



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
CURSO DE PSICOLOGIA

MEG MAGALI DE OLIVEIRA TAVARES

LOUCURA E SUBJETIVIDADE: DAS GRADES A LIBERDADE?

CAMPINA GRANDE-PB

2011

MEG MAGALI DE OLIVEIRA TAVARES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Psicologia da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do
grau de Bacharel/Licenciado em Psicologia.

Orientador (a): Prof. Dra. Jailma Souto Oliveira da Silva.

**CAMPINA GRANDE – PB
2011**

T231I Tavares, Meg Magali de Oliveira.

Loucura e Subjetividade [manuscrito]: das grades a liberdade? / Meg Magali de Oliveira Tavares. – 2011.67 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Jailma Souto Oliveira da Silva, Departamento de Psicologia”.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Desinstitucionalização. 3. Saúde Mental.
4. Políticas públicas. I. Título.

21. ed. CDD 362.21

MEG MAGALI DE OLIVEIRA TAVARES

LOUCURA E SUBJETIVIDADE: DAS GRADES A LIBERDADE?

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Psicologia da Universidade Estadual da
Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de
Bacharel/Licenciado em Psicologia.

Aprovada em 17 / 11 /2011.

Banca Examinadora:



Prof.ª Dra.ª Jailma Souto Oliveira da Silva/ UEPB

Orientadora



Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio / UEPB

Examinador



Prof. Ms. Jorge Dellane da Silva Brito / UEPB

Examinador

À minha mãe Neide, por ser essa amiga e mulher batalhadora que com seu exemplo me ensinou que é preciso ter força para vencer as adversidades do caminho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por estar presente em minha vida, iluminando os meus caminhos e renovando a cada dia minha fé.

Aos meus pais, Enock e Neide, vocês são muito importantes em minha vida, obrigada pelo amor e apoio sempre ofertados. Vocês são dignos da minha admiração e do meu respeito pela força e o exemplo de vida que representam.

Ao meu irmão Neto pelo companheirismo.

Aos meus tios e tias, em especial Luzia e Luzivaldo, pela força que me deram quando vim morar nessa cidade.

Aos demais familiares pelo carinho e suporte.

A minha amiga Juliana Virgínia, és especial em minha vida, sou grata pela compreensão e atenção que me dedicas.

A orientadora prof. (a) Dra. Jailma Souto, és exemplo de compromisso ético e humano o que justifica tamanha satisfação em trabalhar com você. Sou grata pela honrosa parceria na construção desse trabalho.

Aos mestres que também contribuíram com a minha formação, aqui representados pelos convidados, prof.Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio e o prof. Ms. Jorge Dellane aos quais dedico profunda admiração.

Aos colegas da turma 2007.1, em especial a Kamylla Chesma por partilhar dos bons e maus momentos e por representar uma companhia agradabilíssima no decorrer desse percurso.

OBRIGADA A TODOS POR TUDO ISSO E ALGO MAIS!

Nada lhe posso dar que já não exista em você mesmo.

Não posso abrir-lhe outro mundo de imagens...

Nada lhe posso dar a não ser a oportunidade, o impulso, a chave.

Ajudarei a tornar visível o seu próprio mundo e isso é tudo.

Herman Hesse

RESUMO

O processo da reforma psiquiátrica no cenário brasileiro vem avançando consideravelmente nos últimos anos com a expansão dos serviços substitutivos. É notória também a ampliação das discussões de embasamento histórico da proposta em curso e da análise acerca do funcionamento dos dispositivos que preconizam a desinstitucionalização como uma grande aliada no processo. Nesse contexto ressaltamos as experiências vivenciadas em outros países. Evidenciando o movimento italiano, como uma forte influência para a experiência que mais tarde culminará na reforma do modelo de atenção em saúde mental do nosso país. Partindo dessas considerações propomos discutir a “louca trajetória” dos protagonistas que compõem essa história, elegendo como objetivo analisar as possibilidades de resgate da subjetividade do sujeito portador de transtorno mental, a partir das propostas reabilitadoras da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nessa perspectiva explicita-se a desinstitucionalização, a partir da reconstrução do objeto com a modificação do foco que é retirado da concepção do sujeito enquanto dimensão orgânica para sujeito considerado na sua dimensão sociocultural. Tecemos também considerações psicanalíticas acerca do sujeito considerado psicótico, visto que a partir das compreensões iniciais de Freud foi possível conferir um caráter diferencial para lidar com os fenômenos paranóicos distinto da abordagem preconizada pela psiquiatria clássica até então. Importantes contribuições também são colocadas a partir da segunda clínica lacaniana, em que o sujeito passa a ser reconhecido como aquele capaz de fazer laço social. Sob esse aspecto o modo psicossocial, surge como um novo paradigma para os atores sociais envolvidos na luta antimanicomial percebemos que esse modelo de atenção estará diretamente articulado aos modos de subjetivação, uma vez que novas maneiras de se relacionar com a coletividade tornam-se possíveis para esses sujeitos, possibilidades essas intermediadas pelas propostas reabilitadoras no âmbito da saúde mental.

Palavras-Chave: Desinstitucionalização; Subjetividade; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The process of psychiatric reform in the Brazilian has advanced considerably in recent years with the expansion of substitute services. Also notable is the expansion of the discussions of the historical foundation current proposal and analysis about the functioning of the devices which call for deinstitutionalization as a great ally in the process. In this context we emphasize the experiences elsewhere. Evidencing the Italian movement, as a strong influence on the experience that will culminate later in the model of reform mental health care in our country. Based on these considerations we propose to discuss the "crazy path" of the players that make up this story, choosing to analyze the possibilities of redemption of the subjectivity of the subject mentally ill, from the proposed rehabilitating the Brazilian Psychiatric Reform. From this perspective explicitly to deinstitutionalization, from the reconstruction of the object by changing the focus that is removed from the conception of the subject as organic dimension to the subject considered in its size sociocultural. Tecemos also considerations psychoanalytic about the subject deemed psychotic, since the from understanding early Freud was possible to give a differential character to deal with the phenomena paranoid distinct from the approach advocated by classical psychiatry to date. Significant contributions are also placed second from the Lacanian clinic, where the subject is now recognized as one capable of doing social bond. In this respect the way psychosocial, emerges as a new paradigm for the social actors involved in anti-asylums realize that this model of care is directly articulated to the modes of subjectivity, since new ways to relate to the community become possible to these subjects possibilities such intermediated by the proposed rehabilitativey.

Keywords: Deinstitutionalization, Subjectivity; Psychiatric Reform.

LISTA DE SIGLAS

CAPS- Centros de atenção Psicossocial

CAPS Ad-Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi-Centro de Atenção Psicossocial Infantil

ECT- Eletroconvulsoterapia, eletrochoque.

ICANERF- Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

MTSM- Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS- Núcleos de Atenção Psicossocial

PNASH- Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

PSF- Programa de Saúde da Família

SRT- Serviço Residencial Terapêutico

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2.1 BREVE PERCURSO HISTÓRICO DA LOUCURA	14
2.2 Panorama Geral da Reforma Psiquiátrica	19
2.3 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	25
3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA REFORMA:.....	32
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO X DESOSPITALIZAÇÃO	
3.1 Os Serviços Substitutivos como Estratégias de Atenção em Saúde Mental	34
3.1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS	35
3.1.2 Os Serviços Residenciais Terapêuticos- SRT	36
3.1.3 O Programa de Volta para Casa	36
3.2 Campina Grande-PB: uma experiência a ser refletida	38
4. QUAL A SUBJETIVIDADE POSSÍVEL AO SUJEITO MARCADO PELO DIAGNÓSTICO MENTAL?	42
4.1 Como a psicanálise concebe o sujeito?	44
4.2 O sujeito e a psicose	47
4.3 O modo psicossocial de atenção a saúde mental	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXO A-Pinturas de Bosch	63
ANEXO B-Poesia de Alphonsus Guimaraes	64
ANEXO C-Lei Nº 10.708, de 31 de julho de 2003	65
ANEXO D- Capa do folheto de cordel.....	67

1. INTRODUÇÃO

O motivo que me impulsionou é muito simples. Para alguns, espero que ele baste por si só. É a curiosidade; o único tipo de curiosidade que, de qualquer forma, vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que busca se assimilar ao que convém conhecer, mas a que permite desprender-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ela apenas garantisse a aquisição de conhecimento, e não, de uma certa maneira e tanto quanto possível, o extravio daquele que conhece? Há momentos na vida em que a questão de saber se é possível pensar de forma diferente da que se pensa e perceber de forma diferente da que se vê é indispensável para continuar a ver ou a refletir.

(FOUCAULT)

A curiosidade, a que me refiro, é o impulso, o desejo de escrever sobre os processos de subjetivação dos sujeitos marcados pela história e diagnosticados ‘loucos’. Surge a partir de discussões acerca da luta antimanicomial fomentadas no Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), lideradas pela professora Livia Sales Cirilo¹ que contempla em sua dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, intitulada: *Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares*, uma significativa contribuição para a produção local acerca do tema.

Curiosidade que foi reforçada pelo contato com as demandas dos serviços de atenção a saúde mental prestados pelo Programa Saúde da Família (PSF) numa unidade localizada no bairro das Malvinas, onde sou funcionária ocupando posto de cargo de apoio. Com a experiência na referida unidade houve o contato com os discursos dos usuários², assim a curiosidade foi aguçada surgindo às seguintes indagações: como os sujeitos se colocam frente ao paradigma da Reforma Psiquiátrica Brasileira? Como esse processo reflete no resgate da subjetividade daqueles que, por décadas silenciaram nas grades da exclusão e nos muros do confinamento?

A partir desses questionamentos posicionei-me sobre a escolha do tema para a construção do presente trabalho. O caminho metodológico a ser trilhado consiste em revisão bibliográfica, promovendo a discussão do assunto apresentado.

Faz-se necessário delinear um breve percurso histórico da loucura e do movimento psiquiátrico destacando as experiências européias e norte-americana e posteriormente o movimento no cenário brasileiro. Destacando também o descredenciamento

¹ Professora Ms. do Departamento de Psicologia da UEPB.

² O termo adotado é designado pelo Ministério da Saúde para referenciar as pessoas que utilizam o serviço.

do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), popularmente conhecido como hospital Dr. João Ribeiro³ a partir daí busca-se observar o trabalho que vem sendo desenvolvido no campo da saúde mental a exemplo dos serviços ofertados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Entre os autores citados para contemplar os capítulos indicados destacam-se Michel Foucault, com sua importante contribuição com a História da Loucura; Basaglia, Amarante, Rotelli, entre outros na discussão das ‘reformas psiquiátricas’; recorremos à obra machadiana “*o alienista*” observando a relação entre loucura e confinamento a partir de uma obra literária que de forma magnífica coloca em cena a crítica social ao asilamento. Também amparamos nossa discussão através de relatórios de gestão do Ministério da Saúde. E elencamos as contribuições da psicanálise na concepção do sujeito a partir de Freud e Lacan. No que se refere a produção local, além do trabalho de mestrado mencionado, desmembramos o cordel de Manoel Monteiro para ilustrar as epígrafes evidenciando a literatura regional.

Assim sendo, o objetivo desse estudo, é analisar as possibilidades de resgate da subjetividade do sujeito portador de transtorno mental, desmembrando-se em: compreender as experiências que norteiam a Reforma Psiquiátrica Brasileira; distinguir desinstitucionalização de desospitalização, uma vez que o paradigma da desinstitucionalização traz o foco da luta dos atores sociais que trabalham com a saúde mental. Seria então a possibilidade de reinventar, desconstruir os modelos de opressão e assim descobrir novas maneiras de atuar frente a esse que sofre, compreendendo-o como sujeito, não se ocupando apenas da doença com práticas medicamentosas. A partir dessas considerações, investigar de que forma o modo psicossocial de atenção a saúde mental, contribui para a inserção do sujeito no laço social.

³ Utilizo a denominação Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, ao invés de adotar o nome oficial Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF) para que a leitura desse trabalho adquira mais proximidade com a realidade local. A referida instituição, Hospital Psiquiátrico João Ribeiro está citada de forma similar no relatório de gestão (2003-2006) do Ministério da Saúde.

2. BREVE PERCURSO HISTÓRICO DA LOUCURA

Na antiguidade quis-se
 Associar-se a loucura
 Aos desígnios dos Deuses,
 Assim, quando a criatura
 Apresentava distúrbios
 Era mister da “altura.”

Ser maluco era ser quase
 Escolhido e premiado
 E se muito insano fosse
 Chegava a ser invejado
 Porque estava mais próximo
 Dos deuses do outro lado.

(Manoel Monteiro)

Através de um resgate histórico acerca da loucura far-se-á um breve percurso objetivando ressaltar a percepção que lhe é atribuída desde a Grécia Antiga até o período Pós Guerra, quando entra em cena um período propício para as Reformas. Inicialmente observa-se que a loucura nem sempre ocupou um lugar negativo na concepção dos homens. Na Grécia Antiga foi considerada um privilégio:

Filósofos como Sócrates e Platão ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como divina e, inclusive, utilizavam a mesma palavra (manikê) para designar tanto o “divinatório” como o “delirante”. Era através do delírio que alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas (SILVEIRA e BRAGA 2005, p.592).

Consolidando-se assim uma relação mística, entre a “desrazão” e o delírio, uma vez que esse postulava uma verdade: a verdade dos deuses sendo esta impossível de ser decifrada. Nesse sentido, a segregação será atribuída quando surge a necessidade de separar o divino das experiências terrenas, entre o rompimento que irá operar o místico do racional.

Será na Idade Média, que o fenômeno da loucura surge como expurgo social implicando na ideia do que seja considerada norma para a sociedade. Os espaços de segregação que antes eram acentuados por duas enfermidades, a lepra e as doenças venéreas, são agora ocupados pela figura do louco. Suscita então o fenômeno da loucura evidenciando controle de coação sobre aqueles sujeitos considerados loucos.

Segundo Foucault, “Um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos Loucos estranho barco

que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais Flamengos” (2002, p.9). *A Nau dos Loucos*⁴ foi retratada na pintura de Hieronymus Bosch, assim como a *Pedra da Loucura*⁵. Essas obras figuram importantes representações do artista acerca da loucura.

Confiar esses loucos aos marinheiros era vislumbrar a comprovação de que esses não estariam entre os muros das cidades como vagabundos. Era essa a imagem que se tinha dos loucos, sua desrazão esboçava a ideia de improdutivos e estes por sua vez não serviam para estar em sociedade, por isso eram escorraçados. Nesse período também situa-se a loucura como sendo uma influência diabólica na vida das pessoas “[...] destacou-se como o período de maiores credences supersticiosas,[...] Os loucos eram considerados hereges sendo martirizados em tribunais religiosos, que na maioria das vezes os condenavam às fogueiras” (SILVA apud CIRILO, 2005, p.20).

No século XV, com a experiência Clássica, a loucura será observada não como o mistério das noites, como um poder abafado; nesse momento liga-se ao campo da razão, ganhando sentido e valor a partir deste que, na forma paradoxal da razão, a loucura pode tomar ‘consciência de si’. Os considerados insanos apresentam uma razão distinta daquela que é comum a ordem social vigente considerando, pois que não há uma verdadeira razão uma vez que esta não está isenta da parcela de loucura que lhe cabe:

Mas este caminho, mesmo quando não leva a nenhuma sabedoria final, mesmo quando a cidadela que ele promete não passa de miragem e loucura renovadas, esse caminho é em si mesmo o caminho da sabedoria, se for seguido sabendo-se que se trata justamente do caminho da loucura. O espetáculo inútil, os ruídos frívolos, essa algazarra de sons e cores que faz com que o mundo seja sempre apenas o mundo da loucura, é preciso aceitá-la, acolhê-la em si mesmo, porém na clara consciência de sua fatuidade, dessa fatuidade que é tanto a do espectador quanto a do espetáculo (FOUCAULT, 2002, p.34).

O fenômeno da loucura, no início do século XVI, é apontado a partir do homem confrontado com sua verdade, considerada desde o século anterior em relação à razão, no próprio campo da razão toma uma de suas formas:

A loucura torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra (FOUCAULT, 2002, p. 36).

⁴ Pode ainda ser denominada “A Nave dos Loucos” ou “A Nau dos Insensatos”. No acervo Museu do Louvre, Paris.

⁵ Também conhecida como a extração da pedra da loucura. No acervo Museu do Prado ,Madri.

No entanto é a experiência com as casas de internamento que constituirá a estrutura mais visível da experiência clássica da loucura a partir da metade do século XVII, sendo esse o período da articulação entre a loucura e o internamento. Porém a experiência do confinamento não estará nesse momento institucionalizada ao saber médico, mas, a uma estrutura semijurídica que, ao lado de poderes já constituídos busca o controle social através de medidas de punição. Sendo, pois esse o direcionamento proposto “É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que ao lado dos poderes já constituídos, a além dos tribunais, decide, julga e executa” (FOUCAULT, 2002, p.50). Em nada apresentava práticas terapêuticas.

A partir da criação do Hospital Geral, foi destinado um lugar para os considerados marginalizados, mendigos, prostitutas, loucos, todos os que de alguma forma viviam nos arredores das cidades, no ócio; todos que, de alguma forma estavam impossibilitados de produzir em sociedade foram submetidos ao internamento. O Hospital Geral tinha entre as suas normas que aquele que na instituição fosse admitido tivesse alguma ocupação como descrito em uma das cláusulas que rege o regulamento das atividades cotidianas da casa de Saint Louis de La Salpêtrière, cita Foucault:

[...] a oficial encarregada das obras na casa fará soar o sino destinado a advertir que todos devem estar a postos para começar o trabalho... As oficiais farão a seguir suas rondas, cuidando para que todos os pobres estejam ocupados, não admitindo os inúteis (2002, p.537).

Nesse contexto, surge um questionamento: quando a apreensão do fenômeno da loucura passará a objeto do saber médico? Situando cronologicamente, será no começo do século XVIII que nasce uma nova reflexão sobre a doença. Sob esse novo olhar a loucura se integra e o espaço dessa classificação se ‘abre’ para a análise da loucura. Será necessário que a loucura seja separada das outras formas de desatino representadas pela figura dos marginalizados que, anteriormente dividiam o mesmo espaço de clausura, e desta são retirados como força de trabalho, restando ao louco ficar submetido ao asilamento. Uma vez realizada essa dissociação, a loucura passa a ser considerada como doença, ganhando legitimidade no espaço do internamento. Será com a etiologia das doenças nervosas que a medicina se constituirá em uma técnica privilegiada e que, enfim, tomará a loucura como objeto. Nascerá a possibilidade de um internamento de aspecto hospitalar. Nesse contexto, surgem os hospitais psiquiátricos clássicos direcionados a uma prática médica:

Em que a instituição se organiza em uma série de disposições graduadas em torno das enfermarias, unidades administrativas denominadas “serviços”, e da possibilidade de o paciente vir a ter “alta”. As enfermarias se estruturam em níveis graduados: Ala C, dos “loucos varridos”; Ala B, dos “loucos inofensivos”; e Ala A, daqueles passíveis de receberem “alta hospitalar”. Nessas instituições, já é possível encontrar vários serviços chamados de “paramédicos”, como os de enfermagem e de assistência social. O tratamento é assentado quase que exclusivamente em técnicas coercitivo-punitivas e na administração de psicofármacos (CARNEIRO e ROCHA, 2004, p.67).

Essas instituições, descritas como instituições totais por Goffman (1974), são consideradas como “[...] locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade”. O referido autor cita como exemplo os sanatórios que se caracterizam por interromper, ou mesmo eliminar, o contato de seus moradores com a comunidade e restringi-lo ao interior da vida institucional, assim a ideia de incapacidade e periculosidade se refletiria no seu isolamento, sobre isto:

Dentro desse espaço esquadrinhado, percebe-se uma institucionalização das relações lá exercidas, tornando-se um mundo à parte, afastando cada vez mais o indivíduo de suas relações exteriores. O discurso que alimenta esse sistema percebe os loucos como seres perigosos e inconvenientes que, em função de sua “doença”, não conseguem conviver de acordo com as normas sociais. Retira-se, então, desse sujeito todo o saber acerca de si próprio e daquilo que seria sua doença, ao mesmo tempo em que se delega esse saber ao especialista. (SILVEIRA e BRAGA, 2005, p.593)

Com a emergência dessas novas práticas médicas, uma distinção, completamente estranha à era clássica, começa a ocorrer: tratamento físico e tratamento moral⁶. Essa disparidade tornou-se possível somente quando, no século XIX, a loucura foi introduzida no jogo da culpabilidade. As ideias de Pinel⁷, na França, e Tuke⁸, na Inglaterra irão protagonizar um movimento da Reforma. Figueiredo (1988, p.86) “[...] a atitude de Pinel ao desacorrentar os insanos [...] Fazia coro com o discurso político para a ocasião: liberdade, igualdade, fraternidade”.

⁶ O tratamento moral fundava-se, pois, na crença de que seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mais firmes, da equipe técnica.

⁷ Médico francês, responsável por chefiar o hospital de Bicêtre.

⁸ Negociante e filantropo inglês, seu nome é ligado ao tratamento humanizado dos doentes mentais, para os quais projetou, em 1792, o Retiro de York, que ficou famoso como instituição na qual tentava-se corajosamente manter os doentes mentais sem restrições excessivas, que eram entendidas como essenciais na época.

Contudo essas ideias foram sendo mascaradas pelo capitalismo, assim como para as casas de internamento que são reflexos do sistema e que pelas suas diretrizes não permitiriam uma abordagem decente para as doenças mentais. A liberdade posta pelo modelo pineliano, não conseguiu ir muito além uma vez que, o louco é desacorrentado, mas continua preso a alienação institucional e dessa forma representa o perigo e, conseqüentemente tem que manter-se isolado sob tutelas. Sobre a instituição psiquiátrica, ainda de acordo com Figueiredo (1988) “O doente mental continua no seu destino trágico, e de certa forma as correntes que substituíram a fogueira foram, por sua vez, trocadas pelos eletrochoques, comas insulínicos e neurolépticos em doses imobilizantes”.

Essa diferenciação entre o físico e o moral coloca as “ciências do espírito” em oposição às ciências naturais e apareceu somente quando a problemática da loucura se deslocou para uma interrogação do sujeito responsável. O chamado tratamento moral não chegou a se constituir enquanto conhecimento acabado dando assim uma enorme diversidade empírica:

O próprio Pinel, que se jactava de ver, em Bicêtre,... um grande número de maníacos reunidos e submetidos a um sistema regular de disciplina, e de outro o relato de Charles Dickens de uma visita ao hospital Estadual de Boston, onde os pacientes se sentavam para jantar usando garfo e faca como qualquer pessoa normal, mantinham reuniões e passavam resoluções sobre as atividades do dia, tudo em meio ao maior decoro e concluía que, ao seu ver era a inculcação e o encorajamento de um profundo sentimento de auto-respeito e dignidade dos pacientes (FIGUEIREDO, 1988, p.27).

No entanto as medidas do tratamento moral decaem na metade do século XIX, devido à grande ênfase que será atribuída ao progresso da bacteriologia e da anatomia patológica que, carrega consigo a introdução do microscópio nas instituições psiquiátricas, passando assim a questionar as bases pouco científicas que o tratamento moral desvelava. Considerando que esse sujeito marginalizado não é vítima tão somente das suas lamentáveis condições de vida, mas de degenerações que podem ser explicadas biologicamente. “A assistência psiquiátrica mergulha novamente no longo sono do período pré-pineliano não considero exagero afirmar que deste pesadelo só começará a despertar na época da segunda grande guerra”. (FIGUEIREDO, 1988)

Nos espaços asilares, enquanto modelos hospitalocêntricos no período Pós-Guerra surgem críticas no sentido de que as práticas psiquiátricas deveriam ser reformuladas, oportunizando dessa forma as experiências que preconizaram as mudanças no contexto

psiquiátrico através das Reformas. Constituindo assim novas modalidades de tratamento para se lidar com o fenômeno da loucura.

2.1 PANORAMA GERAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Antes os deuses usavam
o louco como instrumento
[...]
DEPOIS RESOLVEU-SE
TUDO COM O SIMPLES CONFINAMENTO.
Construíram manicômios
Em toda federação
“Engaiolavam-se os loucos”
Em regime de prisão
Onde cada um custava
muito dinheiro à Nação.

(Manoel Monteiro)

Sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica, a experiência de Trieste destaca-se como de fundamental importância para a discussão, abordando as propostas que buscaram romper com as formas desumanas de tratamento da loucura. A experiência Italiana beneficiou-se de certa forma das falências de outras tentativas “das reformas psiquiátricas” vivenciadas em outros países, a citar como exemplo: a experiência Inglesa da Comunidade Terapêutica que ocorreu durante a Segunda Guerra Mundial, tendo como objetivo tornar o espaço “do hospital” de fato terapêutico propondo o diálogo entre médicos, pacientes e outros profissionais do setor para discutir a instituição que, nessa relação implica o seu conhecimento.

Assim partindo de Rotelli:

A instituição é, para nós, o conjunto que liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-paciente: e, em uma visão objetivante, naturalística, o médico-faz-de-conta que não vê o que está implicado na rede institucional (1994, p.151).

Apesar de se apropriar do termo comunidade para denominar a experiência inglesa, infere-se que a segregação é intrínseca, tendo em vista os papéis sociais. Os médicos detêm o

saber e o paciente está inserido na cultura do doente, a quem deve obedecer às regras institucionais. Embora a proposta inicial objetivasse que “o doente” tivesse condições de expressar-se, como observado no trabalho desenvolvido pelo psiquiatra Maxwell Jones⁹ que, atuando num dos hospitais emergenciais destinado ao tratamento de soldados considerados mentalmente perturbados, para que estes tornassem hábeis a lutarem na Segunda Guerra, observou que os sintomas apresentados pelos pacientes sugeriam conflitos psicológicos.

A partir dessa experiência realizou um projeto de pesquisa extensiva com todos os 100 pacientes deste hospital. Jones descobriu que o conjunto de sintomas dos pacientes eram reações somáticas de conflitos psicológicos (psicossomáticos) ao estresse, sem qualquer relação biológica associada. Decidiu que todos deveriam ser informados do resultado da pesquisa. A comunicação entre os profissionais e pacientes sobre a referida pesquisa ocasionou uma mudança na estrutura social do hospital. Com o auxílio de outros técnicos (enfermeiros), a quem Jones recorreu para divulgar os resultados da pesquisa aos próprios pacientes, ele observou que poderia estimular a representação das situações vivenciadas por esses pacientes e assim gerar condições para que esses expressassem seus sentimentos influenciados pela técnica do psicodrama de Jacob Levy Moreno. Contudo a experiência inglesa da comunidade terapêutica não consegue ir muito além:

A experiência inglesa da Comunidade Terapêutica foi uma importante modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e, portanto, não poderia ir além do hospital psiquiátrico (ROTELLI, 2002, p.150).

Dessa forma o sujeito continuou enclausurado nas instâncias do poder da instituição, sendo-lhe propiciado o direito de aprender, mas, aprender sobre as regras; prevalecendo ainda os espaços de segregação e verticalidade nas relações. Contudo, é inegável a contribuição dessa experiência para o movimento que, conseguiu, de certa forma, colocar em foco aspectos terapêuticos rompendo com a instituição hospitalar tradicional.

Já a experiência francesa propiciou o surgimento de uma Psicoterapia Institucional, no período da Segunda Guerra, quando a França enfrentava fissuras profundas nas suas estruturas econômicas e nos hospitais psiquiátricos que, por sua vez enfrentavam as consequências. Neles foram registradas a morte de quarenta mil doentes mentais, pela má alimentação e maus cuidados.

⁹ Maxwell Jones é um psiquiatra sul-africano radicado no Reino Unido, considerado ser o criador do conceito de comunidade terapêutica.

Entre os hospitais psiquiátricos que aderem à política da Psicoterapia Institucional destaca-se o de Saint Alban que tenta resgatar propostas terapêuticas e tem como líder Rosquelles. O trabalho era externo, a instituição compreendia a participação dos pacientes em eventos como: passeios, festas, feiras, oficinas. “[...] camponeses que passavam em frente ao hospital quando iam para a feira, aproveitavam para comercializar os trabalhos que os pacientes produziam, contribuindo para a construção de um trabalho muito particular em Saint Alban” (BIRMAN & COSTA, 2002, p.45). Essas atividades gerenciadas em conjunto oportunizaram uma dinâmica nas relações desses sujeitos onde todos tinham função terapêutica independente dos papéis sociais.

Outra experiência francesa é a Psiquiatria de Setor, que tinha como princípio articular o trabalho de profissionais: psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros em uma determinada área geográfica, buscando observar as demandas locais e implantando serviços diferenciados não focando apenas no internamento, mas, pensando esse trabalho como um processo em que o tratamento teria continuidade após a alta do paciente, uma intervenção que adotasse medidas preventivas.

Para efetivação dos profissionais atuando por setores nos bairros franceses, foram criados os Centros de Saúde Mental (CSM) formados por equipes multiprofissionais cujo objetivo era atender os pacientes após a alta evitando que estes ficassem confinados nos hospitais. O termo prevenir aqui adotado sugere a posição defendida por (CAPLAN): “Prevenir, palavra ambígua, implica em adaptar, em equilibrar os contextos socialmente tensos desde o seu surgimento do desvio e do marginalismo dos grupos constituídos, já que são ameaças, reais e (ou) simbólicas para sua dissolução”.

Através dessas contribuições culminou nos Estados Unidos a Psiquiatria Preventiva que, surge da necessidade de “ir além” do hospital psiquiátrico e tornar o espaço da psiquiatria mais amplo: a comunidade. Nesse sentido, todo o trabalho estará voltado para a comunidade, que tem na Psiquiatria Preventiva o seu instrumento regulador para o equilíbrio das tensões. A partir das ideias postas em 1963 pelo presidente Kennedy, a nova política para abordar as doenças mentais tornar-se-iam referências mundiais, o grande diferencial do movimento reside no conceito de Caplan: prevenção primária. “Revelar o diagnóstico precoce para instituir rapidamente a terapêutica, corresponde a buscar formas para impedir que a enfermidade se enraíze ou provoque danos de tal monta que dificulta ou mesmo inviabiliza a possibilidade do tratamento” (2002, p.55) .

Os outros níveis de atenção a saúde mental, secundário e terciário já faziam parte do sistema curativo com o diagnóstico, o tratamento e a readaptação. A prevenção primária,

contudo, precisa encontrar o seu espaço porque não irá abandonar a terapêutica. Porém os investimentos tanto financeiros quanto técnicos devem estar voltados para o nível primário enquanto que as outras prevenções (secundária e terciária) funcionarão como subsídios para o sistema global:

Creo que La psiquiatria preventiva deve incluir La prevención primária como elemento esencial, y promover La salud mental entre los miembros de La comunidad que corrientemente no están alterados, tratando de reducir el riesgo de que enfermen. Admito que La inclusión de La prevención primária obliga a reducir el esfuerzo psiquiátrico em lãs áreas de La prevencion secundaria e terciária (CAPLAN,2002).

Nesse contexto surge o conceito de crise sugerindo que, sucessivas crises podem conduzir a enfermidade e, levando em consideração a intervenção de técnicos e líderes psiquiatricamente orientados para atuarem sobre as crises, elas passam a ser encaradas como oportunidades de “promover saúde”. A Psiquiatria Preventiva segue uma proposta voltada para a Prevenção Primária. Nesse sentido, o trabalho do psiquiatra esteve vinculado à promoção de saúde, quando se observa as ações voltadas para a educação da população através dos meios de comunicação em massa enfatizando os sinais precoces de crise. Atuando também como supervisores de saúde mental nas instituições. É inegável que, nesse movimento da Psiquiatria Preventiva o objeto foi modificado não privilegiando a cura, mas priorizando as possibilidades de uma prevenção mesmo que minimizado por discussões de fundamentação teórica.

Entre os movimentos que configuraram o panorama “das reformas”, grande ênfase é dada, como citado inicialmente, a experiência italiana desenvolvida na cidade de Trieste, movimento também conhecido como Psiquiatria Democrática. A crítica aos outros modelos europeus e a experiência americana, anteriormente elencados, emerge no sentido de que as práticas psiquiátricas não conseguiriam ser modificadas se a psiquiatria como tal, não fosse discutida. Segundo Rotelli (2002, p.150) “Nenhum destes modelos conseguiu colocar em discussão a raiz fundamental da objetivação dos pacientes”.

Basaglia foi o líder do circuito de Trieste, onde buscou a superação da luta manicomial com a desapropriação de hospitais psiquiátricos, promovendo a substituição desses por uma rede territorial de atendimento. A partir do trabalho desenvolvido por Basaglia foi

criada a lei 180¹⁰, Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana e, decorrido 11 anos o governo europeu ainda não tinha disposto recursos para o seu cumprimento com a efetivação dos serviços alternativos, pondo em risco o descredenciamento da proposta, contudo, grupos técnicos e algumas situações políticas locais à exemplo de algumas cidades italianas, colocaram em prática o que pregava a ideologia.

De acordo com Rotelli:

[...] na cidade de Trieste que não tem nem 300 mil habitantes, no lugar do manicômio foram construídos sete centros de saúde mental, um para cada bairro da cidade, onde funcionam 24 horas por dia, para os quais foram transferidos todos os médicos, todos os enfermeiros e todos os recursos do ex-hospital psiquiátrico. São serviços que se ocupam de todas as “patologias” psiquiátricas, mas dentro do bairro, mas dentro do território, dentro da comunidade, com as portas sempre abertas, com respeito total ao direito das pessoas e com o trabalho para a reprodução social das pessoas (2002, p.153).

Nesse contexto que trava discussões políticas, ideológicas, econômicas jurídicas muito se discutiu sobre a desospitalização, uma das mais importantes contribuições da experiência italiana é ilustrada pelo fato de conseguir deslocar o foco assistencial do asilamento e passar a pensá-lo como um de seus instrumentos. Em que a psiquiatria assume uma complexidade muito maior tendo em vista que seu papel não deverá ser reduzido às práticas terapêuticas, porém a uma articulação histórica e social que se propõe romper com a estranheza que se sobrepõe a loucura, é o encontro com as diferentes subjetividades que possibilita o sujeito sair do “vazio” da loucura.

Sobre os centros de saúde de Trieste, pode se destacar experiências para uma melhor compreensão desse trabalho que tornou-se modelo mundial e mais tarde influenciou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, através dos centros foram criadas cooperativas onde foi realizado um contrato de aliança com a administração para que o cidadão-trabalhador tivesse condições de desenvolver atividades cotidianas dentro do próprio centro, não somente incitando a produzir, mas também a consumir: “Quando nós ainda estávamos no hospital ,nós abrimos um bar dentro dele,abrimos pequenos negócios de forma que as pessoas pudessem se reacostumar a consumir e que as trocas entre elas pudessem a vir através desta forma de consumo” (ROTELLI 2002, p.157).

¹⁰Lei que proibiu a recuperação de qualquer cidadão em hospital psiquiátrico e declarou que o vínculo entre doença e periculosidade, presente na legislação precedente, não tinha sustentação científica, removendo-o da legislação.

Quando Rotelli esteve no Brasil em 1989, na conferência realizada no sindicato dos médicos, falou sobre a estrutura física e a dinâmica dos Centros de Trieste, citou que a estrutura física assemelhava-se a residências e, em cada centro era atendida toda a população de uma região, cerca de 40 mil habitantes. Cada Centro funcionava 24 horas, comportava oito leitos, ficando aberto durante o período diurno, a comunidade em geral. A equipe técnica dispunha de: três a quatro psiquiatras em tempo integral, cerca de 20 enfermeiros, uma ou duas assistentes sociais, um psicólogo. A maioria dos serviços realizados era a domicílio, tendo cada Centro dois carros disponíveis e as visitas, realizadas quase sempre pelos enfermeiros. Dentre as atividades destacadas também foi citado que, diariamente havia uma reunião com todo o pessoal para a discussão das estratégias. A psicoterapia não era instituída formalmente, todavia o trabalho como todo assumia cunho terapêutico na busca da rede de relações entre as pessoas.

Portanto as experiências mencionadas são compreendidas como processo e não como “falência das reformas”, sendo o movimento italiano a mais significativa contribuição para influenciar no movimento que mais tarde culminará na reforma do modelo de atenção em saúde mental no cenário brasileiro.

2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A lei - dez mil duzentos
E dezesseis - dita norma,
Nela o Deputado PAULO
DELGADO fez a REFORMA
PSIQUIÁTRICA que hoje

As novas regras informa.
O parlamentar mineiro,
Petista, legisla então,
Que ao doente mental
Tratem como cidadão.
Obedecendo ao “slogan”:
“CUIDAR SIM - EXCLUIR NÃO.”

(Manoel Monteiro)

Conjeturando um resgate histórico para abordar a Psiquiatria Brasileira percebe-se a escassez da disponibilidade de dados sugerindo que a discussão sobre a loucura manteve-se intocada por algum tempo não podendo ser claramente enunciada. O portador de transtorno mental no Brasil teve por muito tempo relativa liberdade. As correntes do confinamento passaram a lhe aprisionar no momento em que interpretaram o portador de transtorno mental como uma “ameaça” a ordem social, ou seja, quando esses não conseguiram adaptar-se a estrutura social vigente, até então eles permaneciam marginalizados ou trancafiados dentro de suas residências, disso dependia a classe social a que pertenciam, como cita Resende:

[...] aos loucos pobres, desde que mansos, se permitia errar pelas cidades, aldeias e campos, sujeitos aqui e ali aos motejos da criançada, vivendo em caridade pública [...] No caso de exibirem comportamento violento ou atitude indecorosa, eram recolhidos às cadeias. [...] As famílias mais abastadas, estas escondiam em casa seus doentes, em quartos próprios ou construções anexas especialmente levantadas; se violentos ou agitados também contidos ou amarrados (1997, p.31).

É interessante ressaltar que nenhuma atenção terapêutica era dada a esses sujeitos, a emergência em cuidar do “louco” no nosso país surge no século XIX emergindo como problemática social, tardiamente em relação às outras experiências já citadas. Sobre isto “Do mesmo modo que o tabaco e o café, as raízes da assistência psiquiátrica brasileira foram para cá transplantadas [...]” (RESENDE, 1997, p.18).

No entanto, para discutir a Reforma Psiquiátrica Brasileira será considerado inicialmente as ideias que nortearam as políticas de saúde mental¹¹ no Brasil, para tanto explicita-se a questão das significações de saúde mental. Nesse contexto, Lancetti e Amarante “Falar em saúde mental significa falar de uma grande área de conhecimento e de ações que se caracterizam por seu caráter amplamente inter, transdisciplinar e intersetorial” (2006, p.616). Partindo desse pressuposto considera-se que é necessário que vários saberes se articulem para abordar a questão da saúde mental, a medicina não atingirá êxito isoladamente, necessita, portanto das outras áreas do saber: a psicologia, a sociologia, a antropologia, a história, entre outras.

Contudo a complexidade pelo vasto campo de atuação, ainda segundo Lancetti e Amarante *apud* Nunes (2006) sugere que cabem três conjuntos de acepções para discutir o termo saúde mental. Num primeiro momento estará relacionado às origens históricas da psiquiatria, remetendo ao modelo hospitalocêntrico e como este reproduziu espaços de segregação. A segunda acepção esteve voltada para a questão das mudanças propostas ao modelo psiquiátrico com “as reformas psiquiátricas” referenciadas anteriormente. Enquanto que a terceira acepção em saúde mental concerne à experiência de Trieste, considerada a mais radical por não estar apenas sob o ponto de vista da mudança ou transformação, mas porque conseguiu uma ruptura com o paradigma psiquiátrico possibilitando uma articulação do saber médico, abrindo uma dimensão revolucionária para uma nova prática dos atores envolvidos com o campo da saúde mental. A Reforma é compreendida como um novo paradigma em saúde mental, ou seja, como um conjunto de transformações de saberes, práticas, valores culturais e sociais em relação à doença mental. É também marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Nesse contexto um dos maiores escritores brasileiros, Machado de Assis, aborda em 1882, a relação entre loucura e confinamento, tecendo uma crítica social, salientando a verossimilhança de como a arte imita a vida. Amarante (2002, p.73) faz um recorte histórico da psiquiatria no Brasil citando a obra machadiana “*O Alienista*”, verbete que significa aquele que é especializado em cuidar de “alienado”, assumindo o sentido de psiquiatra.

O referido trabalho tem como protagonista, Simão Bacamarte, médico que dedica atenção especial ao “recanto psíquico” “— A saúde da alma, bradou ele, é a ocupação mais digna do médico” Assis (1994):

¹¹ A política nacional de saúde mental em nível de saúde pública no Brasil define em sua legislação como transtornos os de ordem :neuropsiquiátricos (o que nos faz adotar a denominação portador de transtorno mental,no quadro psicótico);os emergentes e epidemiológicos.

Após conquistar o apoio da Câmara Municipal, edifica sua Casa Verde, o que lhe possibilita reunir num mesmo espaço todos os supostos loucos de Itaguaí para, em seguida pesquisar o que vem a ser a enfermidade mental. Parte, enfim, para a ambição maior que é a de conhecer a loucura para sobre ela intervir com certeza e convicção. A loucura, entretanto, não se deixa desvendar. Seria o alienista, o alienado? Interroga perplexo, o povo de Itaguaí.

Bacamarte envereda o estudo sobre a loucura, para ele, a insânia é ilustrada ao longo da história por célebres personagens, Assis (1994, p.9) “Sócrates, Pascal, Maomé, Caracala, Domiciano, Calígula entre outros.”. O objetivo do alienista era extrair a “pérola” que para ele era a razão.

Costa, rapaz pródigo que dissipou seus bens em empréstimos infelizes, foi preso por mentecapto. A prima de Costa que intercedeu pelo sobrinho também foi trancafiada. O mesmo acontece com o poeta Martim Brito, amante das metáforas, internado por que se referiu ao Marquês de Pombal como o dragão aspérrimo do Nada. Nem D. Evarista, esposa do Alienista escapou: indecisa entre ir a uma festa com o colar de granada ou o de safira. O boticário, os inocentes aficionados em enigmas e charadas, todos eram loucos (ASSIS, 1994).

A população ficou aterrorizada com a possibilidade de ser trancafiada na Casa Verde por um homem que julgava louco: o bajulador, o vaidoso, a indecisa, a supersticiosa. Houve posteriormente uma rebelião em busca da interdição da Casa Verde. O movimento foi denominado de revolta dos canjicas, apelido dado ao barbeiro que liderava o grupo e que, por sua vez acaba vitorioso. Compreende em seguida a necessidade da Casa Verde e alia-se a Simão Bacamarte.

Há uma intervenção militar, os revoltosos são trancafiados no hospício e o alienista recupera seu prestígio. No entanto ele repensa sobre as condições dos que ali estão e surpreende a todos quando oficializa junto à Câmara que os internos serão postos à rua porque, deveria se admitir como normal e exemplar o desequilíbrio das faculdades mentais, e, como hipóteses patológicas todos os casos em que aquele equilíbrio fosse ininterrupto. Começou o questionamento, ele havia curado aquelas pessoas ou o que para ele teria significado a cura não era mais do que a descoberta de um desequilíbrio perfeito que há em cada um ocasionado pela atividade cerebral. Concluiu que cada mania, apresentada pelos sujeitos que povoavam a Casa Verde era perfeitamente “normal”. No entanto Simão

Bacamarte percebe em si os característicos do perfeito equilíbrio mental e moral, deduz que não eram as pessoas que não estavam bem, mas que o problema estava nele. Através de uma auto-observação, percebe que reúne em si todas as qualidades enfim que podem formar um “acabado”— “A questão é científica, dizia ele; trata-se de uma doutrina nova, cujo primeiro exemplo sou eu. Reúno em mim mesmo a teoria e a prática” Assis (1994, p.35) .Tentando desvendar a loucura, o principal personagem que figura a obra trancafia-se no asilo e morre dezessete meses depois, sem obter sucesso para o que ele almejava descobrir: a causa do fenômeno da loucura e enfim o remédio universal.

Na época em que Machado de Assis escreve essa relevante obra, “[...] e que pode ser considerada a primeira obra crítica do saber médico-psiquiátrico, em que pese o fato de ser uma obra ‘literária’ e não ‘científica’!” Lancetti e Amarante (2006, p.18). O que se observa no cenário brasileiro nesse momento histórico é a influência das ideias européias sobre reforma psiquiátrica, que surge como uma necessidade de discutir a realidade social e os principais problemas e conflitos do ser humano.

Fazendo uma analogia ao conto machadiano que vem sendo discutido infere-se que através de uma visão irônica da realidade, o conceito de loucura aborda a questão da natureza humana e os desconsertos do mundo impostos pela estrutura social vigente: o crescente capitalismo.

Como marco institucional na assistência psiquiátrica brasileira, foi inaugurado o Hospício Pedro II, pelo próprio Imperador no Rio de Janeiro. Outras instituições foram sendo criadas para suprir a crescente e emergente demanda. Contudo, os espaços apenas reproduziam a exclusão e a segregação, do mesmo modo que os asilos destinados ao confinamento na Europa. Sobre isto Resende (1997, p.38) afirma: “Remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar. O peso relativo de cada um desses verbos na ideologia da nascente instituição psiquiátrica brasileira pendeu francamente para os dois primeiros da lista”. Sobre os maus tratos, Rodrigues *apud* Resende (1997, p.53) ao assumir a direção de um Instituto em Belo Horizonte com relação à situação dos internos verifica:

Da maioria dos quartos, funcionando como prisões, partiam os gritos dos insanos, trancados, atados e imobilizados. Os esgares ecoavam pelos corredores, em cujos lajedos outros tantos pacientes jaziam com os punhos amarrados (...), cordas, correias, tiras, manchões, argolas, lonas e coleiras formavam o arsenal patético. [...] Diariamente o chamado carro-forte da polícia despejava a porta do Instituto, com guias de Delegados magotes de loucos de todo gênero (...)Os loucos com os pés e as mãos atados...eram castigados por um calabrote de couro, com uma argola de ferro na ponta[...]

É notória a crescente oferta de hospitais nas décadas de 70 e 80. Esses hospitais eram financiados pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), era um negócio rentável, milhares de internos em péssimas condições sanitárias, e, poucos funcionários como aponta Lancetti e Amarante (2006, p.625).

Como crítica ao internamento vários atores sociais lideraram movimentos para denunciar a lamentável situação em que se encontravam os portadores de transtornos mentais, pela violência apresentada nos manicômios e pela crítica que teceram ao modelo hospitalocêntrico. Tem início o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira que surge paralelo ao Movimento sanitário na década de 70. O Movimento Sanitário nasce no meio acadêmico como forma de repúdio político ao regime militar, a luta consistia na busca por mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

De acordo com dados do Ministério da Saúde é no ano de 1978 que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) - movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas - surge tecendo críticas ao saber psiquiátrico. A experiência italiana de Trieste será inspiradora para o movimento que busca alternativas de reorientação a assistência para a colônia Juliano Moreira¹², asilo que abrigava mais de 2000 pessoas. No início na década de 80 na cidade do Rio de Janeiro. O II Congresso Nacional do MTSM adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios” nesse mesmo ano é realizada a I Conferência Nacional de Saúde mental realizada no Rio de Janeiro. A partir desse cenário de lutas passa a se redesenhar as políticas de atenção a saúde mental, surgem propostas de intervenção para modificar a realidade social. Um importante avanço ocorre em 1988, é a regulamentação do SUS como explicitado no texto da Constituição Federal. Vasconcelos e Pasche define o SUS como:

[...] um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim (2006, p.531).

¹² Juliano Moreira foi um dos pioneiros da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O primeiro professor universitário a citar e incorporar a teoria psicanalítica no seu ensino na Faculdade de Medicina.

Os atores supracitados colocam ainda que o SUS surge com o objetivo de coordenar as ações de saúde nas três esferas do governo, articuladas de modo a integrar os subsistemas verticais: vigilância e assistência à saúde, assim como subsistemas de base territorial: para atender as demandas estaduais, regionais e municipais, em saúde. Anterior a própria implementação do SUS, os dados do Ministério da Saúde apontam para o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987. Outra importante intervenção ocorreu no ano seguinte e foi realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP). A Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico registrou maus-tratos e até morte dos pacientes internos. O trabalho de intervenção nesse local basicamente consistiu em reorganizar as enfermarias agrupando os internos segundo a localidade de origem.

Todo o trabalho desenvolvido contava com o apoio dos moradores, no momento que a equipe técnica do hospital abriu o diálogo com a sociedade e, sentiu integração e fortalecimento que haviam estabelecido pelo trabalho com os pacientes, saíram do hospital, para criar os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial). É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos, NAPS que funcionavam 24 horas, surgiram como substitutivos dos hospitais.

O avanço na área da saúde mental segue com o encaminhamento do projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), cuja proposta era a regulamentação dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, apesar dos movimentos sociais conseguirem a partir do projeto de 'Lei Paulo Delgado' aprovarem as primeiras leis - que vão gradativamente propiciando a substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção integral à saúde mental com a implementação de CAPS, NAPS e Hospitais-Dia- esses serviços ainda estavam sendo regulamentados, não recebendo financiamento nem mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Somente após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional a Lei 10.216 'Paulo Delgado' é aprovada e redireciona a assistência em saúde mental. O Ministério da Saúde passa então a financiar os serviços substitutivos e estes se expandem para todo o território nacional. É quando começa a se falar em desinstitucionalização:

O processo de desinstitucionalização [...] continua na comunidade, ou ainda, se torna muito mais importante na comunidade: o processo de desinstitucionalização [...] continua a ser a estratégia terapêutica na comunidade, em relação, por exemplo, as situações das famílias nas quais não se trata de culpabilizar as famílias ou de destruir a instituição família, mas se trata de modificar gradualmente as relações de poder destrutivas que se criam dentro da família assim como se criavam dentro do manicômio. (ROTELLI2002, p.154):

A desinstitucionalização é um conceito que opera com a metáfora da desconstrução do modelo manicomial, isto é, decompondo o agir institucional por meio de um conjunto de estratégias que dialeticamente desmontam e desconstroem os modelos de soluções instituídos. Como decorrência, foram observados reflexos no "redimensionamento dos contingentes manicomiais", que demandam por respostas mais complexas orientadas pelas mudanças nas dinâmicas sociais, culturais e econômicas que influenciam a condição dos portadores de transtornos mentais.

O diálogo do saber técnico com a sociedade conseguiu ser estabelecido e observa-se a presença cada vez mais marcante de usuários e familiares como protagonistas no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os novos protagonistas introduziram novas e imprevisíveis possibilidades no intrincado tabuleiro de xadrez da psiquiatria brasileira. Assim, os usuários e familiares foram deixando de ser apenas objeto de intervenção técnica para assumirem, de fato, o papel de agentes transformadores da realidade, opinando e participando ativamente das discussões sobre as políticas de saúde mental.

3 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA REFORMA: DESINSTITUCIONALIZAÇÃO X DESOSPITALIZAÇÃO.

A palavra manicômio
Causa arrepios na gente
Por ser um lugar sombrio
Gradeado e repelente
Com um saldo negativo em recuperar doente.

Hospital psiquiátrico ou sanatório e hospício
Aonde o doente é
Submetido ao suplício
De ficar preso, não trazem,
Um pinga de benefício.

(Manoel Monteiro)

Para compreendermos a reforma psiquiátrica brasileira a partir da desinstitucionalização, é necessário antes de tudo distingui-la de desospitalização: que constitui-se em mero caráter de “altas” ou tão somente de uma transinstitucionalização, termo utilizado por Goffman (1974) para referir-se aos processos de transferências de pessoas para hospitais não-psiquiátricos, que não estavam preparados para oferecer o atendimento que demandavam os pacientes “Isto não quer dizer que o manicômio esteja morto, ele persiste, às vezes mais limpo, modernizado ou humanizado” (BARROS, 2002, p.173).

O processo de desinstitucionalizar não se restringe a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos ou de criar apenas novos dispositivos, como a construção da rede de atenção de base comunitária: implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), o Programa de Volta pra Casa, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Ambulatório Mental e os Hospitais-Dia; significa sobretudo compreender que a partir desses serviços substitutivos a desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas para a sociedade.

Desinstitucionalizar vai além de pensar na desconstrução do manicômio enquanto espaço, implica principalmente na reconstrução do objeto. Objeto esse que anteriormente tinha o enfoque pautado na doença e a periculosidade a que esta se associava. O que será considerado a partir das políticas de atenção em saúde mental é a pessoa doente, ou seja, identificar no outro todo o sujeito e seu sofrimento. Se, no entanto, o objeto muda as

instituições devem estar à altura do novo objeto. Será a partir desse olhar que se constituirá a base da instituição inventada:

Mas 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, 2002).

Sobre os serviços substitutivos, já citados, esses constituirão importantes desafios para a articulação de um trabalho em rede uma vez que objetiva potencializar as ações de base comunitária. Segundo o Ministério da Saúde um instrumento de gestão é instituído em 2002, o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) com o objetivo de permitir aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos, indica também aos prestadores critérios para uma assistência coerente com as normas do SUS. Além disso, tem a tarefa de descredenciar aqueles hospitais que não atendem as exigências do SUS para estar em funcionamento.

Antes desse controle e avaliação do PNASH/Psiquiatria o trabalho era realizado com supervisões hospitalares e fiscalizações ou auditorias que atendiam as denúncias de mau funcionamento das unidades. Somente após a instituição do PNASH/Psiquiatria que o processo de avaliação da rede hospitalar psiquiátrica pertencente ao SUS passa a ser sistemático e anual e realizado por técnicos de três campos complementares: técnico-clínico, vigilância sanitária e controle normativo (MELLO, 2007). É interessante também ressaltar que os recursos que deixem de ser utilizados nos hospitais, possam ser redistribuídos para os equipamentos da Reforma Psiquiátrica, ou seja, investidos no campo da saúde mental sendo direcionados para os serviços substitutivos.

3.1 Os Serviços Substitutivos como Estratégias de Atenção em Saúde Mental

Liberdade, antes de tudo,
Para os doentes mentais.
Com auxílios psicológicos
E ambulatoriais.
Longe das celas sombrias
Dos arcaicos hospitais.

(Manoel Monteiro)

Para discorrer acerca dos serviços substitutivos faz-se necessário compreender que estes articulam-se a uma rede. A rede de saúde mental, que é complexa, diversificada, de base territorial, e deve constituir-se como um conjunto de referências para o usuário dos serviços:

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. [...] Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas, e variados espaços da cidade (MELLO, 2007, p. 57)

É, portanto, um trabalho que obedece ao modelo de redes de cuidados de base territorial que busca o acolhimento e o estabelecimento de vínculos, ações essas fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira que visam articular os princípios fundamentais da atenção básica e saúde mental: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; reabilitação psicossocial; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Quando se fala em base territorial, não se restringe a área geográfica, mas o trabalho desenvolvido a partir dos componentes, saberes e as forças concretas da comunidade construindo coletivamente soluções, multiplicidade de troca entre as pessoas e os cuidados em saúde mental.

Contudo faz-se necessário o delineamento sobre os serviços que atuam de forma estratégica compondo a atenção em rede de base comunitária, para tanto serão utilizados dados do Ministério da Saúde

3.1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), foram implementados a partir da década de 80, mas é em 2002 que experimentam grande expansão com uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde. Esses serviços devem se configurar como substitutivos e não complementares aos hospitais psiquiátricos, para tanto realizam atendimento clínico diário cujo objetivo era evitar as internações em hospitais psiquiátricos e reinserir as pessoas com transtornos mentais em ações intersetoriais dando suporte à saúde mental na rede de atenção básica.

Os CAPS são classificados de acordo com o porte, capacidade e clientela de atendimento. Organizam-se no país de acordo com o perfil das regiões e classificam-se como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS Ad.

Os CAPS I é o de menor porte, atendendo as demandas de municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Para essa modalidade a equipe é composta por nove profissionais entre, profissionais de nível médio e superior. Atendem a demandas de pacientes adultos com transtornos mentais severos e persistentes e, transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com um cronograma de funcionamento nos cinco dias úteis da semana.

Os CAPS II por sua vez, são centros de médio porte, abrangem municípios com populações superiores a 50.000 habitantes, seu atendimento é destinado a adultos com transtornos mentais severos e persistentes. A equipe é composta por doze profissionais de nível médio e superior e o atendimento assim como no CAPS I é realizado nos cinco dias úteis da semana.

Já os CAPS III, representam o serviço de maior parte da rede, dando cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, realizando serviços de alta complexidade. Seu funcionamento se distingue dos demais, funcionam 24 horas, todos os dias da semana e nos feriados. Se necessário realiza atendimentos com acolhimento noturno. As internações devem ser curtas, de algumas horas a no máximo sete dias. Contam com um número de cinco leitos, não podendo ultrapassar estes. No que diz respeito à equipe, esta é composta por 16 profissionais sendo esses de nível médio e superior, além de equipes noturna e de final de semana.

Os CAPSi oferecem atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais e estão concentrados nos municípios com população superior a 200.000 habitantes. Sua equipe é composta por 11 profissionais de nível médio e superior. No que concerne ao CAPS Ad estes se especializam em atendimentos aos que fazem uso de forma prejudicial de álcool e

outras drogas. Também estão inseridos em municípios com mais de 200.000 habitantes. Essa modalidade de Centro de Atenção Psicossocial reserva características peculiares para a implantação do equipamento nos municípios, como por exemplo: municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas ou ainda cenários epidemiológicos importantes, são situações a serem consideradas para se beneficiarem do serviço, não sendo sua implantação pautada, apenas no número de habitantes.

A proposta do seu trabalho está voltada, sobretudo para a promoção de autonomia considerando que diferentes redes articulam os recursos a citar como exemplo: as instâncias sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais. E que o sujeito possa participar ativamente da vida comunitária.

3.1.2 Os Serviços Residenciais Terapêuticos- SRT

Os serviços residenciais terapêuticos (SRT), outro importante componente na luta pela desinstitucionalização, consistem em residências localizadas na área urbana, onde são permitidos que pacientes egressos de longas internações psiquiátricas possam circular nos espaços da cidade e da comunidade. Cada residência terapêutica deve comportar no máximo oito moradores, respeitando suas necessidades, preferências e costumes. Estas residências devem estar referenciadas a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto à rede de atenção em saúde mental dentro do território. É necessário, portanto que o trabalho terapêutico acompanhe o ritmo de readaptação de cada pessoa a vida em sociedade.

3.1.3 O Programa de Volta para Casa

O programa de Volta para Casa regulamentado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, é uma das estratégias em saúde mental, que atua na tentativa de emancipar sujeitos com históricos de longa internação psiquiátrica, possibilitando que este retorne ao convívio da família. Nessa modalidade de serviço é oferecido ao sujeito, um auxílio mensal em torno de R\$ 240,00¹³. Esse benefício deve ser pago diretamente ao beneficiário, através de um cartão magnético, numa parceria entre o Ministério da Saúde e a Caixa Econômica Federal. Ações como essa atingiram ainda outros objetivos como o de promover experiências de cidadania. Com o longo processo de exclusão, através do confinamento, muitas dessas pessoas não

¹³ Valor definido em 2003, mas que pode ser reajustado pelo Poder Executivo, de acordo com as disponibilidades orçamentárias.

tenham sequer a documentação necessária, certidão de nascimento e/ou carteira de identidade, para serem cadastradas no programa gerando assim outro desafio, o de garantir a estas pessoas o direito de identificação ainda que tardia.

Assim como os demais programas em atenção em saúde mental, o Programa De Volta Pra Casa é de responsabilidade das três esferas do governo. Desse modo confere-se ao âmbito municipal responsabilidades de: atenção integral em saúde, bem como assegurar a continuidade de cuidados em saúde mental em programas extra-hospitalares. Cabe aos técnicos do Programa, selecionar, avaliar, preencher e encaminhar ao Ministério da Saúde informações cadastrais necessárias para inclusão de novos beneficiários. No que concerne aos deveres no plano estadual, serão realizadas ações no sentido de acompanhar os atos dos municípios vinculados ao Programa. E Confirmar o município como apto a ser inserido no programa; analisar os recursos provenientes das solicitações indeferidas pelos municípios; ter papel articulador entre os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e o município, quando da indicação de pessoas daquelas instituições, em condições de serem beneficiadas pelo Programa.

O Governo Federal é incumbido de cadastrar os beneficiários dos municípios habilitados no programa por portaria; organizar e consolidar os cadastros dos beneficiários e dos municípios inseridos no programa; zelar pelo monitoramento e avaliação do programa; definir critérios de prioridade de inclusão de beneficiários por municípios; julgar os recursos provenientes do âmbito municipal ou estadual processar mensalmente folha de pagamento dos beneficiários do programa; constituir Comissão Gestora do Programa De Volta para Casa.

A atenção continuada em saúde mental que deve ser prestada aos beneficiários do programa, deverá através do município designar uma equipe de saúde específica, fazendo parte desta pelo menos um profissional da área de saúde mental do município com formação de nível superior.

De acordo com o Manual do Programa de Volta para Casa (BRASIL 2003) a referida equipe é responsável por efetuar ações baseadas em proposta de reabilitação psicossocial, bem como trabalhar no sentido de estarem aptos a garantir o atendimento ao beneficiário em situações de crises, por solicitação do beneficiário, por solicitação de familiares ou do representante legal; visitar todos os beneficiários sob sua responsabilidade, assim como seus familiares (quando for o caso); mobilizar outros recursos assistenciais, sempre que achar necessário; incentivar atividades coletivas de ressocialização – trabalho, cultura e lazer; sensibilizar e orientar pessoas e grupos, incluídos na rede social do usuário, objetivando integrá-lo de forma satisfatória ao convívio social; defender o exercício pleno dos direitos

civis e políticos do usuário, incluída a discussão permanente dos limites da tutela, para isso acionando a assistência jurídica adequada; avaliar a provisão do apoio direto ao beneficiário pelo representante legal se houver; submeter ao gestor municipal relatório sobre o acompanhamento de cada beneficiário.

Recomenda-se que a equipe de saúde que acompanhará estes beneficiários emita relatórios trimestrais do acompanhamento destes, para monitoramento local da implantação do programa, seu desempenho e alcance.

3.2 Campina Grande – PB: uma experiência a ser refletida

Por isso Campina fez CAPS
CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL
Que com muita dedicação
Tratam os doentes mentais
Sob esta concepção.

(Manoel Monteiro)

A partir das considerações da Reforma Psiquiátrica no cenário nacional, surge a necessidade de discutir a repercussão da luta antimanicomial no município de Campina Grande-PB. Com o desígnio de uma aproximação da realidade local, de modo a observar como os atores sociais implicados nesse processo, vivenciaram essa experiência e de que modo ela demarca a desinstitucionalização no município. Pretende-se ainda refletir sobre o trabalho desenvolvido na área da saúde mental e, sobretudo como os sujeitos considerados loucos “libertam-se” do espaço de clausura que por décadas alguns viveram¹⁴.

A experiência considerada relevante, em Campina Grande para a implantação da rede substitutiva, é representada pelo descredenciamento do Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, “Inaugurado em 1963, esta instituição destinada ao tratamento de doenças nervosas e mentais [...]” (BRITO 2011, p.11).

De acordo com Cirilo (2006), o processo teve início de forma extra-oficial com uma visita em novembro de 2004 de representantes da área de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Desde então foram realizadas reuniões com o intuito de analisar as possibilidades de

¹⁴ Mais de 70 internos apresentavam entre 10 e 20 anos de permanência na instituição.

alcançar melhorias na instituição afim de que o tratamento ofertado pudesse corresponder às necessidades daqueles que se encontravam em situação precária pelo atendimento prestado, considerado desumano.

Após as consecutivas reprovações pelo PNASH/Psiquiatria, a intervenção de descredenciamento no referido hospital ocorreu em julho de 2005, alcançando visibilidade nacional e tendo sua experiência destacada, de acordo com o relatório de gestão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003-2006):

Dentre as experiências importantes de desinstitucionalização e reorganização da rede de atenção em saúde mental ocorridas no período 2003–2006, destaca-se o processo de Campina Grande, no Estado da Paraíba, como exemplar. O Ministério da Saúde obteve liminar na Justiça para intervir no Hospital João Ribeiro, que teve péssima avaliação no PNASH/Psiquiatria 2002, e deu início à intervenção no hospital que respondia a grande parte da demanda de saúde mental da região da Borborema. O processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes do Hospital João Ribeiro teve início em abril de 2005, com o descredenciamento do serviço da rede SUS em julho de 2005.

Para que o trabalho pudesse ser desenvolvido foi necessária a intervenção conjunta da equipe interventora (indicada pelo Ministério da Saúde), representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Campina Grande e da Coordenação Estadual de Saúde Mental da Paraíba¹⁵ realizando a princípio um diagnóstico clínico institucional.

Sobre esse diagnóstico faz-se necessário um delineamento acerca da avaliação de vistoria do PNASH/psiquiatria elaborado de acordo com as portarias GM nº 799/00 e GM/MS nº 251/02 (BRASIL, 2004) indicando que sobre os instrumentos de avaliação ficam definidos: roteiros de avaliação (saúde mental e vigilância sanitária); instrumento de avaliação (com a avaliação técnica e entrevista com os usuários de alta nos últimos sete dias e de longa permanência), contendo os parâmetros para cada item a ser avaliado nos hospitais; lista de documentos a serem solicitados aos hospitais quando da vistoria.

O que diz respeito aos roteiros de avaliação, os seguintes aspectos sobre a instituição são considerados: Identificação, Responsáveis, Natureza Jurídica, Gestão; sobre os fatores evidenciados para observar os aspectos gerais da realidade institucional dos pacientes foram observados: o vestuário, a alimentação, a indicação de maus tratos, recursos humanos, projeto terapêutico, espaços restritivo–punitivos, contenção física, a prevalência e condições de

¹⁵Dados do Relatório de gestão (2003-2006) do Ministério da Saúde. p. 31.

realização de ECT (eletroconvulsoterapia, eletrochoque) e psicocirurgia/cirurgia estereotáxica¹⁶.

A partir do processo avaliativo os hospitais psiquiátricos podem ser classificados de acordo com quatro categorias: os hospitais de boa qualidade de assistência; os de qualidade suficiente, aqueles necessitados de adequação e, portanto de revisórias; e aqueles de baixa qualidade encaminhados para o descredenciamento pelo Ministério da Saúde, como foi o caso do hospital que aqui vem sendo referenciado.

Segundo Silva (2007) colhiam-se, da Autoridade do Departamento Nacional de Auditoria do SUS as seguintes deficiências apresentadas no Hospital Psiquiátrico João Ribeiro: precárias condições de conservação predial; pisos inadequados; infiltrações nas paredes e tetos; esquadrias das janelas sem vidros; revestimentos de azulejos desprendendo, instalações hidro-sanitárias sem bacias formalizadas e ausência de registro de sua atuação; ausência de vinte e dois colchões nas unidades 1 e 2 (os existentes no hospital não apresentavam condições adequadas de uso; na unidade 1 (masculina) existiam 43 leitos, no entanto foram encontrados 48 pacientes, ficando cinco usuários sem leitos; características restritivas das unidades de internação contrariando o art.2º, parágrafo único da Lei nº 10.216/2001; sala de curativos com paredes mofadas e ambiente abafado sem condições de uso; três leitos tipo Fowler danificados nas unidades do idoso; não disponibilizava de nutricionista, cozinha e refeitório em péssimo estado; iluminação e ventilação precárias e equipamentos sem manutenção no setor de lavanderia; ausência de controle de validação do processo de esterilização e reduzido número de instrumentais; leitos cadastrados pelo SUS (347) incompatíveis com os leitos ativados (211), caracterizando superlotação; pacientes internados custeando a medicação utilizada em seus tratamentos.

Apesar de evidente o tratamento desumano ao qual, os pacientes estavam submetidos, o descredenciamento da instituição ainda gerava sensações ambíguas para os atores sociais envolvidos no processo: de um lado estava o grupo que vislumbrava com a proposta dos serviços substitutivos a possibilidade de realizar um trabalho voltado para a reinserção dos que de fato são, os protagonistas do movimento; na outra direção estavam os que temiam por uma total desassistência dos mesmos.

¹⁶ É uma forma minimamente invasiva de intervenção cirúrgica que usa um sistema de coordenadas tridimensional para localizar pequenos alvos no interior do corpo e para executar nestes alguma atividade, tal como uma biópsia cerebral.

Para a expansão da rede de serviços extra-hospitalares, os procedimentos tomados para a implantação da rede substitutiva com o apoio dos serviços de saúde locais e a busca pelo seu fortalecimento, implicou em :

A comissão técnica de acompanhamento de intervenção passou a se reunir regularmente e algumas estratégias foram lançadas, tais como o fortalecimento dos serviços já existentes (CAPS II e CAPS Ad) transformação do CAPSII em CAPS III, implantação das residências terapêuticas, estabelecimento de parcerias com o Programa Saúde da Família, realização de visitas por membros da comissão e outros (CIRILO, 2006, p.58)

Contudo foi necessário analisar as condições dos pacientes, de forma a identificar quais podiam ser remanejados para os SRT's e de forma gradual foram sendo realizadas as reduções de leitos, e a realocação dos recursos destinada a manutenção dos novos serviços de saúde mental. Segundo dados (BRASIL 2003-2006) foram sendo implantados progressivamente: seis SRT's em Campina Grande, sete SRT's em municípios da macrorregião de Campina Grande destinadas aos ex-pacientes do hospital João Ribeiro (sendo distribuídos dois em Sousa, um em Boqueirão e quatro em Piancó); 1 CAPS III em Campina Grande; 2 CAPS i; 1 CAPS AD; Serviço de emergência psiquiátrica com 12 leitos; Implantação de CAPS I em diversos municípios da Paraíba; 41 usuários no programa de Volta pra Casa; equipes matriciais de apoio, com os CAPS e o serviço da atenção básica.

Em virtude do verdadeiro descaso que observamos a partir da intervenção com as vistorias fica explícito que, através do processo de desinstitucionalização, ações básicas no sentido do resgate da cidadania, apresentam-se como relevantes para os processos de subjetivação dos sujeitos, visto que a experiência do confinamento retirou-lhes os direitos básicos da vida, silenciando-os durante décadas nas grades da exclusão.

4. QUAL A SUBJETIVIDADE POSSÍVEL AO SUJEITO MARCADO PELO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA MENTAL?

Por isso o sistema foi
 À mais completa falência.
 Somando dez em fracasso
 Zero em eficiência
 Permitindo que nascesse
 Uma nova consciência.

Trocou-se as grades do hospício
 Por um gesto inovador
 Aonde os familiares
 Fossem ajudar ao Doutor
 Trocar o isolamento por uma dose de amor.

(Manoel Monteiro)

Muito foi discutido sobre as propostas reabilitadoras da Reforma Psiquiátrica Brasileira com a criação de programas que objetivam a desinstitucionalização dos sujeitos como forma de vislumbrar a sua (re) inserção no laço social. Mas o que se observa de resgate de subjetividade daquele portador de transtorno mental, produzida a partir dessas experiências? É necessário, portanto um delineamento acerca do processo de subjetivação, (NARDI apud RAMMINGER, 2005, p.22) cita a subjetividade como um conceito estratégico na psicologia social de forma que, se apresenta como indissociável: individual e coletivo, interior e exterior, indivíduo e sociedade.

Contudo discorrer subjetividade implica necessariamente falar em sujeito, e qual é o sujeito de que se fala? Ainda segundo Ramminger, a partir da filosofia de Descartes, o sujeito será considerado como essência, sendo essa apreensão diferentemente colocada após a Segunda Guerra Mundial, em que o sujeito será visto como aquele que expressa subjetividade através de suas escolhas, e o sentido que deveria atribuir a estas. Foucault considera o sujeito como forma e experiência, recusando a idéia universal para concebê-lo através do saber objetivo, com a semiologia do sujeito e, com as contribuições da antropologia, da psicanálise. De modo geral a corrente estruturalista consegue emergir da filosofia do sujeito para uma genealogia do sujeito, buscando inseri-lo como objeto de conhecimento.

É a partir da ideia do sujeito enquanto objeto de conhecimento, como na qualidade de “louco”, aquele que era isolado e utilizado como artefato para a medicina, que se reflete sobre

os sujeitos “desinstitucionalizados”¹⁷. Como esses vivenciam o processo de subjetivação? Ou seja, como se torna possível o conhecimento de si e o cuidado consigo?

Uma nova maneira de pensar que inclua a loucura em um sentido mais alargado, com alguma positividade- talvez até como uma experiência de libertação -, pressupõe necessariamente uma nova interpretação de nós mesmos, de como nos pensamos, das práticas que isso implica suas relações, e, dessa maneira, deve levar em conta especialmente a questão do sujeito, suas vertentes, seus antagonismos, na medida em que a invenção do sujeito que funda as práticas nas quais nos tornamos objeto do nosso próprio conhecimento (FOUCAULT, apud ALARCON 2000, p.25)

A partir de Kant observamos que o sujeito tem uma apreensão do mundo de forma subjetiva, mas, são as formas que o condicionam, no entanto essa liberdade que lhe é conferida está voltada para obedecer à lei moral:

O problema atual-identificado como próximo ao que no mundo antigo produziu a estética da existência- diz respeito, exatamente a condição, colocada por nossa cultura, da busca por nossa verdade nas profundezas do sujeito, como algo necessário a nossa liberdade, por ser justamente a liberdade o ser de nossa natureza como sujeitos. Essa verdade do sujeito, a sua liberdade fundamental, foi que nos levou ao aprisionamento de nós mesmos pelo poder normalizador da Lei e da Medicina. Foucault não rejeita o sujeito como subjetividade, concebe-o como acontecimento, discurso colocando a interpretação e a avaliação como aquilo que dá sentido e valor que produz novos modos de vida (ALARCON, 2000, p.33).

Nos muros do confinamento asilar, ou exterior a ele vivendo em sociedade nos faz refletir sobre a maneira como o sujeito que apresenta transtornos mentais incorpora as normas sociais, ou seja, a sujeição a que está submetido através das relações de poder. Esse assujeitamento é o que propicia a formação da identidade, a consciência de si, considerando nessa relação às possibilidades de resistir às normas, o que segundo Foucault também será estruturante nos processos de subjetivação uma vez que cada um encontrará uma maneira particular de lidar com essas transgressões:

É possível reconhecer também que há uma sensibilidade mais aguçada que nos leva a reconhecer que a reforma psiquiátrica está articulada à produção de novos modos de subjetivação, pressupondo práticas de cuidado diversas das predominantes no modelo asilar, bem como a ruptura da lógica tutelar a ele associada. Esse reconhecimento parte do pressuposto de que a loucura se encontra confinada em saberes e instituições psiquiátricas, e em função

¹⁷ Egressos de longas internações psiquiátricas.

disso, as inúmeras possibilidades da loucura enquanto radicalidade da alteridade são reduzidas a um único significado: doença mental (LIBERATO, 2009).

Seria dessa forma pensar como cada sujeito vivencia a Reforma Psiquiátrica e o lugar que foi dado à ele com os novos dispositivos e com as novas regras estabelecidas por estes. Diante do novo paradigma de se lidar com a loucura, é necessário ainda perceber como esses sujeitos se vêem inseridos e como se presentifica para eles os processos de subjetivação.

4.1 Como a psicanálise concebe o sujeito?

Utilizaram a loucura
Nos textos épicos de então
Mas sem nenhum compromisso
com a investigação
de que a loucura fosse
reflexo de disfunção.

(Manoel Monteiro)

A concepção de sujeito a partir das considerações freudianas, especificamente a luz da compreensão do que ele denominou como “a terceira ferida narcísica” do precário saber humano sobre si, nos permite observar que: “o homem não é de todo nem senhor de si mesmo”. Sendo que as outras duas feridas narcísicas remetem: ao primeiro grande golpe sofrido pela humanidade através das descobertas de Copérnico e Galileu, ao afirmar que a Terra não era o centro do Universo e, a segunda por intermédio das revelações de Darwin que disse ser a natureza, produto de uma evolução histórica e a humanidade era apenas um dos diversos resultados da evolução das espécies.

Temos a partir da terceira ferida narcísica a ideia do “ser” que até então era baseado na racionalidade, sendo identificado apenas com a consciência e dominado pela razão. Passará nesse momento a ser confrontado com a ideia do “inconsciente”, pois a psicanálise se ocupa em separar sujeito de consciência, a partir da concepção de que não há um sujeito da verdade, porém a verdade do sujeito.

Descartes nos falava do sujeito da ciência, Freud nos fala do sujeito do desejo. Antes de Freud, o sujeito se identificava com a consciência; a partir de Freud, temos de nos perguntar por esse sujeito do inconsciente e por sua articulação com o sujeito consciente (NUNES, 2010, p.12).

O conceito de “Sujeito” em psicanálise representa, portanto um corte, um rompimento e uma modificação. Em termos lacanianos, uma subversão daquilo que se tomava por sujeito na história do pensamento ocidental até então (LACAN, apud NUNES 2010).

Temos então o sujeito da psicanálise, como aquele cindido-barrado e possuído pela linguagem. Partindo da concepção que o sujeito não é o eu. Observamos, pois a distinção entre o eu e o sujeito; em que o primeiro pode ser concebido como função do imaginário passível de alienação uma vez que, é a partir da identificação com o outro que se postula essa identidade relativa a um “eu”. E o sujeito por sua vez situado no campo simbólico se mostra através dos conteúdos inconscientes que o eu se nega a reconhecer. É através das relações que surge o sujeito, como efeito e causado por elas. As relações como constituintes do sujeito posto em discussão:

O sujeito não pode estar exaustivamente na consciência por ser de início e primitivamente inconsciente, em função do que devemos tomar a incidência do significante como anterior a sua constituição. [...] O problema está na entrada do significante no real e em ver como disso nasce o sujeito. [...] Trata-se de saber justamente o que permite que esse significante se encarne (NUNES, 2010).

Consideremos, pois a relação inicial do sujeito, que é a relação estabelecida com o par parental. Inicialmente a criança vive uma relação simbiótica com a mãe não conseguindo diferenciar-se dela, o fim dessa relação se propiciará com a inserção da figura paterna. Para Lacan (1998) esse momento de identificação com o outro (mãe) percebendo-se distinta dela se dará com o Estádio do Espelho:

Basta compreender o estágio do espelho *como uma identificação*, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem - cuja predestinação para esse efeito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do antigo termo *imago*.

Esta experiência vivenciada pela criança implica uma representação do seu próprio corpo em relação a um Outro , o que não significa dizer que é a primeira noção de sujeito, porém o primeiro encontro com o “eu”.

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á, pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito (LACAN, 1998)

A condição de sujeito se propiciará com a inserção da figura paterna, simultâneo ao complexo de castração. Tomando, portanto o Pai, enquanto função, este será de fundamental importância para que ocorra a triangulação e a criança sublima as pulsões de desejo em relação à mãe.

A partir da relação do sujeito com a castração no complexo de Édipo é que, podemos falar de uma estrutura psíquica: neurose, perversão e psicose. Sendo esta última a qual nos deteremos mais especificamente, posto que é do sujeito psicótico que nos “apropriamos” para discutir como a desinstitucionalização a partir da Reforma Psiquiátrica dá lugar para que esse sujeito desenvolva possibilidades de fazer laço social. Contudo observamos que a psicanálise está atenta para novos modos de estruturação psíquica, além das clássicas citadas. Sendo o termo hipomodernidade posto por Lipovetsky apud Nunes (2010) utilizado para referenciar o enfraquecimento da função paterna e constituindo, portanto novos modos de processo de subjetivação.

4.1 O Sujeito e a Psicose

O confinamento faz
Os dias longos, maçantes,
As noites anos de espera
Onde vozes sussurrantes
Povoam de sombra e medo
Aos seus tristes ocupantes.

(Manoel Monteiro)

Inicialmente temos a compreensão das psicoses, a partir de Freud, através de um relato autobiográfico de um caso de paranóia de Daniel Paul Schreber intitulado “Memórias de um doente dos nervos”. Abordando de forma sucinta, as considerações freudianas acerca do caso Schreber, observamos a metáfora delirante como uma “saída” para o sujeito psicótico é o delírio como tentativa de cura, “A formação delirante que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (1996 [1911], p. 78). Distinguindo-se dessa maneira da abordagem proposta pela psiquiatria clássica até então, conferindo um caráter diferencial para lidar com os fenômenos paranóicos.

Ressaltando os mecanismos que concernem à paranóia evidenciados por Freud, assinala-se a projeção, como também corroborado por Lacan :

Partamos da idéia de um buraco, uma falha, um ponto de ruptura na estrutura do mundo exterior, se acha preenchido pela peça trazida pela fantasia psicótica. Como explicá-lo? Nós temos a nossa disposição o mecanismo da projeção (1955-1956 p.57).

Sobre a projeção, Freud considera que este é o mecanismo que forma a paranóia. Citamos suas palavras:

A característica mais notável da formação de sintomas na paranóia é o processo que merece o nome de projeção. Uma percepção interna é suprimida e, ao invés, seu conteúdo, após sofrer certo tipo de deformação, ingressa na consciência sob a forma de percepção externa. “Nos delírios de perseguição, a deformação consiste numa transformação do afeto; o que deveria ter sido sentido internamente como amor é percebido externamente como ódio” (1996 [1911], p. 73).

Ainda no que concerne a questão estrutural na busca pela compreensão de como o sujeito é por ela determinado para se posicionar frente à realidade externa, observamos que em 1924,

Freud postula a distinção inerente a essas adaptações tanto na estrutura neurótica, quanto na psicótica:

[...] na neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose, a fuga inicial é sucedida por uma fase ativa de remodelamento; na neurose, a obediência inicial é sucedida por uma tentativa adiada de fuga. [...]a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la. (idem, 2006[1924]p.207) .

Apesar das considerações iniciais da psicanálise, compreendendo que o processo psicótico estava relacionado a perda da realidade, em que o sujeito teria como necessidade reconstruir um modo delirante para essa realidade de que foi separado. Em 1938, através de uma reflexão sobre a noção de clivagem do eu impõe-se uma revisão, em que Freud, observa a perda da realidade como um corte parcial, de modo que apenas uma parte do eu estaria cortada da realidade nas psicoses e que o conceito de clivagem do eu não estaria presente apenas nas psicoses, mas nas neuroses e perversões, não constituindo esse um critério metapsicológico operatório para diferenciar as neuroses das psicoses (FREUD apud DOR, 2003, p.97).

Será a partir desse conceito de clivagem psíquica, segundo (DOR, 2005, p.98) que Lacan irá usufruir da noção freudiana e mais propriamente das conseqüências decorrentes da metáfora paterna. Observamos a partir da primeira clínica lacaniana, assim como é denominado o seu retorno a Freud, que ele propõe a compreensão da estrutura psicótica a partir da forclusão¹⁸ do significante do nome do Pai como o mecanismo psíquico responsável pela instalação da psicose. Notamos que:

A forclusão do Nome-do-Pai provoca fugas de sentido, interrupções na cadeia da linguagem, sentidos originais - neologismos - e invasão da fala do sujeito pela fala do Outro. Podemos observar estas manifestações nos fenômenos alucinatórios onde a voz do Outro se apresenta na forma imperativa, onde nenhum equívoco é possível (MACHADO, 2000, p.6).

A ausência da metáfora paterna e a abolição da lei simbólica intermediada pelo Nome-do-Pai mantêm o sujeito a margem da castração e sem acesso ao significante fálico e, assim, incapaz de situar-se em relação ao próprio sexo, privado desse significante o sujeito encontra-se impossibilitado de entrar no universo da linguagem, oportunizando a disposição ao quadro característico da psicose.

¹⁸ Derivado do francês *forclusion* designa a não inclusão na norma edipiana.

A perspectiva clínica nesse primeiro momento para a psicose circunda a ideia de que é necessário construir uma suplência para a metáfora paterna. Considerando o trabalho do analista nesse sentido, ele vai procurar a partir do analisando estabelecer uma história que sirva para embasar o “eu sou”. Lacan nomeia essa função de secretário do alienado, já que não há metáfora paterna é necessário, pois secretariar o sujeito na construção de algo que tenha força de barrar o gozo avassalador do Outro. Esta construção ele denominou de metáfora delirante em que a estabilização da relação entre o significante e o significado promove a estabilização do quadro psicótico.

No entanto quando Lacan propõe a partir do seminário 20 “*Mais Ainda*” (1972-73), uma modificação na concepção de linguagem, com a tese da lalíngua, ou como por ele colocado *lalangue*¹⁹ invertendo assim, o lugar que era dado à língua anteriormente quando esta era compreendida como uma estrutura primária, originária. O que se supõe nesse momento é que lalíngua é que se constitui como originária, posto que ela é a fala na sua forma mais original, ela busca o gozo e não o sentido, é movida pela pulsão e diferentemente do que se observava no início, que a promoção da significação impunha sempre referência ao Outro. Lalíngua por sua vez, não supõe o Outro, mas opera justamente uma disjunção entre o gozo e o Outro.

Dessa forma percebe-se que a clínica inicial de Lacan foi se desdobrando, marcando o que podemos chamar de segunda clínica, a borromeana, “O que justifica essa clínica é a ideia da foracclusão generalizada” (MILLER apud RITVO, 1998), na qual as considerações sobre o parlêtre (falasser) e o gozo vão gradativamente se sobrepondo ao sujeito. Notamos que:

Lacan recorre à escrita topológica da nodalidade na tentativa de demonstrar a consequência lógica do enlaçamento dos registros do real, do simbólico e do imaginário; em outras palavras, Lacan recorre à topologia do nó borromeano, buscando situar, através da figuração do real, o ponto central próprio à sua estrutura, ponto nodal mínimo, ponto do objeto ‘a’, núcleo real de gozo, situado no cerne do sinthome (MACHADO, 2000).

Esse momento comporta um ‘para além de Freud’, sobretudo no que se refere ao seu viés edípico, uma vez que as estruturas clínicas não se definem mais pela presença ou ausência do significante Nome-do-Pai, produto da metáfora paterna ao final do Édipo, contudo:

Isto não quer dizer que não possamos reconhecer a neurose clássica, referida ao Édipo, assim como a psicose clássica, definida pela foracclusão. Isto quer dizer apenas que a incidência destes quadros clássicos está dentro de um

¹⁹ *Lalangue* é do domínio onomatopaico: não mais uma língua arbitrária, mas motivada. É uma forma de satisfação que não depende da significação. Ela introduz a consequência na linguagem, e essa introdução é mediada pela figura materna.

contexto cultural muito preciso e que sua ocorrência no mundo contemporâneo é cada vez menor, sendo cada vez mais freqüente o surgimento na clínica de estruturas subjetivas nas quais formas de Nome-do-Pai, as mais variadas, não nos permitem manter os mesmos critérios de classificação (MACHADO,2000,p.11-12).

Não significa dizer que a clínica dos discursos²⁰ proposta por Lacan exclua a clínica estrutural ordenada pelo Édipo, corrobora Quinet:

[...] ao inserir a psicanálise no campo do gozo, permite um acréscimo à clínica das estruturas subjetivas ordenadas pelo Édipo e não a exclusão. Trata-se de investigar não só a relação estrutural do sujeito e suas estratégias para lidar com o desejo e o gozo do Outro, mas também se e como ele se insere nos discursos, sua relação com a mestria (ou a autoridade), com o saber, com o outro do laço social, com o mais-de-gozar, ou seja, os objetos pulsionais excluídos da civilização, e sua posição com respeito ao gozo (2009,p.14).

A segunda clínica lacaniana não exclui a primeira, assim como a segunda tópica freudiana não elimina a anterior, uma vez que o âmbito para além do princípio do prazer não exclui o inconsciente e a metapsicologia; o campo do gozo e a nova concepção do *sinthoma* não eliminam o campo da linguagem e a referência ao Nome-do-Pai (QUINET, 2009). Sendo assim a partir das considerações do segundo momento lacaniano o Nome-do-Pai, passa a funcionar como elemento de enlaçamento do sujeito com o social, é por esse viés e não como significante que o Nome-do-Pai equivale ao sintoma, como uma forma singular do sujeito estabelecer para si uma maneira de está no mundo, a partir da compreensão que privilegie o recurso estabilizador encontrado para que o sujeito dê conta do que para ele ficou foracluído. Tomando a teoria dos três registros: “Real, Simbólico e Imaginário (R.S.I.) ganhando nesse momento o Real a primazia adotada por Lacan como o que define o sintoma, evidenciamos:

O sentido do sintoma não é aquele com que se o nutre para sua proliferação ou sua extinção, o sentido do sintoma é o real, o real enquanto se põe em cruz para impedir que as coisas andem, que andem no sentido de dar conta de si mesmas de maneira satisfatória (DIAS,2006,p.92).

Contudo, vislumbram-se novas possibilidades de desenvolver o trabalho com o psicótico considerando os delineamentos dessa segunda clínica, nessa perspectiva há uma apreensão do sujeito em sua particularidade de gozo, os sujeitos que aparentemente não ‘fazem laço com

²⁰ Os quatro discursos como laço social propostos por Lacan: do mestre (governar), da histérica (fazer desejar), do universitário (educar), do analista (analisar-psicanalisar).

nada’, podem ser acolhidos a partir da perspectiva de que todo gozo é autista e que só num certo forçamento o aparelho de atar opera. Considerando que:

O fato de poderem ser reconhecidas e incentivadas diferentes formas de atar, não só aquelas regidas pelo simbólico comprova a vocação anti-segregacionista da segunda clínica. Além disso, ao reconhecer e positivar as soluções subjetivas ela desmistifica a gravidade presumida das psicoses [...] (IDEM).

Nesse contexto, se propõe considerar a psicose não como a presença ou ausência do Nome-do-Pai, o que de modo original a segunda clínica considera é que o sujeito possa dar conta de uma falta que é fundamental a todo ser falante, porém o sujeito do campo do gozo, não é propriamente o sujeito da fala e sim o sujeito implicado no gozo do laço social. O laço social é posto por Lacan:

Como uma relação de dominação, em que há a articulação entre dois lugares, ou seja, a relação de dominante e dominado, o que leva a inferir que se trata de uma relação de apropriação realizada pelo sujeito. Assim pode-se dizer de um modo de relação mais particularizada do sujeito com o Outro, estando a sociedade fragmentada em vários laços sociais (MILLER apud GENEROSO p.4)

Para compreendermos a implicação do sujeito psicótico a partir do laço social, explicitam-se de forma concisa os tipos clínicos de psicose orientados pela psicanálise²¹: paranóia, esquizofrenia e melancolia. Refletindo sobre as duas primeiras, nas considerações de Quinet (2009) remetendo paralelamente as suas diferenças estruturais no campo dos três registros propostos por Lacan (RSI) observamos:

No registro do Real, no que concerne ao gozo, verifica-se na esquizofrenia a fragmentação do gozo do corpo, da fala e do pensamento – o gozo está disperso e tende a invadir todas as instâncias sem enquadramento algum, de forma anárquica. Na paranóia, em contraposição, há uma concentração do gozo no outro, na figura do perseguidor, da pessoa amada ou odiada, do traidor.

No registro Simbólico, ao Outro do paranóico, que adquire consistência por ser receptador de gozo, se opõe a ausência do Outro na esquizofrenia. Enquanto nesta o sujeito dificilmente se deixa apreender ou representar pelo significante (fundamento da fragmentação do eu), na paranóia mais do que representado (como na neurose), o sujeito é fixado, ou melhor, retido por um significante que tem a característica de ser um significante ideal.

No registro do Imaginário, por sua vez há a regressão ao auto-erotismo no caso dos esquizofrênicos (imagens do corpo despedaçado, tendo-o como fragmentado, não-unificado);

²¹ Sendo apenas a esquizofrenia considerada pelos manuais psiquiátricos de diagnóstico, DSM-IV E CID 10.

na paranóia a regressão é direcionada ao narcisismo (preponderando a fixação a imagem do outro e a ênfase do eu que vai até a megalomania).

Sobre a melancolia, a situamos no campo das psicoses com um quadro onde o sujeito se apresenta como um rebotalho do Outro, quando o significante que dá lugar a suplência da forclusão do Nome-do-Pai é perdido, diante desse “furo no psiquismo” há um abalo do eu ideal: a perda narcísica. Considerando a representação melancólica a partir dos registros lacanianos observamos:

Lacan insiste no caráter de imortalidade desses sujeitos (eles estão mortos e não podem mais morrer), que se sentem tão imortais quanto o desejo e que estão identificados a “uma imagem à qual falta toda e qualquer hiância, toda e qualquer aspiração, todo o vazio do desejo” No registro Simbólico, o delírio de negação revela a mortificação do significante agindo sobre os órgãos – como as estrelas, eles não falam porque não têm boca –, mas também sobre todo corpo, toda a existência. E no registro do Real os melancólicos-estrelas são como os astros que retornam sempre ao mesmo lugar denotando sua posição de objeto à sombra do mundo dos mortais (QUINET, 2006).

Entretanto, discorrer sobre a classificação dos tipos clínicos de psicose, é de certa forma necessária, mas o que deve ser privilegiado é compreender a forma como o sujeito consegue fazer sintoma sem Nome-do-Pai. E reconhecer que através desse sintoma expressado, que pode ir do delírio à manifestação por intermédio da arte, por exemplo, há uma busca de estabelecer algum vínculo. Sobre a maneira de desenvolver o trabalho com o paciente psicótico Quinet (2009), nos adverte sobre o risco do furor includenti, de modo que os trabalhadores de saúde mental devem se precaver contra seu desejo exacerbado de incluir o louco nos jardins da polis, no intuito de retirá-lo do jardim das espécies da nosografia. Partindo desse pressuposto considerar o sujeito psicótico em sua singularidade é imprescindível na abordagem dos serviços orientados pela Reforma Psiquiátrica, como elemento de atenção psicossocial.

4.2 O Modo de Atenção Psicossocial à saúde mental

HUMANIZAR o contato,
 Cuidar da CIDADANIA.
 E não, jogar o doente
 Numa cela escura e fria.
 Por trás de grades de ferro
 À título de terapia.
 [...]
 Quem sabe criar e quer
 É estimulado a isso
 Mas cria com liberdade
 Sem limite ou compromisso
 Porque as regas embaçam
 Da arte o brilho e o viço.

(Manoel Monteiro)

Ponderando o processo de desinstitucionalização com os novos dispositivos gerados: os serviços substitutivos, é posto que esses sejam pautados pela atenção na construção do laço social do psicótico, surge então a necessidade de um modo de atenção à saúde mental distinto do modo asilar, tanto na dimensão ideológica quanto teórico-técnica constituindo assim o modo de atenção psicossocial. Rosa (2000) evidencia esse modelo a partir dos seguintes aspectos: concepções do objeto e dos meios de trabalho, as formas de organização institucional, bem como as formas do relacionamento e a concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos.

O modo de atenção psicossocial é, portanto o paradigma que vai se configurando tendo por base as práticas da Reforma Psiquiátrica:

O modelo psicossocial consiste em considerar a pessoa na sua multidimensionalidade, portanto amplia o sentido de saúde como uma experiência subjetiva que, é uma experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físicos e psicológicos do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social (PÜSCHEL; IDE; CHAVES, 2006, p.265).

Na concepção do “objeto” proposto por esse modelo o foco é retirado da doença e atribuído a “ existência-sofrimento” do sujeito, não o compreendendo exclusivamente como aquele que sofre na sua dimensão orgânica , analisando porém a dimensão sociocultural, que esse sujeito pertence. Nesse percurso é fundamental a contribuição da psicanálise no que diz

respeito às formulações sobre a constituição do sujeito; aporte da esquizoanálise²² evidenciando novas formas de subjetividade nesse contexto; ressaltam-se também considerações do materialismo histórico com ferramentas e conceitos que embora implícitos nos modos de exercício das experiências em saúde mental, influenciaram as práticas da reforma psiquiátrica no contexto brasileiro (ROSA, 2000).

Contudo, uma série de transformações foi operando para derrogar o modo asilar. O sujeito passa a ser considerado a partir do grupo familiar, aludindo dessa forma que o trabalho proposto com o novo paradigma deverá estar voltado do mesmo modo para a família. Surgem as associações de usuários e familiares nesse modo de atenção, também como reflexo do contexto da reforma sanitária. Compreender esse aspecto é, sobretudo considerar mudanças do indivíduo nesse contexto institucional:

Há no modo psicossocial, quanto a este aspecto, um deslocamento fundamental das mudanças, do indivíduo para a instituição e o contexto. A loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como parte da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem (idem, 2000, p.155).

Logo, pensar o sujeito egresso de longas internações, inserido no ambiente sociocultural, é considerar que o novo cenário para ele apresentado, ambiente domiciliar e social possibilite que sua palavra e ação também ganhem cena e ele se “administre”. O que se propõe na atenção psicossocial é o reposicionamento (implicação subjetiva) do sujeito, de forma que ele não seja anulado pelos conflitos, mas que possa se reconhecer como um dos agentes implicados nesse sofrimento, e, portanto também responsável pelas mudanças. Por isso é dada ênfase as questões que dizem respeito ao resgate da cidadania.

Nesse aspecto considerando a criação das cooperativas de trabalho, juntamente com a equipe interprofissional propondo atividades, a exemplo do teatro entre outras distintas formas de arte e, o artesanato, como novas práticas em saúde mental permitindo novas possibilidades de ser “é o deslocamento do pólo técnico-científico para o pólo ético-estético... deslocamento capaz de gerar novas formas de sociabilidade que escapam à produção em série dos manicômios hospitalares e profissionais” (LANCETTI, apud ROSA, 2000, p.156).

²² *Esquizoanálise* foi um termo cunhado por Gilles Deleuze e Félix Guattari, após o lançamento do livro “O Anti-Édipo”, em 1972, para designar um conjunto de críticas à psicanálise tradicional, bem como um novo instrumento para decifrar a subjetividade.

A forma de organização institucional deverá ser horizontal, modificações nesse parâmetro foram respaldadas pelos princípios da descentralização, ou seja, propondo a horizontalização dos macropoderes, onde os municípios passam a ser responsáveis pela gestão de seus recursos e demandas, assim como conselhos de fiscalização são designados para atuarem no âmbito dos sistemas de saúde.

Deste modo os dispositivos atendem as dimensões da instituição a serviço da técnica e da ética oportunizando a participação dos usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental podendo ser constituída uma experiência de participação e auto-gestão, ou seja, o poder de coordenação na instituição é atribuído de forma representativa de modo que, as funções de coordenação devem contemplar as decisões tomadas pelos usuários, familiares e demais trabalhadores de saúde mental. Sobre isto:

A mudança de um paradigma clínico para o modelo psicossocial requer que o profissional saia do papel complementar das ações médicas, sustentado pelo saber da psiquiatria, para assumir a responsabilidade das ações no atendimento ao usuário e familiar, tendo a lógica da saúde mental comunitária como referência. Assim, ele participa na perspectiva de um profissional crítico, ativo, capacitado para potencializar os recursos terapêuticos na sua relação com a clientela, avançando na construção de um projeto terapêutico de inclusão do coletivo, dos técnicos e da clientela, nas práticas de saúde (LIMA e SILVA, 2004, p.594).

Dessa forma o relacionamento com o usuário, diverge claramente do que se pode verificar no decorrer da história com a política do modelo asilar; uma vez que, espaços de interlocução são gerados, oportunizando ao paciente o direito de fala, diálogo; mais do que isso a instituição passa a “funcionar como ponto de fala e escuta da população” (ROSA 2000). Escutar o usuário implica em:

Perceber o outro como indivíduo, compreender e valorizar as experiências de vida do outro; apreender a relação trabalhador/usuário como troca de saberes, sem o poder e autoridade; interpretar o pensar, sentir e agir do outro de acordo com a realidade onde este está inserido (LEITÃO apud COIMBRA, 2003, p.96)

A interlocução, assim como livre trânsito dos pacientes e da população na instituição, a territorialização com integralidade constituem-se como parâmetros basilares das práticas do modo de atenção psicossocial nas formas de relacionamento com a comunidade assistida.

Não é a eliminação dos sintomas, o objetivo proposto pelo modelo que vem sendo abordado, como referenciado inicialmente, é o reposicionamento subjetivo pensado a partir do sujeito como desejante. “A questão seria muito mais de conviver com os conflitos, manejando-os, do que pretender (inutilmente) eliminá-los” (CARUSO e CONSTATINE 2003). O que não significa dizer que há uma recusa ao acesso a medicação. Compreendemos que ela até se faz necessária para atenuar o gozo destrutivo, mortífero.

Os requisitos seguintes são fundamentais para um tratamento consistente e para uma inclusão efetiva do psicótico: incluir a noção de estrutura na elaboração do diagnóstico, incluir o conceito de foraclusão na semiologia e na própria estrutura da rede de serviços institucionais da reforma psiquiátrica, incluir o conceito psicanalítico de sujeito do inconsciente e a premissa da implicação do sujeito no tratamento (QUINET apud FUAD, 2009, P.47).

No entanto, vale salientar que não colocamos a psicanálise como detentora de uma prática exclusiva, que contemple o modo psicossocial, contudo os dispositivos de saúde mental se beneficiam com as suas premissas uma vez que os fenômenos apresentados pelos usuários devem ser compreendidos como tentativas de estabelecer algum vínculo e, portanto fazer laço social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Melhor do que choque elétrico
calmante forte e prisão
Dêem aos nossos pacientes
afeto e compreensão,
já disse lá no início
FECHEM AS PORTAS DO HOSPÍCIO
ABRAM AS DO CORAÇÃO.

(Manoel Monteiro)

No decorrer desse percurso buscamos discutir como a implantação das propostas reabilitadoras da Reforma Psiquiátrica, incide nos processos de subjetivação do sujeito portador de transtorno mental. Visto que tomamos o termo subjetividade a partir do conceito estratégico da psicologia social que a coloca a partir de uma relação indissociável: sujeito e sociedade. Podemos nesse contexto falar das possibilidades de resgate da subjetividade, daqueles sujeitos que atravessaram décadas no enclausuramento, sendo privados da vida em sociedade, e tendo subtraídos os seus direitos básicos a cidadania.

Partindo desse pressuposto retomamos a expressão que faz parte do título desse trabalho “das grades a liberdade” a corroboramos com a discussão que compreende desde os espaços de clausura e as concepções de loucura ao longo dos movimentos sociais que culminaram na Reforma Psiquiátrica Brasileira, norteadas pelo princípio da desinstitucionalização, até o modo de atenção psicossocial que atua como estratégia de articulação para os serviços da rede. Ações nesse sentido oportunizaram nas últimas décadas que o sujeito sob o diagnóstico de doente mental tivesse acesso a outras formas de experiência na sociedade. É visível que certa liberdade lhes foi conferida, facilitando os direitos básicos de cidadania. Contudo inseridos ou não em um diagnóstico psíquico, não deixamos de responder as normas da convivência em sociedade.

Quando nos referimos à liberdade, não a assim consideramos como a ideia de um sujeito totalmente livre, pois ninguém inserido na civilização consegue de todo estar liberto das suas clausuras, referendamos a partir de Freud em “*o mal estar da civilização*” (1930), o fato da cultura produzir um mal estar nos sujeitos pelo antagonismo existente entre as exigências da pulsão e as ditadas pela civilização sendo estas normas portanto que isolam o sujeito e o afastam da ideia de um sujeito do livre arbítrio. Logo, o homem civilizado encara a liberdade que lhes é permitida sempre alienada, onde é preciso responder a lei moral do sistema,

estando submetido a esse aprisionamento das exigências da civilização que possibilitem o laço social.

Levando em conta essa ‘louca trajetória’, buscamos refletir a repercussão da experiência no município de Campina Grande, para uma proximidade com a realidade local como forma de buscar compreender como ela demarca a desinstitucionalização e como os atores sociais envolvidos se posicionam na luta antimanicomial.

Assim sendo, penso que o trajeto produzido até aqui contempla a questão também instaurada, a saber: considerar as relações de forças que perpassam os acontecimentos históricos e a forma como esses repercutem na sustentação das políticas de saúde mental no Brasil. E como a escrita possibilita ir além do que a princípio meramente sugerimos, a partir dessa análise surgem outras indagações no sentido de como os profissionais da área da saúde se posicionam nas suas práticas de atenção frente ao novo paradigma? Para tanto nos apropriamos das considerações da segunda clínica lacaniana sob a perspectiva de uma apreensão do sujeito em sua particularidade de gozo, inferindo que a prioridade reside em que o sujeito encontre a seu modo particular uma maneira de fazer laço social.

Advirto que este é apenas o início de um trabalho o qual, a partir das questões levantadas possibilite fomentar discussões outras acerca das políticas de atenção a saúde mental que por tanto tempo esteve silenciada nas grades da clausura e, numa oportunidade posterior, quem sabe, dar voz aos protagonistas dessa história...

REFERÊNCIAS:

- ALARCON, Sérgio. **Aos Homens de Boa Vontade: estudos sobre sujeição e singularidade.** In: AMARANTE, P.(org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- ALPHONSUS,Guimarães.**Ismália.**Disponível em:jornaldapoesia.wordpress.com/2007/06/04/i-smalia. Acesso em: 03 de novembro de 2011.
- AMARANTE, Paulo. **Asilos, alienados e alienistas.** In: AMARANTE, P. *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994.
- ASSIS, Machado de. **O Alienista.** Rio de Janeiro: Nova Aguilar 1994. V. II.
- BARROS, Denise Dias. **Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber.** In: AMARANTE, P.(org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 1994.
- BASAGLIA, F. **Considerações sobre uma experiência comunitária.** In: AMARANTE, P.(org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 1994.
- BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. **Organizações de instituições para uma psiquiatria comunitária.** In: AMARANTE, P.(org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 1994.
- BOSCH, Jheronimus.A Nau dos Insensatos. Disponível em: artepensando.blogspot.com/2010/08/jheronimus-bosch.html.Acesso em: 02 de setembro de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa “De Volta para Casa”.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- _____. **Legislação em saúde mental: 1990-2004.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **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.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
- BRITO Fátima Saionara Leandro. **Andanças que cortam os caminhos da razão: as vivências insanas e a atuação da reforma psiquiátrica em campina grande – PB.** Recife: UFPE, 2011.
- CAPLAN, Gerald. **Princípios de Psiquiatria preventiva.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARNEIRO, Nancy Greca de Oliveira; ROCHA, Luciana de Carvalho. **O processo de desospitalização de pacientes asilares de uma instituição psiquiátrica da cidade de Curitiba.** *Psicol. Cienc. Prof.* [online]. 2004, vol.24, n.3, pp. 66-75. ISSN 1414-9893. Acesso em: 28 de outubro de 2011.

CIRILO, Livia Sales. **Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares.** Dissertação –Mestrado em saúde coletiva-Campina Grande:UEPB,2006.

CONSTANTINE, Elizabeth Piemonte; CARUSO, Ilda A. **Educação e Saúde: Realidades e Utopias.** São Paulo: Arte e Ciência CIRILO, Livia Sales. **Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares.** Dissertação–Mestrado em saúde coletiva-Campina Grande: UEPB, 2006.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello. **O Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial.** São Paulo: USP, 2003.

COUTINHO, Alberto Henrique Soares de Azeredo. **Schreber e as psicoses na psiquiatria e na psicanálise: uma breve leitura.** *Reverso* [online]. 2005, vol.27, n.52, pp. 51-61. ISSN 0102-7395. Acesso em: 09 de agosto de 2011.

DIAS, Maria das Graças Leite Villela. **Le sinthome.** Rio de Janeiro: Ágora, 2006.

DOR, Joel. **Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

FIGUEIREDO, Gabriel. **O príncipe e os Insanos.** São Paulo: Cortez Editora, 1988.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Editora Perspectiva, 2002.

FREUD, Sigmund. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides). In: _____ **Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1911].

_____. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: _____ **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, vol. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1924].

_____. O mal-estar na civilização. In: _____ **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, vol. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1930].

GENEROSO, Cláudia Maria. **Considerações sobre psicose e laço social: o fora-do-discurso da psicose.** *CliniCAPS* [online]. 2008 vol.2, n.4, pp. x-x. ISSN 1983-6007. Acesso em 28 de setembro de 2011.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 3 : as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, [1985].

_____. (1972-73) **O Seminário, livro 20: mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. **O Estádio do Espelho como Formador da Função do Eu**. In: *ESCRITOS*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LIBERATO, Magda Dimestein Mariana. **Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio de intersectorialidade e o trabalho em rede**.

LIMA, Maria da Glória; SILVA, Graciete Borges da. **A reforma psiquiátrica no Distrito Federal**. Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, setembro/outubro, 2004.

MACHADO, Ondina Maria Rodrigues. **A segunda clínica lacaniana e o campo da saúde mental**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.

MELLO, Marcello Feijó. **Epidemiologia de saúde mental no Brasil**. MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andreade Abreu Feijó; KOHN, Roberto. (org). Porto Alegre: Artmed, 2007.

NETO, Fuad Kyrillos. **Reforma Psiquiátrica e Clínica da Psicose**. 2009. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=115013591004>. Acesso em: 05 de outubro de 2011.

MONTEIRO, Manoel. **Novos tempos para o doente mental: “cuidar sim - excluir não”**. Literatura de Cordel. 2ª ed. Campina Grande, maio de 2004.

NUNES, Carlos Henrique de Oliveira. **Existe sujeito na psicose?** Governador Valadares: UNIVALE, 2010.

NUNES, Everardo Duarte. **Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. (org) *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PASCHE, Dário Frederico; VASCONCELOS, Cipriano Maia. **O sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. (org) *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PÜSCHEL, Villanice Alves de Araújo; IDE, Cilane Aparecida Costardi; CHAVES, Eliane Côrrea. **Modelos clínicos e psicossocial de atenção e à família na assistência domiciliar-bases conceituais**. São Paulo: USP, 2006.

QUINET, Antônio. **Psicose e Laço Social: esquizofrenia, paranóia e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

RAMMINGER, Tatiana. **Trabalhadores de saúde mental, reforma psiquiátrica saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental**. Porto Alegre: UFRS, 2005.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil uma visão histórica**. In: TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário. (org) *Cidadania e loucura políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987.

RITVO, Juan. **Do matema a mathesis universal e retorno a Letra**. 1998. Disponível em: <http://www.marciopeter.com.br/links/ensino/letra/7_aula.pdf>. Acesso em: 12 de outubro de 2011.

ROTELLI, Franco. **Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste**. In: AMARANTE, P.(org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 1994.

SILVA, Priscilla Maria de Castro .**A Reforma Psiquiátrica no município de Campina Grande-PB à luz da história oral temática**. Campina Grande:UEPB,2007.

SILVEIRA, Lia Carneiro e BRAGA, Violante Augusta Batista. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.4, pp. 591-595. ISSN 0104-1169. Acesso em: 21 de agosto de 2011.

WIKIPÉDIA, A ENCICLOPÉDIA LIVRE ON-LINE:

Posição de Fowler. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Posi%C3%A7%C3%A3o_de_Fowler.

ANEXOS

ANEXO A - Pinturas de Bosch.



Figura 1. Nau dos Loucos. Bosch. Museu do Louvre-Paris.

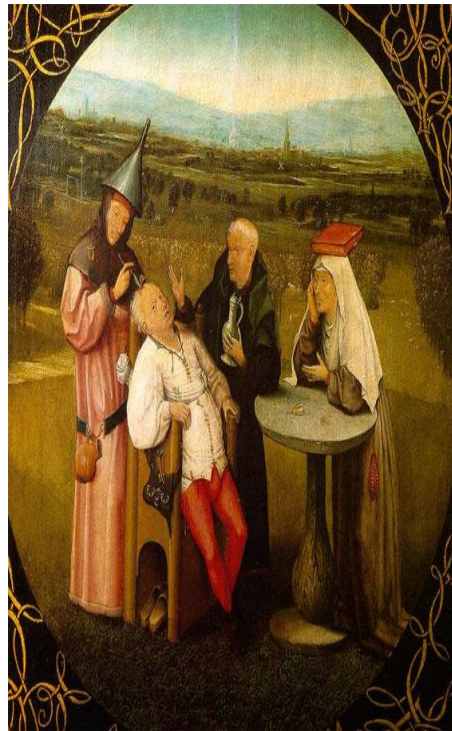


Figura 2. A extração da pedra da loucura. Bosch. Museu do Prado. Madri.

ANEXO B - Poesia de Alphonsus Guimarães.**Ismália**

Quando Ismália enlouqueceu,
Pôs-se na torre a sonhar...
Viu uma lua no céu,
Viu outra lua no mar.
No sonho em que se perdeu,
Banhou-se toda em luar...
Queria subir ao céu,
Queria descer ao mar...
E, no desvario seu,
Na torre pôs-se a cantar...
Estava perto do céu,
Estava longe do mar...
E como um anjo pendeu
As asas para voar...
Queria a lua do céu,
queria a lua do mar...
As asas que Deus lhe deu
Ruflaram de par em par...
Sua alma subiu ao céu,
Seu corpo desceu ao mar...

ANEXO C- Lei Nº10.708,DE 31 DE JULHO DE 2003

LEI Nº 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.



Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

§ 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

§ 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.

Art. 4º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:

I - quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II - quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

Art. 5º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiado.

Art. 6º Os recursos para implantação do auxílio-reabilitação psicossocial são os referidos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica "incentivo-bônus", ação 0591 do Programa Saúde Mental nº 0018.

§ 1º A continuidade do programa será assegurada no orçamento do Ministério da Saúde.

§ 2º O aumento de despesa obrigatória de caráter continuado resultante da criação deste benefício será compensado dentro do volume de recursos mínimos destinados às ações e serviços públicos de saúde, conforme disposto no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Art. 7º O controle social e a fiscalização da execução do programa serão realizados pelas instâncias do SUS.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 31 de julho de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Humberto Sérgio Costa Lima
Ricardo José Ribeiro Berzoini

ANEXO D- Capa do folheto de cordel. Novos Tempos para o Doente Mental”cuidar sim,excluir não”.

