

SAÚDE MENTAL NO BRASIL: IMPASSES E HORIZONTES DE UMA POLÍTICA PÚBLICA

MENTAL HEALTH IN BRAZIL: DIFFICULTIES AND POSSIBILITIES OF A PUBLIC POLICY

*Luciane Gheller Veronese¹
Osmar Veronese²*

Resumo: O objetivo do presente artigo é lançar um olhar crítico sobre o impacto das mudanças implementadas nas políticas de saúde mental no Brasil nos últimos quarenta anos. A partir da Constituição de 1988 e da legislação que a regulamenta, houve uma mudança de paradigma, a qual busca a superação do sistema manicomial e a implantação de centros de atenção psicossocial, priorizando o tratamento ambulatorial. Será que os câmbios legislativos foram acompanhados pela realidade das políticas públicas brasileiras? Quais os entraves mais perceptíveis que o novo modelo enfrenta? Eis as perguntas para as quais se buscam respostas. Como resultado, tem-se que a proposta normativa é avançada, mas ele encontra forte resistência em mudar a cultura organizacional do setor, apegada ao excesso de medicalização e confundindo sintomas com causas do sofrimento psíquico. Em muitos casos, os muros dos hospícios de ontem foram transformados em barreiras de sedação química, em lógica sustentada na cultura do consumo, de vender medicamentos e sedar pacientes, sem se preocupar com os efeitos singulares e sociais dessa prática, dificultando a implementação do projeto público de saúde mental brasileira. A pesquisa é bibliográfica e o caminho metodológico fundamentalmente é analítico

Palavras-chave: Constituição; saúde mental; política pública; consumo.

Abstract: This paper aims to critically analyze the impact caused by implemented changes in mental health policies in Brazil over the last forty years. From the Federal Constitution of 1988 and its legislation –, in order to overcome the asylum system and to implement psychosocial care centers and prioritize clinic treatment. Could the legislative changes have been accompanied by the reality of Brazilian public policies? What are the most noticeable barriers that the new model faces? Here are the questions for which answers are proposed. As a result, it is normative proposal is advanced, but it finds strong resistance in changing the organizational culture of the sector, attached to the excess of medicalization and confusing symptoms with psychic suffering causes. In many cases, the walls of yesterday's hospices were transformed into barriers of chemical sedation, sustained by the culture of consumption, selling drugs and sedating patients, without worrying about the

¹ Doutora em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Professora do Curso de Psicologia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, UNIJUI-RS. Integrante do Grupo de Pesquisa “Direitos de Minorias, Movimentos Sociais e Políticas Públicas”, com registro no CNPQ, vinculado ao Mestrado/Doutorado em Direito da URI/Santo Ângelo/RS. Servidora Pública Estadual/RS. E-mail: veronese@unijui.edu.br.

² Doutor em Direito Constitucional pela Universidad de Valladolid, ES, Professor de Direito Constitucional da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI (Graduação e Mestrado/Doutorado), e do Instituto Cenecista de Ensino Superior de Santo Ângelo (IESA), Santo Ângelo/RS. Líder do Grupo de Pesquisa “Direitos de Minorias, Movimentos Sociais e Políticas Públicas”, com registro no CNPQ, vinculado ao Mestrado/Doutorado em Direito da URI/Santo Ângelo/RS., Procurador da República. E-mail: osmarveronese@gmail.com.

singular and social effects of this practice, the reason why it is difficult to implement a public mental health project in Brazil. The research is bibliographical and the methodological method is fundamentally analytical.

Keywords: Federal Constitution; mental health; public policy; consumption.

Sumário. Considerações iniciais. 1 Os manicômios como política da indiferença e da morte. 2 Os novos paradigmas de saúde mental no contexto da democratização do Brasil. 3 Os Centros de Atenção Psicossocial no Brasil – CAPS. 4 A difícil travessia das instituições totais para uma rede de atenção. 5 Dos muros físicos de contenção à camisa de força química: a lógica do consumo aplicada à saúde mental. Considerações finais. Referências.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Há cerca de três décadas que a sociedade brasileira faz um esforço para avançar no processo de redemocratização, superando a ditadura civil/militar, estando na gênese desse esforço a promulgação da Constituição de 1988, que deu suporte à implantação do Sistema Único de Saúde e às proposições sobre a reforma psiquiátrica, apontando horizontes diferenciados daqueles calcados em lógicas higienistas, em instituições fechadas, que redundou em grande parte na criminalização dos portadores de doença mental e reforçou práticas de exclusão e abandono.

O novo modelo proposto, de edificação de um Estado Social e Democrático de Direito, aposta na construção de uma rede de atenção à saúde de base territorial e comunitária. As conquistas históricas, nesse campo, não estão livres de retrocessos com o retorno da violência manicomial, daí a necessidade de manter o debate sobre políticas sanitárias, possibilitando proteções à suspensão da capacidade de pensar.

O estudo propõe pensar algumas intervenções do modelo de tratamento da saúde mental pública no Brasil, em especial nas instituições responsáveis pelo acolhimento e tratamentos de pacientes em sofrimento psíquico, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Objetiva-se, assim, reforçar a crítica à saúde mental implementada no século passado, ressaltar os avanços traduzidos na legislação vertente a partir do momento constituinte e indicar alguns dos principais riscos que o novo modelo enfrenta na era do consumo.

O interesse pela problemática decorre do acompanhamento de trabalhos realizados em distintas instituições públicas, há mais de 20 anos, nas quais se observou a dificuldade da mudança de cultura organizacional proposta para os Centros de Atenção Psicossocial CAPS, mesmo diante das alterações no texto legal acerca dos modelos de assistência e saúde mental, importantes mas não suficientes para operar mudanças nas práticas cotidianas acerca do acolher, cuidar e tratar na instituição. A transposição de culturas, ao mesmo tempo em que gera fatos concretos e arranjos criativos, produz impasses que precisam ser enfrentados. Eis algumas inquietudes apontadas neste ensaio.

1 OS MANICÔMIOS COMO POLÍTICA DA INDIFERENÇA E DA MORTE

A atenção dispensada aos considerados doentes mentais, independente do local ou modelo político adotado pelos países do mundo ocidental, traz a marca do sombreamento encobridor do horror, da perversidade e dos maus tratos. O campo da saúde mental historicamente foi predomínio de estigmas relativos ao lugar social destinado aos “loucos” de cada época.

No estudo de Foucault, *História da loucura na idade clássica* (1999), encontram-se a descrição de cenários e interrogações acerca das verdades científicas construídas e referendadas em cada cultura. Em seu texto o autor questiona o campo da medicina psiquiátrica a partir da concepção de que a loucura é construída social e politicamente, além de contestar a internação e o domínio médico como formas únicas de abordá-la. Foi assim que a paisagem imaginária da Renascença viu surgir a Nau dos Loucos,

estranho barco que deslizava ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos (...) que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. (...) encarregavam-se marinheiros de livrar a cidade de um louco que por ela passeava nu (FOUCAULT, 1999, p. 9).

Foucault vê nessa prática a busca de segurança dos cidadãos e a inquietude em relação à loucura no final da Idade Média, que, a partir do século XV, passa a assombrar a imaginação do homem ocidental e a exercer atração e fascínio sobre ele.

Nas práticas brasileiras de tratamento da loucura, em especial, no Rio Grande do Sul, uma das principais referências simbólicas acerca do tratamento de doentes mentais foi o Hospital Psiquiátrico São Pedro, segundo dados disponíveis em seu arquivo institucional,

O Hospital Psiquiátrico São Pedro, nomeado Hospício São Pedro em homenagem ao padroeiro da Província, foi a primeira instituição psiquiátrica de Porto Alegre e da Província de São Pedro. Foi o quinto asilo/hospício de alienados (hospício, do latim "*hospitium*", hospedeiro, local destinado ao acolhimento de doentes pobres e incuráveis/alienado, do latim "*alienus*", estranho; o indivíduo estranho a si mesmo ou à comunidade social), implantado durante o Segundo Reinado no Brasil (1841-1889) - (CHEUICHE, Edson Medeiros, disponível em www1.saúde.rs.gov.br, acesso em 23-12-2016).

O Hospício São Pedro possuía a mesma função de outras instituições totais espalhadas pelo mundo, consoante se pode aferir do escrito em seu arquivo:

A criação do asilo de alienados fez parte do processo de saneamento social da Capital, que deslocou para o subúrbio as instituições que abrigavam as enfermidades, a morte e todos com desvio comportamental na convivência comunitária. O hospício foi utilizado como espaço de observação e de asilamento do insano, possibilitando o seu afastamento das prováveis causas que o levaram à alienação mental. Se o hospício foi o meio na construção do

saber médico alienista, o isolamento foi o método na prática terapêutica da reabilitação mental. A urbe, apolínea e normatizadora, lugar de previsibilidade e regularidade, foi destinada aos corpos sociais judiciosos, que estabeleceram padrões sanitários através dos processos de medicalização/higienização (discurso). Foi nesse meio racional, em busca de organização e funcionamento social, que a loucura foi institucionalizada, silenciada e afastada do centro de civilidade, pretendido como opulento, disciplinado e purificado (prática). (CHEUCHE, Edson Medeiros, disponível em www1.saúde.rs.gov.br, acesso em 23-12-2016).

A prática de regulação social instituída pelo poder público estabelecia o confinamento e a marginalização dos indivíduos considerados inaptos ao convívio comunitário e inclusive penalizava juridicamente quem se recusasse a pactuar com essa concepção:

Quem tiver na sua casa, ou souber que existe na vizinhança alguma pessoa alienada desvalida, é obrigado a dar parte imediatamente, na Villa, ao Presidente da Camara e nos outros lugares do municipio ao Inspector vereador, ou à autoridade policial para providenciar a tal respeito. O contraventor soffrerá a multa de 10\$000 réis.

A história gaúcha do tratamento dos loucos repetiu, de certa forma, a exclusão que aconteceu no cenário europeu e nos grandes centros brasileiros. Os “alienados” eram internados em manicômios e muitas vezes esquecidos, entregues a condições subumanas. A “Nau dos Loucos” também teve sua versão nas cidades do interior, fora da região metropolitana, no que popularmente se chamava “ambulâncioterapia”, uma prática que visava “limpar” as cidades, levando seus doentes mentais para serem internados na Capital, em sanatórios que ficavam à margem da cidade e de lá só retornarem após sua cura, o que gerou para muitos uma exclusão eterna, pois jamais retornaram. Outros ficaram de tal forma estigmatizados que foi inviável a reinserção em suas comunidades.

Em Minas Gerais, o estudo de Daniela Arbex (2013) compara o tratamento dos doentes mentais brasileiros asilados aos crimes ocorridos no holocausto. Em sua obra, discorre sobre o genocídio cometido pelo Estado brasileiro e por funcionários burocratas, além de apontar a convivência da população local que nada fez para impedir que 60.000 pacientes morressem atrás do muro daquele que foi o maior hospício brasileiro, o Colônia, na cidade de Barbacena.

Assustadora a banalidade com que as pessoas eram confinadas, “tratadas”, destituídas de sua condição de cidadania, inclusive do nome próprio, substituído, em muitos casos, por “Ignorado de Tal,” e em outros rebatizados pela equipe, entregues os documentos, os pertences, passavam por rituais de padronização, banho, corte de cabelos e recebiam o camisolão, ou seja, eram violadas em sua condição de sujeitos e cidadãos de distintas formas. A crueldade da máquina e a perversidade do sistema foram denunciadas pelos dados, os quais indicam que 70% dos internados não tinham diagnóstico de doença mental, passavam todo tipo de privação, comiam ratos, bebiam esgoto e urina, morriam de fome, frio, choque elétrico e descaso.

Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo - e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos

para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos foram decompostos em ácido, no pátio do Colônia, na frente dos pacientes para que as ossadas pudessem ser comercializadas. Nada se perdia, exceto a vida (BRUM, 2013, p. 14).

Estarrecedor também o relato acerca da ala infantil e das condições vegetativas das crianças, a violência contra crianças, em sua maioria abandonadas, tinham como horizonte a morte. A indiferença e os maus-tratos que eram dispensados para elas reforçavam as condições de abuso (ARBEX, 2013, p. 88).

Em verdade, morriam duas vezes, quando entravam no estabelecimento, a destituição forçada de toda a história precedente e a invisibilidade significava a morte simbólica, que apenas era “coroadada” com a posterior morte física, pois, conforme afirma Brum, “no inferno não há fim de expediente” (in ARBEX, 2013, p. 14), o difícil era reconhecer algum traço de humanidade em tal sistema.

Os contextos manicomial foram estudados por Goffman, em sua obra *Manicômios, prisões e conventos* (1990), na qual o autor analisa o mundo das “instituições totais”, sejam elas de caráter clínico, prisional ou conventual, através do seu fechamento e da barreira estabelecida entre interior e exterior. No interior das instituições habitam não apenas as equipes dirigentes, mas também os internados, os prisioneiros, os que optam por uma vida solitária. Ao tentar responder como age o indivíduo privado da vida comunitária, sinaliza que o segregado atua de modo semelhante, seja qual for a razão do isolamento, vocação, punição ou doença mental.

A passagem de uma vida exterior para uma de confinamento espacial e social significa a submersão do indivíduo em um processo de mortificação do eu, inicialmente pela institucionalização forçada, com concessões de adaptação às novas regras, com inibição do desenvolvimento pessoal, por limites de espaço, tempo e relações. Os rituais de perda de identidade incluem a substituição das roupas pessoais por uniformes e dos nomes próprios por números. O texto destaca uma forte crítica sobre o mundo do internado, desenvolvida a partir do conceito de instituição total.

Com a abertura democrática brasileira, os questionamentos desse modelo cresceram muito, impulsionados por um discurso de afirmação dos direitos humanos, internacionalmente, no pós-guerra, e internamente, no período pós ditadura civil-militar, dando suporte para o “novo modelo”, uma política antimanicomial. Mas o que se construiu no Brasil então?

2 OS NOVOS PARADIGMAS DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA DEMOCRATIZAÇÃO DO BRASIL

Após conturbados anos de ditadura civil-militar (1964-1984), em meados da década de 80, o Brasil iniciou uma nova era de sua história. Em especial, a partir de 1988, houve importantes avanços no âmbito da cidadania brasileira: inicialmente a promulgação da Constituição, chamada Cidadã, especialmente pelo amplo acolhimento dos direitos fundamentais e, como decorrência desta, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além da reformulação dos princípios sanitários, implementando-se o Sistema Único de Saúde (SUS), com clara proposta de superação do modelo de saúde tradicional praticado até então. Esses documentos

traduziram movimentações sociais e foram escritos nessa tecitura compartilhada entre agentes sociais e políticos, durante um tenso momento de transição para a democracia.

O atual modelo sanitário brasileiro tem como marco inicial a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 (não por coincidência, ano da instauração da Assembleia Nacional Constituinte que legou a atual Constituição brasileira), da qual surgiu a proposta de ampla reestruturação financeira, organizacional e institucional do setor público de saúde, com três objetivos principais: a) transferir a responsabilidade da prestação da assistência à saúde do governo da União para os governos locais; b) consolidar o financiamento e a provisão de serviços públicos de saúde, orientando-os para a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção; e c) facilitar a participação efetiva da comunidade no planejamento e controle do sistema de saúde.

Na Constituição Federal de 1988, a *saúde é um direito de todos e um dever do Estado* (art. 196), a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos, e do *acesso universal e igualitário* às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, tudo organizado num sistema único, regionalizado e hierarquizado, orientado pela descentralização, pelo atendimento integral e pela participação comunitária. Quanto ao setor privado, quando contratado e conveniado, deve funcionar como se fosse um mesmo corpo, como público.

O conteúdo do direito à saúde sempre vai depender do que se entende por saúde e do momento histórico estatal no qual se insere tal direito. Numa concepção individualista, liberal, a saúde corresponde somente à ausência de doenças, vista a partir do resultado (ter ou não a patologia), sem se preocupar com os motivos que deram causa ao surgimento do mal. Em uma perspectiva coletiva, a saúde depende das condições de vida comunitariamente compartilhada. Nesta concepção, a saúde deve ser examinada e tratada levando em conta o contexto social.

A nova compreensão do binômio saúde-doença inspira fortemente a elaboração de pressupostos acerca do cuidar e tratar associados a políticas sociais e econômicas que visem à prevenção, estabelecendo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, ressaltando a necessidade de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Regulamentando a Constituição, surge a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) na qual se percebe nitidamente a incorporação da saúde como resultante de uma série de fatores que a condicionam e a determinam, como produto de um determinado contexto.

A saúde-doença, a partir dos marcos assinalados, passa a ser entendida como um processo resultante da forma como as pessoas vivem dentro da sociedade, como constroem seu cotidiano, resultando diretamente do ter ou não ter acesso à renda, ao trabalho, a terra, à educação, ao lazer, ao emprego, à moradia, ou seja, às condições do humano em seu habitat.

Vale ressaltar, ainda, que a dimensão da saúde como algo coletivo, comunitário, ganha força com a edição da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Lei da Participação da Comunidade no SUS - Sistema Único de Saúde), a qual corresponsabiliza o Estado e a população nas decisões envolvendo o sistema de saúde brasileiro.

Percebe-se, assim, uma mudança de eixo ainda em curso em relação à concepção de saúde, da organização da assistência centrada na doença, para a

atenção integral à vida, com prioridade para as ações preventivas. Esse processo demonstra que a saúde não depende somente de aparelhos de última geração tecnológica (embora no atendimento médico e hospitalar eles sejam importante), mas está calcada nos fatores orientados na vida.

A partir da Constituição de 1988, estabeleceu-se, expressamente, o direito fundamental à saúde, sem condicionantes e universal, de acesso de todas as pessoas, independentemente de serem segurados, trabalhadores ou da condição social ostentada. Um importante avanço legal que impõe ao Estado e à sociedade deveres fundamentais, exigindo prestações para o seu atendimento.

Em sintonia com a proposta de construção de um Estado Social, o direito à saúde, como um direito fundamental social, exige a intervenção estatal, visando diminuir a desigualdade, dá potência ao princípio da igualdade, núcleo do modelo de Estado proposto.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu um Sistema Único de Saúde (SUS), definido como o *conjunto das ações e dos serviços públicos de saúde (e também das instituições privadas contratadas ou conveniadas)*, que integra uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

Arelado a essas concepções sanitárias, o Brasil vive um momento de repensar o modelo assistencial na saúde mental, o fazer dos trabalhadores que atuam neste campo e a relação da sociedade com o sujeito em sofrimento psíquico. Esse modelo iniciou a partir de um movimento sociopolítico que, do ponto de vista da gestão de políticas públicas, foi consolidado em uma legislação de saúde mental, iniciado em 1990 e denominado de reforma psiquiátrica brasileira, encontrando nos CAPS, a seguir enfocados, uma das referências de estruturação.

3 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL – CAPS

A reestruturação do *modelo sanitário em saúde mental* no Brasil iniciou em 1978 com um movimento social acerca dos direitos dos pacientes psiquiátricos, denunciando a violência asilar e a mercantilização da loucura, produzindo uma crise do modelo hospitalocêntrico. O primeiro CAPS foi criado em 1987, e um dos principais objetivos é acolher e tratar pacientes com sofrimento psíquico em regime ambulatorial.

Entre as principais propostas justificadoras da implementação dos referidos Centros está a de promover a inserção social dos portadores de sofrimento psíquico (não mais chamados de loucos), evitar internações hospitalares e assessorar a rede de atenção básica em saúde mental. Assim, cabe à instituição realizar o acolhimento e tratamento aos usuários do serviço, buscando manter e fortalecer seus vínculos com a comunidade à qual pertence. O trabalho deve ser realizado por equipe interdisciplinar em modalidades chamadas intensivas (atenção diária), semi-intensivas (três vezes por semana), ou não intensiva (mensal). A rotina deve seguir um plano terapêutico singular, revisado sistematicamente de acordo com os objetivos propostos para o tratamento.

Atualmente existem no Brasil 2.241 CAPS distribuídos em todo o território nacional, demonstrando a implementação da política pública projetada, pois entre 1980 e 1988 existiam apenas 6 CAPS ano.

Assim, o surgimento dos CAPS faz parte da proposta de uma nova cultura, orientada por princípios de cidadania, produtora de autonomia, na qual o paciente deve ser o protagonista na trajetória de seu tratamento.

Porém, a reforma do Estado indicada necessita ser construída singularmente, no interior de cada organização, modificando a cultura organizacional predominante nelas. Somente os dispositivos legais são insuficientes para impulsionar novas práxis. A reorganização do processo de trabalho orientada por conceitos como interdisciplinaridade, rede, vínculo etc., parece povoar o discurso das instituições de saúde mental, mas no cenário daquelas de saúde pública ainda se encontram organizações de padrões taylorizados, com ênfase no anonimato, nos quais a gestão é predominantemente centrada nos eixos da disciplina e do controle, ou seja, dos pilares higienistas.

4. A DIFÍCIL TRAVESSIA DAS INSTITUIÇÕES TOTAIS PARA UMA REDE DE ATENÇÃO

A atual política sanitária brasileira foi articulada em contraponto ao funcionamento dos sanatórios e dos modelos de tratamento utilizada por essas instituições que, em sua maioria, praticavam abusos de autoridade e atrocidades clínicas: superficialidade ou rigidez nos diagnósticos, sedação excessiva, ruptura dos laços familiares e comunitários em função da frequência ou do tempo das internações, em alguns casos inclusive superando 30 anos de hospitalização, ausência de planos terapêuticos singularizados ou de clareza acerca da eficácia dos métodos empregados, ou seja, *suspensão da capacidade de pensar* sobre as práticas exercidas.

Assim, na intenção de propor outras bases para o tratamento, novas referências estão sendo refletidas. O lugar preconizado pela família ganhou destaque no cenário contemporâneo da política em saúde mental. Se o modelo anterior primava pelo isolamento, por tratamentos cuja base era sustentada em pressupostos biologicistas, com ênfase em aspectos orgânicos e terapêuticos como camisa de força, choque elétrico ou sedação excessiva, que anulavam o sujeito, atualmente destaca-se a importância dos fatores sociais, em especial a composição familiar (sua constituição e organização), na etiologia do sofrimento e na direção do trabalho com pacientes em sofrimento mental.

Porém, os enfoques oscilam de um extremo a outro: da culpabilização da doença mental pela desordem familiar, “explicações” por vezes carregadas de sentidos preconceituosos, que são orientados pelo modelo idealizado de família patriarcal burguesa e que consideram desajustados outros modelos de família constituídos nesses “novos tempos”, ao apelo familiar como “salvação” aos sofrimentos da alma, um horizonte permeado por soluções dogmáticas, higienistas acerca do bem comum e da prevenção da doença mental.

Esses câmbios implicam a complexidade da conceitualização do que entendemos por família, já que não existe um único modelo idealizado de família. Compreendê-la nas multiplicidades de arranjos de laços possíveis em nosso tempo possibilita quebrar estereótipos indicadores de padrões de normalidade.

Outro componente essencial na construção da política de Estado na atualidade brasileira, é a tecitura da rede em saúde mental, em nível local, regional, nacional ou mesmo global. Rede é uma estrutura aberta, vazada, constituída a partir

de elementos, metaforicamente expressa como nós. A metáfora da rede, articulada pelos seus “nós”, nos faz pensar naquilo que enlaça, produz laço a partir da transferência, mas também fala dos nós enquanto entraves produzidos nos movimentos de resistência que o trabalho convoca, engessando os avanços democráticos.

Essa concepção tem sido um importante articul(a)dor contemporâneo do trabalho nas instituições. A metáfora da rede pensada como estrutura formada pelo entrelaçamento de “nós” resultante discursivo do que foi construído conjuntamente, com a implicação de muitos e de cada um.

Porém, o tecer é um processo complexo, no qual os atravessamentos e interesses políticos de distintos grupos se fazem representar. De acordo com as diretrizes da política de saúde mental, a mudança de *cultura organizacional* deve propiciar a instauração de novos padrões de relacionamento ético entre as instituições, os gestores, os técnicos e os usuários, produzindo mudanças no laço social.

Trabalhar em conjunto é um desafio para quem está em instituições públicas, pois geralmente as ações são pensadas de formas fragmentárias. Articular estratégias coletivas, respeitando a singularidade de cada estabelecimento, implica propor passagens do que é meu para o que é nosso, sem fundir, mas tecendo alternativas para os impasses que interrogam cada um.

E os CAPS foram pensados para funcionarem dentro do sistema de redes, um espaço de encontros e eventuais desencontros, pois o “nós” também produz nós que atravancam caminhos. Esses nós, muitas vezes, são transferidos para o Judiciário, com a judicialização da saúde surgindo como alternativa construída por usuários e serviços, mas, de outro lado, apontando para um grave sintoma da inefetividade do serviço, que necessita ser repensado.

Desse modo, a concepção de rede como uma estrutura esburacada, tecida de fios que denotam fronteiras, limites entre saberes e instituições, estabelecendo conexões de um ao outro, é um potente dispositivo de implementação da política de saúde mental. Além disso, ela pode operar como elemento de questionamento dos processos burocráticos que existem nas instituições e na cultura.

5 DOS MUROS FÍSICOS DE CONTENÇÃO À CAMISA DE FORÇA QUÍMICA: A LÓGICA DO CONSUMO APLICADA À SAÚDE MENTAL

A passagem de uma cultura baseada na contenção física para o controle psiquiátrico está na ordem do dia e a questão da medicação é de fundamental importância para o debate proposto, pois, regidos por uma lógica do consumo (do alívio imediato dos sintomas, da “cura” rápida com o menor custo, “da fila tem que andar”, e em sintonia com a burocracia enquanto política da indiferença), os serviços que atendem pacientes com queixas de sofrimento psíquico geralmente optam pelo binômio consulta médica-prescrição medicamentosa, supostamente mais rápido, mais barato e mais fácil de ser administrado.

O controle químico decorrente da pesada articulação dos interesses das indústrias e laboratórios, com omissão ou adesão de profissionais “especializados”, são marcas do nosso tempo, orientadas pela suspensão da capacidade de pensar e pela obediência cega ao que deve ser feito, burocratizando o laço social. Com isso,

estamos somente medicalizando o sofrimento. A anestesia dos sintomas está de acordo com a lógica do mercado.

Porém, como no dito popular, *o barato sai caro*, o aumento do custo em medicações psicotrópicas a cada ano pode atestar tanto essa lógica, quanto seu fracasso em termos de eficiência. A ênfase na política de consumo de medicações, além de atentar somente no alívio dos sintomas, produz muitos efeitos colaterais, que redundam em novas patologias (e no uso de outras medicações), obesidade, hipertensão, impotência, entre outras, gerando novos custos para o Estado e, principalmente, para a vida dos pacientes.

Por que, afinal, não se contabiliza o custo para o Estado e para a sociedade de tais escolhas? Que tipo de gestão é esta? Segundo Roudinesco,

os procedimentos de avaliação do psiquismo nasceram pós-1970 de uma vontade dos responsáveis pelas políticas de saúde pública de reduzir de forma drástica o custo do tratamento de todas as formas de patologia: em medicina, em psiquiatria, em psicologia e em psicoterapia. Daí a célebre e estarecedora fórmula lançada, do outro lado do Atlântico, pelos fanáticos da avaliação: 'A medicina de qualidade é a medicina mais barata possível' (2005, p. 90).

Para além da denúncia da hipermedicalização dos doentes mentais, faz-se necessário examinar acerca da validade dos argumentos expressos no pensamento que desconsidera o sujeito, mas considera o corpo como uma máquina e o desejo como uma secreção química. A massa de pacientes anônimos é homoganeamente tratada. O imperialismo farmacológico impõe uma ditadura do silêncio acerca da dor: a mesma receita repetida inúmeras vezes, não é preciso escutar, só prescrever a camisa de força química. "Os Copiadores de Receita", como chamava Estamira (2004) os psiquiatras burocratas, simplificam seu trabalho e responsabilidade à administração de modos de controle dos corpos anestesiados.

Com a negação do doente mental, a história do paciente e sua condição de sujeito perdem o valor e a ênfase para o diagnóstico/tratamento se orientar exclusivamente pelos sintomas (que viram doenças). Entra em cena a linguagem dos códigos, descrita nos manuais, os DSM e a CID, que, em suas várias versões, passam a ser os únicos codificadores de uma nova e uniforme concepção do diagnóstico psiquiátrico. Como aponta Roudinesco,

No final do século XIX, na ausência da psicofarmacologia, a internação asilar era vista como o único recurso a tratar a loucura. A longa duração da permanência no hospício tornara-se então, como o é atualmente, a camisa de força química, o único tratamento possível de todas as doenças mentais (2005, p. 33-34).

A abordagem em questão reforça o lugar de desresponsabilização do sujeito e do seu entorno por aquilo que lhe acontece, uma redução das questões humanas às biológicas. Os problemas da vida passam a uma intervenção política que visa à obediência dos corpos pela via da medicalização. Com isso, não se quer dizer que a medicação, pensada no caso a caso, não seja necessária em determinadas situações, mas nossas interrogações vão ao encontro das levantadas por Eliane Brum, acerca do aumento do uso de Ritalina por crianças: "existe um doping legalizado das crianças? Estaria a droga da obediência sendo usada como uma espécie de 'método

pedagógico’ perverso? O que isto significa?” (2013). Ou ainda nas palavras de Julieta Jerusalinsky: “Parece que estamos vivendo a era da palmatória química, em que a utilização de psicofármacos para a infância em grande escala passa a ser uma prática socialmente corrente” (2014).

Alfredo Jerusalinsky em *O livro negro da psicopatologia contemporânea* no texto “Gotinhas e comprimidos para crianças sem histórias – uma psicopatologia pós-moderna para a infância”, escreve:

Na trajetória que estamos descrevendo, foi se apagando esse esforço por ver e escutar um sujeito, com todas as dificuldades que ele tivesse, no que tivesse para dizer, e foi-se substituindo o dado ordenado segundo uma nosografia que apaga o sujeito. (...) É assim que os problemas deixam de ser problemas para serem transtorno. É uma transformação epistemológica importante, e não uma mera transformação terminológica. Um problema é algo para ser decifrado, interpretado, resolvido; um transtorno é algo a ser eliminado, suprimido porque molesta. Os nomes das categorias não são inocentes, e essa transformação corresponde à ordem do discurso ter tomado o homem nesta posição de objeto sacrificial, objeto descartável, não havendo, por isso, nada a lhe ser perguntado: é um número ou um dado a registrar um elemento na conta que pode estar a mais ou a menos (2011, p. 238).

Lógica positivista, efeitos de um pensamento burocrático. Assim, se a ética segue os princípios do pragmatismo e suspende o tempo de reflexão, em função da pressa para fazer o que se supõe que é imediatamente possível e necessário, então o que esperar dos tratamentos de saúde mental oferecidos pelas instituições públicas? O que esperar da era dos *experts* além da substituição dos sobrenomes pelos diagnósticos, da substituição do nome do pai pelo código do manual? Portanto, buscar modos de desmanchar a lógica capitalista que entende tratar como medicar é apostar em saídas fora deste campo. É, enfim, auxiliar na travessia de um velho modelo de enfrentamento de saúde mental (que resiste em se desalojar das práticas brasileiras), para o novo modelo, discursado, legalizado, mas ainda pouco vivido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora quando pensamos ter encontrado as respostas, a realidade vem e muda as perguntas, ainda assim lançamos algumas ideias a título de conclusão deste estudo.

No Brasil, há evidente descompasso entre as promessas legais, o escrito na lei, o discurso das autoridades responsáveis pela implementação das políticas de saúde mental e a prática vivenciada nas instituições responsáveis por implementar essa programa público. Enquanto a lei é avançada (e a Constituição Federal é o paradigma dessa afirmação), o discurso diretivo é avançado, as práticas precisam avançar muito para atingir os objetivos legais. Se a lei é mais avançada que as práticas, não necessitamos de leis novas, mas de práticas novas, que se alinhem as promessas legais que estão bem alinhavadas.

O avanço do programa brasileiro de saúde mental passa, primeiro, por mudar a cultura dos agentes públicos, que necessitam, antes de todos os atores,

conhecer seu papel, o perfil das novas famílias, que, no geral, não são mais as velhas famílias tradicionais, e o papel da sociedade.

Agentes do Estado e a sociedade precisam compreender que, com o excesso de medicalização, estamos anestesiando os sintomas, mas pouco tratando as causas de milhões de brasileiros portadores de sofrimento psíquico, muitos deles fora de qualquer rede de proteção. Os muros dos hospícios de ontem, em muitos casos, foram substituídos pela sedação química, incentivada por uma cultura do consumo, que quanto mais sedar pacientes, mais vende medicamentos, sem se preocupar muito com os efeitos. Talvez por isso, em nosso país, em cada esquina há uma farmácia.

É urgente combater dois males que assombram as instituições públicas de saúde brasileiras: 1) o excesso de burocracia que, muitas vezes, impede tratamentos por falta de carimbos, e 2) o anonimato, que na generalização, com um discurso de igualdade, encobre profundas diferenças e impede uma atenção singularizada a pacientes que necessitam de um olhar particular, de um tratamento pessoal.

Como hipótese a desafiar futuros estudos, temos que os loucos de ontem foram substituídos pelos toxicômanos de hoje, pois constatamos que a imensa maioria dos internados nos leitos psiquiátricos dos hospitais, são dependentes de drogas ilícitas ou lícitas como o álcool.

O Brasil vive sério riscos de retrocessos no campo das políticas públicas. Não há dúvida que, para ganhar essa luta, precisamos de boas ideias e investimentos de recursos públicos. E hoje, em nosso País, vivemos uma grave crise econômica e uma mais grave crise de credibilidade institucional, que fragiliza mais o público como espaço de cidadania, de modo que implementar o escrito na lei já significa um grande avanço.

Nos contextos democráticos, não há verdades absolutas ou espaços para pensamento único, por isso propomos que as Universidades e movimentos sociais fomentem o debate sobre a igualdade na diferença, à luz da teoria dos direitos humanos, envolvendo especialmente os gestores e profissionais dos serviços públicos, com o fim de: - primeiro, entender as diferenças que os sintomas sociais de nossa época produzem, em particular o dos portadores de sofrimento psíquico, e que esses pacientes precisam de atenção singularizada; - segundo, sustentar a travessia de cultura organizacional, dos velhos hospícios para os novos CAPS, mas mantendo a vigilância para que os velhos hospícios de detenção física não sejam transformados em hospícios farmacológicos, produtores de amordaçamento físico e psicológico dos pacientes e não produzam a indiferença de gestores e profissionais que atuam nesse campo.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Infância e história**: destruição da experiência e origem da história. Belo Horizonte: UFMG, 2012.

ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia Freud, 2006.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração, 2013.

ARENDDT, Hannah. **Origens do totalitarismo**: antisemitismo, imperialismo, totalitarismo. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1978.

BAUMAN, Zigmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

BECK, Ulrich, GIDDENS, Anthony, SCOTT, Lash. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. Tradução de Magna Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1997.

BECK, Ulrich, BECK-GERMSCHEO, Elisabeth. **El normal caos del amor**. Barcelona: El Roure Editorial S.A, 1998.

BERWANGER, Jane Lucia Wilhelm, VERONESE, Osmar. **Constituição: um olhar sobre minorias vinculadas à seguridade social**. 2ª Edição. Curitiba: Juruá, 2015.

BUTLER, Judith. **Mecanismos psíquicos del poder – teorías sobre la sujeción**. Madrid: Ediciones Cátedra, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa**. Brasília: Constituinte Congressual, 1988.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei 8069/1990. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

BRASIL, Rio Grande do Sul. **Guia de serviços de saúde mental**: cuidar, sim, excluir, não. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2002.

BRASIL, Rio Grande do Sul. **Fragments históricos do HPSP**. CHEUCHE, Edson Medeiros, disponível em www1.saude.rs.gov.br, acesso em 23-12-2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política mental infanto-juvenil**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS**. Vol. 5, Saúde Mental. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL, IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRUM, Eliane. O Doping das Crianças. **Época**, 25/02/2013.

CANCLINI, Néstor García. **Culturas híbridas: estratégias para entrar y salir de la modernidad**. Buenos Aires: Paidós, 2001.

_____. **Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad**. Barcelona: Editorial Gedisa, 2006.

DaMATTA, Roberto. **Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

_____. **O que é o Brasil?** Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

DUMONT, Louis. **Ensayos sobre el individualismo. Una perspectiva antropológica sobre la ideología moderna**. Madrid: Alianza Editorial, 1987.

ENDO, Tereza Cristina. **A saúde mental à margem do SUS: experiências de vastidão e confinamento nas práticas clínicas** (Tese doutoral). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2013.

ENRIQUEZ, Eugène. *Vida psíquica e organização*. In: **Vida psíquica e organização**. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Traduzido por José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Universitária, 2004.

_____. *A ética do cuidado de si como prática da liberdade*. In: **Ditos & escritos V – ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na cultura** (1930). Porto Alegre: L&PM POCKET, 2010.

GOFFMANN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1990.

JERUSALINSKY, Alfredo. **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. (Org. Silvia Fendrik), São Paulo: Via Lettera, 2011.

JERUSALINSKY, Julieta. A era da palmatória química - responsabilidade social e medicalização da infância. **Jornal o Estado de São Paulo**: São Paulo, 7 ago. 2014.

KEHL, Maria Rita. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

ROUDINESCO, Elisabeth. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. **O paciente, o terapeuta e o Estado.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. **A parte obscura de nós mesmos:** uma história dos perversos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

SENNETT, Richard. **A cultura do novo capitalismo.** Rio de Janeiro: Record, 2006.

DOCUMENTÁRIO

ESTAMIRA. Direção Marcos Prado. Rio de Janeiro: Europa Filmes, Documentário, 127 min, 2004.

Recebido em: 12 de abril de 2017

Aceito em: 29 de maio de 2017

