

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

**POR UM DIREITO A LOUCURA: ROMPENDO OS MUROS DO
DESCONHECIDO¹
FOR A RIGHT TO MADNESS: BREAKING THE WALLS OF THE UNKNOWN**

**Carhla De Oliveira Alves², Bruna Garzella Michael³, Gustavo Henrique
Maronez⁴, Camila Duarte⁵**

¹ Pesquisa vinculada ao Projeto de Dissertação, pertencente a Linha de Direito e Multiculturalismo do Programa de Pós-Graduação stricto sensu - Mestrado e Doutorado em Direito, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) Campus Santo Ângelo RS.

² Mestranda do Programa de Pós Graduação em Direito da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) Campus Santo Ângelo - RS. Bolsista CAPES. Advogada voluntária no SAJU da UFRGS, no Grupo Anti-Manicomial de Atenção Integral (GAMAI). E-mail: carhlaalves@hotmail.com

³ Graduada em Psicologia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI, Campus Santa Rosa. E-mail: brunagmichael@hotmail.com

⁴ Acadêmico do 9º semestre do Curso de Psicologia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI, Campus Santa Rosa. E-mail: maronez850@hotmail.com

⁵ Mestranda do Programa de Pós Graduação em Direito da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) Campus Santo Ângelo - RS. Bolsista CAPES . Especialista em Direito do Consumidor. Advogada. E-mail: camila_duartee@hotmail.com

"Mesmo a internação, se for necessária, deve ser entendida como uma parte da história - e não como a história inteira. A internação é um momento, não um destino" Eliane Brum

RESUMO: A humanidade convive com a loucura há séculos, mas nem sempre ela foi tratada como um tema médico. Inicialmente, a loucura era considerada como uma expressão de uma manifestação divina. No entanto, a loucura foi estigmatizada, marginalizada, e segregada. Dessa forma, questiona-se: Até quando a loucura será tratada como uma anomalia e a segregação como a única possibilidade? O objeto de análise da presente pesquisa é demonstrar a ressignificação da loucura e os objetivos e impactos da Reforma Psiquiátrica - Lei 10.216/01 - na busca pela garantia da dignidade humana e, conseqüentemente, concretização da cidadania dos pacientes mentais. A metodologia de abordagem é o hipotético-dedutivo, e o procedimento consistirá em uma revisão bibliográfica em fontes variadas, a partir de livros, revistas, artigos, e análises comparativas.

Palavras-chave: Direitos Humanos; Luta Antimanicomial; Saúde Mental; Institucionalização; Loucura.

ABSTRACT: The humanity live together with the madness for centuries, but not

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

always it was treated as a medical topic. On the beginning, insanity was considered as an expression of divine manifestation. However, madness was stigmatized, marginalized, e segregated. In this way, there's a question: How long madness will be treated as an anomaly and segregation as the only possibility? The object of analysis of the present research is to demonstrate the resignification of madness and the objectives and impacts of the Psychiatric Reform - Law 10.216/01 - in the search for the guarantee of human dignity and, consequently, concretization of citizenship for mental patients. The methodological approach is the hypothetical-deductive, and the procedure will consist of a bibliographic review from several sources, from books, magazines, articles, and comparative analysis.

Keywords: Human rights; Antimanicomial fight; Mental Health; Institutionalization; Madness.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A humanidade convive com a loucura há séculos, mas nem sempre ela foi tratada como um tema médico. Inicialmente, a loucura não era representada de forma negativa, tendo em vista que era considerada como uma expressão de uma manifestação divina. No entanto, no decorrer da história, a loucura foi sendo associada a estigmas e vista como algo negativo, até mesmo marginalizada, por não se enquadrar nos padrões morais vigentes, passando a ser segregada. Na atualidade, tem-se a internação dos portadores de sofrimento psíquico por meio da aplicação judicial de medidas de segurança em regime, ainda, manicomial, e sua evidente violação aos direitos humanos.

Em decorrência da estigmatização e criminalização da loucura, no final da década de 70 inicia-se no Brasil o movimento Antimanicomial, com o intuito de redemocratização do país e na mobilização político-social da época. Importantes acontecimentos, em 1989, impulsionam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, como o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta no Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT-MG). Nesse contexto, foi a partir da assinatura da Declaração de Caracas e, também, pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que são regulamentadas as primeiras normas federais que propõem a reestruturação da assistência psiquiátrica, redirecionando o modelo assistencial de saúde mental. Consequentemente, origina-se a Política de Saúde Mental, cujo escopo está em garantir o cuidado ao paciente com transtorno mental, a partir de serviços substitutivos em hospitais psiquiátricos como forma de superar a lógica da internação. Seu objetivo é a redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

forem necessárias, ocorram nos hospitais gerais, assim como as demais internações, e que sejam de curta duração. Ademais, busca construir uma rede de dispositivos que forneçam a atenção ao paciente mental, assim como a desinstitucionalização de pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos, além de reabilitação através da inserção no trabalho, cultura e lazer.

Muitas são as dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde no Brasil, mas o cenário vem mudando, e evoluiu muito nos últimos 30 anos. Os CAPS vêm modificando fortemente a estrutura de assistência à saúde mental, substituindo de modo progressivo o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas.

Um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do SUS, quais sejam, universalidade, equidade e integralidade, está sendo construído, assim como a proposta de desinstitucionalização, ultrapassando limites das práticas e atingindo o imaginário social, assim como as formas validas, culturalmente, de compreensão da loucura.

Entretanto, a consolidação da Reforma revela uma quantidade crescente de desafios que precisam ser incorporados nos campos da Saúde Mental e Coletiva. Não há precedente de implantação de uma reforma em um país com as características, sociais, políticas e geográficas como do Brasil. Exige-se, portanto, imaginação e criatividade, além de reflexão crítica, para que se consiga delinear os desafios, além da formação de profissionais dotados de capacidade.

O movimento antimanicomial é uma das formas de luta contra a exclusão e a favor da tolerância e respeito pela diferença, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos portadores de transtorno mental, agora libertos, porém tutelados, favorecendo a inclusão social dos pacientes, assim como favorecendo sua busca por sua cidadania. Na medida em que se apresenta como um projeto aberto, em construção, a articulação entre reforma psiquiátrica e a cidadania brasileira tem ainda um longo caminho pela frente, mas representam o respeito e a garantia ao cumprimento dos direitos humanos, para toda e qualquer pessoa sem distinção.

2. BREVE HISTÓRIA DA LOUCURA

A história da loucura^[1], de Michel Foucault, é a base para entender o processo de transformação da loucura em doença mental e, conseqüentemente, seu encarceramento na Idade Clássica. Foucault apresenta a loucura desde o renascimento até sua concretização na sociedade, bem como a transformação de como o ser humano passou a lidar com a loucura com o passar dos séculos, e também o modo que a loucura foi encarada pela razão.

Entre a Idade Média e o final das Cruzadas, o maior enfoque de exclusão era sobre o leproso. A doença começou a se espalhar e se multiplicar por toda a Europa, e inúmeros estabelecimentos, conhecidos como leprosários, precisaram ser construídos para abrigar tantos doentes. Como consequência dessa segregação, a lepra acaba desaparecendo mais tarde, após o fim das Cruzadas, deixando sem utilidade os leprosários.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem (FOUCAULT, 2008, P. 6).

Portanto, com o fim da lepra, as estruturas onde os leprosos eram mantidos permaneceram como um lugar de exclusão, porém de outra “classe”, que serão encaminhados aos antigos leprosários em busca da “salvação”. Inicialmente, a lepra foi substituída por doenças venéreas, “eles logo se tornam tão numerosos que é necessário pensar na construção de outros edifícios, em lugares espaçosos da cidade e sem vizinhança” (FOUCAULT, 2008, P. 7).

Os loucos habitavam normalmente o mesmo espaço social que as pessoas consideradas “normais” no início do século XVIII. No princípio não existia a necessidade de segregação da loucura, pois esta era considerada como uma particularidade do ser humano era constituída como um erro, falha da razão, ou ilusão (FOUCAULT, 2008). Ocorre que, segundo Foucault, na Idade Clássica os insanos passaram a ocupar o lugar de exclusão que antes, durante a Idade Média, era ocupada pelos leprosos. Quando a ameaça que a lepra causava foi afastada, os espaços físicos, leprosários, bem como os espaços sociais e ideológicos, vieram a ser preenchidos pelos loucos. Mudou-se o enfoque de exclusão.

O conceito de loucura era restrito, definia-se a partir do aspecto físico e comportamental da pessoa, não existindo, ainda, avaliação médica para constatar ou não o diagnóstico. Não existia o estigma de doente mental, a loucura era entendida como uma expressão das forças da natureza. O louco era considerado uma pessoa possuída por espíritos demoníacos, ou por manifestações paranormais, os quais precisavam ser tratados pela Igreja, a partir de rituais e rezas. Em alguns momentos, foram marcados pela exclusão e, em outros, por piedade.

Entretanto, é a partir do início da Renascença que a loucura deixa de ser considerada uma particularidade do ser humano, e de ter relação com a natureza ou forças divinas. A partir desse momento a loucura é vinculada a não razão e, conseqüentemente, o louco passa a ser um infringente da moral. Ou seja, a loucura ganha um caráter moral, e os loucos não podiam mais ocupar os espaços sociais como antes. Observa-se, desse modo, que por meio de medidas repressivas que esse “problema social” veio a ser resolvido. As instituições religiosas não tinham função curativa, mas puniam a ociosidade, pois o louco era visto como um desviante da razão, e não como um doente, momento que Foucault nomeia como “Grande Internação”.

Segundo Szasz (1978), o papel da família na exclusão do louco remonta desde o século XVII, quando surgiram os primeiros hospitais em Paris, o Bicêtre e Salpêtrière, “para ser considerado louco era suficiente ser abandonado, miserável, pobre, não desejado pelos pais ou pela sociedade” (p. 42). Nesse sentido, Szasz pondera que

(...) os filhos de artesãos e os outros habitantes pobres de Paris, até a idade de 25, que tratam mal seus pais ou que por preguiça se recusam a trabalhar, ou, no caso das meninas, estiverem levando uma vida de

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

libertinagem, ou em evidente perigo de serem pervertidas, devem ser encarcerados, os rapazes no Bicêtre, as moças no Salpêtrière. Essa ação deveria ser executada a partir da queixa dos pais, ou se estes estivessem mortos, dos parentes próximos ou do pároco (SZASZ, 1978, p. 42).

A doença mental foi construída de forma nociva, de modo que o único modo de proteger a sociedade e impedir a desintegração das instituições é a partir da psiquiatria. O louco é estigmatizado como alguém violento, e ao estar à margem da sociedade, acaba por se tornar um indigno de ter uma vida em comum com os ditos “normais” (SZASZ, 1978).

Nesse sentido, o mundo da loucura acaba por se tornar o mundo da exclusão, “estas casas não tem vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve fazer mais parte da sociedade [...] o internamento foi ligado nas suas origens e no seu sentido primordial a reconstrução do espaço social” (FOUCAULT, 1994, p. 79). As pessoas portadoras de transtorno mental passaram a ser confinadas nos porões das Santas Casas e nos Hospitais Gerais, juntamente como os “anti-sociais”. Dessa forma:

O mercantilismo dominava o pressuposto de que a população era o bem maior de uma nação, devido ao lucro que podia trazer. Daí, todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento da produção, comércio e consumo, começam a ser encarcerados, sob a prerrogativa do controle social a tudo que fosse desviante. Velhos, crianças abandonadas, aleijados, mendigos, portadores de doenças venéreas e os loucos passam a ocupar verdadeiros depósitos humanos (ALVES, 2009, p. 86).

Somente a partir da Revolução Francesa, com os ideias de liberdade, igualdade e fraternidade, bem como a declaração dos Direitos Humanos, que as internações arbitrárias passaram a serem denunciadas. Nenhum cidadão mais seria encarcerado, a não ser o louco, tendo em vista serem pessoas perigosas, que não poderiam conviver em sociedade. Nas palavras de Foucault:

(...) restituídos à liberdade, podem tornar-se perigosos para sua família e o grupo no qual se encontram. Daí a necessidade de contê-los (...) as antigas casas de internamento, sob a Revolução e o Império, foram paulatinamente reservadas aos loucos, mas desta vez aos loucos apenas. Os que a filantropia da época liberou são então todos os outros, exceto os loucos; estes encontrar-se-ão no estado de serem os herdeiros naturais do internamento e como os titulares privilegiados das velhas medidas de exclusão (FOUCAULT, 1994, p. 81).

É nesse momento que a loucura passa a ser considerada uma doença, e é quando acontece o nascimento do manicômio, após a publicação da obra de Philippe Pinel (1745-1826)[2], conhecido como pai da psiquiatria, que rompe a tradição demoníaca da loucura e passa a considerá-la como doença mental, pois Pinel acreditava que o louco precisava de cuidados, remédios e, principalmente, apoio das outras pessoas. Várias experiências e tratamentos são desenvolvidos e difundidos pela Europa. É nesse momento que surge a primeira revolução psiquiátrica, fazendo

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

com que o século XIX fosse considerado o século dos manicômios, tendo em vista a quantidade de hospitais psiquiátricos que, em decorrência da loucura, foram construídos.

O tratamento nos manicômios, defendido por Pinel, baseia-se principalmente na reeducação dos alienados, no respeito às normas e no desencorajamento das condutas inconvenientes. Para Pinel, a função disciplinadora do médico e do manicômio deveria ser exercida com firmeza, porém com gentileza. Permanecem as ideias corretivas do comportamento e dos hábitos dos doentes, porém como recursos de imposição da ordem e da disciplina institucional. No século XIX, o tratamento ao doente mental incluía medidas físicas como duchas, banhos frios, chicotadas, máquinas giratórias e sangrias.

Os conceitos, antes religiosos, são substituídos por saberes científicos, pois a loucura passa a ser uma enfermidade, e seu diagnóstico resultava em um tratamento adequado, em um lugar adequado. Segundo Birman (1978), é por meio do discurso de enfermidade que se autoriza a segregação e exclusão social do louco, com o objetivo de curá-lo e reinseri-lo na sociedade. Ou seja, o manicômio, ao invés de ser um lugar de enclausuramento, passou a ser instrumento de cura.

Esse novo tratamento não rompe com as práticas antigas de internamento, mas “estreitam-se em torno do louco” (FOUCAULT, 1994, P. 81). Os loucos ganharam o direito do cuidado, mas, em contrapartida, perderam sua cidadania, sendo excluídos do espaço social. A loucura passa a ser objeto construído de conhecimento, e a existência do louco não é excluída, como uma peste, mas confirmada e dominada. O alienismo[3] não acolhe a diferença, ele conjura seus perigos (MATTOS, 2006, p. 77).

Conforme Goffman (1961), o manicômio era considerado uma instituição fechada, caracterizada como uma instituição total, que tem por único e exclusivo objetivo a exclusão social. Nesse sentido:

A instituição psiquiátrica, de inspiração manicomial, e toda lógica asilar que lhe fundamenta, configura-se como um lugar de segregação, expurgo social, onde são confinados, na maioria das vezes sem o direito de escolher, aqueles que, desviantes do padrão de razão ocidental, não correspondem às expectativas mercantilistas da sociedade. A institucionalização da loucura, que tem no Manicômio o seu maior expoente, através de uma cultura asilar, cujo tratamento moral, com seus ideais de punição, regulação e sociabilidade, promove o surgimento de verdadeiras “fábricas de loucos”, reprodutoras de uma concepção preconceituosa e totalitária, que discrimina, isola, vigia e tem, na doença, o seu único e absoluto objeto. Os hospitais psiquiátricos são comparados a grandes campos de concentração, devido à miséria e maus tratos a que são submetidos os internos. Se é possível afirmar que com Pinel o louco é libertado das correntes e dos porões, pode-se também dizer que este não é libertado do hospício. Esta é a liberdade intra-muros, ou seja, o alienado é privado da liberdade para ser tratado, devendo ser dobrado, tutelado, submetido e administrado (ALVES, 2009, p. 88)

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

A reclusão da loucura atrás dos muros dos manicômios possibilitou o nascimento da psiquiatria. Toda essa revolução faz com que a medicina psiquiátrica floresça, tornando o manicômio o seu núcleo gerador, sendo que os doentes mentais continuaram confinados nos hospitais psiquiátricos, não havendo nenhum avanço significativo terapêutico.

Os manicômios continuaram crescendo, cada vez mais repressivos. Foucault destaca que a sociedade optou por sufocar, cada vez mais, qualquer manifestação do que era denominado de loucura. A loucura passou a ser a abolição da liberdade no plano psicológico, ficando o louco longe dos olhares da sociedade, assumindo uma função sanitária, tendo por alvo a higiene do espaço público. A loucura estava atrelada à miséria e as consequentes epidemias resultantes da urbanização.

No Brasil colonial, o tratamento da loucura era realizado, inicialmente, em hospitais e instituições religiosas, por meio dos saberes do senso comum. Somente a partir do século XIX que a psiquiatria começa a se desenvolver no país, com a criação do primeiro curso de medicina, inspirado nos tratamentos europeus. Foi o Hospício Dom Pedro II (depois nomeado de Hospital Nacional), que acabou por inaugurar a forma asilar no país (AMARANTE, 2001, 2003).

3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS DESAFIOS NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Da necessidade de transformação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil, a Reforma Psiquiátrica surge de uma confluência política, onde a rápida privatização da saúde, a partir da década de 60, acaba transformando a loucura em um comércio. Na década de 70 formou-se no Brasil o Movimento dos Tratamentos em Saúde Mental, protagonizando o movimento da reforma nacional, questionando a função asilar no tratamento e sua função terapêutica, com o jargão “por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE, 1996).

A desconstrução do manicômio e a desinstitucionalização da loucura requer a “desmontagem” de um aparato material, e também teórico conceitual. Conforme Birman, os saberes psiquiátricos tradicionais passam a ser questionados, ao mesmo tempo em que emergem novas formas de se conceber a saúde, a doença e a própria ciência (1999).

O Deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou, em 1997, ao Congresso Nacional, um projeto de lei versando sobre a desospitalização e os direitos correspondentes às pessoas portadoras de transtorno mentais, catalizador nos debates no Brasil, o qual foi inspirado pelos movimentos sociais e pelos usuários dos hospitais psiquiátricos.

Encontra-se ressonância nas políticas de saúde do Brasil que tiveram um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Historicamente, se pode situar as décadas de 1980 e 1990 como marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país.

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

Um marco histórico para saúde mental foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil foi representado e signatário, foi promulgado o documento final intitulado "Declaração de Caracas". Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário.

É a partir da assinatura da Declaração de Caracas e, também, pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que são regulamentadas as primeiras normas federais e os serviços de atenção diário entram em vigor em todo país, fundadas a partir da experiência do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)[4], e as primeiras normas para fiscalização dos hospitais psiquiátricos.

Resultado de uma luta política[5] e que se prolongou por um longo período, quase 12 anos, e que sofreu diversas modificações, nasce a Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216/2001, conhecida também como Lei Antimanicomial. Muitos foram os pareceres contrários à Lei, principalmente no que dizia respeito ao referencial teórico que reestruturava o sistema de saúde mental, reduzindo as doenças mentais em consequências da chamada repressão político social dominante, além do atendimento comunitário (MUSSE, 2008), ou seja, pauta-se pela transição de um modelo assistencial centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitária e com estratégias de redução progressiva de internação, a partir dos hospitais de grande porte. O CAPS deve ser substitutivo e não complementar ao hospital psiquiátrico.

O maior destaque foi a garantia de que a internação seria realizada como uma medida excepcional, autorizada somente em último recurso. Portanto, nesses casos considerados extraordinários, a segregação deveria englobar "serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, lazer" oferecendo amparo a pessoa com sofrimento mental (BRASIL, 2001).

A lei da Reforma Psiquiátrica estabeleceu três tipos de internação, quais sejam, a voluntária ou consentida; a involuntária, quando o pedido é feito por um terceiro, pois não há consentimento do sujeito; e compulsória, que é determinada pelo Poder Judiciário. Também proibiu a internação em instituições com características asilares, enumerando direitos e garantias a serem observados dentro e fora do ambiente hospitalar.

Além do mais, a dignidade da pessoa humana e a cidadania são fundamentos do Estado Democrático de Direito, elencados na Constituição Federal de 1988, que tem também como garantias fundamentais os direitos à liberdade e igualdade. Ademais, a saúde é direito de todos e dever do Estado, conforme estipulado no texto constitucional, e esse conjunto é o que forma a rede de proteção do louco infrator.

Aderindo aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, os profissionais da saúde desenvolvem propostas como, por exemplo, centros de cultura e convivência, e programas de inclusão social por meio do trabalho, como forma de buscar acessibilidade aos usuários da rede pública de saúde. Nasceram programas como o "De volta para casa[6]", onde pacientes de longa internação,

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

institucionalizados nos hospitais, recebem auxílio para reencontrar suas famílias ou novas residências.

Muitas são as dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde no Brasil, mas o cenário psiquiátrico vem mudando, e evoluiu muito nos últimos 30 anos. OS CAPS vêm modificando fortemente a estrutura de assistência à saúde mental, substituindo de modo progressivo o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas.

Um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do SUS, quais sejam, universalidade, equidade e integralidade, vem sendo construído, assim como a proposta de desinstitucionalização, ultrapassando limites das práticas e atingindo o imaginário social, assim como as formas validas, culturalmente, de compreensão da loucura envolvendo

o desafio do convívio com a diferença, com os medos mais íntimos que a loucura nos revela. Significa, da mesma forma, romper com os muros do desconhecido que nos inquieta, fascina e apavora e que o manicômio, enquanto construção da sociedade, ocupou nesta inscrição na cultura a função de esconder durante todos estes anos. No entanto, para os moradores, este rompimento tem um significado muito maior, já que esta mudança significa antes de tudo olhá-los enquanto sujeitos, construindo esperanças, propondo o desafio de retorno à vida nas várias implicações que ela nos traz, afinal. (FRICHEMBRUDER; CRUZ, 2001, p. 15-16)

Entretanto a consolidação da Reforma vem demonstrando uma quantidade crescente de desafios que precisam ser incorporados nos campos da Saúde Mental e Coletiva. Destacam-se dois: o primeiro desafio refere-se à recuperação dos vínculos afetivos dos pacientes, dado ao número alarmante de pessoas que continuam internadas por não conseguirem (re)construir laços afetivos fora dos hospitais. O segundo é a insistência de fazer do hospital psiquiátrico a porta de entrada do serviço de saúde mental, sendo que este não o é. A primeira instituição a que se deve recorrer em casos de sofrimento psíquico é o CAPS, em sua modalidade adequada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que o discurso da enfermidade autoriza a segregação, sendo o manicômio a proposta de um lugar de cura. Ao longo dos anos, a ideia de segregação e higiene social ganha mais um segmento, a institucionalização dos loucos. A psiquiatria falhou com a cura da loucura - justamente porque esta cura não existe - seus tratamentos não fizeram nada além do que apagar as nuances da humanidade que ainda restava em seus pacientes. Para a psicanálise, não há uma cura para a loucura, sendo esta uma forma de ser no mundo diferente da dos sujeitos ditos normas, ou seja, os neuróticos.

Em regime intra-muros, o paciente psiquiátrico jurídico perde seus laços afetivos, corroborando

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

em uma institucionalização do eu. Nesse cenário, nasce a luta antimanicomial, culminando na Lei da Reforma Psiquiátrica, que tem por objetivo a desospitalização e a reestruturação da assistência psiquiátrica do país. Reintegrar o sujeito funciona com o intuito de reatualizar e reaprender a interagir no social, fora dos muros, rompendo a sequência dos papéis representados pela sociedade, tendo em vista que as instituições limitam as regiões de sua atuação, através de um ato contínuo de totalização. E ainda, podemos pensar em tratamento onde não há interação social e manutenção de laços afetivos?

A dignidade da pessoa humana e a cidadania são fundamentos do Estado Democrático de Direito, elencados na Constituição Federal de 1988, que tem também como garantias fundamentais os direitos à liberdade e igualdade. Ainda, a saúde é direito de todos e dever do Estado, conforme estipulado no texto constitucional, e esse conjunto é o que forma a rede de proteção do sujeito em sofrimento mental.

Só isso permitirá esperança. O movimento antimanicomial é uma das formas de luta contra a exclusão e a favor da tolerância e respeito pela diferença, contribuindo para a descentralização da assistência, voltada para a melhoria da qualidade de vida do portador de transtorno mental e favorecendo a inclusão social dos pacientes, favorecendo a busca por sua cidadania.

5. REFERÊNCIAS

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. **Uma Breve história da reforma psiquiátrica.** Revista Neurobiologia, 2009.

AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

BIRMAN, Joel. **Enfermidade e Loucura.** Editora Campus, Rio de Janeiro, 1980.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 7 mar 2017.

_____. **Lei n. 10.216 de 06 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 7 mar. 2017.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro, Graal, 1978.

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

DELGADO, P. G. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Hollanda. **Novo dicionário da língua portuguesa.** Curitiba: Positivo, 2004.

FRICHEMBRUDER, Simone Chandler; CRUZ, Régis Antônio Campo. **São Pedro cidadão da reconstrução da esperança ao trabalho intersetorial.** In: Correio da APPOA, Porto Alegre, n. 92, p.10-16, jul. 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na idade clássica.** São Paulo, Editora Perspectiva, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia.** Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1994.

FOUCAULT, Michel. **A evolução da noção de “indivíduo perigoso” na psiquiatria legal do século XIX.** Ditos e escritos V: ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010a. p. 1-25.

GOFFMAN, Irving. **Manicômios, Prisões e Conventos.** Editora Perspectiva, São Paulo, 1961.

LEBRE, M. **Medidas de segurança e periculosidade criminal: medo de quem?** Responsabilidades, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 273-282, set. 2012/fev. 2013.

MATTOS, V. de. **Crime e Psiquiatria: Uma Saída: Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança.** Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MUSSE, L. **Novos sujeitos de direito. As pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito.** Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2008.

PERES, Maria Fernanda Tourinhos; & Nery Filho, Antônio. **A doença mental no direito brasileiro: inimizabilidade, irresponsabilidade e medida de segurança.** História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, p. 335-55, maio-ago, 2002.

SANTOS, André Leonardo Copetti, LUCAS, Douglas Cesar. **A importância da teorização sobre a diferença para o campo jurídico. Uma trilha nos pensamentos de Nietzsche, Derrida,**

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

Foucault e Lyotard. Revista direitos humanos e democracia, v. 3, n. 6, p. 25-50, 2015.

SOUZA, João Vitor Monteiro. **A efetividade da medida de segurança no Brasil.** Monografia, Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Teófilo Otoni, 2011.

SZASZ, Thomas. **Mito da doença mental: Fundamentos de uma teoria da conduta pessoal.** Circulo do Livro S.A, São Paulo, 1974.

[1] Referência no entendimento do processo de transformação da loucura em doença mental e de seu encarceramento nos asilos. Desde o lançamento, em 1961, esse livro tem recebido críticas que ora versam sobre seus dados estatísticos e históricos, ora contestam a proposta do projeto. Uma das críticas mais famosas foi a de Jacques Derrida. Por causa dessas críticas, Foucault, ao reeditar a *História da loucura*, em 1972, retirou o prefácio da primeira edição (1961) e acrescentou, a título de resposta, dois apêndices, além de escrever um novo prefácio desqualificando nem tanto o prefácio extirpado, mas todos os prefácios de todos os livros.

[2] O Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania. Diante das precárias condições em que os alienados se encontravam, Pinel solicitou autorização à Assembleia Nacional para retirar as correntes dos pacientes, tratamento usual para os doentes mentais. Tal gesto e sua teoria foram contestados por muitos autores, mas bastante referido como mérito do médico francês: "libertando a loucura dos grilhões". Foi o principal percussor do processo de mudança que possibilitou o surgimento do alienismo na sociedade moderna. Ele integrou a corrente que constituiu o saber psiquiátrico por meio da observação e análise sistemática dos fenômenos perceptíveis da doença.

[3] Em "O alienista", de Machado de Assis, tudo nos aproxima da história real de Philippe Pinel e de seu trabalho na construção do alienismo no final do século XVIII.

[4] Existem diferentes modalidades de CAPS- A saber, o CAPS I é direcionado para populações de municípios entre 20 mil a 70 mil habitantes, devendo funcionar das 8h as 18h. o CAPS II é voltado para uma população entre 70 a 200 mil habitantes, podendo funcionar em terceiro turno, até as 21h. CAPS III deve se instalar em municípios maiores que 200 mil habitantes e ter regime de 24 horas de funcionamento. O CAPS i é voltado para o atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. O CAPS ad é direcionado àqueles pacientes com transtornos psíquicos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas. Surge em 2011, no Rio de Janeiro, o CAPS ad III destinado ao cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas que funciona 24 horas, nos 7 dias da semana. (Ministério da Saúde, Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de

Evento: XXII Jornada de Pesquisa

Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas: Saúde Mental em Dados, Ano VII, número 10, março de 2012).

[5] Importantes acontecimentos/intervenções: Fechamento da Casa de saúde Anchieta, em Santos/SP em 1989; Aprovação da Lei Estadual 9.716, RS, em 1992

[6] O Programa de Volta para Casa foi instituído pelo Presidente Lula, por meio da assinatura da Lei Federal 10.708 de 31 de julho de 2003 e dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. Além disso, o De Volta para Casa atende ao disposto na Lei 10.216 que determina que os pacientes longamente internados ou para os quais se caracteriza a situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.