

O MODELO MANICOMIAL E A NECESSIDADE DE UM NOVO SISTEMA: DESAFIOS PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO SÉCULO XXI

CALEGARI, Thalita
CASTRILLON, Eduardo
MARTINS, Patrícia¹
BUOSI, Layane²

Resumo: Este trabalho tem como objetivo discorrer sobre o modelo manicomial, abordando seu percurso histórico, bem como descrevendo as conquistas e a importância da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Buscamos aqui analisar as práticas atuais direcionadas aos portadores de doença mental, e as contribuições da Psicologia nesse contexto. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Como resultado dessa pesquisa, pode-se notar que apesar das lutas, avanços e práticas de um novo modelo manicomial, há ainda grande semelhança entre as práticas atuais com as antigas, ainda existindo práticas que reproduzem a exclusão, tratamentos desumanos, reflexo do isolamento da sociedade que ainda carrega o estigma de isolar e segregar os que perturbam a ordem e que não se “encaixam” nas normas sociais impostas.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Modelo Manicomial. Psicologia.

Abstract: This academic work has as main objective to lay over the mental asylum model, discussing its history, conquers, and the importance of its reform in Brazil as well. We are seeking to analyze the present-day practices directed to the mentally ill and the contributions of psychology in this context. It is a qualitative bibliographic research of descriptive and explorer characteristic. As a result of this research, it is realized that, despite of the struggles, advances and present updated practices of a new mental asylum model, there still are many similarities between the new and the old methods. Revealing practices that still replicate exclusion, inhuman treatment, reflect of the isolation suffered by the ones that are considered annoying to society's balance, or simply doesn't fit in the socially imposed rules.

Keywords: Psychiatric reform. asylum model. Psychology.

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema o Modelo Manicomial, discorreremos sobre suas origens, suas transformações, sua decadência, apresentaremos seus substitutivos e tentativas atuais de sua retomada que apesar de outras roupagens, partem da mesma premissa higienista no qual este teve origem.

O interesse por esse tema teve origem quando cursamos a disciplina de Concepções Antropológicas da Loucura, componente curricular do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande - Univag, através da referida

¹ Discentes do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande-MT, UNIVAG.

² Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande-MT, UNIVAG.

disciplina tivemos contato com autores como Foucault e Goffman, e também com alguns de seus leitores que nos servirão de fundamentação teórica para a discussão aqui proposta.

Feito o panorama histórico descrito acima, queremos analisar, quais práticas atuais, sejam de políticas públicas ou iniciativas individuais, mesmo que mascaradas ou maquiadas, ainda reproduzem esse modelo de exclusão. Tal modelo já se mostrou diversas vezes ineficiente e cruel, sendo assim, acreditamos ser relevante reafirmar, dado o contexto e os discursos recorrentes em nossa sociedade, os motivos pelos quais a Psicologia se posiciona contra a internação como única ou até mesmo primeira forma de intervenção.

O ano de 2001 foi indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o ano de início da luta pela saúde mental e pelos doentes mentais (GOULART, 2004). Mas ainda hoje, percebe-se uma confusão entre os profissionais da saúde sobre qual a melhor estratégia interventiva com essa população, assim, este texto pretende também responder como a psicologia pode contribuir para a humanização nesse contexto.

Dentre as alternativas à institucionalização, o acompanhamento terapêutico é uma das que se destacam por mobilizar grande discussão acerca de sua contribuição à atenção psicossocial, uma vez que esse modelo é recente e ainda está em processo de construção. Nota-se que o acompanhante terapêutico, é extremamente relevante enquanto alternativa à institucionalização, uma vez que seu objetivo é justamente promover a facilitação, a inserção e a construção conjunta do usuário ao seu universo cotidiano e em novas redes culturais/interacionais (NETO; AMARANTE, 2013).

Segundo Goulart (2006), ainda nos restam desafios consideráveis a superar como: uma maior fiscalização para evitar internações desnecessárias em hospitais psiquiátricos, garantir que os tratamentos sejam realmente terapêuticos e não repressivos; o desenvolvimento de meios para averiguar a qualidade dos novos serviços antimanicomiais, efetivação de novas estruturas assistenciais que tenham qualidades necessárias para a realidade e reinserção social e comunitária do portador de transtorno mental; desafiar os interesses dominantes do mercado da saúde mental; articular ações com políticas públicas assistenciais no campo da saúde mental de modo a programar projetos comunitários capazes de

corresponder à expectativa de reabilitação e reintegração dos pacientes; o papel dos pacientes, dos familiares e a comunidade nas novas políticas referentes à saúde mental.

De acordo com Maciel *et al* (2008) o doente mental ou louco sofre de uma exclusão que dura por muitos anos, seja quando rotulado devido ao tratamento medicamentoso, seja por ser afastado do convívio familiar para a hospitalização psiquiátrica. Assim, este estudo se faz relevante, uma vez através da reforma psiquiátrica mostrou-se a possibilidade de pensarmos em outras lógicas de tratamento.

Considerando que historicamente os loucos ou doentes mentais foram segregados em manicômios, é importante discutir a construção social da loucura e as consequências de práticas institucionalizadas como a falta do senso de pertencimento social, a fragilização de vínculos afetivos e também as alternativas aos manicômios, uma vez que através do processo de desinstitucionalização propõe-se a reinserção desses sujeitos na sociedade.

Sendo assim, buscamos compreender também quais são os programas oferecidos para a reinserção social e como o profissional Psicólogo pode colaborar para manutenção e melhoria desses.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para o presente estudo serão utilizados os critérios da pesquisa qualitativa, de perfil bibliográfico, de caráter descritivo e exploratório. De acordo com Guerra (2014), a pesquisa qualitativa se aprofunda na compreensão dos fenômenos que estuda, possibilitando a construção de ferramentas para interpretar os fenômenos sociais.

De acordo com Gil (2008), a pesquisa bibliográfica se dá início com base no material que já está elaborado que é constituído por livros e artigos científicos sendo assim, não recomendando trabalhos de origem da internet sem que haja uma identificação da fonte segura.

Para o levantamento ora apresentado, utilizamos a temática “Reforma Psiquiátrica” e realizamos previamente através da plataforma Google Acadêmico a busca de materiais para fundamentar este texto. Utilizamos como palavra-chave para essa pesquisa os termos: Reforma Psiquiátrica; Modelo Manicomial e

Psicologia. Tivemos como critérios de inclusão artigos que estivessem disponíveis em língua portuguesa, disponíveis gratuitamente e que estivessem relacionados com o nosso tema de interesse. Sendo assim, foi possível destacar que dentre cinquenta artigos científicos, pesquisados entre os anos de 1950 a 2000, somente vinte e cinco tratavam especificamente sobre “O modelo manicomial e a necessidade de um novo sistema: desafios para a reforma psiquiátrica no século XXI” com vertente para as palavras-chave destacadas anteriormente. No que diz respeito aos critérios de exclusão, ficaram de fora estudos que eram relacionados a outras áreas que não eram da Psicologia.

Após a leitura dos títulos, resumos e introdução desses vinte e cinco artigos selecionados anteriormente, percebemos que apenas 19 serviram-nos de suporte em nosso intento.

Além dos textos selecionados através dos critérios de busca descritos anteriormente, retomamos algumas leituras feitas anteriormente na disciplina de Concepções Antropológicas da Loucura, principalmente no que diz respeito à retomada histórica de aprisionamento e higienização da loucura que depois viria a se transformar na doença mental.

Com isso, buscamos rever as principais contribuições teóricas do âmbito da Psicologia para a ressignificação do sistema manicomial, além de problematizar a banalização da dignidade humana no contexto dos manicômios brasileiros.

3. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Analisando a construção da loucura ao longo da história, percebemos que num período anterior ao surgimento da filosofia, na Grécia antiga, a loucura era vista como um complemento da razão. Nesta época, os sacerdotes que eram os detentores do saber, mas para que pudessem ocupar tal posição precisavam de uma conexão com algo superior (SILVEIRA; SIMANKE, 2009). Nesse sentido, podemos dizer que neste período havia

Uma clara positividade na ideia de loucura, pois se aqueles que foram possuídos - 'entusiasmados' - pelos deuses tornam-se mestres da verdade, sacerdotes e mais tarde reis, é sinal de que o desregramento e a desrazão ocupavam não só o avesso da razão, como também implicava outra forma de racionalidade (VASCONCELLOS, 2000, p. 16).

Para Foucault (1972), essa positividade na significação da loucura presente na Grécia antiga não tinha conotação moral ou de conduta, nem mesmo se relacionava a uma doença que precisava ser tratada, – significações presentes em momentos históricos posteriores –, a loucura era interpretada como algo divino, privilegiado, sobre a qual o “delirante” tinha a possibilidade de se comunicar com a divindade, com o “sagrado” para os gregos. Dessa forma, não era implicado em segregação ou exclusão.

As loucuras não só se originam em deuses como Apolo, Dionisos, Mnemosine ou Afrodite, mas essas mesmas formas de enlouquecimento colocam todos diante de uma imagem de sábio. O delírio divinatório enseja os adivinhos, do delírio telepático surgem os sacerdotes, o delírio poético faz inspirar poetas e do delírio erótico nasce o filósofo, o verdadeiro sábio (VASCONCELLOS, 2000, p. 20).

Segundo o mesmo autor, a filosofia surgiu da necessidade e ambição grega de construir um entendimento saber horizontal da realidade, pois já existia um sentido vertical da compreensão da realidade que era o mito. Thales de Mileto um dos primeiros pensadores antes da era cristã, parte do anseio por buscar o princípio que organiza o mundo e seus elementos naturais, tem-se assim então o nascimento da filosofia pré-socrática.

A racionalidade que ordena o mundo, lugar social do homem centrado, racional que somente existe porque age sobre o mundo sobre a sua razão surge então na Época Clássica com Foucault e Descartes, o filósofo não é mais, de modo algum, o possuído; agora ele é o homem das regras, não do desregramento. O momento em que foi desprivilegiado tudo o que está fora dos limites da razão. 'Se sou louco não penso, se penso não sou louco': o cogito é um elogio à racionalidade, em Descartes fica claro como é fundamental para a construção de uma razão metódica que haja a implicação de uma cisão entre razão e a não razão. A loucura torna-se então, um negativo da razão (VASCONCELLOS, 2000. p. 20).

Ou seja, é num primeiro momento após a criação da filosofia que a loucura começa a ser estabelecida como oposta a razão, logo, a loucura como conhecemos é uma construção social.

Segundo Foucault (1997), é a partir do surgimento da ideia de loucura como oposto da razão que surge um segundo novo sentido para loucura, passa-se a percebê-la enquanto risco para a sociedade, e é a partir deste momento também que esta passa a ser referenciada enquanto fator de desorganização da família, desordem social, perigo para o Estado.

A segregação da loucura está relacionada com questões sobre uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, uma nova forma de reagir diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação (FOUCAULT, 1997, p. 565).

Temos assim, como efeito mais direto da segregação do louco, a invenção social da alienação através do isolamento dos excluídos em ambiente estranho, não familiar, portanto, alienante (Ibid).

Segundo Amarante (2016), na Idade Média ocorre à passagem do enfoque trágico para um viés crítico da loucura, o que sinaliza para outra forma de lidar com a figura do louco. Enquanto na concepção trágica o louco encerra verdade, na visão crítica, que é muito devedora da construção social do sentido de loucura, o louco passa a ser aquele que é excluído, segregado em asilos.

Nesse contexto, os Hospitais Gerais e Santas Casas de Misericórdia cumprem o papel de abrigar leprosos, pobres, ladrões, prostitutas, loucos, vagabundos, todos que ameaçam a ordem social e poderiam provocar revoltas (AMARANTE, 2016).

No século XIX, a medicina se apropria da loucura, que passa a ser estudada pela ciência, pelo prisma da doença mental. Agora, o louco recebe tratamento terapêutico e medicamentoso supervisionado pela psiquiatria (Ibid).

Assim, nota-se que a partir do século XIX, o louco passa a ter o seu próprio lugar, o isolamento, e deve neste e através deste se submeter à moral da sociedade. Isso pois para a prática médica psiquiátrica deste século, o desatino representa a imagem de perigo para à sociedade, que por temer o contágio da loucura, encarrega a medicina de tomá-la como objeto de cuidado (AMARANTE, 2016).

Concomitantemente ao período em que a medicina toma a loucura como seu objeto de estudo, pensadores como Pinel influenciaram profundamente o modo de tratamento do louco. Segundo Castel (1978 *apud* AMARANTE, 2016), foram os princípios de Pinel que estabelecem a loucura como um problema de ordem moral, e, portanto, deviam ser corrigidos através do disciplinamento.

Nesse sentido, o louco deveria se adequar a moral vigente à época, para isso estavam em constante vigilância, seus comportamentos eram anotados e corrigidos imediatamente pelo médico, para que isso fosse possível, Pinel

defendia um local próprio para internar os doentes mentais, neste ambiente imperaria a disciplina e quando necessária a punição e correção, pois acreditava que assim o desatino não teria voz (Ibid).

Segundo Amarante (1995), o sentido do alienismo foi fundante para o modelo manicomial,

A adoção do modelo manicomial baseou-se filosoficamente no alienismo, defendido pela Revolução Francesa, para quem a internação nos manicômios ofereceria às pessoas sem condições civis um espaço em que não seriam excluídas por não seguir a forma normativa do pensamento. Como espaço de cura pela Razão e de não julgamento social, o manicômio permitiria ao alienado exercer sua liberdade, tornando-se novamente sujeito de direito (AMARANTE, 1995, p. 199).

O louco é considerado um ser sem razão (desrazão). O internamento representa um espaço de cura, em que aquele passaria a ser cidadão e sobre o qual seria imposto regras de como se comportar e punições caso não agisse conforme o esperado.

Ao tratarmos das Instituições de reclusão/exclusão, não podemos fazê-lo sem levar em consideração seus aspectos e delineamentos, brilhantemente estudados e abordados por Goffman (1961). Para este autor, instituições são locais como residências e empresas, pois estes ambientes necessitam de certo nível de empenho dos indivíduos que ali estão para seu funcionamento. Nesse sentido, este ambiente irá proporcionar a todas as pessoas que lhe ocupam algo de um mundo em comum. Mas ao apresentarem um certo nível de fechamento em sua estrutura, tais como muros altos e cercas elétricas, bem como uniformização das atividades ou havendo uma equipe para dirigir sistematizadamente os trabalhos, as instituições tornam-se Instituições Totais.

Enquadram-se nesta categoria de Instituições que se destinam a: (1) residências para cuidar de idosos, órfãos e deficientes físicos; (2) espaços para pessoas que oferecem ameaças à sociedade mesmo que de maneira não intencional, por exemplo: portadores de doenças infectocontagiosas; (3) lugares destinados a pessoas que oferecem riscos a sociedade de maneira intencional tais como presídios; (4) instituições que preparam indivíduos para determinadas tarefas, por exemplo: quartéis e colégios agrícolas; (5) instituições que servem como “refúgio do mundo” (GOFFMAN, 1961).

As instituições totais também são caracterizadas por sua estrutura “vedada”, onde existe uma espécie de política de funcionamento que caracteriza os funcionários como superiores e os internos como seres inferiores ao poder dos funcionários (Ibid).

“Nas instituições totais, existe uma divisão básica entre um grande grupo controlado, que podemos denominar o grupo dos internados, e uma pequena equipe de supervisão denominada como equipe dirigente” (GOFFMAN, 1961, p. 18).

Desta forma, a equipe denominada como equipe dirigente, possui uma ótica estereotipada sobre os internos tais como amargos, e em contrapartida os internos possuem uma imagem a respeito desta equipe que os dirige como inflexíveis e desagradáveis (Ibid). Ou seja, vemos aqui indícios que nos ajudam a explicar muitos dos estereótipos que até hoje são recorrentes no imaginário social acerca dos loucos e da necessidade de afastamento destes do restante da sociedade.

É no intuito de derrubar esses estereótipos e todo o sofrimento a eles correlatos que o movimento da Reforma Psiquiátrica se mostra um marco tão importante. A Reforma Psiquiátrica brasileira se fortaleceu entre os anos de 1978 e 1980, com destaque para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE, 2016).

O MTSM surge em um contexto de contestação ao modelo manicomial vigente e se caracterizou pela crítica ao sistema manicomial e de pensamento crítico ao saber psiquiátrico, que entendia que o lugar do louco era o hospital psiquiátrico. Dentre os vários movimentos que lutaram pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, o MTSM foi o que mais destacou, tinha como escopo propostas de reformulação do sistema assistencial (AMARANTE, 2016).

O MTSM tinha como propósito organizar encontros para discutir propostas de mudanças na forma que a assistência psiquiátrica era praticada. Esses movimentos ganharam força, sobretudo com a crise na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em 1978, responsável pelas políticas públicas sobre saúde mental, representa um marco da Trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2016).

Para este autor, o MTSM passou a denunciar os poucos recursos das unidades e as más condições de trabalho, que refletiam na assistência dada à população (Ibid).

Assim,

A crise é deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas do CPP II, ao registrarem no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro, trazendo a público a trágica situação existente naquele hospital. Este ato, que poderia limitar-se apenas a repercussões locais e esvaziar-se, acaba por mobilizar profissionais de outras unidades e recebe o apoio imediato do movimento de Renovação Médica (REME) E CEBES (AMARANTE, 2016, p. 52).

A insatisfação dos profissionais da saúde com as condições de trabalho nos manicômios e com as práticas da psiquiatria deflagrou reivindicações e denúncias. O CAPS no Brasil ajudou na difusão de serviços comunitários no Brasil.

A reivindicação dos movimentos, mormente o MSTM, circunscreve a área trabalhista como: aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas a cronificação³ do manicômio e ao uso do eletrochoque, por humanização dos serviços prestados e melhores condições de serviço (AMARANTE, 2016). Essa conjuntura propicia a criação de propostas alternativas ao sistema até então estabelecido de serviços de atendimento à saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no ano de 1987 na cidade de São Paulo (Ibid).

A insatisfação dos profissionais de saúde com as condições de trabalho nos manicômios e com as práticas da psiquiatria resultaram em diversas reivindicações e denúncias que levaram a repercussão do movimento em todo o Brasil. Esta situação torna favorável a efetivação de um sistema substituto ao sistema manicomial (AMARANTE, 2016).

Segundo o mesmo autor, em 1987, foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, em que associações de familiares e usuários passam ganhar maior destaque na luta pelas políticas de saúde Mental, como: a SOSINTRA (RJ) e a Associação Franco Basaglia (SP), dentre outras. Em 1989, a

³ Os dispositivos institucionais, quais sejam, a falta de individualidade, o tratamento impessoal, o abuso de psicofármacos, o distanciamento da realidade social e família, entre outros (DELGADO,1987).

Reforma Psiquiátrica tem um marco, que é a intervenção da Secretaria de Saúde na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, com o seu fechamento, em um período posterior. Neste mesmo período, o deputado Paulo Delgado, apresenta o projeto de Lei 3.657/89, que discorre sobre os direitos dos portadores de transtornos em relação ao tratamento e a sucessiva extinção dos manicômios públicos e privados (AMARANTE, 2016).

A lei Paulo Delgado foi uma grande vitória dos defensores do modelo substituto ao manicomial, com a criação de regulamentação dos direitos dos portadores de transtornos mentais graves e da gradativa diminuição de hospitais psiquiátricos. Este fato, implicou grande repercussão na mídia, em que ficou em destaque nas discussões temas como: assistência psiquiátrica, loucura e manicômios (Ibid).

Do mesmo modo, o autor citado evidencia que com o referido projeto de Lei, a SOSINTRA adquire importância que ultrapassa o Rio de Janeiro, debatendo e apoiando o supracitado projeto de lei de Paulo Delgado. A partir da aprovação do projeto, outras associações de usuários, familiares foram criadas como: a Associação Loucos pela Vida, a Associação Franco Basaglia/SP, a Associação Franco Rotelli, da Associação Cabeça Feita e outros. Segundo o mesmo autor, em 1992, é realizado o II Conferência Nacional de saúde mental, do dia 01 ao 04 de dezembro, na qual se discutiu a questão da exclusão e da violência das instituições psiquiátricas (Ibid).

Em consonância com as lutas dos movimentos e atores contra o paradigma manicomial, em 2001, foi aprovado o projeto de lei federal nº 10.216 de 2001, que regulamenta os direitos das pessoas com transtornos mentais graves, propondo um enfoque mais humanitário a essas pessoas. (SANT'ANNA; BRITO, 2006).

Ainda há muito o que avançar quanto à consolidação de práticas mais humanizadas e com foco na reinserção do portador de sofrimento psíquico ao convívio social, porém, esta é a ideia da Reforma Psiquiátrica de trazer contribuições para o processo de humanização do atendimento do sujeito.

Mas o que substituiria o modelo manicomial? Vidal; Bandeira; Gontijo (2008), nos apresentam as residências terapêuticas. Essas são moradias que abrigam pessoas que não vivem mais em hospitais psiquiátricos. Algumas delas com uma longa história de internação ou aquelas que não tenham vínculos sociais

que as amparem, como assistência da família ou familiares. As residências terapêuticas são constituídas por no máximo 8 residentes, que terão à disposição móveis e eletrodomésticos elementares de uma casa comum. (Portaria 106, de 11 de fevereiro de 2000).

O financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) tem origem em recursos que anteriormente eram assegurados aos portadores de transtornos mentais em hospitais psiquiátricos. O Ministério da Saúde prevê que com a extinção do antigo leito ocupado pelo usuário, este recurso seja redirecionado aos municípios, mais especificamente às secretarias municipais de saúde, para reinvestimento neste setor.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o processo de reabilitação dos moradores de residências terapêuticas busca a inserção deste em um conjunto de serviços, possibilidades de convivência social e organizações, que possibilitem sua gradual inclusão social.

Outra alternativa complementar as internações são as políticas de redução de danos conhecida como (RD) aqui no Brasil. De acordo com Inglez-Dias *et al* (2014) às políticas de redução de danos são estratégias que visam a diminuição de riscos e danos decorrentes do uso de drogas direcionadas para temas como violência, prevenção e atenção em HIV/Aids e também outras doenças transmissíveis oferecendo ainda uma assistência para as populações marginalizadas. Algumas das estratégias utilizadas são: a troca de seringas e agulhas por novas e estéreis, a oferta de tratamento da dependência e de doenças clínicas, vacinação, disposição de materiais educativos, preservativos e *kits* para o uso do material ser mais seguro.

Uma vez que a legislação brasileira garante aos usuários de drogas o acesso universal aos serviços de saúde, sendo cedida em todos os níveis de atenção como Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS ad) e serviços de atenção primária (INGLEZ-DIAS *et al*, 2014), e que há uma relevante recorrência de comorbidades entre doença mental e uso de álcool e outras drogas, as políticas de redução de danos são de extrema importância para a recuperação e reintegração social dos ex internos.

Além dos aparatos já apresentados, temos ainda um serviço substitutivo as internações em hospitais psiquiátricos que foca no atendimento diário, oferecendo

através destes cuidados clínicos e personalizados através de projetos terapêuticos, tratam-se dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial, que são um serviço de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estes são serviços de referência no tratamento de indivíduos que sofrem com transtornos mentais, psicoses e neuroses graves e que o quadro seja considerado severo e/ou persistente para obter um cuidado intensivo, comunitário e personalizado. É oferecido à população acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários no mercado de trabalho, no lazer, exercícios dos direitos civis e também fortalecer os laços familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os CAPS têm ainda a função de dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica como PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Segundo o Ministério da Saúde (2004) o CAPS pode dar acolhimento diurno e/ou noturno quando necessário, precisando obter um espaço acolhedor para atendimento de pessoas em crise o que é essencial para se evitar internações.

Dentre as atividades que um CAPS pode oferecer a população temos: atendimento individual ou em grupo, atendimento para a família, atividade comunitária e assembleias, o que não significa que o usuário da rede precisa ficar tempo integral dentro do CAPS, tratamento medicamentoso, oficinas, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Além disso, a rede ainda conta com alguns tipos de CAPS como: CAPS I e II para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, CAPS III para atendimentos diários e noturnos de adultos também com transtornos mentais severos e persistentes, CAPSi para atendimento de crianças e adolescentes que possuem transtornos mentais e o CAPSad que é direcionado para usuários de álcool e drogas e possui leitos para repouso a fim de realizar o tratamento de desintoxicação (Ibid).

Por outro lado, ainda são observados atos no sentido de se manter o antigo modelo de repressão dos hospitais psiquiátricos. Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP) no pronunciamento em seu site oficial, a nota técnica 001/2019 denominada “Nova Saúde Mental”, pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, apresentada no dia 04 de fevereiro de 2019, disse ser um

desrespeito aos avanços históricos da Luta Antimanicomial, visto que, propôs o aumento no número de leitos nos hospitais psiquiátricos nas RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) assim como o financiamento pelo Ministério da Saúde de compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia, configurando uma violação à dignidade humana e a liberdade dos usuários da rede supracitada.

Para o Ministério da Saúde (2011), esta nota técnica afronta a Portaria 3088 de 2011, que tem como escopo a reinserção social do usuário do RAPS e o seu tratamento, respaldada em princípios que garantem a dignidade da pessoa com transtorno mental grave. Esta portaria estabelece nos seus artigos, diretrizes para o funcionamento do RAPS, enfatizando: a garantia do respeito, dignidade e liberdade das pessoas; no tratamento humanizado e centrado nas necessidades dos usuários e no combate ao estigma e preconceito.

Mesmo avançando em direção a formas mais eficazes e humanizadas de tratamento que vieram para substituir o modelo manicomial, há preocupação com os recentes movimentos e discursos correntes na sociedade brasileira. Percebe-se que mesmo quando feitos de forma mascarada, estes propõem o retorno a uma história de exclusão já conhecida.

4. OS PERIGOS DE UM RETORNO A UM PASSADO NÃO TÃO DISTANTE

A redação da Lei n. 10.216/2001 prevê como recurso de tratamento a internação compulsória, conforme estabelecido no artigo 6º, Inciso III: "internação compulsória: aquela determinada pela Justiça". Nos termos do artigo 9º, é determinado que este instituto deve ser indicado impreterivelmente por um juiz competente, ficando a seu critério considerar as condições de segurança do estabelecimento, no sentido de salvaguardar a integridade do paciente, dos demais internados e funcionários (RUIZ; MARQUES, 2015).

Fonseca e Flores (2013), afirma que o projeto da internação compulsória tem como finalidade, a internação de crianças, adolescentes e adultos com dependência química, como forma de tratamento após outros métodos de tratamentos não terem ocorrido de forma eficaz, sem a autorização do indivíduo ou de algum outro membro familiar. Sendo a pessoa internada é direcionada ao CAPS III, hospitais gerais e prontos socorros, caso estejam em crise.

De acordo com a legislação vigente a favor dos direitos do portador de transtorno mental, a internação deve ocorrer sempre mediante apresentação de laudo médico, caracterizando a necessidade desta. E por ser procedimento médico, este deve estar devidamente registrado junto ao seu conselho. (BRASIL, 2001 *apud* Maciel, 2013).

Segundo Fonseca e Flores (2014), o direito traz duas óticas acerca das internações não consentidas, sendo a primeira para assegurar a recuperação do indivíduo, para que o mesmo retorne e saia de sua momentânea incapacidade e recupere sua plena consciência. A segunda consta das internações a fim de assegurar os possíveis riscos que o indivíduo possa trazer a sociedade de forma em geral.

No que se diz respeito aos efeitos causados pela internação compulsória, o debate sobre a melhor forma de tratamento da dependência, os tipos de internação, principalmente a compulsória, continuam a dividir opiniões. Pois, para alguns, a imposição da obrigatoriedade em saúde, serve tão somente para camuflar os problemas sociais, enquanto fere o direito de liberdade, para outros significa proteger a vida de acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988 *apud* RUIZ e MARQUES, 2015).

Além da condição que a escolha e aceitação da internação pelo próprio indivíduo tem grande relevância para o tratamento, Scisleski e Maraschin (2008, *apud* RUIZ e MARQUES, 2015) referem-se que a utilização da internação compulsória (por ordem judicial) ou involuntária (por ordem médica e sem o consentimento do internando), como estratégia no tratamento da dependência química e em casos de doença mental, alcançaram um patamar de tabu perante a sociedade, pois, quando se trata desta modalidade de intervenção, seja para o combate às drogas ou qualquer outra finalidade, observa-se um paradoxo em sua fundamentação, na qual é configurada para proteger o indivíduo de danos que possa oferecer a si próprio e a outrem, bem como possibilitar um meio de acesso aos serviços de saúde, mas, é criticada por indicar punição ao invés de tratamento e ferir o direito de liberdade, o de ir e vir.

Neste mesmo sentido, Lima (1946, *apud* FONSECA e FLORES, 2014) relatam que no Brasil, assim como no mundo inteiro, a falta de conhecimento sobre a cura de algumas doenças, o que sempre resultou no uso de uma política

de saneamento de meio ambiente, através do isolamento e internação compulsória. Nesses casos a principal justificativa é a garantia da ordem pública, uma proposta em última instância também higienista, onde prevalece o interesse da sociedade sobre a autonomia individual e os direitos da personalidade.

Cenário esse ao nosso ver não se difere quanto aos objetivos das já citadas práticas de segregação com as quais já se depararam os primeiros homens desprovidos de razão (é a partir de Descartes que a loucura se torna um negativo da razão), sendo a desrazão conseqüentemente vista como um risco para a sociedade, restando a nós, encarregar a medicina de tomá-la como objeto de cuidado (FOUCAULT, 1997; VASCONCELLOS, 2000; AMARANTE, 2016).

Ou seja, ao tomar a loucura como doença, a medicina dirige suas ações ora para tentar reabilitar o sujeito ao convívio social, ora para proteger a sociedade dos perigos de seu contágio, tendo sempre como instrumento mais poderoso a própria segregação.

Nesse sentido, Neto (2019) esclarece que a atualização na política nacional de drogas, sancionada pelo presidente Jair Bolsonaro no dia 6 de junho, estabelece os critérios para a realização da chamada internação involuntária, destacando o reforço que a nova proposta da política nacional de drogas dá as comunidades terapêuticas.

Segundo ele, a internação involuntária ainda divide especialistas da área de tratamento de dependentes químicos. Existe tanto uma corrente que se apoia no argumento de que esse tipo de ação foca na abstinência e não pensa na diminuição dos danos, quanto profissionais que entendem que esse método, usado de maneira pontual, é necessário em casos mais graves, nos quais o paciente não tem capacidade de tomar decisões (Ibid).

Como dito anteriormente, a inclusão de comunidades terapêuticas acolhedoras no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) é outra novidade presente e reforçada pela nova lei. O texto tipifica o método e esclarece pontos sobre a adesão de pacientes. Segundo o Ministério da Justiça, cerca de 1,8 mil comunidades terapêuticas operam no Brasil. Esses locais funcionam como centros de reabilitação com diretrizes baseadas na religião, abstinência e trabalho (NETO, 2019).

Esse contexto é muito preocupante, principalmente quando parecemos não aprender nem compreender o que nos mostra os dados históricos. Por exemplo, na década de 1990 o Brasil passava por problemas econômicos como a alta inflação, a desvalorização da moeda, o desemprego, a desigualdade social além da deplorável distribuição de renda, contexto não tão distante do que vivemos atualmente (SANTOS, 2018).

Segundo Fausto (2013) e Carvalho (2016) *apud* Santos (2018), ainda na década de 1990 houve uma alta migração rumo a cidade de São Paulo vinda principalmente do interior do país. Entretanto em decorrência da lógica de competitividade característica das grandes cidades, falta de estrutura, de mão de obra qualificada e de um mercado apto drenar a mão de obra disponível, observou-se um duplo fenômeno. Por um lado, tivemos uma alta taxa retorno desses imigrantes para seus locais de origem, enquanto aos que ficaram restou o afastamento, num processo de higienização da cidade.

Nesse sentido, todos esses trabalhadores e trabalhadoras sem qualquer condição de subsistência passam a ser considerados uma categoria humana não desejável, não devem ser vistos, não devem atrapalhar a ordem social, não tem direitos, não devem existir (SANTOS, 2018).

Ainda no final da década de 1990, a cidade de São Paulo começou a ser vista como porta de entrada de migrantes a fim de construir a vida, mas as violências nas periferias eram tão altas quanto o desemprego e a desigualdade social (SANTOS, 2018). De acordo com Feltran (2012, p. 238-239),

o desemprego estrutural que chegou a 22% na Região Metropolitana de São Paulo no final de 1990, a informalização dos mercados e as altíssimas taxas de lucro das atividades ilegais elevaram os índices de criminalidade violenta. O controle desses mercados emergentes gerava corrida armamentista e uma guerra aberta nas periferias.

Ou seja, o cenário não era de forma alguma favorável para o estabelecimento e desenvolvimento desses sujeitos. Segundo uma pesquisa da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas (COED) e pela secretaria de Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo feita pela Consultoria do Programa de Desenvolvimentos das Nações Unidas (PNUD) em 2017 metade da Cracolândia eram migrantes, sendo 11,76% usuários de crack que vieram do

interior do estado, indivíduos de outros estados brasileiros 30,88% e já de outros países 2,94% (SANTOS, 2018).

O autor ainda aborda a dificuldade dos moradores da Cracolândia para receber ajuda de familiares e amigos visto que em uma pesquisa realizada, 59,8% não podem retornar para seu local de origem e 44% já não tem contato com a família, portanto, podemos observar as várias dificuldades que estes imigrantes encontraram.

Recentemente Souza (2017) em uma matéria para o site da BBC Brasil, relata a realização de uma “megaoperação” policial na região de São Paulo conhecida com Cracolândia. Nesta, o prefeito à época João Dória (PSDB) pedia a autorização da justiça para promover a internação compulsória dos sujeitos que ali viviam. Em seguida foi realizado outro ato onde através do uso de força policial derrubaram-se as barracas e retiraram esses indivíduos da praça Princesa Isabel.

Em entrevista um advogado integrante do Conselho Estadual de Direitos Humanos relatou ter ouvido trinta relatos de vítimas após a ação policial que violaram os direitos humanos sendo agredidos por guardas, sendo despejados pela prefeitura e até ameaçados de despejos (SOUZA, 2017).

Ainda de acordo com Souza (2017) a decisão de Dória teve autorização em primeira instância para retirar os usuários para uma avaliação médica, mas em seguida o Tribunal de Justiça de São Paulo derrubou a decisão.

No governo de Alckmin de 2013 a 2016 o programa Recomeço realizou 11.507 internações sendo 8.904 voluntárias, 2.580 involuntárias e 23 a força. Segundo a prefeitura, a internação compulsória só é realizada em último caso (Ibid).

Situação semelhante ocorreu bem próximo a nós, na cidade de Cuiabá localizada no estado de Mato Grosso. Há cinco anos atrás, por motivos da chegada da Copa do Mundo de 2014, iniciaram-se alguns movimentos e obras direcionadas para a melhoria do centro da cidade, como por exemplo a instalação do VLT (Veículo Leve sob Trilhos) (nunca foi finalizada), a construção da Arena Pantanal, a obra de construção de um Centro de Treinamento, bem como tiveram início diversas ações policiais para a retirada de moradores de rua e usuários de drogas dos principais pontos turísticos e centro da cidade.

Também foram derrubadas construções históricas habitadas por muitos moradores de rua, dentre os quais muitos também doentes mentais, sem que se oferecessem nenhum tipo de assistência a estes.

Assim, assistimos tanto a dispersão de usuários de drogas da Ilha da Banana e da região do Porto o que ocasionou a ida desses indivíduos para outros locais como praças e becos mais afastados dos holofotes quanto a investida de diversas comunidades terapêuticas interessadas em acolher esses sujeitos por conta do subsídio do Governo destinado a esse fim. Como dito anteriormente, (NETO, 2019) essas comunidades são baseadas em princípios religiosos, de abstinência e de trabalho.

Ou seja, em nada corroboram com um tratamento e uma assistência que tenha fundamentação científica, tão pouco consideram o processo e a luta antimanicomial, uma vez que o modelo que propõem retoma justamente a estratégia da exclusão como pedra fundamental.

A partir desse panorama podemos compreender a estrutural falta de assistência e a invisibilidade que os moradores de rua e usuários de drogas carregam, sendo este um tema que nos gerou interesse justamente pela atualidade e pelo perigo e retrocesso que representam diversos discursos excludentes e higienistas que tem circulado em nossa sociedade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se diz respeito a segregação de pessoas portadoras de transtornos mentais e dependentes químicos, entendemos haver uma relação entre as normas impostas socialmente, de como um cidadão deve se portar diante dessa imposição, e para aqueles que a essas não se enquadram restam a segregação e o isolamento. Ou seja, excluimos aqueles que consideramos desajustados para viver em sociedade.

Essa forma de exclusão e isolamentos se dá principalmente através de internações, da marginalização que servem apenas para “camuflar” uma realidade onde os problemas sociais não só existem, mas também precisam de assistência cada vez mais especializada e humanizada.

Pessoas que se encontram em situação de dependência ou de algum transtorno mental, tem direitos de liberdade, socialização entre outros. A

estratégia de isolamento em sua maioria, não se refere a uma preocupação com a saúde física e mental desses indivíduos, mas sim a uma necessidade de separação destes da sociedade para que não perturbem a ordem, além do fato que a maioria dessas instituições (comunidades terapêuticas) não têm uma estrutura adequada para o tratamento dos mesmos.

Hoje a cidade de Cuiabá conta com alguns programas voluntários voltados a prestar assistência aos sujeitos marginalizados, mas estes parecem ser totalmente invisíveis tanto para o governo quanto para uma boa parte da população.

Sendo assim, ao mesmo tempo em que essa população foi destituída de suas “propriedades”, tendo seus direitos humanos desrespeitados, foram ou visibilizadas através de um higienização da cidade ou internados para tratamentos compulsórios em comunidade terapêuticas que se mantém, em boa medida, por verbas governamentais que estariam sendo muito melhor utilizadas se investidas em Residências terapêuticas e qualificação aos profissionais que já prestam serviços aos diversos serviços de assistência multiprofissional já existentes.

Por fim, ressaltamos que para uma efetiva reabilitação dos sujeitos, é necessário investir em sua integração social, em sua humanização, e não em seu afastamento e exclusão. Caso contrário apenas estaremos afastando para longe dos olhos os problemas que estão abaixo de nossos narizes e em nada estaremos contribuindo para criação de condições mínimas de existência e de melhora no bem-estar da população como um todo.

6. REFERÊNCIAS

AIRES, Anderson. **Internação involuntária e comunidades terapêuticas: especialistas opinam sobre pontos da nova política nacional de drogas.** Porto Alegre, 2019. Disponível em: <<https://gauchazh.clicrbs.com.br/saude/noticia/2019/06/internacao-involuntaria-e-comunidades-terapeuticas-especialistas-opinam-sobre-pontos-da-nova-politica-nacional-de-drogas-cjwmtmgqor007e01qxkff2iw3w.html>>. Acesso em: 11 de agosto de 2019.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 16 nov. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Residências Terapêuticas**: o que são e pra que servem. Brasília, Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>.. Acesso em: 13/08/2019.
BRASIL. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP manifesta repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde**. Brasília, Distrito Federal, 8 fev. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude>. Acesso em: 16 nov. 2019.

FONSECA, Geisiane Andreia; FLORES, Thiago Pereira da Silva. **Internação Compulsória e medidas de saúde: uma história já conhecida**. [S.l], 2014. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=6dc53468a6a6c55d>. Acesso em: 11 de agosto de 2019.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GOULART, Maria. **A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica**. Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais, São João Del-Rei, v.01, n.01, 2006.

GUERRA, Linhares. **Manual de Pesquisa Qualitativa**. Belo Horizonte: Anima Educa, 2014.

INGLEZ-DIAS, Aline *et al.* **Políticas de redução de danos no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n. 01, p. 147-158. 2014.

JUSBRASIL. **A Lei a Internação Compulsória**. Goiás, 2016. Disponível em: <https://asmegeo.jusbrasil.com.br/noticias/100385057/a-lei-a-internacao-compulsoria>. Acesso em: 13 de agosto de 2019.

MACIEL, Silvana Carneiro *et al.* **Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica**. Psico-USF (Impr.), Itatiba, v. 13, n. 1, p. 115-124, 2008.

MACIEL, Amanda Luiz. **Aspectos gerais sobre internação compulsória em saúde mental nos últimos 10 anos: Revisão Bibliográfica**. Criciúma, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1444/1/Amanda%20Luiz%20Maciel.pdf>> Acesso em: 11 de Agosto de 2019.

NETO, Manoel de Lima Acioli; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial**. *Psicol. Cienc. prof.*, Brasília, v. 33, n. 4, p. 968. 2003.

RUIZ, Viviana Rosa Reguera; MARQUES, Heitor Romero. **A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade**. *Revista Psicol. Saúde, Campo Grande*, v. 7, n. 1, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100002>. Acesso em: 11 de agosto de 2019.

SANT'ANNA, Tatiana Camargo de; BRITO, Valéria Cristina de Albuquerque. A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. *Psicol. Cienc. prof.*, Brasília, v. 26, n. 3, p. 368-383, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 nov. 2019.

SANTOS, Ednan Silva. **Planos migratórios na Cracolândia de São Paulo na década de 1990**. *Rev. katálysis, Florianópolis*, v. 21, n. 2, p. 336-344, Maio, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802018000200336&lng=en&nrm=iso> Acesso em 29 de agosto de 2019.

SILVEIRA, F. D.; SIMANKE, R.T. **A psicologia em História da Loucura de Michael Foucault**. *Fractal Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, 2009.

SOUZA, Felipe. **Fim da cracolândia: o que especialistas, governo e prefeitura apontam como solução para a feira de drogas em SP**. *BBC Brasil, São Paulo*, 11 de junho de 2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-40115560>> Acesso em: 30 de agosto de 2019.

VASCONCELLOS, J. Filosofia e loucura: a ideia de desregramento e a filosofia. In: AMARANTE, P. org. **Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ, 2000. *Loucura e & Civilização collection*, p. 13-23. ISBN 978.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; BANDEIRA, Marina; GONTIJO, Eliane Dias. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos**. *J. bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 70-79, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13/08/2019.