



ISOLADOS E AGLOMERADOS DESDE SEMPRE: SOBRE A NECESSIDADE DE AVANÇAR A LUTA PELO FIM DOS MANICÔMIOS*

Andréa Valente Heidrich

Introdução

O presente capítulo objetiva apresentar uma revisão histórico-crítica sobre a questão do isolamento das pessoas ditas loucas, especialmente no chamado “paradigma psiquiátrico” (AMARANTE, 1996) ou “modelo manicomial” (AMARANTE e TORRE, 2018) que, apesar de amplamente questionado com o advento das reformas psiquiátricas que ocorrem no mundo a partir da segunda metade do século XX, ainda permanece pautando o tratamento em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Tal paradigma ganhou força na sociedade brasileira nos últimos anos, através de um conjunto de movimentos denominado “contrarreforma psiquiátrica”.

O texto aborda a trajetória histórica de transformação ocorrida nos serviços e políticas de atenção/cuidado/tratamento das pessoas com transtornos mentais, evidenciando a ineficácia e a brutalidade que traz este tipo de abordagem “terapêutica” que coloca a exclusão e o isolamento como central no seu método.

Para facilitar a compreensão, dividimos a análise em cinco sessões, buscando acompanhar a evolução do debate e conhecimento sobre a questão da loucura não só cronologicamente, mas especialmente em relação aos seus determinantes sociais e econômicos.

É sabido que a questão da loucura e das pessoas ditas loucas nem sempre foi uma questão de médico, remédio, tratamento ou diagnóstico. Também não foi sempre tratada como algo que necessitasse de punição ou correção. Vários autores, entre eles Foucault

*DOI- 10.29388/978-65-86678-44-4-0-f.35-54

(2004), Pessotti (1994, 1996 e 1999) e Frayze-Pereira (2002) trouxeram a análise do processo de transformação da loucura em um problema de saúde/doença e, portanto, passível de intervenção da Medicina.

Dentre todos estes autores, destacamos Michel Foucault, com sua tese de doutoramento, publicada no Brasil, com o nome, *História da Loucura na Idade Clássica* (FOUCAULT, 2004). O autor percorre a trajetória de mudanças de significados pelos quais a loucura atravessou até tornar-se uma “verdade médica”, sendo atribuída a definição de doença mental. Para Frayze-Pereira, “o que é originário no processo de constituição da loucura não é a Psiquiatria [...], mas o ato que criou a distância entre a razão e aquilo que a nega como tal, isto é, a não razão” (FRAYZE-PEREIRA, 2002, p. 46).

A grande internação e o surgimento do hospital

Até a Idade Média a loucura era entendida como uma experiência trágica, não sendo a ela atribuída nenhuma questão moral, de comportamento certo ou errado. Entretanto, no século XVI, já na Idade Moderna, a loucura será confiscada por uma razão dominante que se baseia na máxima, “penso, logo existo”, de Descartes, passando a ser entendida em relação à sanidade. Sendo o louco alguém que, a priori, não possui a razão e, portanto, distante da verdade. O racionalismo moderno afastou/separou a loucura da sabedoria. Se é sábio não pode ser louco e se é louco, não pode ser sábio. Segundo Amarante (1995) a passagem de uma visão trágica para uma visão crítica, alterou o “lugar da loucura”, marcado pela constituição da Medicina mental como campo de saber teórico/prático, determinando um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco.

A captura moral da loucura foi determinante para orientar a exclusão do sujeito louco, que passa a ter o isolamento e afastamento social como a principal medida cabível. Cabe destacar que a exclusão e isolamento dos loucos iniciam antes do surgimento da Psiquiatria, como área da Medicina especializada em tratar de doença mental. Este movimento de exclusão foi chamado por Foucault (2004) como “Grande Internação”.

Na Era Moderna – compreendida entre os séculos XV e XVIII – a sociedade europeia passava por grandes transformações na forma de estruturar o Estado, organizar as cidades e a economia. Houve uma mudança fundamental na compreensão dos homens que antes, eram vistos como criaturas de Deus e, agora, passavam a ser vistos como parte das sociedades, conseqüentemente, parte dos Estados. Havia uma preocupação em fortalecer as cidades porque isso significava aumentar a riqueza local e fortalecer a economia. Cada cidadão importava. Entretanto, com a urbanização e a industrialização, cresce também o empobrecimento e torna-se um problema ser enfrentado.

O aumento da pobreza e da mendicância em torno das cidades passou a ser enfrentado com a disseminação de instituições que tinham como função recolher e abrigar as pessoas que por uma razão ou outra, não queriam ou não podiam trabalhar. O local que “recolhia” estas pessoas era o Hospital.

A criação do Hospital Geral de Paris, em 1656, foi o marco do fenômeno chamado por Foucault (2004) de “Grande Internação”. A Grande Internação ou o Grande Enclausuramento servia para ocultar a miséria diante das transformações da sociedade que se moldava ao modo capitalista de produção. Manuel Desviat (1999) afirmou que “O enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII à desorganização social e à crise econômica então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas no modo de produção” (DESVIAT, 1999, p.15).

Os objetivos principais do Hospital Geral eram recolher os pobres e funcionar como a terceira esfera de repressão, junto com a polícia e a justiça. Frayze-Pereira (2002) afirmou que a preguiça e a ociosidade ocupavam o primeiro posto na hierarquia dos vícios e o trabalho era visto como moralmente obrigatório. Gomes (2018, p. 67) também afirmou “que a ociosidade e a incapacidade para a produção capitalista foram a base do internamento no século XVII”.

Todo tipo de gente era internado no Hospital que, ressaltamos, não tinha caráter de instituição de saúde/doença. Era mais uma hospedaria, na qual se hospedavam compulsoriamente, indigentes, miseráveis, pobres de todo gênero, prostitutas, idosos, órfãos e loucos. A característica comum entre os internos era a incapacidade ou inaptidão para o trabalho (HEIDRICH, 2007), algo inaceitável na fase

em que trabalhar/produzir era um imperativo (FOUCAULT, 2004). O Hospital servia, então, como um mecanismo de controle do Estado sobre a população.

A Grande Internação coincide com as primeiras medidas de proteção social desenvolvidas na Europa que tinham, segundo Vianna (2002) a finalidade de proteger a sociedade do risco do não trabalho, da negação ao assalariamento. A prática da internação espalhou-se pela Europa e vários países criaram suas casas de internação. Amarante (2003) afirmou que ela designou uma nova relação com a miséria através de um duplo movimento do pensamento, quer seja como castigo (para o protestantismo), quer seja como algo imoral (para o catolicismo). De todo modo, o fato é que a miséria precisa, de alguma forma, ser banida e, o internamento é o caminho adotado.

Os loucos e os outros internos foram enclausurados por não se adaptarem à nova forma de produzir que se instaurava na sociedade europeia. Além disso, os loucos representavam, ainda, uma “aberração” irracional diante do novo mundo no qual a razão ocupa o centro.

Transformação do hospital em espaço médico

Os Hospitais serão transformados em instituições médicas como uma das consequências das inúmeras transformações do século XVIII que revolucionaram a sociedade europeia. Além da transformação no modo de produção econômica, ocorreram mudanças na organização política e social que revolucionaram a Europa. De acordo com Hobsbawm (1996), as mudanças foram concretizadas através das revoluções gêmeas (francesa e industrial) que transformaram o mundo. Segundo o autor, a implantação da sociedade capitalista, através da instauração da hegemonia burguesa no modo de organizar e pensar a vida social, foi o grande triunfo destas revoluções. Todas estas transformações, é claro, produziram alterações no modo de pensar e tratar a loucura.

Os ideais da Revolução Francesa – liberdade, igualdade e fraternidade – sepultaram qualquer explicação mística da realidade e colocaram nos homens e na ciência a capacidade de explicar, com-

preender e agir sobre a realidade. Neste momento da história é considerado verdadeiro o que pode ser cientificamente comprovado.

Foi a partir de observações e estudos que o Hospital começou a ser transformado em espaço de prática médica. De acordo com Foucault, no texto, *O nascimento do hospital*, publicado no livro, *Microfísica do Poder* (FOUCAULT, 1999),

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais (FOUCAULT, 1999, p. 99).

Estas observações sistemáticas, realizadas por médicos, davam-se através de viagens-inquérito, nas quais os hospitais eram observados, analisados e comparados. Tais viagens tinham por finalidade, definir um programa de reforma e reconstrução dos hospitais, introduzindo mecanismos disciplinares nas instituições, a fim de desenvolver uma espécie de catalogação dos doentes, número de leitos, salas, taxas de mortalidade e cura. Enfim, objetivavam obter um retrato da situação dos estabelecimentos com vistas a evitar que as doenças se propagassem e ameaçassem a sociedade da época. Nas palavras de Foucault (1999), significavam a busca da anulação dos efeitos negativos do hospital.

A partir destas mudanças, os hospitais passaram a ter algumas características fundamentais: (a) uma grande preocupação com a organização interna, considerando a arquitetura do hospital como instrumento de cura; (b) transformação no sistema de poder no interior do hospital, no qual o médico passa a ser a figura principal e, c) a organização de um sistema de registro permanente de tudo o que acontece na instituição hospitalar (FOUCAULT, 1999). A reorganização dos hospitais não ocorreu através de técnicas médicas, mas sim, de uma tecnologia política: a disciplina.

A disciplina é uma técnica de exercício de poder que foi, segundo Foucault (1999) aperfeiçoada como técnica de gestão dos homens, no século XVIII e se tornou uma de suas grandes invenções. Não iremos nos deter minuciosamente à análise da disciplina mas, re-

sumidamente, podemos destacar que ela envolve: (a) a arte de distribuição espacial dos indivíduos; (b) o fato de exercer o controle sobre o desenvolvimento da ação e não sobre seu resultado; (c) a vigilância perpétua e constante dos indivíduos e (d) o registro contínuo. A disciplina é

[...] o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder (FOUCAULT, 1999, p. 107).

Foi a introdução dos mecanismos disciplinares no hospital que permitiu, segundo o autor, a sua medicalização. O hospital se disciplinou para atender objetivos econômicos, sanitários e sociais. Ao mesmo tempo, a disciplina tornou-se matéria da Medicina porque houve uma transformação no saber médico.

Mas, e a loucura?

A especialidade da Medicina que se dedicou a tratar a loucura também se desenvolveu neste período de transformação do hospital e do saber médico. Amarante (2003) afirma que a Psiquiatria nasceu como especialidade médica no rol destas mudanças e teve Philippe Pinel, como ícone. De acordo com o autor, em 1793, Pinel foi designado como médico-chefe do Hospital de Bicêtre, na França. Nesta instituição foi responsável por coordenar uma série de mudanças, entre elas ordenar que os loucos fossem desacorrentados, o que ficou conhecido como “gesto de Pinel”. Para Pessotti (1996), Pinel realizou uma verdadeira revolução na teoria sobre a loucura ao redefinir as funções do manicômio (que passaria a ser instrumento de cura) e ao atribuir uma visão passional/moral para a alienação mental.

Birman (1978) também considerou que Pinel foi responsável pela primeira revolução psiquiátrica. Já Amarante (2003) afirmou que, com ele

[...] a loucura passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental, o que imprimirá profundas alterações no modo como a sociedade passará a pensar a lidar com a loucura daí por diante. Se, por um lado, a iniciativa de Pinel define um estatuto patológico para a loucura, o que permite que esta seja apropriada pelo discurso e pelas instituições médicas, por outro, abre um campo de possibilidades terapêuticas, pois, até então, a loucura era considerada uma natureza externa ao humano, estranha à razão (AMARANTE, 2003, p. 42).

A loucura – a alienação mental, para Pinel é um distúrbio das paixões e o tratamento envolve a reeducação da mente do alienado. Castel (1991) chamou o conjunto de estratégias desenvolvidas por Pinel de tecnologia pineliana. Segundo ele, ela compreendia: (a) isolamento do mundo exterior, (b) a constituição da ordem asilar e (c) a constituição de uma relação terapêutica baseada na autoridade. Alinhado aos métodos científicos das ciências naturais, Pinel considerava que para conhecer um objeto, é necessário isolá-lo das interferências externas. Trata-se da condição *in vitro*. Tal qual o biólogo isola uma planta para observar, descrever e analisar, a Medicina e, neste caso, a Psiquiatria, deveria isolar o paciente para melhor definir o tratamento.

Aqui evidenciamos o aspecto central do isolamento no tratamento de saúde. Foi ao adotar o método científico experimental que a Medicina e, em especial a psiquiatria, colocaram o isolamento como parte significativa do tratamento. Este aspecto será amplamente questionado pelos movimentos de reforma psiquiátrica que irão se originar no século XX. Porém, isolar para tratar ainda faz parte do paradigma manicomial até os nossos dias.

O isolamento foi a estratégia dos alienistas para separar e ordenar as categorias de pessoas aglomeradas nos hospitais desde a Grande Internação. Amarante (2003) afirma que Pinel passou a organizar uma descrição das doenças, das alienações mentais (nosografia), identificando e agrupando doentes e suas doenças, tanto no sentido institucional (alas e salas), quanto no sentido teórico, em nosografias propriamente ditas.

Além de analisar sintomas e catalogar as doenças, a inovação de Pinel foi defender que era necessário um hospital específico para

tratar os alienados. Para ele, enquanto os hospitais para outras doenças representam um meio de tratá-las, o hospital para alienados possui, ele mesmo, a função de remédio (AMARANTE, 2003).

O conjunto de estratégias voltadas para a reeducação da mente alienada de Pinel é chamado de Tratamento Moral. Amarante (1996, p. 48) afirmou que o “primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do tratamento moral é o princípio do isolamento do mundo exterior” pois, se as causas da alienação mental estão presentes no meio social, o isolamento é que permitiria afastá-las. Acreditava-se (e alguns ainda acreditam) que o isolamento permitiria garantir a segurança dos loucos e suas famílias, liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais, impondo-lhes novos hábitos.

A tecnologia pineliana inaugurou um novo estatuto para a loucura: o de doença mental e, para o louco: o de alguém que necessita de cuidado e tratamento. A partir de então, a loucura tornou-se “verdade médica” (BIRMAN, 1978).

É fundamental destacar que a questão do estatuto da doença mental e do doente mental, ainda que tenha como marco a transformação do hospital no lócus do cuidado, não se resume a ele. As mudanças que esta alteração do papel do hospital provocaram, marcam a sociedade como um todo, visto que atribui à loucura uma compreensão de anormalidade e, ao louco, um lugar de erro, incapacidade, inferioridade e periculosidade (AMARANTE; TORRE, 2018), necessitando, por isso, ser banido do convívio social até ser “corrigido”.

Ainda que o aparato asilar de Pinel e dos alienistas já viesse sofrendo críticas e enfrentamentos no interior da Medicina com relação à cientificidade do tratamento moral (AMARANTE, 1996), no século XX, após a Segunda Guerra Mundial, houve um incremento das mesmas, diante das denúncias de maus tratos e desumanidade nos manicômios. Birman e Costa (1994) destacaram que, só na França, quarenta mil doentes mentais morreram nos asilos devidos às más condições e à falta de alimentação, reforçando o papel do Estado que passa a assumir a questão da saúde. Se antes o Estado assegurava o direito à vida, agora, no contexto pós-guerra, deveria assegurar o direito à saúde.

Nesta nova conjuntura, não era mais possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 46).

Várias iniciativas de transformação do hospital psiquiátrico e dos tratamentos surgem em diferentes países, como veremos brevemente.

Reformas psiquiátricas

A literatura divide as experiências que visavam transformar os tratamentos psiquiátricos e a forma de lidar com as questões da loucura que surgiram no século XX, em três grandes grupos: (a) aquelas que propunham transformar a psiquiatria a partir do próprio modelo do hospital psiquiátrico (Comunidade Terapêutica e Psiquiatria Institucional); (b) as que assumiam a comunidade como ponto central para o desenvolvimento do tratamento (Psicoterapia de Setor e Psiquiatria Comunitária ou Preventiva) e (c) as que dirigiam os questionamentos à psiquiatria em si, aos seus saberes e práticas (Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana) (AMARANTE, 2003). Todas estas experiências e propostas de transformação visavam melhorar o tratamento destinado aos pacientes psiquiátricos, buscando envolvê-los nos processos terapêuticos. Todas questionavam o caráter terapêutico do hospital psiquiátrico e partiam da ideia de que o hospital não recuperava nem, ao menos, auxiliava na recuperação de seus internos, refutando, assim, a tese alienista que o hospital era o remédio, conforme vimos.

Se a crítica ao modelo asilar unia as experiências reformistas, o alcance desta crítica as distinguia. Com exceção das experiências da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática Italiana, as outras se limitaram a propor reformas ao hospital, não questionando a própria concepção de doença mental, do saber psiquiátrico. O alcance e sentido destas experiências reformistas serão marcados pela peculiaridade dos países em que ocorreram e seus contextos sócio-históricos e econômicos.

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) apontaram que os processos de reforma que ocorreram na Europa e Estados Unidos foram impulsionados pelo intento de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, liberando-a das suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação. Chamaram estas experiências de “psiquiatria reformada” e afirmaram que a desinstitucionalização, embora tenha sido palavra de ordem, com sentidos diversos para os diversos grupos, acabou sendo praticada como desospitalização, política de altas hospitalares, redução de leitos. Analisando a psiquiatria reformada, evidenciaram traços comuns, quais sejam:

- a. a internação psiquiátrica continuou a existir tanto na Europa quanto nos Estados Unidos e os hospitais seguiram fazendo parte do sistema de saúde mental. Houve uma “transinstitucionalização”, ou seja, a transferência dos pacientes dos hospitais para outras instituições (albergues, casa de repouso, entre outros);
- b. os serviços territoriais ou de comunidade convivem com a internação psiquiátrica, mas não a substituem.
- c. o sistema de saúde mental funciona como um circuito. Entre os serviços da comunidade e as estruturas de internação existe uma complementariedade, um jogo de alimentação recíproca, sendo o sistema um espiral que alimenta os problemas e os torna crônicos (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001).

Estas experiências da psiquiatria reformada representaram um avanço no sentido de propor transformações e expor as fissuras do hospital psiquiátrico. Entretanto, tais mudanças caracterizaram-se como cosméticas ou superficiais, pois não alcançaram o cerne da questão que é transformação na compreensão da loucura e do lugar do sujeito na sociedade.

A experiência italiana de reforma psiquiátrica extrapolou a ideia de desinstitucionalização como desospitalização. Os reformistas italianos diferenciavam-se por questionar não somente o hospital psiquiátrico e suas desumanidades, mas por entender e denunciar que aquela situação desumana objetiva era reflexo da questão social de exclusão e produto da opressão da sociedade capitalista. O conjunto de reflexões, saberes, conceitos e críticas, construído através e no

processo de reforma psiquiátrica italiano, constituiu uma outra explicação para a loucura, tanto em nível técnico, quanto em nível político (HEIDRICH, 2007). Este conjunto de explicações pode ser chamado de paradigma italiano de desinstitucionalização.

Parte da noção de desconstrução do aparato manicomial que operou, teórico e praticamente o desmonte da estrutura manicomial, ao negar o manicômio como espaço terapêutico. Basaglia, um dos ícones da desinstitucionalização italiana afirmou que “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação” (BASAGLIA, 1982, p. 29).

Basaglia e seus companheiros passaram a operar um “trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente, para desmontar (e remontar) o problema” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 29). O mal obscuro da psiquiatria estava em ter separado um objeto científico (a doença) da existência concreta dos pacientes e do corpo social. Entre os dois (doença e doente), a psiquiatria construiu um conjunto de aparatos científicos, administrativos, legislativos, referentes à doença e o manicômio é só um deles. Por isso, atuar somente sobre o manicômio, não basta. A instituição a ser negada não é o manicômio, mas a psiquiatria (ROTELLI, 2001). Obviamente, não temos como esgotar a discussão sobre o paradigma de desinstitucionalização italiana, contudo, faz-se necessário destacar que nele, a desinstitucionalização é compreendida como um processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos do processo, colocando a ênfase não mais na cura, mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente. Assim, Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) destacaram alguns aspectos sobre a desinstitucionalização que contribuem para a compreensão de seu significado. Vejamos:

- a.** a desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no sistema institucional (técnicos, pacientes, comunidade, opinião pública, sujeitos políticos institucionais e não institucionais);
- b.** o objetivo principal da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes. Ainda que não se cure, agora, seguramente se cuida;

- c. a desinstitucionalização é um trabalho homeopático que usa as energias internas da instituição para desmontá-la;
- d. a desinstitucionalização libera da necessidade da internação construindo serviços inteiramente substitutivos.

A experiência italiana de reforma psiquiátrica inovou por ir além da crítica ao hospital psiquiátrico. Por buscar construir outras soluções para o “problema do cuidado com a loucura e por não excluir o louco e a sociedade da construção desta solução. Solução que não é o fim, mas o meio de construir e (re)inventar a vida dos sujeitos, com os sujeitos (HEIDRICH, 2007).

O paradigma da desinstitucionalização italiana inspirou a experiência brasileira de reforma psiquiátrica, iniciado no final dos anos de 1970.

Reforma Psiquiátrica brasileira

Pode-se afirmar que a sociedade brasileira viveu todas as fases de trato com a questão da loucura/manicomial, tal qual a sociedade europeia, mas com uma diferença de alguns séculos. Como vimos, na sociedade europeia, a loucura se torna um problema social em meados do século XVI, período no qual o Brasil estava sendo colonizado pelos portugueses. Aqui, isto ocorrerá no século XIX.

O processo de reforma psiquiátrica brasileira tem sua origem no final dos anos de 1970, tendo como marco reconhecido na literatura, a criação do Movimento Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1978. De lá pra cá, a reforma psiquiátrica brasileira passou por quatro fases (VASCONCELOS, 2016) que vão desde a fundação do movimento antimanicomial e a criação das primeiras experiências de cuidado extra-muros dos hospitais, passa pelo fortalecimento do movimento, ampliação do número de serviços e investimentos financeiros na rede extra-hospitalar até o período atual, marcado por desafios crescentes e retrocessos que envolvem falta de investimento, proliferação de comunidades terapêuticas diante do aumento e do consumo de crack, medidas de limpeza urbana, entre ou-

tros fatores que indicam um retrocesso no campo do cuidado em saúde mental.

O avanço mais consistente da reforma psiquiátrica no Brasil se deu durante a década de 2000 (PITTA, 2011; HEIDRICH, 2017). Esta década marcou a institucionalização da Política de Saúde Mental sob a lógica da reforma psiquiátrica, consolidando o arcabouço legal para a criação, funcionamento e financiamento de serviços de saúde mental no território. A aprovação da Lei 10.216, em 2001 (BRASIL, 2001), ainda que bastante remendada no que diz respeito ao alcance da transformação proposta representou uma espécie de “virada de chave” na organização da rede de serviços de saúde mental. O hospital permanecia na rede, mas, aos poucos, perdia seu protagonismo.

Em 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial reafirmou os princípios gerais da reforma psiquiátrica em curso e, em 2011 uma Portaria Ministerial instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que ampliou a complexidade da rede de cuidados em saúde mental, incluindo todos os níveis de atenção (BRASIL 2011).

Por outro lado, a disputa entre os modelos antagônicos de atenção tornou-se mais agudizada e, a partir de 2015, ganha eco o posicionamento conservador e a defesa do isolamento como tratamento e da religião como cura diante do aumento da visibilidade da questão do abuso de drogas, especialmente do crack. Tal retrocesso é impresso nas alterações dos dispositivos legais, na ocupação da Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde por pessoas que representam o modo manicomial e, claro, na operacionalização da política, especialmente, no que se refere ao financiamento e espaço destinado ao hospital psiquiátrico e comunidades terapêuticas, instituições nas quais, o isolamento permanece como central no tratamento. O início desta reviravolta na direção da Política ocorre ainda no final do mandato da presidente Dilma (2015), mas se aprofunda nos governos Temer e Bolsonaro.

Em 2017, sob comando dos conservadores, o Ministério da Saúde modifica a Portaria que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial, propondo uma “nova política de saúde mental”, que reforça a lógica manicomial com financiamento de leitos em hospitais psiquiátri-

cos, colocando a internação como a única alternativa de resposta à crise (DUARTE, 2018).

Desde então, medidas contrárias aos princípios da reforma psiquiátrica vêm sendo adotadas na Política de Saúde Mental e de Drogas, no uso dos recursos públicos e no próprio discurso oficial. Segundo Guimarães e Rosa,

Percebe-se um verdadeiro sucateamento de uma política pública de direitos, pautada em uma rede ampla de serviços abertos, comunitários, territorializados, de valorização da subjetividade e diversidade e, acima de tudo, de reconhecimento da cidade de um segmento até então silenciado, o que convoca a sociedade civil para reforçar a luta por ampliação e garantia do cuidado em liberdade e pautado nos direitos humanos (GUIMARAES; ROSA, 2019, p. 132).

Cabe destacar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira assumiu, durante a maior parte de sua trajetória uma perspectiva antimanicomial porque o Movimento de luta Antimanicomial permaneceu ativo e atuante e os trabalhadores, usuários e familiares buscaram construir uma rede de cuidado em saúde mental que não só alterava o local do cuidado, mas transformava a forma de pensar e tratar a loucura. Por outro lado, em dado momento, parte dos militantes “se institucionalizou” limitando a atuação na construção de serviços, mas se afastando da base do movimento, optando, segundo Passos (2017) pela estratégia de seguir o caminho que se restringe a práticas cotidianas, na micropolítica, afastando a Luta Antimanicomial da dimensão macroestrutural e das relações Estado e sociedade. Uma nova geração de militantes antimanicomiais se reorganiza a partir de 2010, especialmente, ocupando espaços de base e buscando ruptura com estratégias tradicionais. Resignifica-se o lema do movimento para “(Ainda) Por uma sociedade sem manicômios”, compreendendo que “uma sociedade sem manicômios só será possível a partir da construção de uma nova ordem societária” que não inclua nenhuma forma de opressão/exploração (PASSOS, 2017, p. 60).

Considerações finais

Em que pese toda a expertise do modo de cuidado psicossocial acumulada nestes mais de 40 anos do Movimento Antimanicomial e da Política de Saúde Mental, toda sua produção teórica, política e econômica do cuidado em liberdade, as experiências de recuperação dos sujeitos após longos períodos de internação em instituições psiquiátricas, os estudos que comprovam a eficácia do cuidado nas redes de atenção psicossocial, o hospital e o isolamento permaneceram assombrando a vida dos sujeitos em sofrimento psíquico. O manicômio permaneceu em pé e se inseriu na Lei da Reforma Psiquiátrica, na normatização da Rede de Atenção Psicossocial e, nos últimos anos, se fortaleceu. Torna-se complexo compreender a força destas instituições de violência que corrompem a própria razão que as fundou. Visto que seguem e permanecem sendo o espaço zero de troca. Mais que isso, permanecem violando direitos, tratando os sujeitos como algo destituído de razão, reproduzindo adoecimento e exclusão.

Em 2018, uma inspeção em 40 hospitais psiquiátricos brasileiros, nas cinco regiões do país, foi organizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e resultou numa publicação, em 2019, intitulada “Hospitais psiquiátricos no Brasil: relatório da inspeção nacional”. Esta missão objetivou conhecer e analisar a realidade dos hospitais psiquiátricos brasileiros no que se refere aos direitos dos pacientes, condições e organização do trabalho, projetos terapêuticos, qualidade da infraestrutura, entre outros elementos. As conclusões apresentadas no Relatório confirmam o que os movimentos de reforma psiquiátrica vêm denunciando desde sua origem. O documento revela uma

[...] situação alarmante no que se refere à desassistência da atenção à saúde nos hospitais psiquiátricos brasileiros, com graves e múltiplas violações de direitos humanos das pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Diante deste quadro, não há

como sustentar que as instituições inspecionadas possam ser consideradas instituições de saúde, pois, antes disso, são exclusivamente instituições de privação de liberdade. Nesse sentido, também, o fechamento de instituições com características asilares não pode ser interpretado como um fator que gere desassistência, uma vez que essas pessoas, privadas de sua liberdade, já se encontram desassistidas, distantes de estratégias de cuidado em saúde (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 493).

Após uma minuciosa apresentação dos dados encontrados, o Relatório conclui que há violação de direitos das pessoas internadas em todos os hospitais psiquiátricos vistoriados, que passam pela violação do direito à saúde, internação compulsória, inclusive de adolescentes, violência institucional, sendo todos os hospitais agrupados em duas categorias: características de instituições asilares e características de tratamento cruel, desumano e degradante ou tortura, desrespeitando, portando a Lei 10.216/2001 (CFP, 2019). O isolamento segue sendo regra e principal estratégia terapêutica.

As mesmas organizações que realizaram a inspeção nos hospitais psiquiátricos, em 2017, inspecionaram as comunidades terapêuticas. Foram inspecionadas 28 Comunidades em todas as regiões do país. Segundo o Relatório não se tem o dado oficial referente ao número de Comunidades em funcionamento no Brasil, mas estima-se que são mais de 1000. Mais uma vez, concluiu-se que estes estabelecimentos violam os direitos de seus internos, desde a privação de liberdade, castigos físicos, isolamento completo da família e da sociedade, controle de ligações, tendo características asilares e desrespeitando, também, a Lei 10.216/2001. Trata-se de instituições que também focam no isolamento e na “correção” de seus internos.

Mesmo com todas as atrocidades elencadas nos Relatórios citados, a “nova Política de Saúde Mental” do Ministério da Saúde, “esclarecida” em uma Nota Técnica lançada e retirada de circulação pelo Ministério em 2019 considera que não há mais necessidade de rede substitutiva, visto que não há o que se substituir. Num enfrentamento claro às diretrizes da Lei 10.216/2001 propõe ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e até oferta de Eletrochoque pelo Sistema Único de Saúde. Tal Nota Técnica provocou reações do movimento

antimanicomial e de defesa do SUS e da saúde mental. Mas a ideia permanece.

Assim, como vimos brevemente, o isolamento social, como instrumento terapêutico, segue no cenário das instituições de doença mental. Negamos a chamar tais instituições que todavia possam ser chamadas de instituições de saúde. Seguimos convivendo com as atrocidades do manicômio recriado ou, utilizando as palavras de Guimarães e Rosa (2019), estamos vivendo – infelizmente – uma “remanicomialização do cuidado em saúde mental”.

A atual conjuntura da sociedade brasileira, marcada por um retrocesso em todas as políticas sociais, desmonte do Estado, crise econômica e fortalecimento das questões morais conservadoras de práticas fascistas, racistas, machistas e homofóbicas coloca-nos em xeque no que se refere à resistência e recuperação do caráter anti-manicomial da Política de Saúde Mental. A luta social é o único caminho possível para superar este momento. A História demonstra que outros momentos trágicos de ataque aos direitos sociais e humanos já foram superados. E é na História que resistiremos e superaremos. Adaptando o Poema do Contra, de Mario Quintana, permito-me afirmar que, com a luta, eles passarão, nós passarinho.

Referências

AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. (Org.). **Loucos pela vida** – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ªed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____. **O homem e a serpente**. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 2ª reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

_____. (Coord.). **Saúde mental, políticas e instituições**. Programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, Ead/FIOCRUZ, 2003.

_____.; TORRE, E. “De volta à cidade, sr. Cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimen-

to antimanicomial. **Revista de Administração Pública** (Online). Rio de Janeiro, v.52, n. 6, p. 1090-1107, nov/dez. 2018.

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Monsanto, 1982.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____.; COSTA, J. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 41-72.

BRASIL, Lei. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Seção 1. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2011. Disponível em <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 set. 2020.

_____. **Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Brasília (DF), 21 de dezembro de 2017. Disponível em <http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 10 set. 2020.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas**. Comissão Nacional em Comunidades Terapêuticas. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo

Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Ministério Público Federal. Brasília, DF: CFP, 2018.

_____. **Relatório de inspeções: 2018**. Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Brasília: CFP, 2019.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

DUARTE, M. J. de O. et al (Org.). **Serviço Social, saúde mental e drogas: políticas públicas e direitos humanos**. Campinas: Papel Social, 2017.

_____. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. **Libertas**. Juiz de Fora, v.18, n.2, p. 227-243, ago./dez., 2018.

FOUCAULT, M. **História da loucura – na Idade Clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. **Microfísica do poder**, 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura**. 10. ed. São Paulo: Brasiliense, 2002.

GOMES, T. Reforma psiquiátrica e formação sócio-histórica brasileira: elementos para o debate. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 24-34, set./dez., 2018.

GUIMARÃES, T e ROSA, L. A remanicomialização do cuidado em saúde no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano 22, n.44, p-111-138, mai./ago., 2019.

HEIDRICH, A. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

_____. Balanço da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira. In: DUARTE, M. J. de O. et al (Org). **Serviço Social, saúde mental e**

drogas: políticas públicas e direitos humanos. Campinas: Papel Social, 2017.

HOBBSAWN, E. **Era dos extremos.** O breve século XX – 1914-1991. 2. ed. São Paulo: Cia das Letras, 1996.

PASSOS, R. G. Luta antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente à reação conservadora. **Sociedade em Debate.** Pelotas, v. 23. n. 2, p. 55-75, jul./dez., 2017.

PESSOTTI, I. **A loucura e suas épocas.** São Paulo: Editora 34, 1994.

_____. **O século dos manicômios.** São Paulo: Editora 34, 1996.

_____. **Os nomes da loucura.** São Paulo: Editora 34, 1999.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011.

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS**, Salvador/Recife, n. 246, p. 6-14, jan./abr. 2019.

ROTELLI, F., LEONARDIS, O e MAURI, D. **Desinstitucionalização.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

_____. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

VASCONCELOS, E. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência:** diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016.

VIANNA, M. **Em torno do conceito de políticas sociais:** notas introdutórias. Rio de Janeiro: ENAP, 2002. Disponível em: <<http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2020.