelos de cuidado, abertos e de natureza territorial.

Com a Constituição de 1988, este ano é marcado com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde.

Em Dezembro de 1992 aconteceu a II Conferência Nacional De Saúde Mental, que foi precedida de etapas municipais, regionais e estaduais. A etapa nacional envolveu 500 delegados (eleitos nas etapas precedentes), usuários, sociedade civil, governo e prestadores de serviços. Os temas deste evento foram: Crise, Democracia e Reforma Psiquiátrica; Modelos de Atenção em Saúde Mental; Direitos e Cidadania. Entre as questões apontadas no relatório, está a substituição do modelo vigente por uma rede de serviços diversificada e qualificada; e a descentralização na atenção à saúde.

A de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços diversificada e qualificada através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão. [...] A descentralização deve ser entendida como transformação de poder no sistema de saúde, no sentido de construir processos emancipatórios e de gestão social. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1994, P. 7).

3.2. As Primeiras Experiências da Reforma Psiquiátrica no Brasil na Década de 80

Na década de 80, vale destacar o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS foi implantado em 1987, nomeado CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, foi considerado modelo inaugural em caráter experimental de novos cuidados em saúde mental no país. É um serviço de atendimento em regime aberto, diurno, que oferece ao paciente a frequência intensiva ou não em atividades terapêuticas variadas. Possibilita ao paciente a liberdade de estabelecer vínculos e participar de atividades sem nenhum tipo de coação. Além disso, o cuidado com o indivíduo é realizada no cotidiano e no

âmbito de suas relações sociais. LUZIO, fala deste dispositivo de cuidado aos pacientes psiquiátricos, neste trecho:

A Atenção Psicossocial tem avançado como processo de construção de novo ordenamento institucional para o cuidado de pessoas com sofrimento psíquico. Assim observamos a ampliação da rede de atenção, estruturada em serviços abertos e ações territoriais, diminuição da internação e leitos psiquiátricos, redução da exclusão social do usuário, a criação de uma cultura contra os manicômios. (LUZIO, 2011, P. 150-151).

Características relatadas pelo autor podem ser observadas no CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Foi uma experiência positiva e influenciou a criação de muitos outros CAPS o NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial – em várias regiões do Brasil. Tanto os NAPS como o CAPS foram regulamentados pelo Ministério da Saúde, através das seguintes portarias: 189 de 1991 e 224 de 1992.

A Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico localizado no município de Santos, era o lugar para onde levavam as pessoas consideradas loucas ou doentes dos nervos. O local já foi conhecido com “Casa dos Horrores”. Lá as práticas psiquiátricas incluíam choques elétricos, camisa de força, laborterapia, confinamento em celas solitárias e o cenário era de má alimentação, sujeira, humilhações e espancamentos, denunciados pelos jornais.

Uma intervenção municipal significativa ocorreu nesta instituição em 1989, com a vistoria e denúncia de tratamento desumano. Foram adotadas medidas que proibia as formas de violência; suspendia os tratamentos inadequados; liberava a visita de familiares; determinava a desativação das celas de confinamento; exigia mudanças na alimentação e nos hábitos de higiene; propunha mudanças na relação entre pacientes e profissionais; e elaborava projetos que incluíam possibilidades de vida.

No mesmo ano foi implantado, no município de Santos, o primeiro NAPS do Brasil, uma estrutura de atenção psicossocial. E a partir daí, caminha para a desativação progressiva deste hospital psiquiátrico. Foram criados outros serviços como cooperativas, residências terapêuticas para os ex-internos do hospital e

associações, com a finalidade de dar continuidade à assistência psiquiátrica aos indivíduos que eram libertos.

Esta intervenção demonstrou de forma efetiva a possibilidade de construção de uma rede de cuidados substitutivos ao hospital psiquiátrico e foi uma marco no processo de reforma pela ação concreta e possível.

Em setembro de 1989, o Projeto de Lei 3.657/89, do Deputado Paulo Delgado é apresentado na Câmara Federal, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospitais Psiquiátricos. Este projeto foi aprovado em 14 de Dezembro de 1990 e encaminhado para o senado, onde permaneceu por vários anos em discussão. Foi rejeitado em 1995 e aprovado um substitutivo do Deputado Lucídio Portela, porém este voltou para a Câmara Federal, com a alegação de ter prejudicado o projeto original. Os movimentos sociais ligados à luta pela extinção dos manicômios continuaram a batalha pela aprovação do projeto original e em 2001 a Lei 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado foi sancionada, o entanto, sua aprovação é do substitutivo do Projeto de Lei Original, que traz modificações importantes no texto original.

3.3. O Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil na Década de 90.

A década de 1990 é marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas (segue em Anexo III), na I Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em 14 de Novembro de 1990, adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, na Venezuela, A Declaração foi aprovada e assinada pelos países das Américas que participavam da Conferência. As resoluções desta Declaração se configuram em referências importantes para os processos de reorientação do modelo de atenção psiquiátrica e em saúde mental.

De acordo com o relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental, 2005, na década de 90 também entraram em vigor no Brasil as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção

psicossocial diária, como os CAPS, NAPS e hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Ainda neste relatório temos a afirmação de que a expansão dos serviços de atenção à saúde Mental é descontínua e que, embora regulamentados, não existia uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Nas normas de fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. O resultado é que ao final deste período, o Brasil tem em funcionamento 208 CAPS, porém 93% dos recursos do Ministério da Saúde destinados à Saúde Mental ainda vão para os hospitais psiquiátricos.

É no ano de 1992 que acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental já mencionada neste trabalho.

A Luta Antimanicomial ganha mais força com sua participação em congressos e encontros por todo país. Cresce o número de organizações de usuários e familiares e estes têm voz ativa nos grandes eventos, como uma carta de direitos e deveres em que defendem seus princípios básicos quanto à assistência em saúde mental, lançada por uma destas organizações no III Encontro Nacional das Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, realizado em Santos, no município de São Paulo, em 1993.

Na primeira metade da década de 90, enquanto a Lei Paulo Delgado passava por este impasse na aprovação, os movimentos sociais, inspirados neste projeto de lei, conseguem aprovar leis estaduais que determinam a substituição das internações psiquiátricas pelo atendimento em rede integrada de atenção à saúde mental.

Em síntese, o processo de reforma psiquiátrica brasileira obteve conquistas expandindo suas propostas, com a finalidade de modificar o modelo vigente, no entanto depara com um modelo complexo e os hospitais psiquiátricos ainda continuam liderando a assistência psiquiátrica, recebendo os recursos que deveriam ser investidos nos serviços propostos pela reforma. Ao final deste período destaca que a quantidade de serviços de atenção diária é suficiente para atender as demandas; Existe uma desproporção de gastos, onde mais de 90% dos recursos é destinado aos hospitais psiquiátricos, o que impede o crescimento dos serviços de atenção diária; os programas de suporte social não foram implementados no volume

intencionado, e assim atendem a necessidade de todos que precisam; aconteceram grandes avanços em algumas regiões e, em outras o processo ocorreu de forma mais lenta, o que caracteriza um desenvolvimento desigual.

3.4. A Reforma Psiquiátrica Brasileira no século XXI

O início deste século é marcado pela aprovação da nova Lei Federal de Saúde Mental, nº 10.216 (segue em Anexo IV) de 04 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” (LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL, 2004). A promulgação desta lei impõe nova motivação para o processo da reforma psiquiátrica, principalmente para os movimentos sociais que buscam um novo olhar para a loucura.

A menos de um ano depois da aprovação da lei 10.216, ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o título “*Cuidar sim, excluir não*”. Um tema proposto pela Organização Mundial de Saúde para o ano de 2001 e vinculado ao tema de uma Conferência Regional “Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social, em consolidação com alguns princípios do SUS. A III CNSM foi realizada em 2001, precedida de etapa municipal, onde ocorreu a realização de 163 Conferências municipais, 173 Micro-Regionais e mais algumas plenárias. Contou com a participação de 30.000 pessoas, com destaque para a participação ativa de usuários e familiares. A etapa estadual, realizada nos 27 estados, com presença de aproximadamente 1700 pessoas, entre eles convidados internacionais. A etapa Nacional realizada, na cidade de Brasília, de 11 a 15 de Dezembro de 2001, com participação de 1480 delegados, entre representantes de usuários, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde.

A urgência para a convocação para esta conferência se deve ao fato da permanência do modelo asilar, o que contribui para a exclusão (é a justificativa do título da conferência) e a desproporção dos gastos destinados à Saúde Mental, com uma porcentagem de 93% destinados aos hospitais psiquiátricos, o que favorece a

sua permanência. O objetivo é avaliar e propor novos caminhos para a sua efetivação.

Na III CNSM, o debate é gira em torno de um tema central “Reorientação do Modelo Assistencial”, e dos subtemas Recursos Humanos; Financiamento; Controle Social; Direitos, Acessibilidade e Cidadania.

A III CNSM consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, de fende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica. (RELATÓRIO DA CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 2005).

Com a aprovação da lei 10.216 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica, passa a ser consolidada, alinhando suas diretrizes com a política de saúde mental do governo, e com isso ganha sustentação para efetivar suas propostas. As portarias que organizam o funcionamento dos novos modelos de atenção em saúde mental foram revistas e reeditadas, e ainda editadas outras que deram suporte para a construção de novos serviços de atenção em saúde mental por todo o país, articulados com uma rede integrada de diferentes equipamentos.

3.5. Rede Substitutiva de Atenção em Saúde Mental

A) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): são serviços de saúde municipais abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Os CAPS devem ser substitutivos, independentes da estrutura hospitalar, e não complementares, cujo objetivo é prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos. São instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua

integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, P.9)

A maioria dos CAPS funcionou através da portaria 224/1992, que instituiu e regulamentava os CAPS/NAPS, definidos como unidades de saúde locais e regionalizados, responsáveis pelos cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar dos usuários de saúde mental.

Com a portaria 336/2002, passam a existir as seguintes modalidades de CAPS:

- CAPS I - para adultos, instalados em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas.
- CAPS II – para adultos, criados em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
- CAPS III –(adulto), municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana.
- CAPSi – (infantil), em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.
- CAPSad - (usuários de álcool e drogas), instalados em municípios com população acima de 100.000 habitantes. Funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas.

A portaria 336 retira a expressão NAPS, anula a característica dos CAPS de cuidados intermediários entre o ambulatório e a internação hospitalar e redefine como serviços substitutivos do hospital psiquiátrico, principalmente o CAPS III, cujo funcionamento é 24 horas, estratégico para a mudança do modelo assistencial em saúde mental.

De acordo com o tamanho e abrangência da população. O conjunto de atividades oferecido deve respeitar a individualidade de cada um, planejadas de acordo com as necessidades. O CAPS pode ter seu atendimento nos regimes: Intensivo, Semi-Intensivo e Não- Intensivo. O atendimento intensivo é diário, destinado à pacientes graves, em situação de crise, precisando de atenção contínua. No semi-intensivo, o usuário pode ser atendido numa quantidade de até 12 dias por mês, deve ter saído da crise, com sofrimento psíquico diminuído e boas condições de relacionamento familiares. O não-intensivo é oferecido para os usuários que não precisam de suporte contínuo da equipe, que estão bem inseridos em seu território, com boa autonomia para desempenhar relações na família/trabalho/comunidade. Pode ter até 03 atendimentos por mês.

B) Núcleos de atenção psicossocial (NAPS): são estruturas em regime aberto, regionalizadas, instituídas junto com os CAPS, que atendam a demanda de uma determinada região, oferecendo cuidados 24 horas, todos os dias e com disponibilidade de alguns leitos noturnos acolhimento em situação de crise.

C) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): moradias inseridas na comunidade, com função terapêutica, destinadas às pessoas com transtornos mentais que passaram por internação psiquiátrica longa e enfrentam dificuldades de reinserção na família e na sociedade. Foram regulamentados pela Portaria GM nº 106/2000. É uma estrutura substitutiva à internação psiquiátrica. O objetivo é resgatar a cidade e reintegrar a sociedade.

D) Centros de Convivência e Cultura: são dispositivos públicos inovadores consolidado em alguns municípios, no campo da cultura e da cidade, que vem exercendo um papel estratégico na inclusão das pessoas com transtornos mentais, que oferecem espaços de sociabilidade, produção cultural e intervenção na cidade, facilitando a construção de laços sociais e a inclusão das pessoas portadoras de transtornos mentais. O Ministério da Saúde já discute a possibilidade de expansão e aprofundamento deste dispositivo. São equipamentos assistenciais e não oferecem atendimento médico ou terapêutico. Com isso, o trabalho é articulado com as redes e serviços substitutivos de saúde.

E) O Programa de Volta para Casa: criado pelo Ministério da Saúde através da lei federal 10. 708/2003. É um programa de reintegração social para as pessoas com egressos de hospitalização psiquiátrica longa. Parte integrante deste programa é o pagamento de auxílio-reabilitação psicossocial, no valor de R\$ 240,00 durante 01 ano, podendo ser renovado mediante avaliação da equipe de saúde que o acompanha. O objetivo é garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora do hospital psiquiátrico.

Constitui um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial, porém enfrenta dificuldades, já que os beneficiários são egressos de uma longa e secular internação. Muitos não possuem documentos para o cadastramento no programa, ou perderam sua autonomia, sua própria identidade, e ainda são vítimas de um longo processo de exclusão social, que a mudança efetiva para um processo de inclusão é um desafio.

F) O Programa de Inclusão pelo Trabalho: Embora muitos serviços da rede de atenção à saúde mental tenham buscado a inclusão social por meio do trabalho, criando associações e cooperativas, é um desafio para a Reforma Psiquiátrica a sustentação desta diretriz, já que o contexto é de um mercado capitalista e de uma sociedade que exclui. Vários debates têm sido realizados em busca de reforços para implementação de uma política de construção coletiva de autonomia através do trabalho. O Programa de Inclusão pelo Trabalho, assumidos pelos ministérios da Saúde, do Trabalho e Emprego, consolida a proposta de articulação entre saúde mental e economia solidária como instrumento da inclusão de pessoas com transtornos mentais no meio social

G) Articulação com a Atenção Básica de Saúde: esta articulação é feita principalmente através do Programa de Saúde da Família (PSF). Criado na década de 90, trabalha no sentido da prevenção e promoção de saúde. Sua equipe é composta de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde (trabalhadores recrutados da comunidade e treinados em habilidades de prevenção e tratamento de doenças), entre outros.

Cada equipe de saúde da família oferece cobertura para aproximadamente 1.000 famílias de um município ou bairro. Com a justificativa de que em toda doença há sofrimento psíquico, e que isto implica em baixa adesão aos tratamentos e dificuldades na adoção de medidas de prevenção e promoção, o Ministério da Saúde vem estimulando diretrizes que incluam a dimensão subjetiva nas políticas da atenção básica. Outro dado é que grande parte das pessoas portadoras de transtornos mentais são atendidos pela equipe de atenção básica.

A proposta do Ministério da Saúde é construir diretrizes e condições para que, em municípios com menos de 20.000 habitantes, a rede de cuidados em saúde mental seja estruturada com a articulação da Atenção Básica. Desta forma, as equipes de saúde mental (existentes em CAPS ou outros dispositivos) passam a dar apoio matricial⁸ às equipes de Atenção Básica. Neste trabalho articulado, as equipes matriciais e da Atenção Básica compartilham os casos, elaboram de forma coletivas as ações e estratégias para lidar com os problemas de violência, alcoolismo e outras drogas, faz intervenções conjuntas junto com as famílias e comunidade, o que exclui a lógica de encaminhamentos. As experiências de apoio matricial têm se mostrado eficazes, sobretudo na atenção à usuários de álcool e outras drogas e aos cuidados às pessoas com epilepsia na rede básica.

H) Emergência Psiquiátrica em serviços de Pronto Socorro: O atendimento psiquiátrico de emergência (paciente em crise) deve ser feito no pronto socorro de hospital geral, sendo que sua permanência no leito não deve ultrapassar 72 horas. A Portaria 2.629/09 reajusta os procedimentos para atenção em saúde mental realizados em hospitais geral, que serão melhores remunerados pelos atendimentos psiquiátricos.

I) Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral: O hospital geral deve oferecer vagas em enfermarias especiais para pacientes que necessitam de internação, cuja duração deve ser curta, não ultrapassando 01 mês. Estes serviços são também beneficiados pela portaria 2.629/09 citada no item anterior.

⁸ Apoio matricial é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde.

J) Acompanhamento Terapêutico: é uma intervenção criada recentemente, cujo objetivo é incentivar a busca da autonomia e a cidadania das pessoas com transtornos mentais. Os principais serviços são: acompanhar o paciente nas tarefas diárias e encontros com o social, auxiliá-lo no enfrentamento da vida e superação dos meios e anseios, e ajudá-lo a estabelecer laços com o meio social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, desde as primeiras manifestações em 1978 até 2010/2011, tem enfrentado inúmeras dificuldades na execução de suas propostas. Várias Conferências Nacionais (incluindo etapas municipais e estaduais), Seminários e outros eventos foram realizados neste período para avaliar, editar e reeditar propostas e diretrizes. Vale lembrar a participação dos movimentos sociais, usuários, familiares e profissionais das instituições psiquiátricas nestes eventos, conquistando o espaço do controle social nas ações da Reforma Psiquiátrica com participação ativa.

Para entender as dificuldades enfrentadas pela reforma psiquiátrica, é preciso uma compreensão da evolução da Loucura desde seus primórdios, o que justifica o breve histórico desta presente neste trabalho. Ao analisar a história da loucura, percebe-se que esta se configurou, em nossa cultura, em diferentes formas nos vários contextos. O contato que a sociedade teve com as pessoas com transtornos mentais sempre foi de um distanciamento, principalmente pela característica de periculosidade, o que já iniciou sua história com uma relação excludente.

Além de sua periculosidade, o loucos sempre foram vistos como figuras estranhas, bizarras, atormentados, como podem ser observadas na obra a Nau dos Loucos, ou Nave dos Insensatos, que ilustra a forma como a sociedade se relacionava com os loucos, escorraçando-os dos centros urbanos e expulsando-os de suas casas. O comando entregue a um barqueiro é garantia de que vão para longe, prisioneiros de sua mente insana. O louco não tinha um lugar no meio social, sempre foi excluído, separado. No Brasil, desde a época do Império, quando os loucos foram retirados dos centros urbanos e trancados em manicômios afastados dali, a sociedade mantém esta relação de exclusão.

Com a iniciativa da luta pela desinstitucionalização da loucura é lançado o desafio de ultrapassar esta relação de exclusão que existe entre a sociedade e os indivíduos com transtornos mentais, a fim de reinseri-los no meio social para que estes possam regatar sua cidadania e ocupar seu espaço. E também livrá-los da assistência desumana, às quais são submetidos nas longas internações em

hospitais psiquiátricos. Para isso é necessário uma mudança no paradigma da atenção à saúde mental.

A lentidão com a qual, nas duas primeiras décadas, a Reforma Psiquiátrica se deparou em seu avanço mostra que a Desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais é um fenômeno complexo, dada seu “enraizamento” ao longo dos tempos. Diante desta complexidade, a Reforma Psiquiátrica se instala como um processo político e social, que busca uma transformação de práticas, saberes, valores culturais e sociais, feitas no âmbito do cotidiano das instituições, dos serviços e das relações interpessoais. É necessária uma transição de um modelo centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário, o que exige mudanças políticas, sociais, culturais, entre outras.

A partir do ano de 2002, depois da III Conferência Nacional de Saúde Mental e da aprovação da Lei Federal 10.216, a Reforma Psiquiátrica ficou consolidada como política do governo e avançou num ritmo mais rápido.

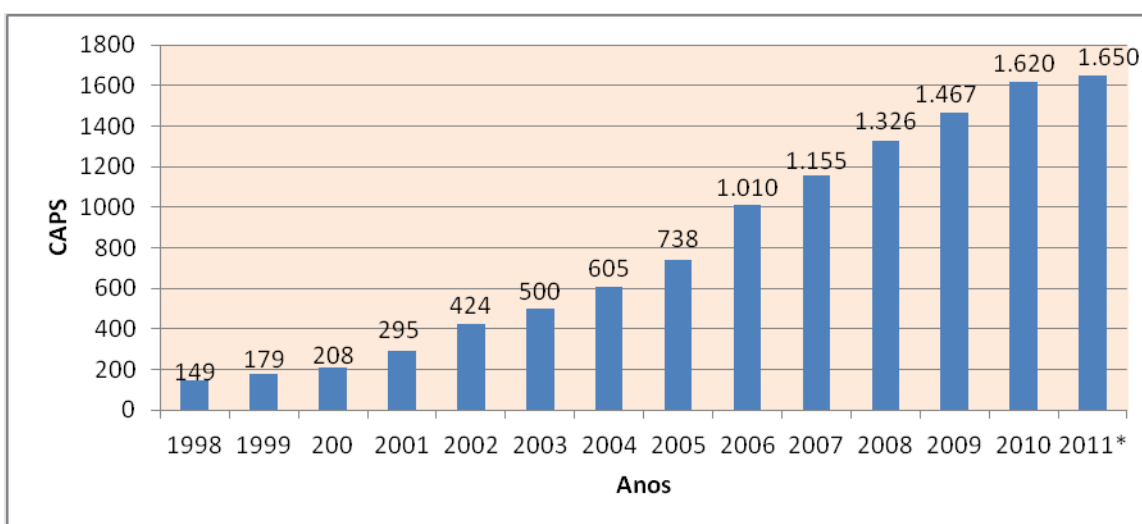
Após o ano de 2006 o avanço foi mais crescente, como mostra alguns dados da área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – DATASUS:

- O acesso à atenção em saúde mental aumentou, atingindo 63% de cobertura através de ações como: articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica, Programa de Volta para Casa, Inclusão Social pelo Trabalho, Serviços de Residências Terapêuticas, CAPS e outras formas de assistência, assim como a promoção de direitos.
- Os CAPS são considerados importantes dispositivos de valor estratégico para a mudança do modelo de assistência à saúde mental, possibilitando a organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. A expansão desta rede que vem acontecendo progressivamente, em ritmo acelerado, principalmente nos últimos 05 anos, torna bem visível as mudanças na assistência às pessoas com transtornos mentais.

O papel estratégico dos CAPS como articuladores da rede de atenção à saúde mental contribui para a promoção de autonomia, já que vincula os recursos em redes sociais, educacionais, culturais, entre outras.

Também é tarefa dos CAPS promover a reinserção no meio social, o que exige uma ampla articulação e aos poucos, estes dispositivos vão envolvendo a comunidade na atenção à saúde mental. Os tipos de CAPS e a quantidade em funcionamento contribuem para a reinserção social das pessoas com transtornos mentais.

Gráfico 1- Expansão anual dos CAPS entre 2002 e 2010*



***Julho de 2011** Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde 2001.

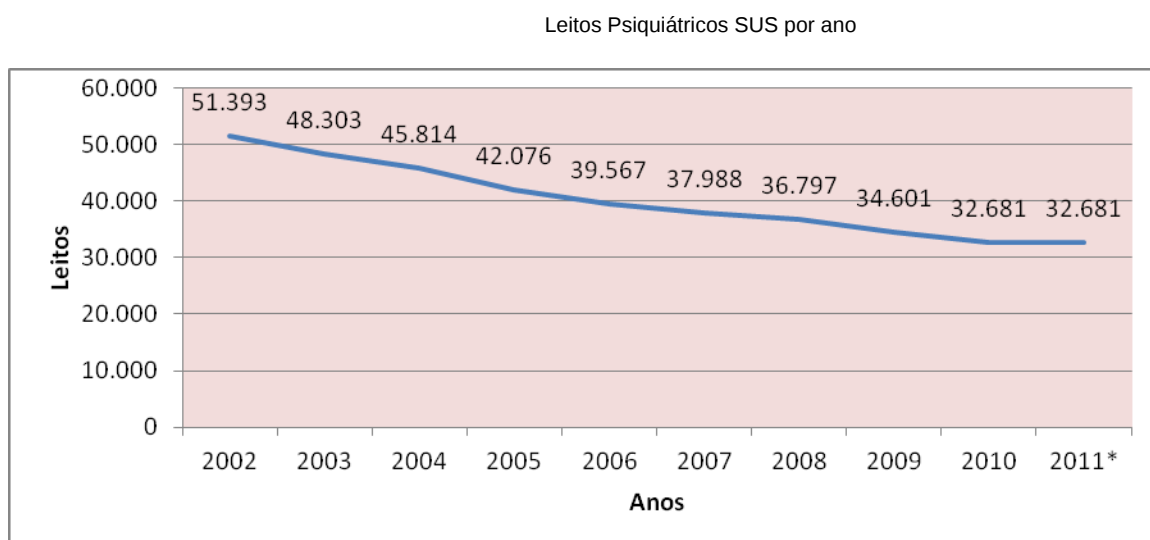
Tabela1 – Evolução dos CAPS por tipo entre 2002 e 2010*

Ano	CAPS I	CAPSII	CAPSIII	CAPSi	CAPS ad	TOTAL
2002	145	186	19	32	42	424
2003	173	209	24	37	57	500
2004	217	237	29	44	78	605
2005	279	269	32	56	102	738
2006	437	322	38	75	138	1 010
2007	526	346	39	84	160	1 155
2008	618	382	39	101	186	1 326
2009	683	400	46	112	223	1 467
2010*	725	406	46	122	242	1 541
% Crescimento 2002-2010	400.00	118.28	142.11	281.25	476.19	263.44

* Até 25 de Junho Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

- O número de leitos em hospitais psiquiátricos foi reduzido. 18.500 leitos foram fechados, porém ainda temos 32.681 em funcionamento. 44 % dos leitos de hospitais psiquiátricos estão localizados em hospitais menores e pessoas com longo processo de internação foram desinstitucionalizados. O fechamento destes leitos acompanha a evolução dos CAPS.

Gráfico 2- Quantidade de leitos psiquiátricos oferecidos pelo SUS em entre 2002 e 2009



Julho de 2011 Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras

Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais.

- A desproporção de gastos entre serviços extra-hospitalares e hospitais psiquiátricos foi superada. Desde 2006, o gasto com os serviços substitutivos e comunitários ultrapassou os gastos com os hospitais psiquiátricos, atingindo 67,7% dos recursos federais para a Saúde Mental em 2009, sendo que em 1997, apenas 6,86 destes recursos eram destinados à estes serviços extra-hospitalares.

Tabela 2- Proporção de recursos* SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares

Gastos Programa de Saúde Mental *	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ações e programas extra-hospitalares	153.31	226.00	287.35	406.13	541.99	760.47	871.18	1.012.35	1.280,60
Ações e programas hospitalares	465.98	452.93	465.51	453.68	427.32	439.90	458.06	482.83	534,25
total	619.29	678.94	752.85	859.81	969.31	1.200.37	1.3029.24	1 495.18	1.814,85
% Gastos Hospitalares/Gastos Totais	75.24	66.71	61.83	52.77	44.08	36.65	34.46	32.29	29,44
% Gastos Extra Hospitalares/Gastos Totais	24.76	33.29	38.17	47.23	55.92	63.35	65,54	67.71	70,56

*Em milhões de reais

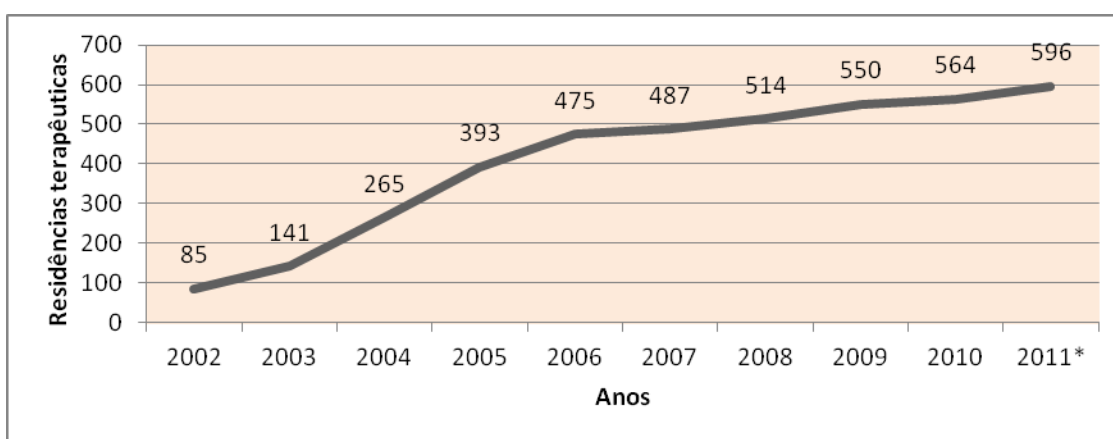
Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, DATASUS, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

Apoio Técnico: Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE/MS

- A implementação e o financiamento para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou residências terapêuticas fazem parte da política de saúde mental do Ministério da Saúde, no contexto da Reforma Psiquiátrica. Estes serviços têm se mostrado eficazes para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado nos hospitais psiquiátricos, rumo à construção de um novo paradigma de cuidados às pessoas com transtornos mentais. Seu crescimento ainda é lento e acompanha o processo de desativação dos leitos, já que conduzem o processo de trabalho terapêutico para as pessoas que estão saindo das internações psiquiátricas.

É um dispositivo que enfrenta inúmeras dificuldades, entre elas o financiamento e a falta de articulação com a política habitacional do governo. Este impasse é um desafio para os próximos anos, exigindo uma política voltada para os direitos de morar e circular entre a comunidade para os egressos das internações hospitalares. O gráfico abaixo ilustra a evolução destes serviços.

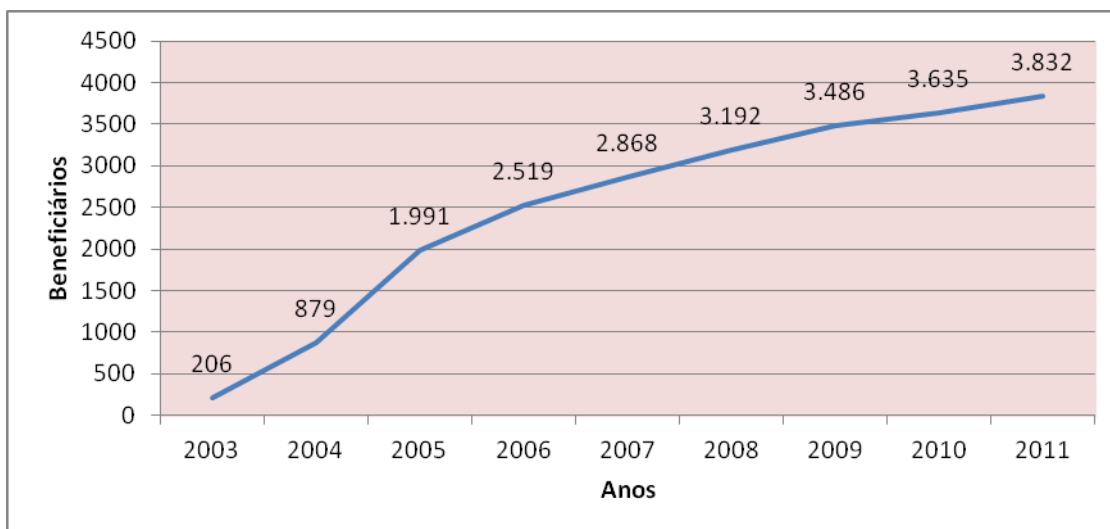
Gráfico 3- A expansão anual dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)



*julho de 2011 Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

- O Programa de Volta para Casa, um dos instrumentos efetivos no processo de reintegração social das pessoas egressas de longas internações em hospitais psiquiátricos. Entre os fatores que impedem o seu avanço de forma mais eficaz, estão: problemas de documentação dos pacientes, baixo crescimento das residências terapêuticas, dificuldades na redução de leitos, entre outros. O número de beneficiário ainda é muito baixo, com apenas 39,4 % da meta alcançada. Atualmente tramita na Câmara o Projeto de Lei 378/11, que altera o valor do auxílio-reabilitação de \$240,00 para 3/4 do salário mínimo vigente.

Gráfico 4- Incremento do número de beneficiários do Programa de Volta para Casa entre os anos de 2003 e 2011



*julho de 2011 Fonte: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS./Datasus

- O Programa Inclusão Social pelo Trabalho, uma parceria entre Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Emprego é uma experiência no processo de inclusão social e promoção da cidadania das pessoas com transtornos mentais, através de incentivo (técnico e financeiro) para iniciativas de inclusão pelo trabalho. Em já são 640 experiências de geração de trabalho e renda no campo da saúde mental.
- Os Centros de Convivência, instrumentos intersetoriais de inclusão social estão poucos consolidados. Em 2008 existiam apenas 51 implantados em todo Brasil, sendo 30 somente no Estado de São Paulo. É preciso a elaboração de propostas para financiamento e expansão destes serviços, importantes na mudança do modelo assistencial.
- O PEAD (Plano Emergencial de Ampliação do Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas foi lançado em junho de 2009, cujo objetivo é intensificar as ações voltadas para prevenção, promoção da saúde e tratamento de riscos e danos associados ao consumo prejudicial de drogas.

Trabalha em conjunto com outros setores sociais, judiciais, culturais, educativos e esportivos, na estratégia de redução de danos.

Enfim, este é o cenário do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com seus avanços e impasses que caminha rumo à construção de um novo paradigma na atenção à saúde mental. Como todo processo, muito tem para ser feito e construído. Nenhum paradigma nasce pronto, necessita de invenção, reinvenção, experiências, entre outras estratégias.

Pela análise feita pode-se afirmar que a mudança na atenção às pessoas com transtornos mentais é possível e necessária. O maior sofrimento mental é sentido quando se perde o direito de viver em condições humanas, pessoas aprisionadas nos manicômios e “despidas” da sua liberdade e cidadania. A maior conquista da Reforma é restituir a estas pessoas os direitos, a dignidade, devolver-lhes a plena cidadania e oferecer cuidados e apoio fora dos hospitais psiquiátricos.

Sabemos que em sua trajetória, a reforma psiquiátrica deparou com tensões e conflitos, porém se deve a uma complexidade de fatores envolvidos na forma como a loucura foi tratada. Nos primeiros anos da reforma psiquiátrica no Brasil, as ações foram basicamente de crítica ao modelo hospitalocêntrico, cujas práticas causavam insatisfação e indignação. Em seguida começou a criação de serviços substitutivos para transformar o modelo vigente, o asilo utilizado para conter a loucura.

Observa-se que as mudanças foram mais focadas na transformação e reestruturação e, que agora é preciso focar na reabilitação dos sujeitos que, por um longo período viveram trancados nos asilos, maltratados, silenciados e excluídos. Estes sujeitos não se reconhecem como parte desta sociedade, pois perderam a sua cidadania. Neste novo paradigma de atenção é preciso, além de criar um novo lugar social para a loucura, dar ao portador de transtorno mental a oportunidade do exercício de sua cidadania, articular dimensão política e dimensão clínica nos cuidados ao indivíduo na rede de saúde mental.

Através dos serviços substitutivos, como os CAPS, NAPS, Centros de Convivência, Serviços de Residência Terapêutica, entre outros, pode-se fazer a

junção clínica/política, para facilitar a recuperação da autonomia e o resgate da cidadania.

Muitos indivíduos portadores de transtornos mentais ainda necessitam desta nova atenção e é para estes que a Reforma Psiquiátrica lança o olhar a fim de resgatá-los deste abandono e dar-lhes acesso ao mundo, à vida.

Considerando que os meios científicos, através de pesquisas, são também importantes e contribuem para o avanço do processo da Reforma Psiquiátrica, espero, com este trabalho, contribuir com a mudança no paradigma de atenção à saúde mental.

Sabemos que a produção científica no que diz respeito ao tema da Reforma Psiquiátrica, ainda é muito restrita, por isso meu objetivo é ainda contribuir para o incentivo à produção de mais pesquisas sobre a saúde mental no campo da saúde pública. Veja o que diz o relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental de 2005:

No que tange ao debate científico, o Ministério da Saúde associou-se este ano ao CNPq- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, realizando ampla convocação, através de edital de pesquisa, para que os centros brasileiros de alto nível acadêmico tomassem a si a tarefa de produzir análises sobre os novos serviços e novo modelo de atenção. [...] com o objetivo de buscar atravessar este fosso profundo que parece separar o debate científico da psiquiatria no país. De todo modo, os desafios da saúde pública, colocados na agenda da psiquiatria e da saúde mental pelo processo de reforma psiquiátrica, tornam-se hoje irrecusável para as instituições de formação e pesquisa no Brasil. (BRASIL, 2005)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 1995.

BIRMAM, Joel. *A Cidadania Treloucada*. In: Reforma Psiquiátrica e Cidadania. 43ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, Rio de Janeiro, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 7, ano V, nº 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/saudemental. (acesso em:15/11/2011).

CÉSARI, Beatriz de Luiz. *Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um Panorama Contemporâneo*. 2005. São Paulo: Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2005

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 1987, Rio de Janeiro. Relatório Final, Brasília: Ministério da Saúde/ SAS/Dasp/CORSAM,1988.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Brasília. Relatório Final, Brasília: Ministério da Saúde/ SAS/Dasp/CORSAM, 1994.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3., 2001, Brasília. Relatório Final, Brasília: Ministério da Saúde/ SAS/Dasp/CORSAM, 2002.

DAÚD, JR, Nacile. Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e adesinstitucionalização do “doente mental”. In BOARINI, M. L. (Org.). *Desafios na Atenção à Saúde Mental*. Maringá:EDUEM, 2011.

Declaração Caracas. 14 de Novembro de 1990. Disponível em:

<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5657.html>. Acesso em: 14 out. 2011.

FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 3ª Ed.,1988.

_____. *Microfísica do Poder*: Org., introd. e trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *História da Loucura Na Idade Clássica*. Trad. José Teixeira Neto. São Paulo: Perspectiva, 1991.

FRAYSE-PEREIRA, João Augusto. *O que é Loucura*. São Paulo: Brasiliense, 1982. Coleção Primeiros Passos.

FREUD, Sigmund. *A Interpretação dos Sonhos*. Edição C. 100 anos. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1999.

HERMAN, Fabio. *O que é Psicanálise*. São Paulo: Abril Cultural/ Brasiliense, 1984. Coleção Primeiros Passos.

LEI 180 (Lei Franco Baságlia). 13 de Maio de 1978. Disponível em:

<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/6886.html>. Acesso em: 14 de Novembro de 2011.

LUZIO, Cristina Almeida. *Atenção Psicossocial: Reflexões sobre a Reforma Psiquiátrica e os cuidados em Saúde Mental no Brasil*. In BOARINI, M. L. (Org.). *Desafios na Atenção à Saúde Mental*. Maringá: EDUEM, 2011

MEZAN, Renato. *Sigmund Freud*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

Ministério da Saúde. *Lei Federal de Saúde Mental nº 10.216, 06 abr.2001*. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 09 de Abril de 2001

_____. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, 2004.

_____. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil*. Documento apresentado na I Conferência Regional de Reforma de Serviços de Saúde Mental. Secretaria de Atenção à Saúde. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

PEREIRA, Walter A. B. *Um Psiquiatra, Um Projeto, Uma Comunidade*. In:SaúdeLoucura +: Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000.

PITTA, Ana Maria Fernandes. *O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil Hoje*. IN: PITTA, Ana (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

ROTELLI, Franco.; DE LEONARDIS, Oto.; MAURI,D. *Desinstitucionalização, uma outra via - A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados"*. IN: NICÁCIO, F. (Org). *Desinstitucionalização*. 2ª Edição.São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.

_____. *Prevenir a Prevenção*. IN: NICÁCIO, F. (Org). *Desinstitucionalização*. 2ª Edição.São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.

SARACENO, Benedetto. *Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio*. IN: PITTA, Ana (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

ANEXOS

Anexo I. Decreto nº 82, de 18 de Julho de 1841

Fundando hum Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospicio de Pedro Segundo.

Desejando assignalar o fausto dia de Minha Sagração com a criação de um estabelecimento de publica beneficencia: Hei por bem fundar um Hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de - Hospicio de Pedro Segundo -, o qual ficará annexo ao Hospital da Santa Casa da Misericordia desta Côrte, debaixo da Minha Imperial Protecção, Applicando desde já para principio da sua fundação o producto das subscrições promovidas por uma Commissão da Praça do Commercio, e pelo Provedor da sobredita Santa Casa, além das quantias com que Eu Houver por bem contribuir.

Candido José de Araujo Vianna, do Meu Conselho, Ministro e Secretario de Estado dos Negocios do Imperio, o tenha assim entendido, e faça executar com os despachos necessarios.

Palacio do Rio de Janeiro em dezoito de Julho de mil oitocentos quarenta e um, vigesimo da Independencia e do Imperio.

Com a Rubrica de Sua Magestade o Imperador.

Candido José de Araujo Viana.

ANEXO II. Lei 180 - Itália (Lei Basaglia)

A Lei 180

13 de Maio de 1978

Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios

ARTIGO 1

Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios

§1 Os controles e os tratamentos são voluntários.

§2 Nos casos desta lei e naqueles expressamente previstos por leis do Estado, podem ser dispostos pela autoridade controles e tratamentos sanitários obrigatórios (TSOs), respeitando-se a dignidade

da pessoa e os direitos civis e políticos garantidos pela constituição, compreendido na medida do possível o direito à livre escolha do médico e do local de tratamento.

§3 Os controles e os TSOs a cargo do Estado e das instituições públicas são efetuadas pelos órgãos sanitários públicos territoriais e, nos casos de necessidade de internação, nas estruturas hospitalares públicas ou conveniadas.

§4 Aquele que é submetido ao TSO tem o direito de, no decorrer do mesmo, se comunicar com quem julgar oportuno.

§5 Os controles e os TSOs citados nos parágrafos precedentes devem ser acompanhadas de iniciativas voltadas a assegurar o consenso e a participação de quem é a estes submetidos.

§6 Os controles e os TSOs são estabelecidos por decreto do prefeito, na sua qualidade de autoridade sanitária local, sob o parecer de um médico.

ARTIGO 2

Controles e TSOs para doença mental

§1 As medidas citadas no 2º parágrafo do artigo precedente podem ser estabelecidas para as pessoas acometidas de doenças mentais.

§2 Nos casos mencionados no parágrafo precedente, a proposta de TSO pode prever que os cuidados sejam prestados em regime de internação hospitalar

somente se exibirem alterações psíquicas tais que requeiram intervenções terapêuticas urgentes, se as medidas não forem aceitas pelo enfermo e se não existirem as condições e as circunstâncias que permitam adotar medidas sanitárias extra-hospitalares oportunas e apropriadas.

§3 O decreto que determina o TSO em regime de internação hospitalar deve ser precedido da ratificação do parecer citado no ultimo parágrafo do artigo 1, por parte de um medico da estrutura sanitária publica, e deve ser justificado segundo o que está previsto no parágrafo precedente.

ARTIGO 3

Procedimento relativo aos controles e TSOs em regime de internação hospitalar por doença mental

§1 O decreto citado no artigo 2, com o qual o Prefeito determina o TSO em regime de internação hospitalar, acompanhado do parecer médico referido no ultimo parágrafo do artigo 1 e da ratificação citada no ultimo parágrafo do artigo 2, dever ser notificado, no prazo de 48 horas a partir da internação, através de oficial de justiça, ao juiz tutelar da jurisdição municipal.

§2 O juiz tutelar, dentro das sucessivas 48 horas, obtidas as informações e determinados os eventuais controles, dispõe com decreto motivado a ratificar ou não a medida, comunicando-a ao prefeito. Em caso de decisão contrária à ratificação, o prefeito determina a suspensão do TSO em regime de internação hospitalar.

§3 Se a medida citada no 1º parágrafo do presente artigo for estabelecida pelo prefeito de uma cidade diversa daquela de residência do enfermo, o prefeito desta ultima é comunicado. Se a disposição referida no 1º parágrafo deste artigo for adotada em relação a cidadãos estrangeiros ou apátridas, o Ministério do interior e o consulado competente serão comunicados.

§4 Nos casos em que o TSO deva continuar por mais de 7 dias, o medico responsável pelo serviço psiquiátrico mencionado no artigo 6 é obrigado a formular, em tempo hábil, um parecer ao prefeito que determinou a internação, que o comunica ao juiz tutelar, de acordo com o 1º e 2º parágrafos deste artigo, indicando a ulterior duração presumível do tratamento.

§5 O médico citado no parágrafo precedente é obrigado a comunicar ao prefeito,

tanto no caso de alta quanto no caso da continuidade da internação, a cessação das condições que requeiram a obrigatoriedade do tratamento sanitário, comunica, além disso, a eventual impossibilidade de prosseguimento do próprio tratamento. O prefeito, no prazo de 48 horas a partir do recebimento da comunicação do médico, deve comunicá-la ao juiz tutelar.

§6 Sempre que for necessário, o juiz tutelar adotará as providências urgentes que possam ser indispensáveis para conservar e administrar o patrimônio do doente.

§7 A omissão das comunicações mencionadas nos parágrafos 1º, 4º e 5º deste artigo determina a cessação de todos os efeitos da medida e configura, salvo se não subsistirem os elementos de um delito mais grave, o crime de omissão de atos de ofício.

ARTIGO 4

Revogação e modificação

§1 Qualquer um pode encaminhar ao prefeito pedido de revogação ou modificação da medida através da qual foi determinado ou prolongado o TSO.

§2 A partir dos pedidos de revogação ou modificação o prefeito decide no prazo de dez dias. As medidas de revogação ou modificação são adotadas com o mesmo procedimento da medida original.

ARTIGO 5

Tutela Jurisdicional

§1 Quem é submetido ao TSO, ou qualquer pessoa que tenha interesse, pode propor ao tribunal competente da comarca um recurso contra a medida ratificada pelo juiz tutelar.

§2 Dentro do limite de 30 dias, a partir do encerramento do prazo mencionado no 2º parágrafo do artigo 3, o prefeito pode interpor recurso contra decisão desfavorável ao decreto que determina o TSO.

§3 No processo diante do tribunal as partes podem estar em juízo sem defensor e podem se fazer representar por pessoa munida de mandato escrito no próprio recurso ou em ato separado. O recurso pode ser apresentado ao tribunal mediante carta registrada com aviso de recebimento.

§4 O presidente do tribunal fixa a audiência de comparecimento das partes com decreto no próprio recurso que é notificado às partes, bem como ao Ministério Público, sob responsabilidade do escrivão.

§5 O presidente do tribunal uma vez obtida a medida que determinou o TSO e depois de ouvir o Ministério Público, pode suspender o tratamento em questão, antes mesmo que se dê a audiência de comparecimento.

§6 A respeito do pedido de suspensão, o presidente do tribunal decide no prazo de dez dias.

§7 O tribunal decide em Câmara de Conselho, depois de ter ouvido o Ministério Público, obtido informações e recolhido as provas constantes do processo ou pedidas pelas partes.

§8 Os recursos e os sucessivos procedimentos são isentos de taxas. A decisão do Processo não é sujeita a registro.

ARTIGO 6

Modalidades relativas aos controles e TSOs em regime de internação hospitalar por doença mental

§1 As intervenções de prevenção, tratamento e reabilitação relativas às doenças mentais são realizadas normalmente pelos serviços psiquiátricos extra-hospitalares.

§2 A partir da entrada em vigor desta lei, os tratamentos sanitários para doenças mentais que comportem a necessidade de internação hospitalar e que estejam a cargo do Estado ou de órgãos e instituições públicas, serão efetuados, com exceção do disposto no artigo 8, nos serviços psiquiátricos mencionados nos próximos parágrafos.

§3 As regiões e as províncias autônomas de Trento e Bolzano, também com referencia aos âmbitos territoriais previstos no 2º e 3º parágrafos do artigo 25 do decreto do Presidente da Republica, de 24/03/1977, n.616, determinarão os hospitais gerais nos quais em 60 dias a partir da entrada em vigor desta lei, deverão ser instituídos Serviços Psiquiátricos de Diagnóstico e Cura.

§4 Os Serviços mencionados no 2º e 3º parágrafos deste artigo (que serão organizados segundo o que foi previsto pelo decreto do Presidente da Republica, de 27/03/1969, n. 128, para os serviços especiais obrigatórios nos hospitais gerais e

que não deverão ser dotados de um numero de leitos superior a 15), com a finalidade de garantir a continuidade da intervenção sanitária para a salvaguardar a saúde mental, serão orgânica e funcionalmente ligados, de forma departamental, aos outros serviços psiquiátricos existentes no território.

§5 As regiões e as províncias autônomas de Trento e Bolzano deverão especificar as instituições particulares de internação e tratamento, dotadas dos requisitos prescritos, nas quais poderão ser realizadas tratamentos sanitários e voluntários em regime de internação.

§6 Em relação às exigências assistenciais, as províncias poderão estipular convênios com as instituições citadas no parágrafo precedente, em conformidade com o próximo artigo.

ARTIGO 7

Transferencia às regiões das funções concernentes à assistência hospitalar psiquiátrica

§1 A partir da entrada em vigor da presente lei, as funções administrativas concernentes à assistência psiquiátrica em regime de internação hospitalar, já exercidas pelas províncias, serão transferidas, nos territórios de sua competência, às regiões ordinárias de estatuto especial. Mantém-se inalterada a atual competência das províncias autônomas de Trento e Bolzano.

§2 A Assistência hospitalar disciplinada pelos artigos 12 e 13 do decreto-lei de 08/07/1974, n.264, convertido com modificações na lei de 17/08/1974 n.386, compreende as internações hospitalares por alterações psíquicas. Mantêm-se inalteradas até 31/12/1978 as disposições vigentes com referencia à atribuição da despesa.

§3 A partir da entrada em vigor desta lei, as regiões exercerão, também em relação aos hospitais psiquiátricos, as funções que desenvolvem em relação aos outros hospitais.

§5 Até a data de entrada em vigor da reforma sanitária e, de qualquer modo, não além de 01/01/1979, as províncias continuarão a exercer as funções administrativas relativas à gestão dos hospitais psiquiátricos e a todas as outras funções referentes aos serviços de higiene mental.

§6 As regiões e as províncias autônomas de Trento e Bolzano programarão e coordenarão a organização dos serviços psiquiátricos e de higiene mental com as outras estruturas sanitárias operantes no território e realizarão a gradual superação dos hospitais psiquiátricos e a utilização diferente das estruturas existentes ou em vias de conclusão. Tais iniciativas não podem comportar maiores ônus para os orçamentos das administrações provinciais.

§7 E' absolutamente proibido construir novos hospitais psiquiátricos, utilizar os já existentes como divisões psiquiátricas especializadas de hospitais gerais, instituir nos hospitais gerais seções psiquiátricas e utilizar como tais seções neurológicas ou neuropsiquiátricas.

§8 Aos hospitais psiquiátricos dependentes das administrações provinciais ou de outros órgãos públicos ou das instituições publicas de assistência e beneficência, aplicam-se as proibições mencionadas no artigo 6 do decreto –lei de 29/12/1977, n. 946, convertido com algumas modificações na lei de 27/02/1978 n. 43.

§9 Aos Serviços Psiquiátricos de Diagnostico e Cura dos hospitais gerais, mencionados no artigo 6, é destinado pessoal dos hospitais psiquiátricos públicos extra-hospitalares.

§10 As relações entre as províncias, as organizações hospitalares e as outras estruturas de internação e tratamento serão reguladas por acordos apropriados, em consonância com um modelo a se aprovar no prazo de 30 dias a partir da entrada em vigor desta lei, por decreto do Ministro da Saúde, em conformidade com as regiões e a União das Províncias da Itália, e consultadas no que concerne aos problemas de pessoal, as organizações sindicais de classe mais representativas.

§11 O modelo de acordo deverá disciplinar, entre outras coisas, a ligação orgânica funcional citada no 4º parágrafo do artigo 6, as relações financeiras entre as províncias e as instituições de internação e a utilização do pessoal mencionado no 8º parágrafo deste artigo.

§12 A partir de 01/01/1979, por ocasião da renovação contratual, serão estabelecidas normas para a gradual homogeneização entre o tratamento econômico e os institutos normativos de caráter econômico das correspondentes categorias de pessoal das organizações hospitalares.

ARTIGO 8

Enfermos já internados nos hospitais psiquiátricos

§1 As normas mencionadas nesta lei aplicam-se também aos enfermos internados nos hospitais psiquiátricos no momento da sua entrada em vigor.

§2 O médico-chefe responsável, no prazo de 90 dias a partir da entrada em vigor desta lei, comunica ao prefeito das respectivas cidades de residência, com pareceres individuais, os nomes dos internos para os quais considera necessário o prosseguimento do TSO na própria estrutura de internação, indicando a duração presumível do mesmo. E', além disso, obrigado a tomar as providencias referidas no 5º parágrafo do artigo 3.

§3 O prefeito determina a medida do TSO em regime de internação hospitalar segundo as normas citadas no ultimo parágrafo do artigo e a comunica ao juiz tutelar de acordo com o artigo 3.

§4 A omissão das comunicações mencionadas nos parágrafos precedentes determina a cessação de todos os efeitos da medida e configura, a não ser que subsistam os elementos de um delito mais grave, o crime de omissão de atos de ofício.

§5 Tendo em conta o previsto no 5º parágrafo do artigo 7 e em provisória anulação ao disposto no

2º parágrafo do artigo 6, nos atuais hospitais psiquiátricos podem ser internados, sempre que a solicitarem, exclusivamente aqueles que já tenham sido internados anteriormente à data de entrada em vigor desta lei e que necessitem de tratamento psiquiátrico em regime de internação hospitalar.

ARTIGO 9

Atribuições do pessoal medico dos hospitais psiquiátricos

Único. As atribuições em matéria sanitária do diretor, dos médicos-chefes, dos auxiliares e dos assistentes dos hospitais psiquiátricos são aqueles estabelecidos, respectivamente, nos artigos 4, 5 e 7 do decreto do Presidente da Republica 27/03/1969, n. 128.

ARTIGO 10

Modificações no Código Penal.

§1 Na rubrica do livro III, título 1, Capítulo 1, seção III, parágrafo 6 do Código Penal, são suprimidas as palavras: “de alienados de mente”.

§2 Na rubrica do artigo 716 do Código Penal são suprimidas as palavras “de enfermos de mente ou”.

§3 No mesmo artigo suprime-se: “a um estabelecimento de tratamento ou”

ARTIGO 11.

Normas finais.

§1 São revogados os artigos 1, 2 e 3-bis da lei de 14/02/1904, n. 36, concernente às “Disposições sobre manicômios e alienados” e sucessivas modificações, o artigo 420 do Código Civil; os artigos 714, 715 e 717 do Código Penal; o n. 1 do artigo 2 e o artigo 3 do texto único das leis referentes às normas para disciplinar o eleitorado ativo, a capacidade e a revisão das listas eleitorais, aprovado com decreto do Presidente da Republica, de 20/03/1967, n. 223, bem como qualquer outra disposição incompatível com a presente lei.

§2 As disposições contidas nos artigos de 1 a 9 desta lei permanecem vigentes até a data de entrada em vigor da lei institutiva do serviço sanitário nacional.

§3 Até que não sejam tomadas as medidas no sentido de modificar, coordenar e reunir em um texto único as disposições vigentes em matéria de profilaxia internacional e de doenças infectocontagiosas, aí compreendidas as vacinações obrigatórias, são resguardadas, no que concerne aos TSOs, as atribuições das autoridades militares, dos médicos de portos, aeroportos e fronteiras e comandantes de navios e aeronaves.

§4 A presente lei entra em vigor no dia seguinte à sua publicação no Diário Oficial da Republica.

§5 Esta lei, munida da chancela do estado, será inserida no Código Oficial das Leis e Decretos da Republica Italiana. E' dever de todos cumpri-la e faze-la cumprir como lei de Estado.

ANEXO III. DECLARAÇÃO DE CARACAS Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

As organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas reunidos na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde,

VERIFICANDO,

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental; e d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.

CONSIDERANDO,

1. Que o Atendimento Primário de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Panamericana de Saúde e referendada pelos países membros para alcançar a meta de Saúde Para Todos, no ano 2000;
2. Que os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar o alcance dessa meta, pois oferecem melhores condições para desenvolver programas baseados nas necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva;
3. Que os programas de Saúde Mental e Psiquiatria devem adaptar-se aos princípios e orientações que fundamentam essas estratégias e os modelos de organização da assistência à saúde.

DECLARAM

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica ligada ao Atendimento Primário da Saúde, no quadro dos Sistemas Locais de Saúde, permite a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;
6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais. Para o que

SOLICITAM Aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apóiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica,

assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região.

APROVADA POR ACLAMAÇÃO PELA CONFERÊNCIA, EM SUA ÚLTIMA SESSÃO DE TRABALHO NO DIA 14 DE NOVEMBRO DE 1990.

Anexo IV. LEI Nº 10.216, DE 6 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º 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.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

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.

Art. 3º 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, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

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;

III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7o A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8o A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2o O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9o A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do

estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10o. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11o. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12o. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13o. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180o da Independência e 113o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

(DOU 09/04/2001)