

# Assistência em saúde mental: da lógica manicomial à reforma psiquiátrica

*Mental health assistance: from  
manicomial logic to psychiatric  
reform*

**Daniela Lima de Almeida**

## Resumo

A partir de uma experiência de estágio referente a práticas observacionais em saúde mental no contexto da formação em psicologia, propomos este trabalho como forma de discutir elementos da transição do modelo asilar-manicomial para a construção de uma assistência condizente com as prerrogativas da Reforma Psiquiátrica brasileira. Apresentamos neste trabalho uma articulação teórica construída entre a literatura que baseou nossos estudos e reflexões suscitadas durante o percurso do estágio. Para tanto, partimos de uma caracterização da cultura manicomial para chegar ao ponto de refletir sobre quais os avanços e dificuldades na implementação de uma nova política de assistência à saúde mental.

## Palavras-chave

Assistência em saúde mental, Cultura manicomial, Reforma Psiquiátrica brasileira.

## Abstract

*As of from an internship experience regarding observational practices in mental health in the context of psychology formation, we propose this work as a way of discussing elements of the transition from asylum-manicomial model to the construction of an assistance consistent with the prerogatives of the Brazilian Psychiatric Reform. We present in this work a theoretical articulation built between the literature that based our studies and reflections raised during the course of the internship. To do so, we start from a characterization of the manicomial culture to arrive at the point of reflecting on the advances and difficulties in the implementation of a new policy of assistance to mental health.*

## Keywords

*Mental Health Care, Manicomial culture, Brazilian psychiatric reform.*

**Daniela Lima de  
Almeida**

**Universidade Estadual de  
Feira de Santana**

Graduanda em Psicologia pela  
Universidade Estadual de Feira  
de Santana - UEFS.

**dani.lima.uefs@gmail.com**

## INTRODUÇÃO

A partir de uma experiência de estágio referente a práticas observacionais em saúde mental no contexto da formação em psicologia, propomos este trabalho como forma de discutir elementos da transição do modelo asilar-manicomial para a construção de uma nova política de assistência à saúde mental no Brasil.

O estágio que permitiu o exercício dessas reflexões foi realizado nos semestres letivos de 2016.1 e 2017.1 do curso de Psicologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), e teve por objetivo iniciar os estudantes no fazer profissional a partir do acompanhamento de atividades realizadas por psicólogos em determinada área de atuação. Na oportunidade, tivemos acesso a parte do processo gradual de desativação de um hospital psiquiátrico em Feira de Santana e aos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O referido hospital vem sendo desativado após a promulgação da Lei 10.216/01, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001). Todavia, ainda conta com atendimento emergencial e internamento de curta permanência. Neste espaço é predominante a ociosidade, o afastamento da convivência na cidade e o foco continua sendo o psiquiátrico, através da prescrição de medicamento e da escassez de outras modalidades de atuação, o que demonstra uma prevalência da matriz organicista.

Houve um período em que o hospital tinha cinco células ativas, com um contingente de 500 internos divididos entre elas, sendo três femininas e duas masculinas. O internamento de longa permanência não acontece mais após a lei da Reforma Psiquiátrica e as células foram todas desativadas, restando os pavilhões feminino e masculino de internação de curta permanência, a unidade de longa permanência (para aqueles que continuam na instituição devido às dificuldades de reinserção social após tantas décadas de internamento), a unidade de pacientes geriátricos (que abriga os internos mais velhos), dois lares abrigados (que funcionam como um treinamento para a volta à cidade, à família ou a ida para as Residências Terapêuticas) e a emergência (com permanência de até 72h).

Os serviços que compõem a nova política de saúde mental estão localizados nos três níveis de atenção à saúde, isto é, a assistência não deveria tratar apenas de reabilitação, mas também de atividades preventivas e de promoção de saúde. No entanto, alguns problemas se interpõem: na atenção básica, por exemplo, por conta da grande demanda dirigida aos profissionais nos Programa Saúde da Família (PSF) e no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), as visitas domiciliares, que permitiriam trabalhar com as famílias, ficam prejudicadas.

Por sua vez, os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) já instalados na cidade também contam com uma equipe restrita e uma superlotação dos serviços. Em decorrência disso, os profissionais acabam retidos ao interior do CAPS, o que faz prevalecer a lógica hospitalocêntrica de haver um local específico para tratamento, cerceando a intervenção cidadã na própria comunidade, isto é, há algo de reprodutor da lógica manicomial nos próprios CAPS, de acordo à realidade assistida. Devido a esse mesmo problema, o foco do tratamento continua a ser o medicamentoso, pouco se investe nas demais terapêuticas que deveriam atentar para o campo subjetivo, familiar e social dos sujeitos.

A partir das vivências de estágio, percebemos que até o ano de 2017 a nova rede de assistência ainda não havia atingido um nível funcional de articulação no município, de modo que perguntamos quais as estratégias

são possíveis para efetivar uma nova política de saúde mental quando persiste uma fragmentação dos serviços e uma dependência do hospital psiquiátrico como lócus de tratamento. Alguns questionamentos foram formulados durante esse período, funcionando como disparadores de investigação na literatura sobre o tema, a fim de aprofundar as problemáticas levantadas: o hospital oferece de fato uma assistência? O que ele proíbe sob a promessa de curar? Sua forma de intervenção dá conta de romper com o ciclo de reinternações?

O que apresentaremos neste trabalho é uma articulação teórica construída entre a literatura que fundamentou nossos estudos e reflexões suscitadas durante o percurso. Para tanto, partiremos de uma caracterização da cultura manicomial para chegar ao ponto de refletir sobre quais os avanços e dificuldades da implementação de uma nova política de assistência à saúde mental.

## A CULTURA MANICOMIAL

Sendo as instituições uma divisão explícita de detenção de poder, entre aqueles que dominam e os dominados, Franco Basaglia (1985) denuncia a violência e a exclusão como características mantenedoras dessa base de opressão que permeia a sociedade. Quando se trata de hospitais psiquiátricos ou manicômios, o ato dito terapêutico destas instituições visa atenuar as reações do excluído sobre o excludente, submetendo-o à institucionalização, que vai tornando-o cada vez mais distante do laço social, através da reificação. Assim, vai se constituindo a carreira de um sujeito cronificado, como um objeto destituído de valor, enquanto a figura do médico vai angariando poder, premissa que serviu de sustentáculo para a classificação da loucura como doença mental.

Nessas condições, o sujeito classificado como doente mental carece de poder contratual, tanto pelo teor de enquadramento do diagnóstico, quanto por ter sido, primariamente, posto à margem do sistema capitalista, estando isento de condições econômicas que poderiam ser capazes de lhe sustentar alguma nomeação e importância no meio social. Nesse sentido, a única maneira de manifestação capaz de funcionar como oposição à lei da razão são os comportamentos considerados anormais pela ciência psiquiátrica. Uma situação mais clara é exposta quando Basaglia (1985) exemplifica o caso de um sujeito rico que sofria de esquizofrenia e teve seu tratamento diferente daquele de um pobre com um quadro semelhante: este foi internado em manicômios, enquanto o primeiro passou por um outro tipo de tratamento que sua condição econômica permitiu e que não teve por fundamento a retirada da continuidade da vida social do sujeito, ao passo que “o poder des-historificante, destruidor, institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial, aplica-se unicamente àqueles que não têm outra alternativa que não o hospital psiquiátrico” (BASAGLIA, 1985, p. 108).

A reinserção social é dificultada pelo percurso histórico da carreira cronificada desses sujeitos, pois foram internados em manicômios que corroboraram com sua discriminação social e econômica, por já terem sido relegados na sociedade e depositados como indigentes nas celas dos hospitais psiquiátricos, “desta maneira, a exclusão do doente do mundo dos sãos libera a sociedade de seus elementos críticos, de uma só vez confirmando e sancionando a validade do conceito de norma que tal sociedade estabeleceu” (BASAGLIA, 1985, p. 109). Isto é, o encarceramento dos loucos, pobres, negros, mulheres, homossexuais, presos políticos e todo o conjunto de sujeitos que perturbavam a lógica social predominante funcionou com o intento primeiro de proteger a sociedade das contradições que seu próprio sistema econômico criou e, não sendo capaz de superá-las,

passou a apelar à cultura manicomial como forma de afastar de seu seio os sujeitos que denunciavam uma longa trajetória de exclusão e violência.

Foi a partir do século XIX que a prática do internamento dos loucos começou a se fortificar. Philippe Pinel considerava a loucura como uma distorção das ideias acerca da realidade, uma alteração senso-perceptiva, acompanhada de um estado afetivo confuso com relação às paixões humanas, ou seja, ideias distorcidas das coisas e das relações. Para tanto, propôs o tratamento moral como forma de correção dos hábitos e reeducação afetiva desses sujeitos (PESSOTTI, 2006), caracterizando um tratamento normativo, no intento de valorizar a conduta regular e considerada normal.

Para caracterizar a lógica manicomial, é importante trazer à tona a denúncia de quem sofreu seus danos. Por este motivo, colocamos em evidência o que Maura Lopes Cançado denunciou em seu diário *Hospício é Deus*, escrito a partir de sua experiência nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro e Minas Gerais:

Se me tornar escritora, até mesmo jornalista, contarei honestamente o que é um hospital de alienados. Propalam uma série de mentiras sobre estes hospitais: que o tratamento é bom, tudo se tem feito para minorar o sofrimento dos doentes. E eu digo: É MENTIRA! Os médicos permanecem apenas algumas horas por dia nos hospitais, e dentro dos consultórios. Jamais visitam os pátios. O médico aceita, por princípio, o que qualquer guarda afirma. Se é fácil desmentir um psicopata, torna-se difícil provar que ele tem razão. Em prejuízo de um considerado 'não psicopata'. (CANÇADO, 2015, p. 49)

Sobre as práticas divulgadas como terapêuticas, ela ainda relata sua arbitrariedade e utilidade enquanto castigo diante de qualquer desvio na norma de conduta imposta por aqueles que detinham o poder dentro do hospital:

O senhor é arbitrário e irresponsável. Deu-me um eletrochoque quando fui sua paciente, sei que há contraindicação no meu caso. Possuo dois eletroencefalogramas anormais, fui vítima de crises convulsivas até quinze anos. Um dos eletros está dentro da minha papeleta, ou ficha. Como meu médico, o senhor devia ter-se inteirado antes, e o respeitado. Fez o eletrochoque por vingança e para castigar-me. Este método é muito usado pelos psiquiatras, sei. Eletrochoque devia ser tratamento, e não instrumento de vingança em mãos irresponsáveis. Mas, aqui, até as guardas ameaçam doentes com eletrochoques, trazendo-as em constante estado de tensão nervosa. (CANÇADO, 2015, p. 43)

Podemos observar, então, o uso de métodos agressivos para tentar devolver à norma estabelecida aquele que perturbava o ambiente. Segundo Foucault (2003), a função do hospital ficou centrada na descoberta da verdade sobre a doença mental, para tentar restabelecer um padrão ortodoxo dos comportamentos que, na loucura, passaram a ser incompreensíveis sob essa ótica normatizante. A dedicação passou a ser à produção de classificações diagnósticas e de um acirramento das tensões de poder entre o médico e o sujeito, que ficava submetido às ordens daquele. Nesse sentido, a preocupação primordial era manter enclausurados aqueles que desestabilizavam a ordem social e incomodavam o funcionamento linear do cotidiano do capital, de modo que sequer chegavam a oferecer uma terapêutica para aqueles considerados irrecuperáveis:

Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos – punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o ‘mestre da loucura’; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de ter sabiamente desencadeado. (FOUCAULT, 2003, p. 70)

Dentro desta instituição, portanto, toda ordem de tratamento funcionava como uma espécie de mecanismo iatrogênico, adoecendo aqueles que foram internados por estigmatização social, ou agravando os quadros de quem já estava em um processo de sofrimento psíquico. Assim, as doenças tratadas pelo médico eram também produzidas pelo próprio ambiente hospitalar e manicomial.

Em 2013, a jornalista Daniela Arbex publicou o livro *Holocausto Brasileiro*, fruto de sua pesquisa sobre o Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. Esta autora comenta o momento em que Franco Basaglia visitou este manicômio em 1979, o qual divulgou na imprensa a afirmação de que esteve em um campo de concentração nazista travestido de hospital e que em nenhum outro local do mundo havia presenciado uma tragédia daquele porte. Nesse mesmo hospital Maria de Jesus foi internada porque se sentia triste, Antônio da Silva porque era epilético, e Antônio Gomes ficou 21 anos dos 34 que passou no Colônia sem falar porque ninguém lembrou de perguntar se ele falava. Pelo menos 60 mil pessoas morreram vítimas das práticas normatizantes que hoje são reconhecidas como de tortura: os eletrochoques chegavam a ser tão intensos que costumemente sua sobrecarga derrubava a rede de energia do município; os corpos que vinham a óbito eram transformados em ácido na frente dos demais internos, enquanto as ossadas eram comercializadas; as camas foram substituídas por capim, pois com capacidade para abrigar 200 pessoas, 5 mil se encontravam ali no mesmo período de tempo (ARBEX, 2013).

Longe de querer comparar os genocídios, interrogamos: por que conhecemos a tragédia dos campos de concentração alemães, mas a maioria dos brasileiros jamais ouviu falar dos horrores de Barbacena? Como o negligenciamento desse período histórico do país continua a perpetuar a cultura manicomial que tanto dificulta a instauração de uma nova política de saúde mental no Brasil? Em um contexto em que os direitos desses sujeitos foram usurpados em nome de uma indústria de morte, fica um apontamento: a finalidade de um campo de concentração é matar, é extinguir, e devemos lembrar, com muita desconfiança, que o hospital se dizia agir com medidas terapêuticas. Pode ser caracterizado como um serviço de saúde um lugar como esse? O que faz com que os alemães tentem reparar a história de morte inscrita nos campos de concentração, e nós, brasileiros, sequer conheçamos o que aconteceu nos hospitais psiquiátricos? O que fez com que o Brasil reproduzisse os horrores dos campos de concentração nazistas da Segunda Guerra Mundial em menos de duas décadas de seu fim?

Após todo esse contexto e frente a uma rotina hospitalar que cronifica os sujeitos, um traço pertencente ao estereótipo do louco convencional na cultura manicomial é a agressividade. Não raras vezes o medo de se aproximar dessas pessoas é acompanhado de falas que deixam nítidas a certeza da periculosidade e de atos agressivos. Basaglia (1985), por outro lado, aponta a agressividade como um componente que ultrapassa uma característica da convencional doença mental, sendo mais um resultado da institucionalização, pois em um ambiente marcado pela apatia, o ócio e o

sofrimento que o manicômio causa, a agressividade pode ser uma ruptura com esse estado, um sinal de inconformidade, de oposição ao poder excludente: “é nesse momento que o internado, com uma agressividade que transcende sua própria doença, descobre que tem o direito de viver uma vida humana” (BASAGLIA, 1985, p. 115). Assim, as consequências desse processo atravessam os processos de subjetivação do louco que, confinado no manicômio, pode passar a se identificar à lógica desta instituição:

Coagido a um espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedades são a regra, o homem, seja qual for o seu estado mental, se objetiviza gradualmente nas leis do internamento, identificando-se com elas. Assim, sua couraça de apatia, desinteresse e insensibilidade não seria mais do que o seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila: é o último recurso pessoal que o doente, assim como o internado, opõe, para proteger-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído. (BASAGLIA, 1985, p. 120)

Nesse contexto, os delírios, alucinações e fantasias, encarados pela psiquiatria unicamente como sintomatologias de transtornos mentais, funcionam também como um espaço para romper com o corpo institucionalizado, objetificado e, incompreensíveis à análise da razão, onde os internos tentam assumir uma vivência de um corpo próprio, um breve momento de recusa à identificação com a instituição, ainda que sejam processos acompanhados de intenso sofrimento.

Além disso, vítimas dessa cultura manicomial, os sujeitos que passaram pelo processo de institucionalização encontram grandes dificuldades de reinserção social: não encontram emprego, são rejeitados pela família, pelos vizinhos e pela população da cidade, não são atendidos nos demais serviços de saúde e sofrem contínuas tentativas de reinternação por aqueles que têm como assertiva a ideia de que o lugar do louco é no hospício. Nesse sentido, qualquer reforma das leis psiquiátricas que não leve em consideração a superação das contradições sociais e a ruptura com a lógica manicomial no cerne da sociedade está fadada a reproduzir o hospital psiquiátrico como local de tratamento para os variados sofrimentos psíquicos.

Para suscitar alguma desestabilização nessa lógica cronificante, Basaglia (1985) aponta que a agressividade do sujeito institucionalizado pode ser um ponto de partida:

Para reabilitar o institucionalizado que vegeta em nossos asilos seria, portanto, mais importante que nos esforçássemos para despertar nele um sentimento de *oposição ao poder* que até agora o determinou e institucionalizou, antes mesmo de construir em torno dele o espaço acolhedor e humano do qual também ele necessita. Despertado esse sentimento, o vazio emocional em que o doente vem vivendo há anos voltará a ser tomado pelas forças pessoais de reação e de conflito, ou seja, o único ponto de apoio possível para sua reabilitação: sua *agressividade*. (BASAGLIA, 1985, p. 116)

Por este motivo, o trabalho da equipe de saúde mental com os usuários e com os familiares é importante para fortalecer os vínculos e laços sociais, bem como para suscitar a participação política a fim de construir um engajamento na luta por essas mudanças estruturais que interferem na manutenção da lógica manicomial, rompendo com a exclusão e violência causadas pela própria sociedade e alimentada pela instituição manicomial:

Portanto, se a instituição do manicômio revelou o caráter profundamente antiterapêutico de suas estruturas, qualquer transformação que não se

acompanhe de um trabalho interno que a coloque em discussão a partir da base torna-se inteiramente superficial e de fachada. O que se revelou antiterapêutico e destrutivo nas instituições psiquiátricas não é uma técnica particular ou um instrumento específico, mas a organização hospitalar de alto a baixo: voltada como está para a eficiência do sistema, esta inevitavelmente passou a ver o doente como um objeto, quando o doente deveria ser sua única razão de ser. Diante disso, é evidente que a introdução de uma nova técnica terapêutica no velho terreno institucional é uma medida precipitada, quando não nociva, no sentido de que, pela primeira vez é desvendada a realidade institucional como um problema que se deva enfrentar, correr-se-ia o risco de voltar a mascarar-la com uma roupagem que não faria mais do que apresentá-la sob uma luz menos dramática. (BASAGLIA, 1985, p. 122)

Na conjuntura de nossos tempos, a lógica manicomial ainda sobrevive e corremos o risco de reproduzi-la nos novos mecanismos de assistência à saúde mental, se não formos capazes de exercer uma contínua crítica da prática profissional e de atuar no núcleo da estigmatização da loucura: a sociedade. O processo de desinstitucionalização, portanto, ultrapassa a desospitalização e, com Franco Rotelli (2001), podemos questionar por que a almejamos, ao que essa reflexão permite identificar uma necessidade de transpor o objeto da psiquiatria, retirando-o do foco na doença e na periculosidade e assentando-o na “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (2001, p. 90). Tendo efetuado essa mudança de objeto e demolido as terapêuticas e serviços manicomiais, há de se criar uma nova rede de assistência, que seja capaz de abranger a complexidade desse novo objeto:

[...] se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada). (ROTELLI, 2001, p. 91)

Sendo assim, o objetivo não é mais a cura, uma vez que a doença deve ser destituída da centralidade do tratamento, e sim a emancipação do sujeito, visando a produção de vida no bojo da sociedade. A instituição inventada lida, pois, com a constante mudança dos processos de subjetivação, além de incentivar a identificação das opressões sociais pelo sujeito, a fim de que este possa enfrentá-las, construindo um novo lugar para si no corpo social e efetuando trocas simbólicas com os membros da interação: “Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana” (ROTELLI, 2001, p. 94).

## UMA NOVA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Diante desse quadro impossível de se sustentar, a Reforma Psiquiátrica vem propor uma ruptura com a lógica manicomial e a construção de um novo modelo de assistência à saúde mental. A proposta se caracteriza como um conjunto de ações coletivas, formando um movimento social composto por usuários, familiares, comunidade e profissionais, que objetiva questionar os binarismos cura X doença e liberdade X exclusão, investigando como o poder manicomial se aproxima dos mecanismos de manutenção das relações de poder.

Arbex e Mendz (2016) sublinham que o fim das grandes guerras mundiais suscitou a luta pela Reforma Psiquiátrica, por conta da

semelhança entre a lógica de funcionamento dos campos de concentração e dos hospitais psiquiátricos regidos pela cultura manicomial. Era estranho que em um hospital, local ideologicamente reivindicado para a cura, houvesse um cemitério ao invés de espaços de socialização e recuperação: em lugar do oferecimento de uma terapêutica, eram garantidos atestados para a morte.

O movimento da Reforma Psiquiátrica que ganhou espaço no campo da saúde mental a partir da década de 1970 tem por princípio uma tarefa que ultrapassa a mera humanização dos hospitais psiquiátricos: diante de uma estrutura assistencial que era fator de adoecimento e que tinha acarretado a morte de milhões de pessoas no país, não havia sentido em manter seu funcionamento alterando apenas sua roupagem. Passou a ser necessário, então, a derrubada dos manicômios e a revisão dos pressupostos da psiquiatria, numa tentativa de abandonar a normatização e controle advindos de suas técnicas, bem como pautar a construção de uma nova rede de assistência à saúde mental, fundamentada na desinstitucionalização:

Utiliza-se como um dos conceitos fundamentais o de desinstitucionalização, entendido em uma perspectiva ampla onde, através do reposicionamento lógico, ético e estético se possa transformar essencialmente a ordem institucional e desconstruir poderes estabelecidos. Pleiteia-se que a produção de conhecimento seja coerente com a democratização, com o resgate dos direitos humanos e da cidadania. (OLIVEIRA, 2012, p. 55)

Sendo assim, o foco desta Reforma incide sobre a garantia dos direitos dos sujeitos e o exercício de sua cidadania, restaurando o laço social. No Brasil, este processo teve como contexto a redemocratização do país, após as duas décadas de ditadura civil-militar; a Reforma Sanitária, que atingia as bases do sistema de saúde pública do país, dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990; e a efervescência dos movimentos sociais. Nas palavras de Tenório (2002, p. 28), “a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si”.

A Reforma Psiquiátrica brasileira tomou como referência a psiquiatria democrática italiana, representada por Franco Basaglia. Este modelo propõe a noção de território e território subjetivo, com vistas a ultrapassar a perspectiva de localização da moradia do usuário dos serviços de saúde mental, se aproximando mais da ideia de referências socioculturais e econômicas que permeiam o projeto de vida do sujeito (TENÓRIO, 2002).

Nesse sentido, Amarante (2007) destaca as quatro dimensões que norteiam a política da Reforma Psiquiátrica brasileira:

1. Teórico-conceitual: na vertente epistemológica, busca-se discutir o próprio conceito de ciência, familiarizando-se com a constituição do saber psiquiátrico e como ele nomeou o fenômeno da loucura, tornando sua visão hegemônica. Assim, o intuito dessa dimensão é propor um novo paradigma no campo das ciências sociais, de modo que atentar para as relações de poder no conhecimento psiquiátrico é um aspecto que deve ganhar evidência no processo da Reforma Psiquiátrica, porque enquanto hegemonia pode ser usado como mecanismo de dominação e normatização. Agora, passa-se a olhar para o sujeito como um todo, considerando a saúde-doença como um processo, ultrapassando o fator biológico preconizado pela biomedicina e psiquiatria tradicional.

2. Técnico-assistencial: diz respeito à construção dos serviços substitutivos ao manicômio. O primeiro deles foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que teve sua primeira experiência em 1987, em São Paulo. No mesmo período, em Santos foi implantado o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).



3. Jurídico-política: mudanças na legislação sanitária, civil e penal que se relacionam com a loucura, buscando romper com os estigmas de periculosidade e incapacidade. Houve avanços, como a promulgação da lei 10.216/01, a Lei da Reforma Psiquiátrica, com três artigos estruturantes: 1. Impedimento da construção e contratação de novos hospitais; 2. Destinação dos recursos públicos para serviços substitutivos ao modelo manicomial; 3. Comunicação das internações compulsórias à comunidade judiciária.

4. Sociocultural: construção de um novo lugar social para a loucura, ligada ao âmbito cultural, defendendo o tratamento dos sujeitos para além dos manicômios, reconstruindo seus laços sociais.

A partir dessas dimensões, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi construída a fim de substituir a cultura manicomial, oferecendo tratamento e construindo a reinserção social do sujeito, onde o cuidado é oferecido no espaço da cidade. A RAPS faz parte da Política Nacional de Saúde Mental, que busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas em sofrimento psíquico nos serviços, na comunidade e na cidade. Sua finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para estas pessoas, bem como para as que passam por necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, a rede é composta de uma grande variedade de serviços e equipamentos que visam subsidiar o acolhimento e reinserção da pessoa em sofrimento psíquico na vida social, abrangendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção de Urgência e Emergência, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Centros de Convivência, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), SAMU, Consultório na Rua, Escola de Redutores de Danos (ERD) e leitos em Hospitais Gerais (BRASIL, 2013).

Em termos de incentivos à reconstrução do laço social, a Reforma Psiquiátrica traz também projetos de investimentos financeiros para permitir aos usuários trocas simbólicas pela via monetária, pois o recorte de classe foi um fator preponderante na caracterização da reificação do louco. Começa-se a esboçar um novo plano com os programas De Volta para Casa, Residências Terapêuticas e Benefício de Prestação Continuada (BPC) que, em alguma medida, são passos para deixar a identidade hospitalocêntrica, apesar de que não podemos deixar de reconhecer seus limites quando a cultura manicomial ainda predomina na sociedade.

Salientamos ainda que os CAPS devem funcionar como um serviço de referência, em uma articulação com os demais componentes da rede. No entanto, podemos observar limitações quanto à sua atuação em decorrência dos poucos funcionários que costumam compor a equipe e do número limitado de dispositivos, gerando superlotação. Assim, outra questão é colocada: como é possível descentralizar a assistência em um contexto onde os CAPS podem passar a repetir a lógica manicomial, quando estão limitados a apenas receber os usuários que vão até a unidade? Se há falhas em tarefas cruciais, como o trabalho em rede, a territorialização, o trabalho com as famílias e a sociedade, quais intervenções podem ser feitas para sua efetivação quando não há investimentos financeiros por parte dos órgãos públicos? A articulação tríplice governamental é imprescindível para a estruturação e efetivação da RAPS, pois “o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo (federal, estadual e municipal)” (BRASIL, 2005, p. 10). Apenas garantindo as condições para execução dessas tarefas o trabalho dos CAPS pode ser potencializado, pois é pouco efetivo passar pela terapêutica e retornar a um ambiente que também é causa do sofrimento psíquico. Essa assistência dá conta de romper com o ciclo de internamentos?

Um outro ponto é referente às questões da formação profissional: no atual direcionamento da assistência é previsto a intervenção a partir de equipes multi e interdisciplinares, compostas pelas mais diversas áreas de estudo. Entretanto, quais formações abarcam um percurso no campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica? Mesmo na área da psicologia esse estudo é restrito, e nas demais formações é difícil assegurar um referencial que aborde as questões de saúde mental para além da medicalização e intervenção estritamente psiquiátrica. Além disso, essas discussões acerca da formação estão surgindo há pouco tempo, então há um grande contingente de profissionais com formação mais antiga que não alcançou uma discussão voltada para os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Tendo em vista esse aspecto, não é raro depararmos com discursos que encaram a questão da loucura como de ordem religiosa e de possessão por alguma entidade. Longe de criticar a atitude desses profissionais, no entanto, nossa crítica é dirigida à estrutura que produz e mantém esse tipo de ideologia, como foi discutido até aqui.

Se no século XIX a psicologia tentou seguir o modelo das ciências naturais, a partir do século XX os postulados da precisão objetiva decaem e a psicologia tem de criar um novo estilo de fazer-se ciência, pois o homem não pertence a uma ordem estritamente natural: “a renovação radical da psicologia como ciência do homem não é, portanto, simplesmente um fato histórico, do qual podemos situar o desenrolar durante os últimos cem anos; ela ainda é uma tarefa incompleta a ser preenchida e, a esse título, permanece na ordem do dia” (FOUCAULT, 2002, p. 134). Nesse sentido, o desafio atual para a psicologia no âmbito da saúde mental é contribuir para efetivar essa nova política de saúde mental, garantindo os direitos dos sujeitos que dela participam, ao criar uma ciência e profissão que atendam à necessidade da população e que participem das equipes multidisciplinares como propulsoras de uma terapêutica que contribua para a construção da autonomia dos sujeitos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O poder do manicômio transformou a loucura em doença mental para subjugar os corpos improdúcentes, o que nos faz interrogar: o que fazemos com os sujeitos a quem julgamos insanos, em nome do que chamamos de razão, de ciência? Resgatando os questionamentos de Basaglia (1985) acerca da necessidade de considerar os planos socioeconômicos no processo de institucionalização, sustentamos a possibilidade da Reforma Psiquiátrica não estar sendo de todo efetivada por depender também de uma reorganização estrutural da sociedade, eliminando suas desigualdades e construindo uma cultura social pautada numa dialética de suas contradições, e não na exclusão dos que fogem ao que é convencionalizado como norma.

O percurso de estágio no âmbito da saúde mental permitiu uma aproximação com os variados discursos que permeiam esse campo, oportunizando a desconstrução de um ideário comum que localiza a loucura como doença mental e objeto de exclusão, para suscitar o contato com as diretrizes éticas, políticas, clínicas e assistenciais que um profissional psicólogo deve ter em seu ofício quando está em questão as dimensões do sofrimento psíquico.

A conjuntura apresentada sobre a situação da RAPS nos coloca frente a um impasse: entre a necessidade de fechamento dos hospitais psiquiátricos, por conta de seu histórico de funcionamento, e entre a precarização do investimento público em saúde mental para fazer efetivar a RAPS, o que nos resta? Em contrapartida, não podemos nos restringir às críticas, uma vez que já temos um projeto político de mudança na assistência, agora resta às

categorias profissionais que estão ligadas à saúde mental se articular através dos conselhos federais das profissões para lutar por melhorias nas reformas curriculares, nos meios de seleção para ocupação de cargos públicos e por medidas de incentivo financeiro por parte das gestões governamentais. Apenas dessa forma uma verdadeira efetivação da política de saúde mental poderá ser vislumbrada, aumentando o número de serviços de forma considerável, bem como a qualidade das formações e das atuações dos profissionais.

No tocante aos vários discursos que atravessam o campo da saúde mental é preciso identificar e reconhecer em que medida eles produzem e mantêm índices de sofrimento psíquico nos sujeitos, individual e coletivamente, além de saber manejá-los a fim de construir um programa terapêutico condizente às necessidades de cada um. O desafio hoje é pautar um tratamento que ultrapasse o sustento da lógica organicista, a qual apresenta a intervenção medicamentosa como solução, alimentando a indústria farmacêutica e a intervenção estritamente médica.

Mais do que esboçar uma crítica direcionada aos profissionais, vale o questionamento dos modos como o discurso vem sendo construído na formação em saúde mental: em que medida estamos assumindo o compromisso que a Reforma Psiquiátrica propôs sobre a desconstrução do estigma da loucura? Se entre os profissionais que compõem a equipe de saúde o acesso ao discurso sobre a nova política de saúde mental é raro, como fazer um trabalho junto à comunidade para avançarmos na desinstitucionalização dos sujeitos?

Se no imaginário social permanece como hegemônica a ideia de manicômio como abrigo seguro para a loucura, estamos vivendo um retrocesso. Delgado (2011) destaca a importância de investimento na formação profissional e que se não pautarmos nas universidades a responsabilidade pela Reforma Psiquiátrica, essa luta não se sustentará, porque o modelo antigo não predomina, mas ainda não completamos a instauração de um novo paradigma.

Nesse sentido, quais medidas a equipe de saúde mental pode tomar para estimular o laço social dos usuários com a família e a sociedade? Nesse âmbito, vale investir em certa instrumentalização da família com relação à incidência do sofrimento psíquico que pode afetar o sujeito, inclusive é comum que nem ele próprio entenda o diagnóstico que lhe fora atribuído. No que diz respeito ao vínculo social, a aposta em oficinas de arte realizadas na cidade pode ser a oportunidade de mostrar à comunidade que a loucura pode ser produção de vida, e que a agressividade não deve ser estereotipada, nem os sujeitos segregados, tarefa que se articula também à dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica.

Trabalhar com a loucura na formação em psicologia foi uma oportunidade enriquecedora. As experiências serviram como propulsoras para atentarmos para o cuidado e a formação continuada que o profissional deve prezar, de modo a suscitar em nós o exercício da auto avaliação constante, que permite rever e desconstruir nossos preconceitos e posturas defensivas diante de situações que nunca tínhamos vivenciado.

Em síntese, com a Reforma Psiquiátrica, a loucura não deve mais ser entendida como o negativo da razão, como doença mental e desvio do padrão de subjetividade convencionalmente científico. A luta passa a ser por um novo lugar social para a loucura e pela substituição da lógica manicomial, cabendo à Psicologia participar desse projeto que zela pelos princípios do Código de Ética Profissional, principalmente no que se refere ao primeiro princípio destacado como fundamental: “o psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos” (CFP, 2005, p. 7).

## Sobre o artigo

**Recebido:** 10/10/2017

**Aceito:** 20/11/2017

## Referências bibliográficas

AMARANTE, P. Estratégias e dimensões do campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 61-80, 2007.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARBEX, D.; MENDZ, A. **Holocausto Brasileiro**. [Arquivo de Videoclipe]. Direção de Daniela Arbex e Armando Mendz. Brasil, 2016, 90 min, color, son.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. **A Instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985, p. 99-133.

BRASIL. Ministério Saúde, Conselho Federal de Psicologia (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Centro de Referência em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP): Brasília, CFP, 2013, 132p.

BRASIL. Ministério Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 54p.

BRASIL. Ministério Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 6 abr. 2001. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 08 nov. 2016.

CANÇADO, M. L. **Hospício é Deus**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005.

DELGADO, P.G.G. Democracia e Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 16, n. 12, p. 4701-6, 2011.

FOUCAULT, M. A casa dos loucos. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003, p. 65-73.

FOUCAULT, M. A psicologia de 1850 a 1950. In: FOUCAULT, M. **Problematização do sujeito**: psicologia, psiquiatria e psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

OLIVEIRA, W.F. Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial: contextualização socio-histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 52-71, 2012.

PESSOTTI, I. Sobre a teoria da loucura no século XX. **Temas em Psicologia**. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 113-123, 2006.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (orgs). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-100.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002.