

A REFORMA PSIQUIÁTRICA: REVENDO O MANICÔMIO

PSYCHIATRIC'S REFORM: ANOTHER LOOK AT INSANE ASYLUM

Eduarda Metzker¹
Wanessa Dias²
Rita Meurer Victor³

Resumo:

A partir da experiência de estágio em saúde mental em instituições totais no município de Cuiabá, a presente pesquisa visa realizar uma discussão acerca do manicômio diante dos preceitos da reforma psiquiátrica. Lançamos mão da idéia de Foucault sobre o surgimento do manicômio para entender a lógica imperante neste e do pensamento basagliano para compreender e fundamentar os princípios da reforma psiquiátrica. Percebemos a existência de um paradigma envolto a prática da saúde mental e consideramos o desmonte da instituição manicomial como sendo fundamental para a efetividade da reforma psiquiátrica brasileira. A pesquisa bibliográfica foi a metodologia utilizada para a realização deste artigo, sendo a ênfase dada à exploração das fontes bibliográficas, como livros, teses e relatórios de pesquisas, retendo as partes essenciais, de forma seletiva, para o desenvolvimento do estudo. ▀

Palavras-chave: Paradigma Manicomial, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental.

Abstract: By the experience gained on mental health institutions in Cuiabá, this research's proposal is to discuss the insane asylums in face of the psychiatrist reform's precepts. We set aside Foucault's insane asylum's beginning and we gave space to the Basaglian's thought to understand and fundamente the psychiatric reform's principles. We can notice the existence of a paradigm surrounding the mental health practice and we consider the disassemble of the insane asylum institute as being fundamental to the effectiveness of brazilian psychiatrist's reform. A literature search was the methodology used for the realization of this article, with emphasis on the exploitation of bibliographic sources such as books, theses and research reports, retaining the essential parts, selectively, to the development of the study.

Key-words: Mental Health, Psychiatric's Reform, Insane Asylum Paradigma.

Introdução

O interesse pelo presente tema a ser pesquisado deu-se após o contato com duas unidades de internação psiquiátrica no município de Cuiabá. Esse contato ocorreu a partir do estágio de intervenção obrigatório do curso de Psicologia do centro universitário UNIVAG, que, embora obrigatório, a escolha pela ênfase em saúde mental é resultado de nosso desejo e escolha, que é decorrente de nossa formação acadêmica.

A afinidade pelo campo da saúde mental foi sendo suscitada no percorrer do curso, pois ao longo de três anos tivemos contato com movimentos envolvidos à saúde mental, como por exemplo, a luta antimanicomial, audiências públicas e debates

¹Graduanda em Psicologia - Univag

²Graduanda em Psicologia - Univag

³Psicóloga. Mestre em Psicologia pela UFSC. Docente do curso de Psicologia Univag.

acerca do campo, despertando então, em nós, identificação e interesse com a militância estudantil e social. Outro fator determinante para a escolha do assunto aqui exposto foi a disciplina de saúde mental, pois através desta tomamos conhecimento sobre a reforma psiquiátrica e os caminhos que esta percorreu até os dias de hoje.

O estágio de intervenção com ênfase em saúde mental efetivou-se em duas unidades de internação, sendo uma de internação de álcool e outras drogas masculina e a outra de internação psiquiátrica feminina, ambas localizadas no município de Cuiabá.

Ao adentrarmos nas unidades aqui citadas, deparamo-nos com instituições fechadas, que, segundo Goffman (1997), são instituições com rotinas e horários pré-estabelecidos, que possuem um modelo de deferência na relação entre equipe e pacientes, sendo estes marcados pela uniformidade da própria veste.

Goffman (1997) ressalta que, quando o sujeito é desvestido de seus bens pessoais, a substituição destes, como por exemplo, por um uniforme, uniformemente distribuído e padronizado, obviamente marcado como pertencente à instituição, acaba por marcar o indivíduo. Desta maneira ele perde o controle de administrar seus atos, ficando então passivo aos horários e rotinas pré-estabelecidas na instituição para banho, alimentação, momentos de lazer, uso de medicamentos, e não tem sequer o controle de sua aparência pessoal.

Assim como expôs Goffman, foi possível visualizar na realidade prática das unidades em questão, que tais fatos são recorrentes nas mesmas, o que nos leva a afirmar que de fato entramos em contato com instituições totais.

A estrutura física de uma das unidades nos chamou a atenção por ser disposta de grades, cadeados e enfermarias separadamente fechadas, sendo perceptível a cisão na própria disposição das pessoas dentro da unidade: de um lado os internos com trânsito limitado e atividades pré-estabelecidas, e, de outro, os profissionais com as respectivas chaves de acesso aos lugares. O que nos leva a refletir que, paradoxalmente, uma unidade de saúde seja estruturada de maneira prisional, gerando então questionamentos sobre a necessidade de prender o sujeito para tratá-lo.

Em contrapartida, na outra unidade, os pacientes e técnicos compartilham do mesmo espaço e do mesmo trânsito, mas, da mesma forma, é compreensível que uma lógica excludente está envolta à equipe de saúde, pois devido a idéia de periculosidade acerca dos pacientes, é perceptível que o que impera nesta unidade é a lógica prisional, sem sequer que a estrutura física do local configure esta; ou seja, a falta de grades e cadeados não ausenta o prevailecimento de um vestígio prisional estar inserida nesta. Tal lógica pode ser afirmada diante da presença de agentes prisionais na unidade em questão, o que nos leva a pensar sobre a efetividade do tratamento perante o paradigma prisional.

Embora avanços tenham ocorrido ao longo da edificação da reforma psiquiátrica no Brasil, como por exemplo, a construção de uma rede de atenção psicossocial com uma equipe multiprofissional para dar suporte ao usuário da rede - inclusive com a presença da respectiva equipe dentro dos serviços de internação - não percebemos, dentro das unidades, um projeto terapêutico singular (ou individual) dos pacientes, o qual assegura a estes um tratamento singular que considera as necessidades de cada um. Fato que nos leva a relacionar a uniformidade não só nas vestimentas do interno, mas também no modo de tratamento dos mesmos.

Com base em tais observações realizadas, no contato com a prática de estágio, na verificação de ações e empecilhos existentes nessas unidades, e, por consequência, o choque e o fascínio com a área de atuação escolhida, a presente pesquisa propõe uma discussão acerca da aplicabilidade da reforma psiquiátrica dentro do manicômio no contexto da realidade prática de um hospital psiquiátrico no município de Cuiabá.

A Reforma Psiquiátrica: Revendo os manicômios

Bezerra (2013) elucida que a partir da década de 1970 reconsiderações acerca da função social da clínica psiquiátrica foram (e continuam sendo) reformuladas. Até o respectivo momento, a lógica que permeava o campo da saúde mental era o modelo manicomial, ou seja, de classificação, exclusão e estigmatização, sendo a dialética “prender para tratar” o que imperava nos hospitais psiquiátricos.

Ainda nessa década, o psiquiatra Franco Basaglia critica o modelo de funcionamento manicomial que consiste na conjectura “excluir para tratar” e a forma de tratamento dentro do manicômio. Tal crítica conteve o intuito de garantir ao sujeito portador de transtorno mental a cidadania e os direitos necessários para a efetivação de uma condução clínica digna e livre das amarras que prendia o doente ao paradigma excludente.

Basaglia foi o principal precursor da Reforma Psiquiátrica Italiana, e seu pensamento disseminou a luta antimanicomial em outros países, dentre estes os EUA e o Brasil. Ele partia da conjectura de que só haveria possibilidade de tratamento com liberdade, pois o ambiente fechado era um espaço negativo para o tratamento dos doentes mentais. Uma vez asilado, o doente dispõe-se da impossibilidade de fazer escolhas, pois fada-se aos padrões da instituição, tornando-se objeto rotulado e estigmatizado por estas. (Bueno, 2011).

Bueno (2011) também ressalta que Basaglia fazia alusão à obra de Michel Foucault: “A história da loucura na idade clássica”, sendo este um referencial para o psiquiatra, pois os questionamentos de Foucault sobre o processo de alienação assinalam o banimento do louco na sociedade.

A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através da condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho. Esta comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas de inutilidade social. É nesse outro mundo, delimitado pelos poderes sagrados do labor, que a loucura vai adquirir esse estatuto que lhe reconhecemos. (FOUCAULT, 2010, p. 73).

A exclusão do louco, do diferente, do amoral, do vagabundo foi garantida pela ordem burguesa, pois aquele que causava desordem e não correspondia ao perfil de normalidade da era clássica, de trabalho e produtividade era retirado do convívio com a sociedade, uma vez que era entendido como inútil ao funcionamento social. É evidente que o internamento, em suas formas primitivas, funcionou como um mecanismo social. (FOUCAULT, 2010, p. 79).

Na medida em que a loucura é percebida na marginalidade social e é inserida no contexto de problema da cidade, a liberdade imaginária que florescia até a Renascença é arrancada da mesma, e, a partir de então está fadada à internação, atrelada à razão, regras e rotina do internamento. A internação não representou apenas um caráter excludente, mas também de organização social, que, conseqüentemente, vai agrupar e banir, asilando e constituindo um âmbito monótono do desatino e da alienação. (FOUCAULT, 2010). Foucault considera tais fatos como determinantes na construção da lógica excludente do louco e das experiências de loucura.

Entretanto a exclusão social a qual a loucura vinha sendo subtraída, possibilitou no início do século XIX que esta fosse observada e classificada. Em decorrência de tal fato a função médica é introduzida no asilo tomando a loucura um objeto de estudo, surgindo então a psiquiatria. Ainda que com essa nova modalidade

de tratamento dentro do próprio manicômio, este carregou o paradigma de sua constituição: a exclusão, até meados do século XX.

Bueno (2011) relata que quando Basaglia assume a direção do hospital psiquiátrico de Gorizia, em 1961, depara-se com a lógica excludente que foi instaurada ao longo dos séculos acerca do hospital psiquiátrico, e o modelo assistencial coercitivo com o qual os pacientes eram tratados. Esses fatores causaram grande incômodo em Basaglia, fazendo com que ele suspendesse as ações que considerava violentas e desumanas aos internos. Como por exemplo: o uso da camisa de força, as grades, as celas fortes, o eletrochoque, dentre outras formas de contenção aos doentes.

Para Basaglia, era mais do que necessário propor outras formas de tratamento, tendo em vista que o asilamento, em qualquer forma que este se dê, não favorece a melhora dos pacientes em questão. Sendo assim, o pensamento basagliano pauta-se na possibilidade do doente mental ser tratado em liberdade, desmistificando a periculosidade relacionada à loucura, desestigmatizando e desinstitucionalizando o sujeito considerado louco. (BUENO, 2011, p. 26).

É com base nesse preceito, sob influência do pensamento basagliano, e diante do descontentamento com a realidade manicomial no Brasil, que, segundo o Ministério da Saúde (2005), surge o Movimento dos trabalhadores da saúde mental (MTSM), no ano de 1978. Este que, por sua vez, é considerado como o início efetivo do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, que a posteriori veio resultar na I Conferência de Saúde Mental, em 1987, no Rio de Janeiro. Neste mesmo ano ocorreu também o II Congresso Nacional do MTSM, e a frase adotada neste como sendo o lema de todo o movimento: "Por uma sociedade sem manicômios".

O movimento da reforma psiquiátrica está inscrito num contexto internacional de transformações envolto a condição asilar do portador de transtorno mental. Reformulações acerca do modelo engendrado na concepção da loucura e da forma de tratamento do doente mental.

Foi neste período de reformulações assistenciais que inaugurou-se o primeiro CAPS no Brasil, em São Paulo, no ano de 1987. Em 1989 iniciou-se o processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos num hospital psiquiátrico. Essa intervenção teve repercussão nacional, pois apresentou de forma evidente a condição de maus tratos no hospital psiquiátrico e elucidou a necessidade da construção de uma rede de atenção e cuidados substitutivos ao manicômio. É neste contexto que são implantados no município de Santos os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), e são criadas cooperativas e residências para os até então moradores do manicômio.

A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível. (BRASIL, 2005, p. 7).

Foi no ano de 1989 que deu entrada no Congresso Nacional a Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país. Esta foi fundamental para a constituição da reforma psiquiátrica no Brasil, pois serviu de base para a criação de regulamentos estaduais em diversos estados que determinavam a substituição progressiva de leitos psiquiátricos por uma rede integrada de saúde mental. Após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, com algumas modificações, a referida lei é sancionada no país como Lei Federal 10.216.

Ao que institui a Reforma Psiquiátrica, esta se caracteriza pela construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico de internação psiquiátrica, sendo a nova modalidade assistencial executada em caráter

comunitário. A mencionada Lei Federal 10.216 assegura os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, e garante no artigo primeiro a não discriminação dos cidadãos em questão. Dentre todos os direitos assegurados, pode-se destacar que estes se pautam na principal diretriz da reforma psiquiátrica: a desinstitucionalização.

Amarante (2007) enfatiza que, no Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica efetivou-se com a publicação da lei citada. O autor esclarece que ao recusar o modelo clássico de psiquiatria, considerado como antiquado por ele e por outros autores anteriormente citados, e relacionar-se com sujeitos em sofrimento psíquico, nos dirigimos à pessoa e não à sua doença. Partindo desse pressuposto, ele chama a atenção para a possibilidade de enxergar ambientes terapêuticos que vislumbrem a escuta e o acolhimento de angústias e vivências dos sujeitos em sofrimento psíquico, como também espaços de produção de subjetividade e sociabilidade.

A realidade atual da instituição total com as quais tivemos contato nos apresenta um paradoxo, pois mesmo que a internação seja necessária e esta ocorra com o suporte de uma equipe multidisciplinar e suas respectivas atividades – como assegura a Lei 10.216 – ainda é permeada por uma lógica manicomial, o que nos faz repensar a função terapêutica das mesmas.

Se por um lado houve avanços significativos nos últimos anos, no que se refere à reforma psiquiátrica brasileira, por outro, a questão da desconstrução da cultura manicomial tem sido suplantada por aquelas centradas, muitas vezes nos aspectos fundamentalmente assistenciais. (SCARCELLI, 2011, p. 20).

Amarante (2007) expõe que apenas a existência da Lei não basta para que os citados direitos sejam garantidos, é preciso que se atente a construção da cidadania, através de um processo, que o autor define como um processo social complexo. Tal complexidade se dá por se fazer necessário reformular mentalidades, atitudes e relações sociais.

O paradigma manicomial

A reforma psiquiátrica brasileira abriu as portas do manicômio, criando novos dispositivos de saúde mental para que os pacientes psiquiátricos possam ter um tratamento baseado na inserção social.

Com as portas do manicômio então abertas, Scarcelli (2011) aponta que a questão transcende o campo de saúde mental e campos afins, tornando-se uma problemática social.

A questão está em transformar saberes e as práticas e construir novas relações sociais com a loucura, em produzir novos lugares sociais. (AMARANTE citado por SCARCELLI, 2011, p. 10).

Mesmo que uma rede de atenção psicossocial tenha sido criada para dar suporte de tratamento ao portador de transtorno mental, não devemos nos ater apenas às questões políticas e gestoras do sistema de saúde, pois a problemática da doença mental é uma questão historicamente social. Amarante chama a atenção para o equívoco de se reduzir a reforma psiquiátrica à reforma do modelo assistencial. (TREVISAN, 2001, p. 27).

É preciso atentar-se para o fato de que não basta discutir a rede de atenção psicossocial de maneira simplista e de problemática exclusivamente de gerência administrativa. Pois ao reproduzir o discurso projetivo de responsabilidade, não empreendemos o princípio de intersectorialidade necessária para o tratamento do doente mental, e podemos desta forma contribuir para a disseminação da alienação na rede

psicossocial ou num discurso vago que ignora a questão fundamental da saúde mental, a relação social estabelecida com a loucura. Um dos desafios do trabalho institucional é o de produzirmos um dispositivo que não se funde, ele também, na exclusão do sujeito. (TREVISAN, 2001, p. 27).

Ao buscar referenciais teóricos relacionados ao tema, encontramos diversas produções relatando experiências e formulações teóricas acerca dos serviços substitutivos, e até mesmo no âmbito teórico, o manicômio aparece excluído das discussões científicas, o que parece ser um reflexo da relação social que se tem com este.

Amarante citado por Scarcelli (2011) elucida que o manicômio pode ser entendido como signo da relação com a loucura e afirma que a ideia de exclusão é a problemática da saúde mental. É preciso atentar-se para que essa relação criada ao longo dos séculos não acompanhe os novos dispositivos de saúde mental, pois:

O manicômio como emblema de relações de violência e discriminação pode ser visto como “sinônimo de um certo olhar, de um certo conceito, de um certo gesto que classifica desclassificando, que inclui excluindo, que nomeia desmerecendo, que vê sem olhar”. (AMARANTE citado por SCARCELLI, 2011, p. 23).

Scarcelli (2011) aponta para a necessidade de problematizar e propor soluções para as experiências que propiciem o desmonte da instituição psiquiátrica e não apenas para a criação de serviços substitutivos a estes.

A necessidade do desmonte da instituição total em pleno século XXI se faz mais que necessária, faz-se urgente, uma vez que no manicômio a deferência existente é percebida por alguns pacientes psiquiátricos, fato que pode ser afirmado a partir da fala de uma paciente que solicita não ser acordada para um banho obrigatório, pois sabe higienizar-se sozinha, e fazê-lo sem ao menos perguntar-lhe a opinião sobre o mesmo é desrespeito.

Como sinalizamos anteriormente, a institucionalização, segundo Goffman (1997), rotula o paciente como pertencente à instituição, e o controle de sua rotina, e até mesmo da sua aparência, pode desvesti-lo da sua singularidade, tornando-o, desta forma, passivo perante a instituição.

Podemos perceber a institucionalização ao adentrar na instituição psiquiátrica e confirmá-la no momento em que uma paciente afirma que a vida no hospital é triste, pois ela é controlada. Casos como estes nos fazem indagar a função terapêutica do hospital psiquiátrico, já que a Lei 10.216 preconiza a desinstitucionalização.

Embora tenha havido avanços no que concerne a estruturação de um sistema assistencial à saúde mental, no sentido de terem sido criados dispositivos de atenção ao usuário da rede, como por exemplo, os CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos, não devemos nos esquecer que o hospital psiquiátrico ainda existe, internações ainda ocorrem, pessoas ainda estão sendo institucionalizadas. É preciso lembrar, como aponta Bueno (2011), que a reforma psiquiátrica incipiente ocorreu dentro do manicômio, diante das condições precárias e formas de assistência coercitiva.

Pode-se notar uma contradição existente no tratamento terapêutico através da fala de pacientes dependentes químicos, uma que alguns deste abordam a internação como sendo de natureza prisional, afirmando que estão soltos dentro das enfermarias, mas que na realidade estão presos. Outros afirmam que gostam da unidade de internação, visto que a alimentação é garantida e as roupas (uniformes) estão sempre limpas. Falas que trazem à luz um questionamento: onde o tratamento efetivo garantido por lei entra em vigor e dentro da unidade de internação o paciente está em tratamento ou apenas excluído da sociedade? uns por dias e outros pelo resto da vida.

É possível verificar a existência do esboço “excluir para tratar” em dias atuais.

Fato que nos remete à possibilidade de não fechar os olhos para o manicômio, pois ele está lá, impregnado de sua história e produtor de institucionalização.

[...] o hospício costuma ser, de muitas formas, uma referência negativa. Trabalhamos, em relação a ele, dessa maneira. Para fora do hospício, para não ir para o hospício. Conhecê-lo, na materialidade cotidiana, é para poucos. Um privilégio. E, no entanto, está lá a instituição, o edifício, o corpo de funcionários, a clientela. (XAVIER, 2001).

Vale ressaltar que o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que por conseguinte veio compor a Lei da Reforma Psiquiátrica propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no país. Vinte e quatro anos após proposição da lei conhecida como “antipsiquiátrica” ainda é perceptível que por vezes exclui-se para tratar, sendo este um retrocesso histórico. Percebe-se que o padrão envolto ao doente mental ainda é o de exclusão, pois é notável a quantidade de pacientes abandonados no hospital psiquiátrico, o que pode apontar para o fato de que o modelo de funcionamento manicomial, excludente, alienante e institucionalizante é compartilhado socialmente e as escórias do asilamento historicamente construído se fazem presentes em tempo de luta antimanicomial.

A partir da observação da realidade prática da saúde mental em duas unidades de atendimento no estado de Mato Grosso, é possível perceber que embora exista uma Lei Federal que teoricamente garanta o rompimento com a lógica manicomial, ainda é possível perceber o paradigma excludente da loucura nos próprios serviços substitutivos de saúde mental. Tal percepção é pautada na observação do fluxo de transição de internações compulsórias em vigor neste, uma vez que a lógica excludente e de periculosidade é perceptível no discurso técnico e na própria estrutura física das unidades de internação do campo de estágio.

Uma instituição é certamente um local, uma área física, é material, mas ela é, sobretudo, uma equipe de profissionais e as concepções e bagagens destas pessoas definem o modo como se constrói o trabalho em equipe na instituição. Poderíamos pensar a instituição terapêutica como uma estrutura? (TREVISAN, 2001, p. 27).

É possível refletir, a partir da observação e prática de estágio, que a promulgação da Lei 10.216 e os desdobramentos da reforma psiquiátrica são fundamentais para assegurar ao cidadão usuário do serviço de saúde mental a garantia de seus direitos, mas é preciso superar os resquícios ainda presentes na lógica de tratamento manicomial.

Pois enquanto o paradigma psiquiátrico existir, representado concretamente na instituição total para o tratamento dos loucos, a relação com os indivíduos acometidos de transtorno mental dar-se-á nesta lógica, pois pacientes ainda vem sendo institucionalizados, seja nos manicômios ainda existentes ou na própria rede de saúde mental, pois o que outrora era rotulado como paciente do manicômio, hoje é o paciente do CAPS.

O desmonte da instituição proposta por Scarcelli não se dá apenas no fechamento das portas do manicômio, mas principalmente na relação existente com a loucura.

[...] não queremos cair na ideia simplista de que hospício é exclusão e a volta a cidade é inclusão, do mesmo modo que não nos seduzimos por fórmulas simplificadoras de programas chamados inclusivos, os quais, na verdade, mantém a mesma estrutura do problema que se propõe superar. (SCARCELLI, 2011, p. 25).

Portanto é preciso superar a lógica excludente existente nos serviços de saúde mental, mas que tem sua representação máxima na existência do manicômio.

Considerações Finais

Levando em consideração as razões fundamentais de elaboração do movimento de reforma psiquiátrica, acreditamos que o fato de ainda serem disponibilizadas instituições fechadas e centradas no modelo hospitalocêntrico de funcionamento no tratamento ao doente mental seja um retrocesso histórico.

Embora a luta antimanicomial tenha possibilitado a presença de uma equipe multidisciplinar dentro do hospital psiquiátrico, este ainda carrega o ranço manicomial, que ultrapassa os muros da instituição dificultando a aplicabilidade da clínica ampliada. Tais fatos foram perceptíveis no percorrer do estágio de intervenção em saúde mental no município de Cuiabá, ainda que saibamos que em diversas localizações a aplicabilidade dos preceitos da reforma psiquiátrica estão sendo efetivadas, a literatura nos aponta que tais resquícios hospitalocentricos não são de exclusividade matogrossense, mas ainda existem em outras cidades do país.

Percebemos também que a relação social estabelecida com o hospital psiquiátrico em tempos atuais é semelhante a da idade clássica, pois o que outrora servia de asilo aos que não correspondiam à lógica burguesa, no atual século de luta pelo respeito ao diferente, o manicômio ainda serve como local de despejo do que não produz, servindo de depósito das limpezas sociais. E isso é notoriamente percebido diante da grande questão da saúde mental da atualidade, os dependentes químicos.

A existência de uma instituição que necessita trancar para tratar é retrógrada em pleno século XXI, pois já foram criados serviços substitutivos a este. Tais dispositivos da rede de atenção psicossocial, compreendidos pelos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), SRT (Serviços Residenciais Terapêuticos), PSF (Programa Saúde da Família), Ambulatórios, Leitos em hospitais gerais, dão suporte para o tratamento do sujeito portador de transtorno mental. Compreendemos portanto que a instituição total é ineficiente no que concerne à clínica ampliada e ao campo da saúde mental, pois enquanto o hospital psiquiátrico estiver disponível e negligenciando os direitos do cidadão com transtorno mental, o manicômio continuará sendo produtor de institucionalização, estigmatização e alienação.

Refletimos que o que o termo reforma psiquiátrica sugere foi atingido, pois de fato o que ocorreu foi apenas uma reforma no manicômio. Alterou-se o nome para hospital psiquiátrico, dispensando o termo hospício, as paredes foram pintadas, a violência que antes era utilizada como forma de punição foi rejeitada, dando lugar, por vezes, à violação dos direitos do cidadão, algumas grades foram retiradas, mas o trânsito livre dos pacientes ainda é proibido, contudo a lógica manicomial ainda é predominante dentro das instituições de internação psiquiátrica.

Lançamos mão do lema “por uma sociedade sem manicômios” como mote direcionador da prática no campo da saúde mental. Uma vez que a lei que institui e regulamenta a reforma psiquiátrica já foi promulgada, consideramos que a própria discussão do que se fazer com o manicômio é desnecessária, visando o fato de que a ineficiência da existência deste já foi afirmada por diversos autores aqui citados.

Não há a necessidade da existência de uma instituição total para realizar o tratamento do sujeito portador de transtorno mental. Nos casos em que a internação é

de fato necessária, defendemos então a existência de leitos psiquiátricos dentro dos hospitais gerais, pois a relação estabelecida socialmente com estes é marcada por outras características que são diferentes das vinculadas aos hospitais psiquiátricos: A visão do sujeito internado nos hospitais gerais é de que ele está passando por uma fase difícil, está sofrendo. A família o acolhe e quer tirá-lo o mais rápido possível do local, para que o tratamento possa ser realizado em casa, no conforto e na liberdade do seu lar. Diferente do que ocorre nos hospitais psiquiátricos, em que muitas famílias demandam que o seu familiar fique internado por tempo ilimitado, propiciando, de certa forma, conforto para essa família, que deixa então o paciente nas mãos da equipe multidisciplinar, visitando-o esporadicamente quando necessário.

Nos casos em que pacientes são abandonados dentro dos hospitais psiquiátricos, e passam então a serem moradores dentro destes, estigmatizados e institucionalizados, os Serviços Residenciais Terapêuticos devem servir de promotor de autonomia e reinserção social.

O que a Lei 10.216 fundamentalmente garante é o direito do portador de transtorno mental receber tratamento digno fora do manicômio, visto que dispositivos substitutivos foram criados para tal. A lei da Reforma Psiquiátrica propôs uma nova forma de tratar a loucura e o principal resultado até então da luta antimanicomial foi a fundação da rede de atenção psicossocial, mas não pode-se ignorar que o Projeto de Lei de Paulo Delgado previa a extinção dos manicômios.

Para que o banimento das instituições totais possa de fato ser efetivado, é necessário o rompimento com o paradigma manicomial envolto à sociedade, perpassando pelas famílias e até os profissionais da saúde mental. Afinal, o manicômio não é simplesmente uma estrutura física com algumas paredes, mas todos aqueles que continuam reproduzindo o aprendizado construído desde a era clássica até os tempos atuais. Como o próprio termo incita, o que ocorreu foi uma “reforma” ao campo da saúde mental, algumas paredes foram demolidas e outras pintadas, mas é preciso desconstruir o protótipo envolto a loucura. É preciso reconstruir a relação com o louco e nos desvincular das ideias do século XVIII, que compreendia a necessidade de excluir para tratar.

É indispensável o rompimento com o paradigma manicomial que nos atravessa, pois nós sociedade repetimos o que foi apreendido ao longo dos séculos. Para que o campo da saúde mental tenha um funcionamento ao qual se propõe, de inserção social, não basta apenas discutir rede ou responsabilizar outrem de uma verdade absoluta compartilhada. É no social que se encontra o louco, o familiar, o técnico e a gestão. Vale ressaltar a loucura, segundo Foucault (2010) não é uma doença da natureza ou do próprio homem, mas da sociedade. E esta presente argumentação teórica veste-se dos ideais basaglianos e do lema da luta antimanicomial para que façamos do século XXI “uma sociedade sem manicômios”.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

BEZERRA, Daniela S. O lugar da clinica na reforma psiquiátrica brasileira: politica e psicanálise oito anos após a Lei 10.216. Curitiba: Ed. CRV, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. 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, novembro de 2005.

BUENO, Rinaldo Conde. O pensamento de Franco Basaglia e a estrutura da desinstitucionalização na Psiquiatria Democratica Italiana vistos por um brasileiro.

SEMINÁRIO TRANSDISCIPLINAR DA SAÚDE

Minas Gerais: PUC Minas, 2011. 120 p. Dissertação – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2011.

FOUCAULT, Michel. História da loucura: na idade clássica. São Paulo: Ed. Perspectiva. 9ª ed. 2010.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1997.

SCARCELLI, Ianni Regia. Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental. São Paulo. Ed: Zagodoni. 2011.

TREVISAN, Ester. Reflexões a partir do tratamento institucional das psicoses. A psicanálise e a queda dos muros. APPOA. Porto Alegre. Nº 92 – Ano IX. p 24-29. Junho de 2001.

XAVIER, Eduardo. Hospício, instituição total. A psicanálise e a queda dos muros. APPOA. Porto Alegre. Nº 92 – Ano IX. p 21-23. Junho de 2001.