

REFORMA PSIQUIÁTRICA

Marco José de Oliveira Duarte

A história de construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil consiste, fundamentalmente, na crítica radical ao modelo manicomial na assistência psiquiátrica brasileira – desde seu marco original, com a inauguração do Hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, até o fim dos anos de 1970 –, que se baseia em três elementos centrais de combate às violências desta instituição total, o manicômio, são elas: a concepção de isolamento, terapêutico e social, do dito louco, como no modelo prisional, excluindo-o da família, do trabalho, da sociedade; o estatuto de periculosidade e incapacidade da pessoa com transtorno mental, reforçando a discriminação e estigmatização da loucura; e o paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico-medicalizador (COSTA-ROSA, 2013), ainda atual, a partir do modelo biomédico, do método clínico curativo e médico-centrado, com internação permanente dos sujeitos em sofrimento mental e dos que fazem uso prejudicial de drogas, com mendicamentalização e medicalização da vida (DUARTE, 2014; 2015; 2016).

A Reforma Psiquiátrica é um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno das políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo (AMARANTE, 2007, p. 63), e não como modelo ou sistema, como insistem os saberes disciplinares e instituídos do Estado brasileiro. “Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar” (BRASIL, 2005, p. 6) e na luta pelos direitos humanos dos ditos loucos.

Assim, é que se observa dois movimentos, o primeiro que se origina na organização de um sujeito coletivo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, no agenciamento de trabalhadores, usuários e familiares, no que se denominou de movimento da luta antimanicomial (DUARTE, 2010), que também se origina no final dos anos de 1970, no contexto de redemocratização do país, mas que tem sua fundação (Carta de Bauru) e consigna “Por uma sociedade sem manicômios”, em 1987 e sua primeira cisão, nos anos 2000. Atualmente se apresenta sob o signo da multiplicidade, com diversos sujeitos coletivos, temas, projetos e cenários políticos.

O segundo, diz sobre o processo de implantação dos serviços extra-hospitalares, substitutivos ao modelo assistencial-psiquiátrico hegemônico, os hospícios e manicômios, verdadeiros depósitos de (des)humanos, ou, como no dizer de Franco Basaglia, em verdadeiros “campos de concentração”.¹ Esta rede de serviços começa, em São Paulo, com o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em 1987, em seguida, em 1989, com o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos, na modalidade 24h e outras modalidades deste tipo começam a se espalhar pelo país. É neste contexto que emerge, em

¹ Quando o psiquiatra italiano Franco Basaglia visitou, em 1979, o Hospital Colônia, em Barbacena-MG, por ocasião do Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte (MG), declarou, em uma coletiva de imprensa, que tinha visitado um campo de concentração nazista. É neste contexto que o jornal *Estado de Minas*, através do jornalista Hiram Firmino, publica uma série de reportagens intitulada “Nos porões da loucura” e também, no mesmo ano, foi produzido o documentário *Em nome da razão* pelo cineasta Helvécio Rattón para sensibilizar a população para as atrocidades da referida instituição.

1992, a primeira legislação sobre CAPS, NAPS e hospital-dia, mas somente com a Portaria GM/MS Nº 336/2002 é que se regulamenta os tipos de CAPS até então na rede de saúde mental. Contudo, isto só foi possível como consequência e impulsionada pela promulgação da nova lei da saúde mental, ou da Reforma Psiquiátrica, a Lei Federal Nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001).

No Brasil, em 1987, a Carta de Bauru e o relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental e a Declaração de Caracas, em 1990, condenam o manicômio, por: 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 dos ditos doentes; 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 e outros setores (DUARTE, 2012). Em 1991, a Assembleia da Organização das Nações Unidas, adota os “Princípios para a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e para a Melhoria da Assistência à Saúde Mental”, apontando para a centralidade do modelo de base comunitária.

Amarante (2007, p. 64) na sua análise do campo da saúde mental e atenção psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica, como processo social complexo, aponta para quatro dimensões, são elas: teórico-conceitual; jurídico-político; técnico-assistencial e sociocultural. Neste sentido, pode-se deduzir que a Reforma Psiquiátrica é uma aposta de um projeto civilizatório, “ao romper com a visão biológica reducionista e produzir uma desmontagem dos conceitos basilares da psiquiatria, ela propõe construir/tecer/inventar o seu campo teórico-conceitual, estabelecendo um amplo, profundo e radical diálogo entre as diferentes disciplinas e conhecimentos que tratam do humano” (YASUI, 2010, p. 101). É por isto que a reforma também aposta na construção de uma ampla rede de cuidados (familiares, amigos, colegas da escola, do trabalho) que não se reduz a burocráticas equipes e seu trabalho taylorizado.

Desta forma, o trabalho coletivo em saúde mental “só pode ser concretizado como uma prática social que sonha utopias, que trabalha e acredita em uma sociedade mais justa e igualitária, que respeite radicalmente as diferenças” (YASUI, 2010, p. 112). Esta é uma disposição ético-política do modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000) que é radicalmente oposto ao modo manicomial. É fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica uma rede comunitária de cuidados, potente, composta pela articulação permanente com os serviços de saúde, instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades, propiciando um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental (AMARANTE, 1995). Para a organização desta rede, a territorialização do cuidado é estratégia (DUARTE, 2017) que designa “não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária” (BRASIL, 2005, p. 25-26). É neste contexto que emergem os novos métodos de desinstitucionalização, que segundo Vasconcelos (2008) estão na desconstrução dos saberes, na reinvenção da cidadania e nas novas abordagens em saúde mental.

Os CAPS, assim, são mais que serviços substitutivos ao aparato manicomial, de base comunitária e territorial, com ações intersetoriais e em rede, eles são os carro-chefe da Reforma Psiquiátrica. Um dos seus pilares, na produção do cuidado integral e da atenção psicossocial das pessoas em sofrimento mental, é o acolhimento e o vínculo, radicalmente diferente de qualquer modo de triagem e encaminhamentos realizados por instituições

psiquiátricas, sem a corresponsabilização ética e política necessária da equipe no modo de produção da saúde.

O acolhimento é o primeiro contato do usuário com o serviço e tem como objetivo ‘compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham’. O estabelecimento de um diagnóstico, embora importante, ‘não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço’. Da mesma forma, a triagem ou o encaminhamento para internação não fazem parte dos objetivos do acolhimento (BRASIL, 2004, p. 15).

A Portaria GM/MS nº 3.088 (BRASIL, 2011) que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), apresenta um conjunto de dispositivos assistenciais, para além dos CAPS, como estratégia psicossocial, tais como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de Volta para Casa (PVC), Consultório na Rua, Centros de Convivência e Cultura (CCC), Leitos de atenção integram em saúde mental, álcool e outras drogas em hospitais gerais, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Unidades de Acolhimento, Serviços Hospitalares de Referência e as Comunidades Terapêuticas, identificadas como serviços de atenção residencial de caráter transitório, locus do poder punitivo (DUARTE; ARAUJO, 2020).

A política de saúde mental com foco na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, tem, em 2003, de forma pioneira, uma legislação pública, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), que no âmbito da atenção psicossocial do SUS e na perspectiva dos direitos humanos destes usuários (BARCELLOS; DUARTE, 2020), toma a abordagem teórica-política da estratégia de redução de danos, traçando estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa da vida.

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p. 10).

Assim, alargando o campo da saúde mental e rompendo com o modelo psiquiátrico-manicomial, tem-se a questão do uso prejudicial de substâncias psicoativas, sobretudo o álcool.

A assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como os Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad),

devendo também estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família, programa de Agentes Comunitários de Saúde, e da Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2003, p. 19-20).

Duarte (2018) afirma que é no período entre dois marcos históricos do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, portanto, entre a Lei N° 10.216/2001 e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental/Intersetorial, de 2010, que se obteve importantes avanços no processo da Reforma Psiquiátrica, com foco na desinstitucionalização, tanto na substantiva redução de leitos psiquiátricos, como na ampliação da cobertura assistencial dos dispositivos da atenção psicossocial, particularmente, os CAPS. Contudo, o autor chama a atenção para a coexistência paradoxal e contraditória, atualmente, entre os dois modelos assistenciais presentes, apesar do enfrentamento, da resistência e da disputa no campo da saúde mental, são eles, o hospitalocêntrico-manicomial e a estratégia psicossocial, e que pode ser observado como resposta do Estado frente a falaciosa epidemia do crack a partir de 2010.

Segundo Guimarães e Rosa (2019), com a Portaria GM/MS N° 3.588, de 21 de dezembro de 2017, a ambulatorialização e a remanicomialização são dois elementos da nova política de saúde mental do governo Temer. Reforçado, portanto, em acentuados retrocessos político-assistenciais, com a Nota Técnica N° 11/2019, do Ministério da Saúde do governo Bolsonaro (DUARTE *et al.*, 2020a). Esta incentivou financeiramente a internação nos hospitais psiquiátricos, como cuidado, inclusive de crianças e adolescentes; a legitimação das comunidades terapêuticas como lugar estratégico de tratamento; o investimento público na compra de equipamentos de eletroconvulsoterapia, dentre outros, caracterizando, assim, a contrarreforma psiquiátrica, com nítida ameaça e desmonte da política pública, com novas legislações, no contexto da pandemia (DUARTE *et al.*, 2020b), como o “revogação” de portarias estratégias para o campo da saúde mental até a extinção do setor na pasta governamental.

Ressalte-se que são vários os desafios atuais de sustentação da Reforma Psiquiátrica, principalmente, com o novo governo federal, a partir de 2023, e o processo de reconstrução da política pública de saúde mental, álcool e outras drogas, após os retrocesso, de 2010 a 2016 e os desmontes, de 2017 a 2022, mesmo com as ofensivas do contexto ultraneoliberal para garantir políticas públicas. Portanto, questões como a retomada da conferência nacional de saúde mental, a participação e protagonismo de usuários e familiares, a redução de leitos, a ampliação das residências terapêuticas, o refinanciamento do PVC, a retomada do debate sobre os manicômios judiciais, a potencialidade da rede de cuidados no território, a intersetorialidade, a relação da saúde mental na atenção primária, na estratégia de saúde da família, no NASF, no matriciamento, seja para a infância e adolescência, como para mulheres e homens adultos em sofrimento mental, ou em decorrência do uso prejudicial de drogas, a questão do racismo, da LGBTQIAPN+fobia, do sexismo e outras tantas violências e sofrimentos psicossociais que afetam os sujeitos em seus modo de andar a vida.

É necessário retomar estes e outros debates, como a inclusão social, pelo trabalho, pelas ações afirmativas, pela moradia, como a potência dos Centros de Convivência e Cultura, a articulação das políticas de saúde mental e drogas na mesma pasta governamental, a ampliação dos dispositivos da RAPS, sem as comunidades terapêuticas, a retomada da centralidade da estratégia de redução de danos associada ao uso prejudicial de drogas, a questão da acessibilidade, da ampliação da cobertura e da equidade, a formação e a educação

permanente dos trabalhadores do SUS e a dignidade do seu trabalho, com plano de cargos e carreira, salário decente, carga horária justa, que configure um processo de trabalho em saúde mental voltado para sustentar, reconstruir e fortalecer a Reforma Psiquiátrica que é um projeto coletivo produzido ética e politicamente entre muitos, trabalhadores, usuários, familiares e gestores por uma sociedade sem manicômios. Assim, nenhum passo atrás, manicômios nunca mais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. (Org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BARCELLOS, W. S.; DUARTE, M. J. O. Política de drogas, modelos assistenciais e a rede de atenção aos usuários no Brasil: uma análise crítica. In: BARCELLOS, W. S.; DUARTE, M. J. O. (Org.). Políticas sociais brasileiras em contextos de crise: desafios contemporâneos. Belo Horizonte: Ed. UEMG, 2020.
- BRASIL. Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. de 2005.
- _____. Portaria GM/MS N. 3.088, de 23 de dez. de 2011.
- COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- _____. Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.
- DUARTE, M. J. O. Movimentos e lutas sociais na saúde: o caso do movimento nacional da luta antimanicomial. Em Pauta – Teoria Social e Realidade Contemporânea, Rio de Janeiro, v. 7, n. 25, p. 131-149, julho, 2010.
- _____. O processo de construção do campo psicossocial na política pública de saúde mental: uma análise micropolítica da produção do cuidado. 2012. 238f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
- _____. Construindo redes de cuidado na atenção à saúde mental, crack, álcool e outras drogas: intersectorialidade e direitos humanos. In: MONNERAT, G. L. *et al.* (Org.). A intersectorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas: Papel Social, 2014.
- _____. Da lógica manicomial à rede de atenção psicossocial: a questão das drogas no campo da saúde mental e as internações forçadas. In: FERNANDEZ, O. F. R. L.; NERY-

- FILHO, A.; ANDRADE, M. M. (Orgs.). Drogas e políticas públicas: educação, saúde e direitos humanos. Salvador; Brasília: EdUFBA; ABRAMD, 2015.
- _____. Saúde mental, drogas e território: a garantia de direitos versus a repressão como estratégia de cuidado. In: SOUZA, Â. C. de *et al.* (Orgs.). Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2016.
- _____. Rede, território e produção de cuidado: a estratégia atenção psicossocial em questão. In: CORREIA, L. C.; PASSOS, R. G. (Orgs.). Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira: limites e possibilidades. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.
- _____. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. *Revista Libertas, Juiz de Fora*, v. 18, n. 2, p. 227-243, ago./dez., 2018.
- _____. Racismo, subjetivação e saúde mental: contribuições para a reforma psiquiátrica antimanicomial. In: DAVID, E. C. *et al.* (Org.). Racismo, subjetividade e saúde mental: o pioneirismo negro. São Paulo: Hucitec, 2021.
- _____; COE, N. M. A construção do campo da atenção psicossocial na política pública de saúde mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. In: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S. (Org.). Serviço social, saúde mental e drogas. Campinas: Papel Social, 2017.
- _____; ARAUJO, R. C. C. Comunidades terapêuticas, drogas e poder punitivo: implicações éticas ao trabalho profissional no campo da saúde mental. In: MELO, A. I. S. C.; CARDOSO, I. C. da C.; FORTI, V. L. (Orgs.). Trabalho, reprodução social e serviço social: desafios e utopias. Uberlândia: Navegando, 2020.
- _____. *et al.* A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. *Argumentum, Vitória*, v. 12, n. 2, p. 91-106, maio/ago., 2020a.
- _____. *et al.* Pandemia, saúde mental e drogas: as vidas precárias como questão no serviço social. In: GOMES, T. M. S.; PASSOS, R. G.; DUARTE, M. J. O. (Org.). Saúde mental e drogas em tempos de pandemia: contribuições do serviço social. Uberlândia: Navegando, 2020b.
- GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, Rio de Janeiro, Ano XXII, n. 44, p. 111-138, maio/ago., 2019.
- VASCONCELOS, E. M. (Org.). Abordagens psicossociais, v. II – Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e da lutas populares. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.