

O sofrimento psíquico no transcorrer histórico na sociedade ocidental: significados, modelos institucionais e movimentos sociais

The psychic suffering in the historical course of western society: meanings, institutional models and social movements

Rayanne Tropiano dos Santos

Mestranda em Serviço Social e Desenvolvimento Regional pela UFF. Assistente social na ILPI

Resumo: O presente artigo tem por objetivo apresentar uma análise sobre os significados do sofrimento psíquico e os modelos assistenciais adotados no transcorrer histórico da sociedade ocidental, no sentido de nos aproximarmos dos fatores que influíram para que a pessoa em sofrimento psíquico fosse excluída socialmente e também compreendermos as transformações e críticas à operacionalização desses modelos, que repercutiram na Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Metodologicamente, o artigo estrutura-se em um estudo bibliográfico, a partir do levantamento de literaturas pertinentes ao tema e normativas referentes à política de saúde mental no Brasil. Seus resultados apontam que o Movimento da Luta Antimanicomial não se expressa de forma isolada a outros movimentos sociais, mas inserido nas lutas sociais, democráticas e políticas. Ressaltamos enquanto resultado do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) enquanto um novo modelo de atenção ao sofrimento psíquico no Brasil e um importante dispositivo de desinstitucionalização.

Palavras-chaves: Sofrimento Psíquico. Reforma psiquiátrica. Movimento Antimanicomial.

Abstract: This article aims to present an analysis of the meanings of psychic suffering and the care models adopted in the historical course of Western society, in order to approach the factors that influenced the person in psychological distress to be socially excluded and also to understand the transformations and criticisms of the operationalization of these models, which had repercussions on the Brazilian Psychiatric Reform from the National Anti-Asylum Movement. Methodologically, the article is structured in a bibliographical study, from the survey of literature relevant to the theme and regulations referring to mental health policy in Brazil. Its results indicate that the Anti-Asylum Fight Movement does not express itself in isolation from other social movements, but is inserted in social, democratic and political struggles. As a result of the National Anti-Asylum Movement, we emphasize the Psychosocial Care Centers (CAPS) as a new model of care for psychic suffering in Brazil and an important deinstitutionalization device.

Keywords: Psychic suffering. Psychiatric reform. Anti-asylum movement.



1 Introdução¹

O artigo apresenta uma análise sobre o “lugar” das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade e os tratamentos a elas dirigidos no transcorrer histórico da sociedade ocidental, compreendendo a importância de contextualizar os significados atribuídos à loucura e os modos utilizados para excluí-la, e, posteriormente tratá-la enquanto uma patologia. Assim, serão consideradas, a criação do asilo, sua operacionalização e crítica a esses modelos para melhor compreensão dos fatos fundamentais que culminaram na Reforma Psiquiátrica, a priori na Itália, repercutindo posteriormente no Brasil, na qual influenciou para a emergência do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ressaltamos que este movimento, não ocorreu de forma isolada, mas articulada aos movimentos sociais democráticos, enquanto um movimento político e social que alterou a lógica do cuidado ao sofrimento psíquico no Brasil. Como um importante dispositivo desta reforma, destacamos os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), enquanto um dispositivo estratégico de desinstitucionalização na política de saúde mental.

Assim, o artigo estrutura-se em uma pesquisa bibliográfica, partindo de literaturas pertinentes à saúde mental da qual se destacam os autores, Paulo Amarante, Franco Basaglia e Franco Rotelli. Sobre o nascimento e a operacionalização dos hospitais psiquiátricos, destacam-se os autores, Michel Foucault e Erving Goffman. Também foram revisadas as legislações referentes à política de Saúde Mental e aos CAPS. A opção metodológica da qual possibilitou o alcance dos resultados de caráter qualitativo e teórico-interpretativo, fundamenta-se no materialismo histórico-dialético e a teoria social de Marx, que se dispõe a captar o objeto, sua dinâmica e sua estrutura, na sua existência real, visando desvelá-lo na busca de sua essência. Assim, o método dialético promove um conhecimento sobre a realidade, não pretendendo apreender a totalidade da realidade, assim como não esgotar a temática,

¹ O artigo baseia-se no Trabalho Final de Curso em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF), apresentado em 2018, intitulado “O trabalho do Serviço Social e a articulação à reforma psiquiátrica brasileira no contexto do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios e possibilidades”.

mas prevê o desvelar de uma série de determinações do objeto como um fato histórico, resultado material e concreto da construção humana e, expressão de um conjunto de aspectos articulados, possuindo diversas relações, que sustentam sua estrutura e gênese (Netto, 2011).

2 Análise sócio-histórica

O surgimento de alternativas de tratamento aos “loucos” começou a se delinear em concomitância ao surgimento das cidades, no período entre o fim do feudalismo e surgimento do capitalismo. Neste contexto, a pobreza e o desemprego se potencializaram em um momento em que o trabalho passou a ser analisado como obrigação moral e civil. Desse modo, os comportamentos que não estivessem em consonância com as regras morais do trabalho, com os dogmas religiosos, com as regras culturais da razão e da moral fundamentada pela ordem social burguesa, eram caracterizados como desvios de condutas morais, tendo estes, adquirido segundo Oliveira (2009, p.51) “o *status* de problema social”.

Neste sentido, a “loucura” passa a ser considerada enquanto um desvio de conduta moral, assim como, as pessoas consideradas “marginais”, “prostitutas”, “desempregados”, entre outros; instaurando a partir disso, uma forma de exclusão desses sujeitos, expressa pela criação de casas de internamento em toda Europa, para alojar tais indivíduos. Este período é denominado por Foucault (1972) como a “Grande Internação”.

No século XVII, as casas de internamento foram estabelecidas, geralmente nos antigos leprosários herdados por iniciativas eclesiásticas, direcionados pela Igreja e financiadas pelo Estado (Estado Monárquico), a partir de seu Tesouro e de doações, sendo instituídas através da articulação de interesses da igreja e da burguesia. Com este mesmo intuito, foi criado o Hospital Geral Salpêtrière em Paris – incorporando o já existente Hospital militar de Bicêtre – que embora possuísse o nome hospital, o objetivo deste local centrava-se na prisão, repressão e correção de pessoas que representassem um perigo à ordem social, configurando-se em uma instituição policial, semi-jurídica e com

autonomia absoluta. Sua premissa era que o castigo e a punição deveriam corrigir as “falhas” morais dos indivíduos considerados desviantes (Foucault, 1972). O tempo do internamento era moral, no sentido de que o castigo deveria cumprir seu efeito a ponto do indivíduo retomar a razão.

Até o século XVIII, a “loucura” não possuía um lugar específico para internação, não sendo considerada uma patologia e estando presente nos Hospitais Gerais, nas casas de correção (prisões) e nas casas de trabalho forçado, como nas *Workhouses*, na Inglaterra. Entretanto, em meados do século XVIII, foram abertos novos locais de internamento designados exclusivamente para indivíduos ditos “loucos”. O prisioneiro que pudesse trabalhar era libertado, “[...] porque de novo aderiu ao grande pacto ético da existência humana”, o trabalho (Foucault, 1972, p. 74).

Neste momento, a consciência da loucura muda, ocorrendo novas significações dentro do próprio internamento, os indivíduos considerados de “má conduta”, começaram a indignar-se por serem confundidos com os “loucos”, iniciando a diferenciação entre os indivíduos loucos e não loucos e criando uma nova exclusão referente ao isolamento da “loucura” entre os desvios morais.

Nesse contexto, essa concepção também se articula ao pensamento econômico liberal que elaborou uma nova noção da pobreza. O pobre é colocado novamente na sociedade da qual tinha sido expulso pela Grande Internação, ocorrendo a distinção entre pobres válidos e pobres inválidos (doentes). Os pobres válidos poderiam trabalhar em plena liberdade, mas sob a coação das leis econômicas, que fazem da mão-de-obra um importante elemento para a economia. Estes representariam um elemento positivo na sociedade e em contrapartida, o doente, o “louco”, a pessoa idosa e a criança, representariam um elemento negativo, inútil e passivo, que apenas dependia da sociedade, usurpando-a, sem devolver nenhuma retribuição.

Segundo Foucault (1972), os internatos e asilos passam a ser campo unicamente da loucura, embora ainda não sejam o campo da medicina, haja vista que, como já ressaltado, a loucura não possuía relação com a

patologia. Nesse momento, Philippe Pinel (1745 – 1826), formado em medicina pela Universidade de Toulouse (França), influenciado pelas ideias iluministas e pelos estudos da taxonomia da Botânica de Carl Nilsson Linnaeus, desenvolveu o pensamento de que era necessário observar os comportamentos desviantes para classificá-los.

No que tange à classificação, Torre e Amarante (2011) ressaltam:

A classificação é fundamental para a constituição do alienismo como ciência, também chamado de medicina mental e que nasce junto ao asilo de alienados mentais, instituição destinada à cura do alienado mental que perdeu o juízo de si e o juízo da realidade.” (Torre; Amarante, 2011, p. 52)

Pinel dirigiu grandes hospitais de Bicêtre e Salpêtrière e defendia a libertação dos “loucos” das correntes para um tratamento em asilos nos campos, locais sem grades, sem celas e próximos da natureza. Assim, Pinel, inaugurou o primeiro asilo destinado exclusivamente aos alienados, denominado Asilo de alienados mentais, determinando o fim da Grande Internação e início de uma instituição específica aos “alienados”. A defesa de Pinel pela libertação do “louco” das prisões físicas possibilitou a observação do sujeito e a classificação dos comportamentos (Amarante 1995; Foucault, 1972; Torre; Amarante, 2011).

Philippe Pinel e William Tuke² instituíram o denominado Alienismo ou Medicinal Mental, no final do século XVII e início do século XVIII, sendo este o pensamento fundador da psiquiatria moderna³. Pinel é considerado o principal teórico da alienação mental, tendo conceituado que a “alienação” era um distúrbio da paixão, no interior da própria razão, sendo este, desprovido de razão era então privado da sua liberdade e por isso “alienado mental”.

A Idade Moderna assume a exclusão como recurso social para lidar com a loucura e consolida as atribuições de periculosidade e improdutividade desta, reiterando a ideia de que os loucos são acima de tudo indesejáveis. [...] O estudo da loucura alia-se à proliferação dos manicômios e configura as características fundantes da psiquiatria clínica: estudo e tratamento dos pacientes confinados nos hospitais psiquiátricos (Oliveira, 2009, p. 5).

² William Tuke (1732-1822) foi um filantropo inglês que defendia a libertação dos “loucos” e criticava as práticas desumanas realizadas pelas casas de internamentos.

³ Compreendendo a Idade Moderna de 1453 (século XV) até 1789 (século XVIII).

O tratamento proposto por Pinel é denominado “Primeira Revolução Psiquiátrica”, pois instaurou a transição da instituição semi-jurídica e policial, para a criação da clínica psiquiátrica, sendo imprescindível ressaltar, que a noção de clínica psiquiátrica criada neste período, não é como se conhece na contemporaneidade, pois embora Pinel possuísse uma formação médica, o tratamento proposto não se relacionava com a medicina e sim com a moral. O tratamento moral é entendido como: “Tudo o que possa agir sobre o cérebro, direta ou indiretamente, e modificar nosso ser pensante, tudo o que possa dominar e dirigir as paixões, será objeto do tratamento moral” (Birman, 1978 *apud* Millani; Valente, 2008, P. 12).

Esse tratamento também visava enquadrar o “alienado” em um sistema de valores, caracterizado pela psiquiatria, que incluiria “toda a organização asilar, a ocupação do tempo e do espaço do alienado e também o preconizado pela rotina asilar” (Millani; Valente, 2008, P. 12).

Assim, o Tratamento Moral Pineliano, centrava-se na ordem disciplinar, com o objetivo de que, a ordem estabelecida na instituição possibilitasse a observação do alienista, possuindo função terapêutica, pois resultaria na cura, fazendo o indivíduo retomar a sua “razão”. A cura era associada à razão, razão esta relacionada à moral de conduta burguesa.

As clínicas psiquiátricas não possuíam celas e correntes, mas estes indivíduos eram isolados das cidades, o que, segundo Amarante (1995), trouxe uma ambiguidade ao discurso de Pinel, pois este defendia a libertação do “louco” da prisão física, mas não a libertação da “prisão social”. Essa liberdade não significava o direito de sair do asilo, mas o direito ao tratamento na instituição asilar, o que por isso, não significou inclusão deste indivíduo em um espaço de liberdade, mas em um espaço de classificação de seus comportamentos por um discurso e prática do saber médico alienista, a partir da observação. Basaglia afirma que: “Pinel libertou o louco da prisão, mas infelizmente, depois de tê-los libertado, colocou-os em outra prisão, que se chama manicômio. Começa assim o calvário do louco e ao mesmo tempo a grande fortuna da psiquiatria.” (Basaglia, 1979, p. 13)

A libertação proposta por Pinel, segundo Foucault (1972), transferiu a violência do corpo para a sujeição do corpo, sendo executada através de uma relação de disciplina e obediência ao poder médico. Assim, a punição e o tratamento moral tornam-se o método utilizado por Pinel e em caso de crise, a prática disciplinar seria o elemento principal das práticas manicomiais. Por meio do tratamento moral, Pinel trouxe profundas alterações no modo como a sociedade passa a pensar e a lidar com a pessoa em sofrimento psíquico, transferindo ao “louco” uma imagem de periculosidade, que deve ser tratada por meio do tratamento moral e longínquo da sociedade, o que possibilitaria a cura.

Segundo Barros (1994, p. 34), “a noção de periculosidade social, associada ao conceito de doença mental formulado pela medicina, propiciou uma sobreposição entre punição e tratamento”, ao mesmo tempo em que o manicômio possui uma lógica de higienização das ruas, aliviando os incômodos da ordem social burguesa.

Corroborando com essa ideia, Amarante (1995) ressalta:

Ao atribuir ao louco uma identidade marginal e doente, a medicina torna a loucura ao mesmo tempo visível e invisível. Criam-se condições de possibilidade para a medicalização e a retirada da sociedade, segundo o encarceramento em instituições médicas, produzindo efeitos de tutela e afirmando a necessidade de enclausuramento deste para gestão de sua periculosidade social. Assim, o louco torna-se invisível para a totalidade social e, ao mesmo tempo, torna-se objeto visível e passível de intervenção pelos profissionais competentes, nas instituições organizadas para funcionarem como locus de terapêutica e reabilitação, ao mesmo tempo, é excluído do meio social, para ser incluído de outra forma em um outro lugar: o lugar da identidade marginal da doença mental, fonte de perigo e desordem social (Amarante, 1995, p. 47).

A psiquiatria se inscreve no campo do saber médico no início do século XIX, por psiquiatras seguidores de Pinel, como Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), na França, que publicou *La maladie mentale*, onde classifica o que seriam as alucinações e as monomanias; e na Alemanha, Emil Kraepelin (1856-1926), que classificou a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce. Entretanto, de acordo com Michel Foucault (1972), não há explicação sobre a loucura até o final do século XIX, mesmo com o estudo da nosografia psiquiátrica. Contudo,

o Poder Psiquiátrico, por sua vez, funcionou como controle dos comportamentos da sociedade fixando uma norma de comportamento

“normal” e a noção de anormalidade para enquadrar os desviantes do modelo e adequá-los ao padrão ou excluí-los nas instituições de controle e correção (Torre; Amarante, 2011, p.46).

Observa-se que o saber psiquiatra “opera-se a partir da estruturação de uma tríade, aparentemente heterogênea: a classificação do espaço institucional; o arranjo nosográfico das doenças mentais; e a imposição de uma relação específica entre médico e doente na forma de tratamento moral” (Castel, 1978, p. 81 *apud* Amarante, 1995, P. 46).

Ao final do século XIX configura-se, no campo psiquiátrico, a disputa entre duas correntes de pensamento: a Psiquiatria Organicista, que possui métodos essencialmente físicos, biológicos e químicos; e, a Psiquiatria Dinâmica, que possui métodos pautados pela teoria e o conhecimento psicanalítico, tendo como referência Sigmund Freud, Gustav Theodor Fechner e Hughlings Jackson (Oliveira, 2009; Gabbard; 2017).

A teoria de Sigmund Freud (1856-1930) produziu muitas mudanças e críticas à psiquiatria, sendo considerada como a “Segunda Revolução Psiquiátrica”, pois trouxe descobertas sobre o psíquico, sobre o inconsciente, sobre os mecanismos de defesa, a função da angústia e a importância das relações na primeira infância. No entanto, a Psiquiatria Organicista se tornou hegemônica, sendo à base da psiquiatria contemporânea, que tem seu início após a II Guerra Mundial. Essa psiquiatria,

toma como base de sua lógica clínica uma nosologia, que se desenvolve principalmente sob a influência de Emil Kraepelin, de Munique, e que irá direcionar os modernos saberes psiquiátricos sobre a loucura, nosologia que perdura até os dias atuais, na lógica estruturante dos manuais de diagnósticos psiquiátricos que orientam a prática clínica da psiquiatria contemporânea (Oliveira, 2009, p. 5).

Segundo Amarante (1995), a psiquiatria transforma a loucura em patologia e produz uma demanda por tratamento, “distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso.” (Amarante, 1995, p. 47). Ou seja, os métodos Pinelianos, fundam a psiquiatria tradicional que se torna hegemônica no século XIX e que perdura até a contemporaneidade, tendo por base, a classificação e patologização da

“loucura”. Esta relação de classificação torna-se um dos pilares constitutivos das práticas manicomiais.

No pós II Guerra Mundial, o manicômio começa a ser questionado e não tolerado:

Foi depois da Segunda Guerra Mundial, com o retorno do crescimento econômico e da reconstrução social, época de movimentos civis e de intolerância para com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional, por diferentes vias, chega à conclusão que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado. Mediante vários movimentos constituídos e desenvolvidos em diversos lugares do mundo foi que se atingiu o ponto máximo no questionamento sem precedentes da ordem social contemporânea, influenciando decisivamente a ruptura do paradigma psiquiátrico construído ao longo dos anos. Houve, assim, na busca coletiva de criar uma sociedade mais livre, igualitária e mais solidária, acrescida da descoberta dos psicotrópicos e da adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições da psiquiatria, a descoberta de vários elementos que viabilizaram os movimentos de reforma psiquiátrica (Millani; Valente, 2008, p. 14).

Neste período, começa a emergir movimentos de crítica direta à psiquiatria tradicional e às instituições psiquiátricas. No entanto, mesmo com o avanço da psicoterapia e com a “Terceira Revolução Psiquiátrica” representada pela descoberta dos psicofármacos, a instituição psiquiátrica não obteve nenhuma alteração positiva. O manicômio continuou sendo marcado pelas regras, mortificações e cerceamento de liberdade; além de não contribuir para a recuperação dos indivíduos, acarretando mais agravos psíquicos, físicos, sociais ou até mesmo levando o indivíduo ao óbito, devido às práticas nele desenvolvidas como: eletrochoque, lobotomia⁴, condições insalubres, entre outras práticas manicomiais.

As práticas manicomiais foram analisadas em meados do século XX pelo sociólogo canadense Erving Goffman (1961), em seu livro *Manicômios, prisões e conventos*, tendo realizado contribuições relevantes na reflexão sobre os manicômios e suas práticas. Para este autor, as prisões, asilos, conventos, manicômios, campos de concentração, entre outras instituições; possuem o traço em comum de se caracterizar como sendo Instituições Totais, lugares nos quais os indivíduos levam uma vida reclusa da sociedade e minuciosamente

⁴ A lobotomia é uma intervenção cirúrgica em que são seccionadas as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo e outras vias frontais associadas, deixando o paciente permanentemente incapacitado, quando não levava o paciente ao óbito.

regulada, sendo elas, classificadas em cinco tipos: Instituições que recebem pessoas inofensivas, mas incapazes de suprir suas próprias necessidades (como orfanatos e asilo para idosos); instituições que recebem pessoas sem autonomia, porém que representam “perigo” à sociedade e/ou a si mesmo (manicômios); instituições que recebem pessoas “intencionalmente perigosas” (prisões); instituições destinadas a uma missão (exército e internatos); instituições religiosas (conventos e mosteiros).

Para Goffman (1961), a primeira característica das Instituições totais é o “fechamento”, que se expressa, sobretudo, no controle de todas as necessidades básicas dos internados, que são rigorosamente impostas por um sistema de regras formais, supostamente planejadas para atender o objetivo institucional. Todas estas atividades são realizadas em um único local, sobre contínua supervisão da equipe supervisora e/ou dirigente⁵. A segunda característica das Instituições Totais é a “mortificação do eu”. Ao entrar na instituição, o internado deixa de ter o direito de participar da sociedade civil, ocorrendo então o que Goffman, conceitua como “morte civil”. Em seguida com a admissão na instituição, o sujeito é exposto a uma série de operacionalizações, que influem para a “mortificação” de sua identidade e incorporação do objetivo institucional, sendo:

Tirar fotografia, pesar, tirar impressões digitais, atribuir números, procurar e enumerar bens pessoais para que sejam guardados, despir, dar banho, desinfetar, cortar os cabelos, distribuir roupas da instituição, dar instruções quanto às regras, designar um local para o internado (Goffman, 1961, p. 25-26).

A “mortificação do eu”, segundo Goffman (1961), ocorre também pelas práticas de violência, sejam elas físicas ou psicológicas, como a terapia de choque, a camisa de força, postura de humilhação perante a equipe supervisora e dirigente, pelo tratamento verbal ou gestual negativo dessas equipes, diante dos internados e/ou por outras práticas de violência. Em caso de descumprimento das regras, o interno é sujeito

⁵ De acordo com Goddman (1961) a equipe dirigente trabalha em um sistema de oito horas por dia, composta pelos cargos mais altos da instituição, como diretores, médicos, oficiais do exército, etc. A equipe supervisora faz a mediação entre os internados e os dirigentes e pode ser composta por guardas, enfermeiras, vigilantes, etc. Ambas têm acesso ao mundo “externo” ao internato.

a ameaças e castigos severos, como perda de privilégios, isolamento, agressões físicas, trabalhos forçados, entre outros. Tais “mortificações”, não afetam apenas a dimensão psicológica do interno, mas também sua dimensão social, afetando e mudando radicalmente sua vida e sua identidade.

Ainda na perspectiva da humilhação e supervisão, nas Instituições totais era comum que os pacientes psiquiátricos ficassem nus, supostamente para sua própria segurança, sendo constantemente supervisionados. O interno nunca está sozinho, mas sempre é observado, mesmo em situações de humilhação, tanto pelos outros internos, como pela equipe supervisora e dirigente. A divisão entre grupo de internos e as equipes de supervisão e dirigentes é outra característica que estabelece uma distância social entre superiores e inferiores. A equipe superior tem total autonomia de decisão sobre os destinos dos internos, sem que estes tenham qualquer conhecimento sobre seus próprios destinos.

Os diagnósticos psiquiátricos (classificação de patologias) também influenciam na “mortificação” do paciente psiquiátrico, tendo impacto na sua identidade e na sua reputação social. Ao ser classificado como doente, o sujeito passa a ser alvo do discurso institucional que lhe atribui o fracasso de sua vida e de suas escolhas. Os comportamentos considerados socialmente equivocados serão, a partir de então, associados à patologia. O discurso moral objetiva que o sujeito aceite a interpretação psiquiátrica que diz respeito a suas atitudes, deformando a visão que tem de si mesmo e a visão que os outros terão sobre esse indivíduo; e, perdendo a identidade de sujeito e ganhando a identidade de “doente”, de “paciente psiquiátrico”. O discurso psiquiátrico se apoia, segundo Goffman, na interpretação do médico psiquiatra sobre o passado do indivíduo e na forma como o indivíduo chegou à instituição, estabelecendo a classificação patológica e a forma de tratamento que esse sujeito terá. Essa autonomia da psiquiatria tradicional se sobrepõe a qualquer outro saber e área de atuação profissional – enfermagem, psicologia, serviço social, etc. – e o autoriza a modificar qualquer aspecto da vida do paciente (Goffman, 1961).

Goffman chama de “história do caso”, o documento que possui o registo da vida do paciente, no qual,

são registrados atos iniciais em que o paciente parece ter mostrado mau julgamento ou perturbação emocional. São descritas oportunidades em que agiu de uma forma que o leigo considera imoral, sexualmente pervertida, com vontade fraca, infantil, indelicada, impulsiva ou “louca”. Os seus últimos erros que alguém considerou como a última gota, como a causa para a ação imediata, tendem a ser descritos minuciosamente. Além disso, o registro descreve o estado em que chega ao hospital – e esse não é provavelmente um momento de tranquilidade e facilidade para ele (Goffman, 1961, p. 133).

Ou seja, os acontecimentos que serão registrados, podem ser analisados como acontecimentos difamatórios e negativos, e é previsível que em uma instituição total, os registros não sejam analisados de forma neutra. Tanto a equipe dirigente quanto a equipe supervisora possuem acesso a este documento. Por conseguinte, o paciente não tem controle sobre quem poderá ter acesso a estes registros, que, por sua vez, influenciarão diretamente na reputação do paciente, resultando na desmoralização do sujeito e na forma como será tratado. Desse modo, tais fatos contribuem para a criação do estigma da pessoa em sofrimento psíquico. Quanto maior o tempo de internação, mais vulnerável à estigmatização e à institucionalização. Mesmo que saia da instituição, o internado será reconhecido como um ex-paciente psiquiátrico, assim como também terá dificuldade de retomar sua autonomia.

Mediante a essa atuação mortificadora do manicômio e da psiquiatria tradicional, surgiram movimentos reformistas que Franco Rotelli designa como “psiquiatria reformada” (Amarante, 1995), que refere-se aos movimentos contemporâneos da psiquiatria, sendo eles:

[...] psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, representando as reformas restritas ao âmbito asilar; a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, representando um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar; por fim, a antipsiquiatria e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia (Amarante, 1995, p.27).

De acordo com Amarante (1995), a Psicoterapia Institucional surgiu na França, com bases na experiência realizada por François Tosquelles, no Hospital de Saint-Alba, após denúncias ao hospital contra o seu carácter totalizador. Foi realizada a tentativa de reconciliar psiquiatria e psicanálise. Objetivou ações de carácter coletivo, horizontal a serem

desenvolvidas no interior do hospital psiquiátrico, tais como atividades agrícolas e cooperativas. Como objetivo buscava restabelecer o caráter terapêutico do saber psiquiatra, mas sem romper com a instituição psiquiátrica. Essa proposta, também possui outra vertente, com um caráter mais psicanalítico, idealizada por Jean Oury.

As Comunidades Terapêuticas surgiram na Inglaterra a partir de 1946, com o objetivo de construir uma gestão compartilhada com os usuários, através de assembleias e reuniões, possibilitando que estes participassem das tomadas de decisões da instituição. Eram adotados trabalhos entre grupos operativos, com vias ao rompimento da individualização. As primeiras experiências ocorreram na década de 1920, com a qual, Hermann Simon com a ajuda dos pacientes, promoveram a reforma do hospital utilizando o método de terapia ocupacional. Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, Karl Menninger e Maxwell Jones também são teóricos importantes desta proposta (Amarante, 1995).

A Psiquiatria de Setor surgiu na França, a partir da experiência das Comunidades Terapêuticas, visava a saída do contexto hospitalar e levava a psiquiatria e seu tratamento para a cidade. Operava através da divisão dos pavilhões hospitalares, de acordo com as divisões geográficas da comunidade, com vias a convivência entre pacientes da mesma região. Além disso, restringia a internação a uma etapa, logo encaminhando o paciente para sua comunidade, onde este recebia o tratamento contínuo, sendo um aspecto terapêutico e ao mesmo tempo, inclusivo. Os tratamentos realizados na cidade, também seguiam essa lógica, pois, dividia-se a cidade em setores, sendo realizado o tratamento fora da estrutura do hospital. Entretanto, a Psiquiatria de Setor, mesmo com o caráter terapêutico, não rompia com a Psiquiatria, pois conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não propunha nenhum tipo de transformação em relação à psiquiatria (Amarante, 1995).

O movimento que rompeu totalmente com a instituição psiquiátrica foi a Antipsiquiatria. Esse movimento se iniciou em 1960, na Inglaterra e caracteriza-se por denunciar os valores e práticas vigentes da psiquiatria e buscou romper com o modelo assistencial vigente, destituindo o saber

médico na compreensão e tratamento das doenças mentais. A Antipsiquiatria considera a “loucura” enquanto reação à violência externa e que não existiria a doença mental enquanto objeto natural, assim como a psiquiatria, mas uma determinada experiência do sujeito e sua relação com o ambiente social em que vive. Este movimento foi o primeiro também a considerar a “loucura” e suas dimensões sociais, tendo a família como categoria central para a sua compreensão. Este movimento influenciou decisivamente outros movimentos a questionar a instituição asilar, o poder psiquiátrico tradicional e a naturalização do binômio loucura-doença. Foi defendido por psiquiatras como Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, pautando-se na experiência das comunidades terapêuticas, mas funcionando fora da instituição asilar. O tratamento era realizado através de psicoterapia (Amarante, 1995).

No que diz respeito à experiência do psiquiatra italiano Franco Basaglia, este assumiu em 1960 a direção do hospital Hospital Ospedale Psichiatrico Provinciale em Trieste, na cidade italiana de Gorizia; e junto com sua equipe, iniciou um processo de humanização e reestruturação do hospital psiquiátrico inspirado pelo modelo de Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones⁶, tendo como base a psiquiatria tradicional (Amarante, 2007).

Mediante a miséria no Hospital, Basaglia observou que o modelo de Comunidade Terapêutica vigente, não buscava romper com a instituição psiquiátrica, mas apenas gerava uma reestruturação e humanização, não criando um espaço de compreensão da subjetividade, da objetividade social do indivíduo e de sua comunidade. Assim, reconheceu a necessidade de buscar outras maneiras de compreender o sofrimento psíquico, conferindo a este outro destino social que não fosse o do cerceamento da liberdade e a perda de identidade. Neste sentido, acolhendo as contribuições de autores como Michel Foucault, Erving Goffman, Antônio Gramsci, entre outros; Basaglia desenvolve o

⁶ Segundo Amarante (1995) a reforma psiquiátrica da Inglaterra tem como teórico principal, Maxwell Jones, que estabeleceu uma nova relação, entre hospital psiquiátrico e sociedade, em que algumas pessoas em sofrimento psíquico, eram tratadas fora do manicômio. Mas, segundo Amarante, a proposta praticamente se reduziu apenas ao espaço asilar.

argumento, de que a psiquiatria coloca o indivíduo entre parêntesis. Por isso, defendia que a ênfase não deveria ser na doença, mas no indivíduo.

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico e exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de “invenção da saúde” e de “reprodução social do presente” (Basaglia, 1979, p. 10).

Para Basaglia (1979, p.17) “o doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades.” Assim, ele decide negar toda a prática da psiquiatria tradicional, compreendendo ser de extrema importância não apenas a cura do doente, mas os fatores sociais dos quais todo homem, doente ou não, necessitava. Essa experiência resultou no surgimento da Tradição Basagliana, que inauguraria o processo de luta pela Reforma Psiquiátrica Italiana (RPI), propondo o fim da instituição psiquiátrica e a desconstrução do saber médico psiquiatra tradicional sobre a loucura. Tais propostas, apesar de suas particularidades e singularidades sociais e históricas, influenciaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

A tradição Basagliana trouxe uma análise crítica sobre as relações sociais ao sofrimento psíquico e se traduziu no movimento político da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), que visava construir bases sociais para ampliar e viabilizar a Reforma Psiquiátrica, segundo a Tradição Basagliana, em todo território italiano; sendo fundado na denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional. A PDI levou as pautas pela reforma psiquiátrica para o campo das lutas sociais, demonstrando que a luta não deveria ser seletiva e restringida apenas aos técnicos da saúde mental, mas que a sociedade civil precisaria estar envolvida no processo de luta pelo fim do manicômio. Assim, as transformações no campo psiquiátrico estariam no conjunto das lutas sociais.

Ao acabar com o manicômio, as contradições que ali tinham abrigo ganhariam expressão no seio da própria comunidade, que passa a ter que se deparar com elas. A conquista da liberdade do “doente” deveria coincidir com a conquista da liberdade pela própria comunidade, pressupondo, assim, o envolvimento de outras tantas organizações, associações, movimentos sociais. As transformações no campo psiquiátrico, se dariam então, num mesmo compasso de transformações da sociedade, de modo

também inextrincável, portanto, do conjunto das lutas sociais e dos trabalhadores (Basaglia, 1979, p. 19).

Em parceria com o Partido Radical, a PDI propõe através de um referendun a suspensão absoluta de toda e qualquer forma de controle social sobre os loucos e a loucura. A Tradição Basagliana possibilitou o debate político e inspirou o projeto de lei nº 180 que é promulgado e que altera profundamente o sistema psiquiátrico, prevendo a extinção dos manicômios italianos. Essa experiência ficou conhecida internacionalmente, pois a Itália é o único país nas sociedades industriais que aboliu a internação em hospital psiquiátrico no conjunto dos serviços de assistência à saúde mental (Oliveira, 2009; Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990).

Entre os atores envolvidos com a PDI, Franco Rotelli foi um dos principais pensadores do movimento, levando as pautas *basaglianas* de reforma psiquiátrica para o campo das lutas sociais, como já evidenciado. Rotelli e colaboradores (1990) trouxeram como contribuição a noção de institucionalização e sua antítese, a desinstitucionalização.

Rotelli e colaboradores (1990) ao observarem o manicômio, reconhecem que a instituição psiquiátrica é institucionalizadora.

O manicômio efetivamente se constitui sobretudo como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerentemente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (de problema-solução) das instituições que fazem fronteira com a Psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e a assistência. E por isso a Psiquiatria se constitui em última instância na fronteira, no cruzamento dessas instituições e assume o dever de absorver no seu interior tudo aquilo que resta da lógica problema-solução que a governa e, portanto, todos os problemas que ao resultarem incoerentes, insolúveis e irredutíveis são por isso expulso (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990, p. 26- 27).

Assim, conforme Rotelli e colaboradores (1990, p.30), como primeiro passo para a desinstitucionalização, é necessário “desmontar a relação problema-solução.” O que não significa renunciar o tratamento e cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, mas transformar a intervenção prática, as determinações normativas, as definições científicas e as estruturas institucionais.

Desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que começa pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para

desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (Rotelli; Leonardis; Mauri, 1990, P. 29).

Desinstitucionalizar é o processo crítico e prático que reorienta todos os elementos da instituição psiquiátrica. O objetivo institucional ao invés de se centrar na doença (problema) passa a centrar-se na existência-sofrimento. Os principais atores do processo de desinstitucionalização são: os técnicos que trabalham na instituição (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros), os administradores locais responsáveis pela política de saúde mental, técnicos da saúde, políticos e pacientes. Assim, desinstitucionalizar não é desospitalizar, mas é uma alteração no cuidado à saúde mental, em que todos devem ser responsáveis.

Diante disso, Millani e Valente (2008) expõem que,

Desinstitucionalização é uma palavra frequentemente confundida com desospitalização. [...] institucionalização não diz respeito apenas a pessoas confinadas em hospitais ou outras instituições. Institucionalização é um fenômeno que atinge potencialmente a todas as pessoas na sociedade, cujos comportamentos, atitudes e crenças, bem como os paradigmas que regem suas ações sociais e profissionais, são mediados por configurações acordadas para fins de manutenção de um certo estatuto social e cultural. Desinstitucionalizar é alterar estes padrões e buscar novas maneiras de ser, reinventar novas formas de viver e, no âmbito do cuidado com a saúde mental, criar novas abordagens, praticar novos olhares, inventar a mudança para influir de forma positiva na determinação social do processo saúde-doença (Millani; Valente, 2008, p. 11).

Segundo Amarante (2007), três conceitos caracterizam a reforma psiquiátrica italiana:

- I) a desinstitucionalização, para desconstruir a institucionalização, buscando difundir o hospital psiquiátrico para além de seus limites físico;
- II) o território, como importante elemento no processo de socialização, para o trabalho de desconstrução da prática institucionalizada;
- III) a atenção psicossocial, quando cria-se novos serviços que passaram a cumprir a função da assistência aos usuários da saúde mental italiana, levando ao gradual fechamento das enfermarias psiquiátricas dos hospitais.

3 Movimento da Luta Antimanicomial: Dimensões políticas e sociais

Não foi casual a Reforma Psiquiátrica Italiana (RPI) se traduzir na Psiquiatria Democrática Italiana (PDI). Na segunda metade do século XX, o Partido Comunista Italiano (PCI) ao lado do Partido Comunista Francês e Espanhol, caracterizou um forte movimento histórico denominado como eurocomunismo. Na Itália, fundamentados pela concepção de democracia eurocomunista, surge a Estratégia Democrática Popular Italiana (EDP), que buscava realizar amplas reformas no Estado para atender as demandas dos movimentos sociais organizados. Tal conjuntura possibilitou compreender as bases da RPI que recebeu influências da democracia popular, na relação entre socialismo e democracia.

Para Coelho (2017) a EDP defendia a concepção de democracia como valor universal, a participação da sociedade civil organizada, com o objetivo de superar o capitalismo pela via pacífica e, por conseguinte, a classe operária alcançaria o estatuto de classe dirigente, como idealizou Gramsci. Sua concepção de democracia como valor universal ganhou repercussão internacional. No Brasil, tais influências são expressas nas formulações teóricas de Carlos Nelson Coutinho. Dessa forma, o pensamento eurocomunista ecoou nos movimentos democráticos brasileiros, para os quais a democracia pluralista de massas deveria ser construída de baixo para cima. Assim, neste bloco democrático e popular nasce no Brasil o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que culminou na Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que possui fortes bases relacionadas à EDP.

O movimento de trabalhadores de saúde mental (MTSM) foi constituído em 1978, – completando, portanto, 45 anos de sua criação em 2023 –, sendo um movimento interdisciplinar, constituído por diversos trabalhadores da saúde mental (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros) e, se caracterizando como sujeito político, crítico ao saber psiquiátrico e reformulador das propostas da atenção à saúde mental. O MTSM teve seu início com a crise da Divisão Nacional da Saúde Mental (DINSAM) – órgão do Ministério da Saúde

responsável pela formulação da política de saúde do subsetor de saúde mental – que gerou uma greve dos trabalhadores fazendo emergir o MTSM, cujas reivindicações foram:

regularização da situação trabalhista [...] aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso de eletrochoque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços (Amarante, 1995, p. 52).

O MTSM, além de elaborar críticas ao modelo médico-assistencial, também criticava a privatização da saúde pública, pois compreendia que a privatização romperia com a participação democrática na política de saúde. O objetivo do MTSM era “construir-se em um espaço de luta não institucional, em um lócus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica.” (Amarante, 1995, p. 52-53).

Em 1978, o movimento começa a se articular ao movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), através de Franco Basaglia, Franco Rotelli, bem como começa a se articular com autores como Robert Castel, Erwing Goffman, dentre outros. Também, neste momento, surge a crítica ao modelo asilar dos hospitais psiquiátricos como um reduto de marginalizados. Nesse momento, o MTSM se associa à luta de outros setores da sociedade em busca da democracia, pelo fortalecimento dos sindicatos articulados aos movimentos sociais e a redemocratização.

Em relação ao MTSM, Coelho (2017) apresenta a conjuntura na qual esse movimento se originou, no final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, na qual, o país vivia sob Ditadura Militar e crise na saúde/previdência, demarcada por forte redução da sua cobertura e avanço do desemprego. Emerge nessa conjuntura, o Movimento da Reforma Sanitária, mobilizações em torno das Diretas já, a influência da igreja em movimentos sociais e comunitários a partir da Teologia da Libertação, a formação da Central Única dos Trabalhadores (CUT), o Movimento de Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), greves dos trabalhadores no ABC paulista e como produto deste processo de luta de classes, desponta o Partido dos Trabalhadores (PT), dando unidade e direção política a esse conjunto de lutas. Assim, o Movimento da Luta

Antimanicomial Brasileira, se articula a luta por reformas sanitárias, reformas democráticas e populares no Brasil.

Em 1987, ocorre o 2º Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, conhecido como o “Congresso de Bauru”, que trouxe em sua carta a denúncia do manicômio como mecanismo de exclusão e violência, propondo que a Luta Antimanicomial se integrasse a todos os trabalhadores. Assim, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial nasce nesse congresso, com o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”.

O MTSM parece mover-se na direção de uma expressão bastante radicalizada da consciência de classe em si [...] se deparando com a necessidade de construção de um projeto emancipatório, que não pode se esgotar na própria particularidade. Neste caminho de radicalização, evidentes traços democrático-populares se apresentam, explicitamente expressos, inclusive, na defesa de uma reforma sanitária democrática e popular (Coelho, 2017, p. 302).

O MTSM se articula com as forças sociais que defendiam um projeto democratizante e participativo, expresso na criação de espaços públicos e na participação da sociedade civil nos processos de discussão e tomada de decisão relacionadas com as políticas públicas, sendo o marco formal deste processo a Constituição Federal de 1988 que consagra o princípio de participação social.

A noção de saúde tende a ser percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos da cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestão de políticas institucionais etc. Assim, a sociedade teve a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato da normalidade (ou ausência de patologias) (Amarante, 1995, p. 78.).

A lei italiana nº 180 conhecida como Lei Basaglia, que foi à primeira Lei nacional que propunha a extinção completa dos manicômios e a sua substituição por outros dispositivos, anteriormente mencionada, foi referência para o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores (PT – Minas Gerais) de 1987. O Projeto de Lei entrou no Congresso Nacional em 1989 e foi sancionado como lei nº 10.216 apenas em 2001. De acordo com Amarante (1995), esta lei ficou conhecida por assegurar o direito da pessoa com transtorno mental,

prever a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico para os serviços alternativos e reorientar o modelo assistencial em direção à comunidade.

A partir disso, podemos observar que o MTSM possibilitou que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), fosse reconhecida com política de Estado,

através de um denso conjunto de leis e portarias que deram sustentação para a implementação de medidas que redirecionaram substancialmente a atenção em saúde mental no Brasil no horizonte de sua territorialização e humanização, refletindo pautas colocadas pelo movimento (Coelho, 2017, p. 285).

Após doze anos de tramitação da Lei nº 10.216 no Congresso Nacional, o texto original sofreu muitas modificações, ficando distante da radicalidade do projeto original e deixando brechas quanto à existência do manicômio, ao prever que a substituição dos manicômios deva se efetuada de maneira progressiva e ao apontar que a pessoa com sofrimento psíquico deva ser atendida preferencialmente nos serviços comunitários de saúde mental. Durante o longo período de tramitação, foram propostas leis estaduais no que tange à Reforma Psiquiátrica, por parte de alguns estados como “[...] Rio Grande do Sul (1992) [...] Ceará (1993), Pernambuco (1994), Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Distrito Federal (1995) e Espírito Santo (1996)” (Heidrich, 2017, p. 72).

No entanto, apesar da demora na tramitação da mencionada lei, no mesmo ano de sua apresentação, ocorre a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em São Paulo, que passa a exercer forte influência na criação e transformação dos serviços em todo Brasil. Ambos os dispositivos foram instituídos no ano de 1991, através da Portaria/SNAS nº 189.

Os NAPS e os CAPS compartilhavam dos mesmos princípios institucionais, que em suma visavam à substituição dos hospitais psiquiátricos, o estabelecimento de um espaço de referência à pessoa em sofrimento psíquico e de atuação de equipe multidisciplinar, em nível local/territorial. Contudo, para Amarante (1995), o CAPS e o NAPS, possuem propostas diferentes. O CAPS se constituiria como um

dispositivo alternativo e intermediário aos hospitais psiquiátricos. Por sua vez, o NAPS, seria um dispositivo substitutivo aos hospitais psiquiátricos.

A partir da Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, foram estabelecidas as diretrizes e regulamentações dos NAPS e CAPS, dividindo o atendimento em saúde mental em dois grupos: hospitalar e ambulatorial. Com o decorrer do tempo os princípios, funções e objetivos foram sendo regulamentados através de portarias e também construídos pelos profissionais da saúde mental, usuários e familiares. Em 2000, outro avanço ocorreu com a regulamentação dos serviços de Residências Terapêuticas (RT), pela Portaria/SNAS nº 106, visando atender a clientela de egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuem vínculos familiares e suporte social.

A partir da Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 2002, e especificamente pela Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, ocorreu a regulamentação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo definidos e estabelecidos segundo a modalidade, níveis, territorialidade, horários de funcionamento e os recursos humanos, ou seja, a formação da equipe técnica mínima para atuação multidisciplinar, ocorrendo assim a alteração da denominação NAPS, para às subdivisões da instituição CAPS (Brasil, 2002).

Os CAPS, a partir de toda transição histórica, passam então a ser compreendidos como:

instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (Brasil, 2004, p. 13).

Apresentando enquanto objetivos:

Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; Acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde

mental na sua área de atuação; Dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica; Organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios; Articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental numa determinada área de abrangência; Promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (Brasil, 2004, p. 13)

As subdivisões dos CAPS, se expressam na subdivisão em CAPS I, II, e III, CAPSi, CAPS ad e CAPS ad III. Os CAPS I são serviços de atenção à saúde mental em municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; os CAPS II são serviços de atenção à saúde mental em municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes; os CAPS III são serviços de atenção à saúde mental em municípios com população acima de 200 mil habitantes; os CAPS são serviços especializados para crianças, adolescentes e jovens com até 25 anos, em municípios acima de 200 mil habitantes; os CAPS ad são serviço especializado para usuários de álcool e outras drogas, implantados em municípios entre 70 mil e 200 mil habitantes e os Caps ad III são serviços especializados para usuários de álcool e outras drogas em municípios acima de 200 mil habitantes. (Brasil, 2018).

Os CAPS, para além de representar um estabelecimento de saúde, representa uma estratégia de transformação da assistência à saúde mental, no qual objetiva construir um novo modo de cuidado do sofrimento psíquico.

Neste sentido, para Yasui (2007) cuidar representa:

pensar numa atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, preciso reconhecê-lo como alguém que represente para mim mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença. Isso representa uma ruptura epistemológica de grande importância. Significa romper com a racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas, centrados na doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e de orientação biologizante (Yasui, 2007, p. 161).

Esse compromisso com um novo modo de cuidado do sofrimento psíquico deve estar presente em todas as ações desenvolvidas no CAPS, assim como na prática dos profissionais que compõem o serviço. Assim, ressaltamos que, as ações desenvolvidas não devem se limitar às paredes

institucionais, mas deve objetivar a busca de vínculos e parcerias diversas, sendo a compreensão do território fundamental neste sentido.

Para Amarante (2007), além da reforma psiquiátrica como uma reforma de serviço, é necessário pensar a atenção psicossocial como um processo social complexo, que é constituído por diversos atores e pelas dimensões, teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política, e sociocultural. No que tange a dimensão teórico-conceitual, o autor evidencia como importante a construção do saber psiquiátrico sobre a “loucura”, como já ressaltado, sem colocar o sujeito entre parêntesis, mas colocando a doença entre parênteses.

Com a doença entre parênteses nos deparamos com o sujeito, com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios, isto possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial (Amarante, 2007, p. 69).

Na dimensão técnico-assistencial, Amarante (2007) enfatiza a importância de compreender as necessidades concretas da ordem social, do qual evidenciamos ser o campo de atuação do Serviço Social. As demandas relacionadas às necessidades assistenciais, socioeconômicas, familiares e individuais. Essas envolvem o âmbito psicossocial da atenção no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. Na dimensão jurídico-política evidencia-se a importância da formulação de novas políticas sociais, pautadas pelas demandas sociais das pessoas em sofrimentos psíquicos, seus familiares, dos gestores e trabalhadores da política de saúde mental.

A dimensão sociocultural, segundo Amarante (2007) se expressa no envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica, objetivando a promoção de reflexões sobre os hospitais psiquiátricos, a loucura e o sofrimento psíquico a partir da produção cultural e artística dos atores sociais, sendo eles usuários, familiares, profissionais e voluntários. Como exemplo de ações norteadas por essa dimensão, tem-se o dia 18 de maio, dia Nacional da Luta Antimanicomial, no qual ocorrem atividades culturais, políticas, acadêmicas, em todo o país, com intuito de promover o debate e a reflexão com a sociedade.

Essas dimensões auxiliam na reflexão sobre os CAPS, como um dispositivo a ser construído coletivamente e cotidianamente. Bem como, revela a compreensão de que a Luta Antimanicomial não é algo estático ou inacabado, porém necessita da mobilização constante dos atores que a conformam e da sociedade.

4 Considerações Finais

O artigo trouxe uma análise a partir da perspectiva sócio-histórica sobre, os significados do sofrimento psíquico e os modelos assistenciais no transcorrer histórico da sociedade ocidental, ressaltando o nascimento e a operacionalização dos hospitais psiquiátricos, que fundam um tratamento moral, com centralidade na racionalidade médica, na institucionalização das pessoas em sofrimento psíquico e, conseqüentemente, influem para a sua exclusão social, resultando na perda de autonomia, da liberdade e cidadania do “louco”.

A crítica a esse tratamento delineou as reflexões e as transformações, produzidas ao longo do tempo, tendo como uma dessas transformações a Teoria Basagliana e a Psiquiatria Democrática Italiana que viabilizou a Reforma Psiquiátrica Italiana e que trouxe a importância da dimensão social diante do sofrimento psíquico, a importância da ruptura com a centralidade do saber médico, a importância da desinstitucionalização dos sujeitos e da efetivação da Política de Saúde Mental como política pública. Estas, de acordo com as particularidades da conjuntura brasileira, foram as bases teóricas para a transformação da Política de Saúde Mental através da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), elucidada pelos princípios do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

A Luta Antimanicomial não ocorreu de forma isolada, mas se articulou a luta por reformas sanitaristas, reformas democráticas e populares no Brasil. Possuindo uma forte orientação política e social ligada aos movimentos sociais. Assim, as transformações do cuidado em saúde mental, tanto normativas, operacionais, sociais e ideológicas ocorreram a partir da mobilização do Movimento da Luta

Antimanicomial, que se uniu a pautas por políticas sociais e pela democracia. Assim, o novo modelo assistencial proposto, suas lutas e reivindicações resultaram em uma nova configuração de atenção à saúde mental, no qual os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) representam um importante dispositivo da estratégia de desinstitucionalização e de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Ressaltamos, que a Luta Antimanicomial pelo cuidado em liberdade, se insere no campo das lutas sociais e políticas, podendo ter avanços e recuos de acordo com a conjuntura. Assim, a atuação do Movimento da Luta Antimanicomial não se esgota por alterações normativas – embora importantes – mas se dá na constante reafirmação de seus princípios, no cotidiano dos dispositivos e no cotidiano da vida dos atores que o conformam.

Referências

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Fiocruz, Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

BARROS, Denise Dias. Jardins de Abel: **Desconstrução do manicômio de Trieste**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 1994.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)**. Ministério da Saúde. Disponível em: http://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista_caps.php?output=html. Acesso em: 13 set 2018.

BRASIL. Portaria/GM, n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, 20 fev. 2002.

COELHO, Daniela Albrecht Marques. Consciência Antimanicomial em tempos democráticos-populares: Caminhos de um movimento. *In*: PASSOS, Rachel Gouveia *et al* (Org.). **Saúde Mental e os Desafios atuais da atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017. Cap. 13. p. 283-312.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**: na idade clássica. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GABBARD, Glen O. Seção I: Princípios básicos e abordagens de tratamento na psiquiatria dinâmica. *In*: GABBARD, Glen O. **Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica**. 5. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2017. Cap. 1.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

HEIDRICH, Andréa Valente. Balanço da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira. *In*: Duarte, Marco José de Oliveira *et al.* (Orgs.). **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas: Políticas Públicas e Direitos Humanos**. Campinas: Papel Social, 2017. Cap. 3. p. 67- 99.

MILLANI, Maria de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luísa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **Saúde Mental, Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 1-19, 2008.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 2, p. 49-61, dez. 2009.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. *In*: Nicácio, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-60.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Michel Foucault e a "História da Loucura": 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 3, n. 6, p. 41-64, jun. 2011.

YASUI. S. CAPS: Estratégia de Produção de Cuidado e de Bons Encontros. *In*: PINHEIRO, R. *et al.* (Orgs.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental: Contribuições para Estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco. 2007.

Sobre a autora

Rayanne Tropiano dos Santos  

Graduada em Serviço Social pelo Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional (ESR) da Universidade Federal Fluminense (UFF) em Campos dos Goytacazes. Estudante de mestrado em Serviço Social e Desenvolvimento Regional pela Escola de Serviço Social da UFF em Niterói. Assistente Social na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) Padre Cristóvão de Almeida Machado. Integra o Grupo Permanente de Estudos Marxismo e Realidade Brasileira. Email: rayannetropiano@hotmail.com

Histórico

Recebido em: 27/01/2023. Aprovado em: 13/09/2023. Publicado em: 10/05/2024.