

2.

A Assistência Psiquiátrica: Breve Histórico Geral e Atual Processo de Reforma no Brasil

Para refletirmos sobre assistência psiquiátrica, faz-se necessário apresentar uma breve reflexão a respeito da história do cuidado com a loucura. Este capítulo abordará algumas considerações sobre a psiquiatria internacional e a psiquiatria no Brasil, utilizando-se da contextualização histórica como pano de fundo para apresentar o atual processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. O capítulo termina com uma reflexão sobre os conceitos de desinstitucionalização e de exclusão social, tendo em vista que a história da assistência psiquiátrica pode ser pensada como um processo constante de exclusão/inclusão social.

2.1.

Os Caminhos da Psiquiatria Internacional

Até a Idade Média, aos loucos era permitido andar livremente pelas cidades, circular entre as pessoas, viver de caridade. Segundo Machado (1981), no Renascimento a loucura passa por dois momentos: no primeiro, ela é relacionada às artes plásticas e as pinturas eram vistas como uma das vocações do louco; no segundo, ela é relacionada às formas discursivas, e a literatura e filosofia veem a loucura como uma desmoralização do saber. Nessa oposição, tudo se tornava duvidoso, e é a razão que viria a explicar e demonstrar cientificamente determinados fenômenos. Assim, a loucura passa a ser relacionada a ordem da razão, iniciado a sua problematização.

A pobreza e a loucura que antes eram aceitas passam a ser atribuídas à desordem social. Os hospitais gerais e as Santas Casas passam a abrigar a todos necessitados de cuidados: como os leprosos, os órfãos, as prostitutas, os loucos e até criminosos. Goffman (1974) denomina estes lugares como “instituição total”, um local onde “um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p.11). Neste período, diversas pessoas

são levadas a essas instituições totais, e Foucault (apud Machado, 1981) denomina esse período de “o grande enclausuramento” como

um fenômeno eminentemente moral, instrumento de poder político que, laicizando a moral e a realizando em sua administração, não apenas exclui da sociedade aqueles que escapam a suas regras, mas de modo mais fundamental, cria, produz uma população homogênea, de características específicas, como resultado dos próprios critérios que institui e exerce (p.64-65).

Enfurnados nos porões dessas instituições, os loucos não passavam por tratamentos médico específico.

É no final do século XVIII que a loucura passa a ter *status* de doença – doença mental, surgindo a psiquiatria como uma área de saber próprio e destinando os até então tidos como loucos para os hospícios. O hospital passou a ser um espaço médico, e a loucura, ao deixar de ser percebida como um fenômeno passou a ser definida como uma alienação. Mais tarde como doença, precisando ser observada, estudada, classificada e tratada.

O nascimento da psiquiatria se correlacionou com as reformas francesas, quando os reformadores delegaram a Phillippe Pinel a atribuição de conferir aos hospitais gerais um caráter terapêutico. Em 1793, Pinel passa a trabalhar como médico chefe no Hospital Geral de Bicêtre e propôs uma transformação no hospital ao desacorrentar os alienados. Ao separar os loucos dos demais desviantes, a loucura adquiriu o status de alienação e de doença.

A proposta terapêutica de Pinel baseava-se no tratamento moral, centrado no isolamento do doente do mundo exterior, através da reclusão/asilo. O asilo assumiu um lugar especial para o tratamento, pois poderia recuperar/corriger os erros da razão dos sujeitos acometidos pela insanidade fazendo-os recuperar a “racionalidade normal” ou a cura. Na tradição pineliana, o asilo é por si só terapêutico e, nesta perspectiva, o isolamento é a condição primordial no tratamento moral.

A loucura alcança o estatuto de “doença mental”, a psiquiatria se constitui como um saber próximo na esfera científica, e o manicômio se torna o *locus* privilegiado de tratar a doença. Nesse movimento, a loucura foi concebida como uma patologia que passou a ser tratada, medicada e “curada”.

Durante e após a Segunda Grande Guerra Mundial, as sociedades passaram a refletir sobre as condições de vida e tratamento oferecidas nos hospícios, isso porque, o custo de vida subiu, aumentou o número de pessoas internadas nos

hospícios, e muitas pessoas morriam de fome, peste, frio. A Europa vivenciou uma grande necessidade de mão-de-obra para reconstruir os países devastados pelo conflito bélico. Nesse contexto, a assistência psiquiátrica redimensiona-se já que não era possível/viável manter as pessoas internadas totalmente inativas para o trabalho. Emergiram, então, tentativas de humanização do asilo, que provocaram uma radical mudança em setores específicos da psiquiatria, ampliando-a de um simples tratamento do transtorno mental ou a busca da cura, para a promoção da saúde mental através da reinserção social.

Segundo Amarante (2007) e Tenório (2001b), são nos anos de 1960 e de 1970 que nasceram as primeiras iniciativas de transformação da psiquiatria em países da Europa e nos EUA, que impulsionaram o amadurecimento do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Amarante (2003; 2007) sinaliza seis experiências marcantes, que consideramos relevante apresentar, e Birman e Costa (1994), as separa em dois períodos distintos que redimensionaram teórica e conceitualmente o campo psiquiátrico, com objetivo de promoção da saúde mental voltado para reinserção social e comunitária:

- Primeiro período, ocorrido durante a Segunda Grande Guerra Mundial: Comunidade Terapêutica, na Inglaterra e Estados Unidos; e Psicoterapia Institucional, na França.

- Segundo período, no pós Segunda Grande Guerra Mundial: Psiquiatria de Setor, na França; Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, nos Estados Unidos; Antipsiquiatria, na Inglaterra; e Psiquiatria Democrática, na Itália.

A **Comunidade Terapêutica** surgiu na Inglaterra, durante a II Guerra Mundial, tendo como principal expoente Maxwell Jones, e nos Estado Unidos, em um processo liderado por Menninger. A Comunidade Terapêutica tinha como objetivo estimular os dispositivos grupais e a participação na vida e no trabalho dentro da instituição. O aspecto bastante valorizado era o “trabalho”, ou seja, recuperar a capacidade laborativa dos internos. (Amarante, 2003).

Segundo Desviat (1999) existiram vários modelos de comunidade terapêutica, cujos princípios eram: atividades coletivas (passeios, festas, etc); liberdade de comunicação em todas as direções; participação da comunidade (equipe, internos e familiares) nos processos decisórios de caráter administrativo; reuniões diárias com a presença da comunidade para discussão das questões que surgiam; tendência ao rompimento com a tradicional autoridade característica das

instituições, incentivando a subsunção da autoridade à tolerância. Por meio destas especificidades, buscava-se uma maior integração entre a comunidade e o hospital, uma implicação daquela neste e vice-versa, além da implicação da própria equipe profissional nos problemas dos usuários e da vida institucional.

A **Psicoterapia Institucional** surgiu na França a partir do trabalho de François Tosquelles. Entendia que a re-estruturação dos hospitais era a melhor forma de superar as dificuldades que a psiquiatria estava passando. Considerava que as próprias instituições estavam doentes e precisavam ser tratadas e, assim, sua prioridade voltou-se para a instituição hospitalar (Amarante, 2003).

Conforme Amarante (1995a), a psicoterapia institucional alimenta-se ainda do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais. Para Vertzman et. al. (1992), a Psicoterapia Institucional buscou a transformação do hospital feita de dentro para fora, para que a instituição se tornasse terapêutica. Assim, como a Comunidade Terapêutica, a Psicoterapia Institucional teve como objetivo maior a terapêutica das relações institucionais.

A **Psiquiatria de Setor** surgiu, também, na França nos anos pós-Segunda Grande Guerra, sendo assumida como política oficial do Estado Francês nos idos anos 1960, onde se pensou levar a psiquiatria, e o tratamento, no próprio meio social dos pacientes (Amarante, 2003). Para isso, as cidades francesas foram divididas em setores e cada setor teria uma equipe técnica responsável pelo atendimento psiquiátrico. Amarante (2007) sinaliza que pela primeira vez se falou e implementou a regionalização da assistência psiquiátrica, buscando constituir uma relação de convivência entre o tratamento no setor e o tratamento hospitalar.

Os princípios fundamentais da Psiquiatria de Setor, enquanto política oficial na França, foram listados por Desviat (1999) como: princípio de setorização ou zoneamento: divisão do território em setores distintos, cada um contendo aproximadamente 70 mil habitantes; princípio da comunidade terapêutica: existência de equipes multidisciplinares nos setores responsáveis pelo tratamento, que ia desde a prevenção até o pós-cura; deslocamento do eixo da assistência do hospital para o espaço extra-hospitalar: a prioridade para o tratamento era o território, ou seja, os serviços e o meio social no qual o portador de transtorno

mental estava inserido, na tentativa de evitar ao máximo possível a sua entrada ou permanência no circuito institucional, e principalmente, as consequências dele.

A **Psiquiatria Preventiva ou Comunitária** surgiu nos Estados Unidos, também na década de 1960, incentivada pelo governo Kennedy, com a proposta de que seria possível tratar e evitar as doenças, formando uma comunidade mentalmente sadia, substituindo o objeto da doença mental para a saúde mental (Amarante, 2003).

A Psiquiatria Preventiva ou Comunitária vai em direção à Saúde Pública e incorpora alguns de seus conceitos básicos, como o de História Natural da Enfermidade, apresentando três formas diversas de intervenção: Prevenção Primária, Prevenção Secundária e Prevenção Terciária (Birman e Costa, 1994, p.55). A Psiquiatria Preventiva visava não apenas detectar precocemente as situações de crise, mas buscava resolvê-las antes que chegasse a uma internação, prevenindo, assim, o adoecimento mental (Tenório, 2001b). Segundo Desviat (1999, p.59), os elementos da psiquiatria preventiva eram: “a ideia de prevenção, risco e população de risco”. Assim, na tentativa de evitar e tratar a “crise” o mais rápido possível foram criadas uma rede de serviços comunitários em diferentes pontos dos EUA.

Para Amarante (2007), um importante conceito levantado pela Psiquiatria Preventiva foi o de ‘desinstitucionalização’, que era entendido como sendo um conjunto de medidas de desospitalização, com redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, redução do tempo de permanência hospitalar ou promoção de altas.

A **Antipsiquiatria** foi iniciada na Inglaterra, na década de 1960, com um grupo de psiquiatras ingleses, dentre eles: Ronal Laing, David Cooper e Aaran Esterson, como uma proposta que questionou e criticou a incapacidade da psiquiatria tradicional no trato da loucura, o saber instituído nessa relação e a própria relação entre sociedade e loucura, ou seja, uma contestação radical ao saber e às instituições psiquiátricas (Amarante, 2003). Para a Antipsiquiatria não existiria a doença mental enquanto objeto natural como considera a psiquiatria, mas uma determinada experiência do sujeito e sua relação com o ambiente social em que vive (Amarante, 2007).

O modelo utilizado pela Antipsiquiatria foi o da Comunidade Terapêutica, porém desenvolvida em instituições abertas, não asilares. O discurso da pessoa

com transtorno mental era valorizado como denunciador de uma desordem existente no núcleo familiar. A loucura, esquizofrenia, era entendida como um fato social, e a família se tornou uma categoria central para a compreensão da loucura (Heidrich, 2007). O papel histórico da Antipsiquiatria foi importante na denúncia da violência perpetrada pelo saber e pelas instituições psiquiátricas, e trouxe contribuições importantes no sentido de atribuir a questão da desconstrução ao conceito da desinstitucionalização.

A **Psiquiatria Democrática italiana** surgiu nos anos de 1960, a partir do trabalho iniciado pelo médico Franco Basaglia, em Gorizia, na Itália. A Psiquiatria Democrática Italiana formulou um pensamento e uma prática institucional originais ao propor a ideia de superação do aparato manicomial, entendido não só como a estrutura física do hospício, mas também, como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentavam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização do se humano. Seu objetivo era de construir bases sociais mais amplas para viabilizar a reforma psiquiátrica em toda a Itália (Amarante, 2003; 2007).

Foi na cidade de Trieste que o médico Franco Basaglia deu início à demolição do aparato manicomial, extinção dos tratamentos violentos, abertura de cadeados e grades e a criação de novos espaços para lidar com a loucura (Rotelli e Amarante, 1992). Importante sinalizar que a demolição e superação do aparato manicomial não é a negação da doença mental, nem da psiquiatria, nem o simples fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas “diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social” (Rotelli e Amarante, 1992, p.44).

De acordo com Amarante (2003), podem-se caracterizar três conceitos como fundamentais para a reforma psiquiátrica italiana: a desinstitucionalização, visando desconstruir a institucionalização, buscando difundir o hospital psiquiátrico para além de seus limites físico; o território, que tem início no momento em que se inicia o trabalho de desconstrução da prática institucionalizada com o processo de socialização; e a atenção psicossocial, quando a criação de novos serviços passaram a cumprir a função da assistência

aos usuários da saúde mental italiana, levando ao gradual fechamento das enfermarias psiquiátricas dos hospitais.

Tendo o objetivo de transformar radicalmente a atenção psiquiátrica, foram construídos Centros de Saúde Mental que funcionavam por vinte e quatro horas, todos os dias da semana. Na Itália, em 13 de maio de 1978, é aprovada a Lei 180 com as principais orientações: proibição da construção de novos hospitais; limitação do número de leitos psiquiátricos no hospital geral, que era o local destinado a realizar todas as internações psiquiátricas; criação de serviços comunitários regionalizados; proximidade entre o paciente e a equipe técnica para garantir a continuidade do tratamento; abolir o estatuto de periculosidade social do paciente psiquiátrico e garantir os direitos dos usuários. (Amarante, 2006; Rotelli, 1994). Podem-se apontar como principais características: diminuição, até a extinção, do hospital, de forma gradativa; criação de novos serviços concebidos como alternativa ao hospital; integração entre serviços da rede de cuidados, que viabilizem a continuidade do tratamento; e o acesso facilitado aos centros de Saúde Mental (Desviat, 1999). Importante sinalizar que a Reforma Psiquiátrica italiana tem sido uma importante referência no processo brasileiro no Campo da Saúde Mental (Amarante, 2003).

Como poderá ser observado a seguir, o caminho da psiquiatria no Brasil, embora em contexto diferente, apresentará pontos em comum com os aspectos relacionados ao tratamento das pessoas com transtornos mentais, percorridos pela psiquiatria internacional.

2.2. Os Caminhos da Psiquiatria no Brasil

Até o século XVIII, os loucos eram “tratados” de acordo com suas posses. Se fossem ricos ficavam dentro de suas casas ou eram enviados para a Europa, se fossem pobres ficavam vagando pelas cidades, campos, entregues a caridade. Os pobres, quando apresentavam um comportamento inconveniente nas ruas, eram levados para as Santas Casas de Misericórdia, construídas no Brasil desde o século XVI. A assistência médica prestada à população brasileira pelas Santas

Casas de Misericórdia e outras instituições de caridade era pautada na filantropia e na prática liberal destinada aos pobres, velhos, órfãos e mendigos, não os distinguindo dentro da sua vasta clientela.

A partir do século XVIII a tolerância para com os “loucos” diminuiu e as Santas Casas de Misericórdia passaram a receber os loucos, conferindo-lhes um tratamento diferenciado, pois os mesmos eram, até então, amontoados nos porões, sem assistência médica e vigiados pelos carcereiros. Os delírios e agitações eram confrontados com agressões físicas ou contenções. Depois de sua admissão, permaneciam ali até a morte. Quando não havia vagas nas enfermarias das Santas Casas de Misericórdia, os loucos eram encaminhados para as prisões e lá recebiam os mesmos maus tratos.

No século XIX, com o processo de urbanização das cidades brasileiras, dentre elas a do Rio de Janeiro, várias epidemias eclodiram, fato que gerava um enorme problema de saúde pública que chegava inclusive a ameaçar os interesses capitalistas da época. Na década de 1830, os médicos começam a se organizar propondo uma definição melhor de suas atribuições. Nesse período formam uma comissão para diagnosticar a situação dos loucos na cidade do Rio de Janeiro e propõem que seja construído um local próprio para a internação e tratamento dessas pessoas. Assim, em 17 de julho de 1841, por decreto imperial, foi criado o Hospício Pedro II.

Em 1852 é inaugurado o Hospício Pedro II como uma tentativa de cuidar de forma diferenciada dos considerados ‘loucos’ e desviantes. Por sua posição geográfica, nos limites da cidade, realiza seu projeto de isolamento tendo em vista que “o isolamento da sociedade não visa a uma simples exclusão de suas fronteiras, mas à possibilidade de uma reinserção do alienado na sociedade depois de sua reabilitação através de um tratamento” (Machado, 1978, p.439). Projeto de acordo com o pensamento do médico francês Philippe Pinel, sendo entendido como institucionalização/hospitalização integral, um imperativo fundamental para que o alienado pudesse ser tratado adequadamente (Amarante, 2007). Desta forma, observou-se que o funcionamento do referido hospício estruturou-se com base na segregação, no confinamento e na tutela, com vistas a conter as pessoas em ameaça à ordem social e dar conta do grande número de ‘loucos’ nas Santas Casas de Misericórdia.

Logo nos primeiros anos de funcionamento, o Hospício Pedro II e os outros hospícios, como o Hospital Provisório de Alienados, em São Paulo, logo ficaram lotados. Isso ocorreu porque tendo como proposta remover, abrigar, alimentar e tratar as pessoas consideradas desviantes, somente a proposta de remover demarcava esses anos, uma vez que abrigar e alimentar estão implícitas, e o tratar não acontecia. Segundo Resende (1992),

a função exclusivamente segregadora do hospital psiquiátrico nos seus primeiros quarenta anos de existência aparece, pois, na prática, sem véus ou disfarces de qualquer natureza. Uma das mais marcantes evidências dessa afirmação é a constituição da sua clientela no período; tratava-se sobretudo de homens livres, os escravos, uma raridade. Muitos deles classificados como “pobres”; mas, entre eles, poucos negros, a maioria mestiços e mesmo europeus e brasileiros de “raça pura”, formavam a população errante dos marginalizados das cidades, os vadios, os arruaceiros, os sem-trabalho (p.39).

Devida a dificuldade encontrada pela psiquiatria⁶, em estabelecer limite entre a loucura e a santidade, as evidentes funções sociais cumpridas pelos hospícios na segregação de seus internos e as constantes denúncias de violências nos hospícios, levaram à baixa credibilidade nos hospitais psiquiátricos e da própria psiquiatria (Amarante, 2007). Assim, os alienistas do final do século XIX, anos de 1890, foram favoráveis a construção de Colônias de Alienados, como “uma primeira tentativa de resgatar o potencial terapêutico da instituição psiquiátrica” (Amarante, 2007, p.38).

A prevenção eugênica e as medidas de higiene mental se materializaram com a criação de hospitais e colônias agrícolas públicas destinados aos portadores de transtorno mental, tuberculose e hanseníase. Nas colônias, os alienados eram submetidos ao trabalho terapêutico, com a crença de que o trabalho estimulava a vontade, consolidava a resistência cerebral com vistas a fazer desaparecer o ‘delírio’. Contudo, as colônias logo se mostraram lotadas e, segundo Amarante (1995a), partindo de seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, as colônias não se diferenciaram dos ‘asilos pinelianos’.

Nos anos de 1930, o processo de psiquiatrização tornou-se mais forte a partir da consolidação do saber da psiquiatria sobre a “doença mental” e novas técnicas contribuíram para o aprimoramento deste processo: a utilização de

⁶ No Brasil, a psiquiatria se constituiu como campo médico, após a reforma do ensino da medicina. A promulgação do decreto nº 7.247 de abril de 1879 criou a Cátedra de Clínica Psiquiátrica nos cursos ordinários das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. E, em 1880, foi criada a Cadeira de Moléstias Mentais.

técnicas no tratamento das doenças mentais, como o choque insulínico, choque cardiazólico, eletroconvulsoterapia e lobotomia.

Através da promulgação do Decreto Lei nº 8.550 de 1946, houve um estímulo à construção de hospitais psiquiátricos pelos governos estaduais. Teve-se a implantação de hospitais psiquiátricos estaduais e a criação de estabelecimentos privados e filantrópicos, levando ao aumento da rede hospitalar e da população institucionalizada (Amarante, 1994; Delgado, 1992a).

Nos anos de 1950, o processo de aceleração da industrialização brasileira contribuiu para que fosse constituída uma política de assistência psiquiátrica que também incluiu investimentos na fabricação de psicofármacos específicos.

Nos anos de 1960 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, devido a uma diretriz do INPS, que articulou aos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP's⁷ todos os serviços de saúde⁸ e previdência. Segundo Amarante (1994; 2006), neste período, o número de leitos psiquiátricos subiu de três (3) mil para quase cinquenta e seis (56) mil e, no final da década de 1970, 97% do total dos recursos da assistência psiquiátrica chegou a ser destinado para pagamento da rede hospitalar privada conveniada e contratada pelo INPS.

É na década de 1970 que se iniciam as denúncias à assistência psiquiátrica, tendo em vistas as precárias condições dos hospitais psiquiátricos. O país passava por uma crise econômica devido a diminuição dos lucros do petróleo e dos investimentos, fazendo com que as práticas governamentais fossem redemocratizadas. Resende (1992, p.64) especula que se “não fossem as circunstâncias conjunturas daquele momento histórico, as mencionadas denúncias talvez não tivessem sido consideradas”. Essas denúncias serão o estopim para o processo de Reforma Psiquiátrica que será marcada por novos avanços na assistência psiquiátrica como poderá ser observado a seguir.

⁷ Na década de 1930 a saúde passou a ser estruturada em grupos ocupacionais, as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP's, que depois foram incorporadas pelo governo Vargas, em 1937, sendo, mais tarde, transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs.

⁸ Para Resende (1992) os hospitais públicos eram destinados aos indivíduos sem vínculo formal com o mercado de trabalho. Os demais eram encaminhados à rede privada seguindo a ideologia privatista do período autocrático.

2.2.1.

O Atual Processo de Reforma da Assistência Psiquiátrica

A Reforma da Assistência Psiquiátrica brasileira é um processo histórico, de caráter político, social e econômico, que engloba transformações culturais, mudança no paradigma do cuidado e vem tornando válido juridicamente as conquistas no Campo da Saúde Mental (Gonçalves e Sena, 2001; Alves e Guljor, 2004). Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma da Assistência Psiquiátrica avança, marcado por tensões, impasses, conflitos e desafios (Brasil, 2005).

A Reforma no Brasil data pouco mais de trinta anos, surge a partir da conjuntura da redemocratização (Tenório, 2002) e, segundo Amarante (1995a),

tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura da redemocratização (p.87).

Na segunda metade da década de 1970 emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde e ao caráter privatista da política de saúde (Tenório, 2001b). Surgem denúncias, reivindicações e críticas feitas por ‘bolsistas’ profissionais que atuavam em hospitais da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde situados no Rio de Janeiro. Esse movimento de denúncias, que parecia restrito ao Rio de Janeiro, tem repercussão nacional, sendo a questão divulgada e debatida na imprensa e no interior de entidades expressivas da sociedade civil, pois a violência das instituições psiquiátricas “é entendida dentro da violência cometida contra os presos políticos, os trabalhadores, enfim, os cidadãos de toda espécie” (Amarante, 1995a, p.90).

Esse movimento de denúncias ficou conhecido como ‘Crise da DINSAM’ e foi um marco para o surgimento do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental. Segundo Vasconcelos (2008), uma característica marcante do movimento estava no fato de ele ser completamente externo ao aparelho do Estado, em mobilização aberta da opinião pública e da imprensa, apesar de algumas de suas lideranças pertencerem ao serviço público.

Para Amarante (1995b), o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental ao buscar entender a função social da psiquiatria e suas instituições, além do papel médico-terapêutico, constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental procurando visualizar uma possibilidade de inversão desse modelo a partir do conceito de desinstitucionalização. É um movimento plural, formado por trabalhadores integrantes do movimento de reforma sanitária⁹, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (Brasil, 2005). Desta forma, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental é o primeiro movimento em saúde com a participação popular, passando a ser identificado como um movimento de luta popular no campo da saúde mental. Esse movimento tinha como objetivo representar um espaço de luta não institucional, um local de debate e encaminhamento de propostas comprometidas com as mudanças do modelo de assistência psiquiátrica vigente no país.

Delgado (1992b) sinaliza três eventos políticos que delimitaram os contornos desse movimento de inflexão com crítica à mercantilização da loucura e ao obstáculo representado pelo modelo hospitalocêntrico: V Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 1978, o I Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental em 1979 e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em 1979, que teve a presença de Franco Basaglia e Robert Castel. Importante salientar que esses acontecimentos tiveram início em um momento de transição política, de articulação da sociedade civil que passava por um regime de Ditadura Militar¹⁰.

Nogueira (2007) registra que a luta pela reforma no âmbito da saúde mental na década de 1980 não se deu desvinculada da luta pela Reforma Sanitária, tendo como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1987, a realização de dois eventos em favor da transformação da assistência psiquiátrica brasileira: I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Assim, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental torna-se Movimento de Luta Antimanicomial, buscando chamar toda a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o ‘louco’ e a

⁹ O movimento de reforma sanitária brasileira deve ser compreendida como um projeto setorial que objetivava a consolidação da democracia e da cidadania na sociedade brasileira e que teve como lema central “saúde como um direito do cidadão e dever do Estado” (Bravo, 2007).

¹⁰ A Ditadura Militar no Brasil teve início em 1964 e fim em 1985 com a eleição de um governante.

‘loucura’, adotando um novo lema de luta: “Por uma Sociedade sem Manicômios” (Tenório, 2002). O Movimento de Luta Antimanicomial apontou como premissa fundamental a reorganização dos serviços e práticas de saúde mental. Em 1988, é promulgada a nova Constituição da República do Brasil, que “considerou a saúde um direito de todos, sendo dever do Estado assegurar o acesso universal e igualitário às medidas e serviços destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde (artigo 196)” (Desviat, 1999, p.145). Esses acontecimentos marcam o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas de lidar com a loucura (Tenório, 2002).

Alves e Guljor (2004) resumem como marcos paradigmático da Reforma Psiquiátrica brasileira a ordem cronológica dos seguintes fatos: I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, 1987; Encontro Nacional do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, 1987; intervenção na casa de Saúde Anchieta, em Santos, 1989; apresentação, na Câmara federal, do Projeto de Lei 3.657 do Deputado Paulo Delgado, em Brasília, 1989; Declaração de Caracas, na Venezuela, 1990; e publicação das portarias do Ministério da Saúde, quais sejam: a portaria 189 em 1991, que instituiu os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS) e a portaria 224 em 1992, que aperfeiçoou a regulamentação dos CAPS e NAPS e dividiu o atendimento em saúde mental em dois grupos: hospitalar e ambulatorial. Estes acontecimentos irão dar forma para a tarefa da Reforma Psiquiátrica brasileira de “substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou ‘territorial’” (Tenório, 2002, p.35).

A Reforma Psiquiátrica brasileira apresenta como diretriz a desinstitucionalização que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução, superação de um modelo centrado no tratamento da doença, buscando criar possibilidades para que os sujeitos ‘em’ sofrimento psíquico possam enfrentar os desafios na superação da exclusão em que vivem (Nogueira, 2007; Amarante, 1995b). Neste sentido, a Portaria 106 do Ministério da Saúde, no ano de 2000, regulamentou os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, visando atender a clientela de “egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares” (Brasil, Portaria 106, 2000). Delgado (2006) coloca que a Portaria 106 foi útil para fixar o

uso do termo ‘serviço residencial terapêutico’, incluindo as residências na rede formal de atenção do Sistema Único de Saúde, e definindo que estas moradias devem ser inseridas na comunidade e fora dos limites das unidades hospitalares. Segundo Carvalho (2001), esses Serviços Residenciais devem ser vinculados a unidades de cuidado ambulatoriais, tendo como objetivo a reabilitação psicossocial, com medidas que aumentem a autonomia de cada pessoa com transtornos mentais severos e persistentes, propiciando sua reinserção social.

Em 06 de abril de 2001, foi aprovada a Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que apresenta como objetivos prioritários a reorientação e substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico e a afirmação da compatibilidade entre cidadania do ‘louco’ e tratamento, tendo como norte ético a autonomia possível dos pacientes e familiares (Carvalho, 2001; Delgado, 2001). A Lei 10.216, relaciona o direito das pessoas com transtornos mentais, reforçando a inclusão social delas, estabelecendo uma diretriz não asilar para o funcionamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica brasileira. Em seu artigo 5º, a Lei coloca que deve haver elaboração de “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” para “o paciente há longo tempo institucionalizado” e para as situações de “grave dependência institucional”. Segundo Tenório (2001b), a Lei faz, neste 5º artigo, referência aos Serviços Residenciais Terapêuticos, ou moradias assistidas, para aquelas pessoas que não podem mais ficar sem um cuidado, mais ou menos permanente, devido ao seu quadro clínico ou por sofrerem as consequências de internações prolongadas.

Para Tenório (2002), a criação de alternativas consistentes e a desconstrução do circuito manicômio-dependente são as duas variáveis de que depende a progressiva extinção dos manicômios no Brasil.

Em 2002, teve início a avaliação dos hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares¹¹ (PNASH), pela Portaria GM 251. Esse programa estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, com o objetivo de reestruturá-la e buscar uma nova configuração formada por hospitais de pequeno (até 80 leitos) e médio porte (até

¹¹ O PNASH/Psiquiatria é um instrumento de dados qualitativos que permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existentes em sua rede de saúde. Ao mesmo tempo em que indica aos prestadores critérios para uma assistência hospitalar compatível com as normas do SUS, e descredencia aqueles hospitais sem qualquer qualidade na assistência prestada a sua população adscrita (Brasil, 2005).

160 leitos), bem como a extinção dos macro-hospitais. E em 2004 é instituída pelas Portarias GM nº 52 e 53 o Programa Anual de Reestruturação da Assistência nos Hospitais Psiquiátricos no SUS (PRH), que tem como estratégia uma progressiva redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos de grande porte, de 240 a 600 leitos, e os de maior porte, com mais de 600 leitos. O processo de desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação dessas portarias, permitindo que um grande número de leitos, inadequados às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos, fosse retirado do sistema, contudo, sem acarretar desassistência para a população (Brasil, 2005).

A questão crucial da desinstitucionalização está na progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e seus conflitos, substituindo uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial (Tenório, 2002; Delgado, 1992). A desinstitucionalização é um processo técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político, e “acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direitos e novos direitos para os sujeitos” (Amarante, 1995b, p.494), construindo possibilidades concretas de sociabilidade.

Da questão social nas instituições totais às políticas de inclusão na sociedade, a história da assistência psiquiátrica brasileira nos mostra que um longo caminho tem sido construído. Contudo, cabe refletir a respeito dos novos serviços extra-hospitalares e, para tal, faz-se necessário algumas considerações a respeito do conceito de exclusão social, e sua relação com o processo de desinstitucionalização.

2.3.

Desinstitucionalização e Exclusão Social: revisitando os conceitos

A noção de desinstitucionalização, como vimos, surge nos EUA para designar os processos de ‘alta’ e de reinserção na comunidade de pacientes psiquiátricos, em decorrência do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy (1961-1963) (Amarante, 1996). A desinstitucionalização era uma palavra de

ordem central, nascida dos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária, porém com diferentes objetivos: para os reformadores ela sintetizava o intento de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, acabando com sua função de controle social, coação e segregação; para os grupos técnicos e políticos simbolizava a perspectiva de abolição de todas as instituições de controle social, com a perspectiva antipsiquiátrica; já para os administradores, a desinstitucionalização era um programa de racionalização financeira e administrativa (Rotelli; De Leonardis; Mauri, 2001). Essa desinstitucionalização norte-americana constituiu-se, na verdade, em um processo de desospitalização e de racionalização de recursos, voltada para objetivos administrativos e menos para uma real transformação da assistência (Zusman, 1999; Amarante, 1996), e uma das consequências foi o aumento dos “*homeless*” nas ruas.

A desinstitucionalização desenvolvida na Itália é definida “como um processo de formação de uma rede de cuidados em psiquiatria” (Zusman, 1999, p.66). Segundo Barros (1994a), os italianos enfatizaram a necessidade de se partir do interior do manicômio, com as experiências de Franco Basaglia, criando condições para sua desmontagem e definiram sua postura na desconstrução lenta dos manicômios com a simultânea construção de serviços territoriais de assistência psiquiátrica. A desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que ao começar pelo hospital psiquiátrico desmonta a solução existente para assim desconstruir e reconstruir a direção de uma intervenção prática, buscando transformar os modos como as pessoas são tratadas, ou não tratadas, para transformar, assim, o seu sofrimento em “sofrimento-existência”. A ênfase do tratamento não é mais colocada no processo de cura, e sim no processo de invenção de saúde e de reprodução social do paciente (Rotelli; De Leonardis; Mauri, 2001), e o processo de desinstitucionalização

continua a ser a estratégia terapêutica na comunidade, em relação, por exemplo, às situações das famílias, mas se trata de modificar gradualmente as relações de poder destrutivas que se criam dentro da família, assim como se criavam dentro do manicômio (Rotelli, 1994, p.154).

A desinstitucionalização, compreendida na perspectiva basagliana, é um trabalho teórico prático de transformação de saberes e ações, através de reflexões sobre o significado da instituição psiquiátrica e suas práticas, perante os acontecimentos sociais e históricos (Nicácio, 2003).

A relação manicomial é pautada no abandono e se impõe quando a relação entre técnicos e pacientes desacredita nas possibilidades de um tratamento clínico, e o tratamento se mantém no burocrático e no afastamento. Na concepção de Giovanella e Amarante (1994)

o aparato manicomial, é preciso insistir, não é o hospital psiquiátrico, embora seja a mais expressiva instituição na qual se exercita o isolamento: é o conjunto de gestos, olhares, atitudes que funda limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais. O manicômio é o saber e as práticas que definem direitos e deveres distintos baseados em preconceitos, em categorias de acusação, em poderes e saberes de dominação (p.140).

A instituição psiquiátrica é, segundo Rotelli (1994), o conjunto de saberes, as administrações, leis, regulamentos e os recursos materiais que estruturam a relação entre médico e paciente. Zenoni (2000) coloca que, basicamente, são duas funções que a instituição psiquiátrica possui: uma de acolher e abrigar o sujeito psicótico, e uma função clínica e terapêutica de tratar desse sujeito. Para este autor, o que motiva a construção de uma instituição é a oportunidade dela acolher o sujeito psicótico, colocá-lo ao abrigo, à distância num momento que ele não suporte ficar em comunidade. A instituição é uma necessidade social de resposta a alguns estados da psicose, a fenômenos clínicos, a alguns estados de enfraquecimento físico que podem levar o psicótico à exclusão social e até a morte.

Dessa maneira, desconstruir não é o mesmo que destruir o hospital, mas superar o aparato manicomial no que diz respeito a romper os paradigmas que fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica clássica, como instituições de abandono e sem investimento terapêutico. Desmontar esses dispositivos institucionais de cronificação, com a transformação do hospital psiquiátrico feita de dentro para fora, é “a primeira tarefa que se deve enfrentar numa estratégia de ‘ressocialização’” (Delgado, 1992a, p.192).

Importante sinalizar que, além do processo de desospitalização e de desinstitucionalização, pode ocorrer, o de transinstitucionalização, entendido como o deslocamento da clientela psiquiátrica [internada] para instituições similares de outro tipo, tais como delegacias, penitenciárias, asilos de idosos, casas de enfermagem, o que resultaria em transferência dos pacientes de uma

instituição para outra, sem que se fizesse a crítica do paradigma psiquiátrico (Oliveira e Conciani, 2008).

No Brasil, a desinstitucionalização é um processo técnico, administrativo, jurídico, legislativo e/ou político, e acima de tudo um projeto ético de reconhecimento de uma prática que, como diz Amarante, “introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (1995b, p. 494). As experiências no Brasil privilegiam a discussão da desinstitucionalização implicando num processo de desospitalização, mas também de invenção de práticas assistenciais territoriais, ou seja, um processo prático de desconstrução dos conceitos e das práticas psiquiátricas. Para Amarante, isso significa tratar o sujeito em sua existência, construir possibilidades, em relação com suas condições concretas de vida, onde o tratamento deixa de ser a exclusão social para tornar-se criação de possibilidades de sociabilidade (Amarante, 1994; 1995b).

Segundo Cavalvanti et. al. (2001), existe hoje um consenso em psiquiatria do que seria tratar de pacientes psicóticos, e este pode ser encontrado em três eixos compostos de: trabalho em equipe, responsabilidade em relação aos doentes, mesmo se eles não forem aos serviços de referência e a importância da disponibilidade. Assim, a instituição psiquiátrica no Brasil não se constitui apenas de hospital psiquiátrico, com sua emergência psiquiátrica, internação e ambulatório. Hoje, constitui a assistência psiquiátrica: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas, os ambulatórios, os trabalhos protegidos, ou seja, todos os diversos serviços e iniciativas que dão forma à rede de atenção psicossocial territorializada; seguindo, assim, a recomendação da Organização Mundial de Saúde – OMS (2001) de que os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. Para a OMS (2001) o processo de desinstitucionalização possui três componentes essenciais: a prevenção das admissões impróprias em hospitais psiquiátricos, mediante o fornecimento de serviços comunitários; o regresso a comunidade dos doentes institucionais de longo prazo, que tenham passado por uma preparação adequada; e o estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio comunitário para doentes não institucionalizados.

A saída de um paciente de uma longa internação requer um intenso trabalho no território¹², desde acompanhamento dos familiares, se estes existirem, até a obtenção de direitos sociais que garantam a vida do paciente fora do hospital. No entanto, caso o paciente não tenha familiar, a sustentação da vida na cidade necessitará de uma construção de redes alternativas de cuidado e suporte em sociedade. Importante apontar que na área da Saúde Mental, o território é entendido como “constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escolas, trabalho, boteco etc)” (BRASIL, 2004a, p.11). Segundo Delgado, a noção de território vai além de uma regionalização administrativa: “o território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo” (apud Carvalho, 2001, p.34).

Para Kinoshita (2000), com o processo de desinstitucionalização, a questão dos doentes mentais crônicos coloca-se como um grande desafio para o planejamento em saúde mental. A desinstitucionalização só deve ser considerada desconstrução do manicômio quando se compõe em estratégias que desmontem o agir institucional, principalmente em vista dos pacientes de longa permanência institucional, desconstruindo as soluções para compreender os problemas e mostrando “a partir de seu interior, como se subverte a filosofia que a sustenta e, ainda, as oposições hierárquicas sobre as quais se baseia” (BARROS, 1994a, p.176). Segundo Nicácio (2003) a desinstitucionalização possibilita um conjunto de reflexões sobre os saberes e práticas psiquiátricas e suas relações com a organização social e sobre a loucura no interior das contradições da vida e da existência, propiciando a construção de uma perspectiva inovadora para refletir sobre a instituição psiquiátrica e não apenas sobre o manicômio.

Esta é a possibilidade construída pelo processo de desinstitucionalização, pela Reforma Psiquiátrica brasileira, de incluir a questão psiquiátrica como parte das questões sociais e, dessa maneira, fazê-la saltar para fora dos muros do saber médico-psicológico. De acordo com Delgado (2006), o processo de desinstitucionalização possui três pilares de estratégia de gestão: a redução

¹² A noção de território adotada nesta dissertação fundamenta-se nos estudos do professor Milton Santos, a ser apresentada no próximo capítulo, item 2.1.

programada de leitos; a ampliação dos Serviços Residenciais Terapêuticos; e o Programa “De Volta para Casa”. Os Serviços Residenciais Terapêuticos e o Programa “De Volta para Casa” são duas estratégias distintas de desinstitucionalização, porém associadas enquanto diretrizes políticas de construção do processo de reinserção social de pessoas egressas de instituições psiquiátricas (Campos, 2008).

O Programa “De Volta para Casa” é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações psiquiátricas¹³, e segue critérios definido na lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, cuja regulamentação se deu pela Portaria nº 2.077/GM, de 31 de outubro de 2003. Este Programa busca reverter gradativamente o modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais psiquiátricos por um modelo de atenção de base comunitário, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária. O objetivo é de contribuir para o processo de inserção social de pessoas acometidas de transtornos mentais com longas internações, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, assegurando o bem estar global e estimulando o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (Brasil, 2003b).

O Programa “De Volta para Casa” tem como parte integrante o pagamento do auxílio reabilitação psicossocial no valor de trezentos e vinte reais (R\$320,00), com vistas à ressocialização aos sujeitos egressos de longas internações psiquiátricas. As características indenizatórias, de provisoriedade e de assistência à Saúde desse Programa são asseguradas pelo orçamento do próprio Ministério da Saúde. Este Programa atende ao disposto na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, especificamente em seu artigo 5º que determina que aos pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Este benefício tem duração de um ano e pode ser renovado quando necessário visando a reintegração social. Segundo o ex Ministro da Saúde Humberto Costa,

¹³ É considerada longa internação psiquiátrica o período igual ou superior a dois anos. Para efeitos dessa lei é contabilizada as internações anteriores ao ano de 2003, pois, atualmente, busca-se o tratamento em serviços extra-hospitalares localizados na comunidade, e não em longas internações psiquiátricas.

o auxílio reabilitação psicossocial apresenta especificidade em relação a outros benefícios sociais, uma vez que se vincula diretamente a um conjunto de ações de reintegração psicossocial, como reabilitação, residência terapêutica, trabalho protegido, lazer assistido e outros, e sua duração depende da evolução do programa de reabilitação do paciente (Brasil, 2003b).

São beneficiárias do “De Volta para Casa” as pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de longas internações psiquiátricas em hospitais cadastrados no SUS, por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos, quando a situação clínica e social não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social. Importante sinalizar que pessoas que residem em moradias caracterizadas como serviços residenciais terapêuticos ou egressas de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com a decisão judicial, também podem ser beneficiárias do auxílio (Brasil, 2003b). De acordo com a Lei nº 10.708/2003, art. 3º, é necessário que a pessoa incluída no Programa esteja em alta hospitalar, com moradia inserida na comunidade, podendo ser serviços residenciais terapêuticos, com suas famílias de origem, famílias substitutas ou de outras formas alternativas de moradia e convívio social (Brasil, 2003a, b).

Este Programa revelou como seria difícil a tarefa de reconstruir o caminho de volta à cidadania, pois revelou que quase a totalidade dos egressos de longas internações psiquiátricas não possuía documentação, já que os hospitais se descuidaram de manter atualizados os dados de identificação (Delgado, 2006, p.23). Segundo Furtado (2006b), a dificuldade para obtenção de documentação, embora importantíssima para o processo de reabilitação psicossocial e para outros aspectos ligados à Reforma, não representa obstáculos quando considerada estritamente a expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Para Vasconcelos (2006), a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos e dos programas de suporte a reinserção social dos usuários com transtornos mentais severos e persistentes desinstitucionalizados constitui uma reivindicação estratégica dos movimentos sociais da área, particularmente, o Movimento de Luta Antimanicomial, já que,

o acesso a uma moradia digna e a serviços e benefícios de suporte psicossocial de qualidade, abertos em uma comunidade local, representa um objetivo básico para todos os que tiveram suas vidas marcadas pela institucionalização e opressão psiquiátrica convencional (Vasconcelos, 2006, p.53).

Um fator importante a ser considerado nos cronogramas de desinstitucionalização é a elevada média de idade dos moradores com longa permanência nos hospitais psiquiátricos, e há que se garantir tempo hábil para que estas pessoas possam ser beneficiadas por essas iniciativas. (Furtado 2006b).

Segundo Delgado (2006), o 'De Volta para Casa' se baseia na ideia de que é preciso apoiar com medidas práticas e efetivas a inclusão social das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes egressas de longas internações psiquiátricas. Neste sentido, a constituição de uma Rede em Saúde Mental, formada por serviços de atenção extra-hospitalares torna-se fundamental para que o atual processo de desinstitucionalização possibilite novas condições para a reabilitação psicossocial dessas pessoas.

De acordo com Moreira e Andrade (2007), o processo de desinstitucionalização requer, fundamentalmente, uma mudança da relação social com o fenômeno da loucura. A cidade é o melhor espaço de produção de novos sentidos para a vida, pois é local de trocas, autocriação permanente, advinda da diversidade de encontros, o oposto à internação que tem por única finalidade o isolamento e produção de relações dependentes de ordens externas, heterônomos, excludentes.

Até o final da década de 1960, o termo “exclusão social” era utilizado sem que debates fossem criados a cerca de sua utilização, e diversos autores utilizavam-no em trabalhos sobre pobreza e desigualdades sociais (Escorel, 1999).

Segundo Escorel (1999), o termo 'exclusão social' começou a ser popularizado no mundo em 1974, ao aparecer no livro *Les Exclus: us français sur dix*, escrito por René Lenoir. O sentido do termo se relacionava a deficiência pessoal e excluídos eram os pobres, os 'inadaptados sociais', que precisavam ser amparados pelo governo, pois apresentavam uma incapacidade de viver como todo mundo. Michel Foucault utilizou-se do termo, principalmente, quando escreveu sobre a História da Loucura. Contudo, o termo aparecia sem gerar grandes polêmicas.

É na década de 1990, que o termo 'exclusão social' ganha mais destaque frente às mudanças que aconteciam na sociedade com o aumento da desigualdade e do perfil que se configurava a pobreza, passando a ser assunto de debates (Escorel, 1999). Importante sinalizar que no debate francês a exclusão social está

relacionada ao processo capitalista; são os sem-trabalho, os desnecessários e os que provavelmente não serão reinseridos ao mundo da produção (Escorel, 1999).

Nos escritos de Castel (1997), a noção de exclusão faz referência à situação social da França (ou da Europa) e está relacionada às transformações das relações de trabalho, a qual se traduz em desempregos, rupturas familiares, afetivas e de amizade, ocorridas devido a nova conjuntura pós anos 1970, com a entrada das ideias neoliberais no mundo capitalista e às transformações no mercado de trabalho.

Segundo Castel (1997), atualmente a noção de exclusão vem sendo utilizada para designar todas as expressões da questão social. Ele destaca algumas características que deveriam ser utilizadas para se desconfiar da ‘exclusão’, que denomina como ‘armadilhas da exclusão’. A primeira seria a heterogeneidade dos discursos, onde o termo é normalmente utilizado para rotular os indivíduos, qualificando-os negativamente, dizendo o que eles não têm, sem dizer no que essa falta consiste e o porquê delas acontecerem. A segunda seria a exclusão relacionada aos pobres, aos que se encontram fora das “trocas sociais”, povoando a periferia das cidades, com relações precárias nas relações trabalhistas e nas proteções que asseguram a sua inclusão social. E a terceira seria quando se focaliza a atenção só sobre ‘a exclusão’, pois isso trás consequências para a reflexão do termo, pois não se interroga sobre os desequilíbrios atuais, e para a ação sobre essas populações, onde o que acontece é uma tentativa de conciliação entre as exigências de competitividade e ao mesmo tempo a garantia de mínimas proteções sociais.

Acerca da noção de exclusão, Castel (1997) informa que as políticas sociais de combate à exclusão acabam por se tornar ações focalizadas e que as mesmas são criadas, mas as pessoas permanecem onde estão, fazendo continuar o aumento da população com “problemas”, como as crianças vivendo nas ruas, os inválidos, os deficientes, os desempregados, os sobrantes, entre outros. Para Demo (2001), a política focalizada faz com que o excluído não perceba sua exclusão, tornando-o objeto dos privilégios e das ajudas. De acordo com Castel (1997, p.27), “se nada de mais profundo for feito, a luta contra a exclusão corre o risco de se reduzir a um pronto socorro social, isto é, intervir aqui e ali para tentar reparar as rupturas do tecido social”. Assim, segundo Demo (2003) retorna-se à lógica neoliberal com inspiração para a prática de uma política social “feita de toda sorte de

quinquilharia residual sem qualquer efeito redistributivo, emancipatório e preventivo” (p.111), com a focalização das ações presas à economia de recursos e à concepção individualista de direitos. E uma conclusão encontrada por Demo (2001) é que a perspectiva realista do capitalismo é: a política social não acabar com a exclusão, pois é tão somente uma estratégia de confronto interminável com ela.

O que pode ser percebido é que ao longo dos anos, a noção de exclusão tornou-se uma categoria, porém não adquiriu um conceito. É utilizada nos discursos e debates, mas não há um consenso entre os pesquisadores sobre o que exatamente ela nomeia. Pode-se dizer que a exclusão é constituída a partir de uma unidade de características negativas, de características de oposição, e ultrapassa largamente a questão da desigualdade, não apenas hierarquizando, mas excluindo os indivíduos social e politicamente (Escorel, 1999).

Para Martins (2002), a categoria exclusão é uma metamorfose de conceitos construídos visando explicar a ordenação social resultante do desenvolvimento capitalista. Seria o discurso dos integrados à sociedade, tendo acesso aos meios, valores e recursos sociais, em contraposição àqueles que eles julgam serem diferentes, sem acesso. Estes não incluídos acabam por não interferir na dinâmica social, não participam da transformação e criação da realidade social, pois não possuem poder de manifestação, não podem falar e não são ouvidos. Assim, “em particular, a exclusão nos fala de situações objetivas de privações, mas não nos fala tudo nem nos fala o essencial” (Martins, 2002, p.43).

Para Escorel (1999), a nova questão social caracteriza-se pela mudança no perfil da pobreza e pelo crescimento da violência urbana, e os pobres passam a serem vistos como ameaçadores, politicamente incômodos e economicamente supérfluos. Assim, segundo Lustosa (2001), pobreza e exclusão são conceitos diretamente relacionados. Pobreza como exclusão no acesso a bens e serviços essenciais a sobrevivência, e exclusão como não apenas elementos materiais, mas, também, o acesso à educação, saúde, cidadania, representação política, dentre outros. Demo (2003) nos diz que o crescimento da pobreza não é apenas material, “não está no jogo apenas a dimensão do ‘ter’, mas principalmente a do ‘ser’, ou a condição humana tal na situação de objeto de manipulação alheia” (p.37), onde a condição mais aguda de pobreza é a exclusão de caráter político, historicamente

produzida, mantida, cultivada. Para Demo (2001), politicamente pobre é a pessoa que sequer consegue saber que é pobre.

Nascimento (apud Cavalcanti et. al. 2001), apresenta o termo exclusão social a partir de três significações sociológicas. Uma seria decorrente do termo 'anomia', uma concepção ampla, onde todas as formas de discriminação ou rejeição social seria uma forma de exclusão, podendo se exemplificar com as discriminações raciais, religiosas, sexuais, entre outras. Uma segunda seria o não reconhecimento social, que se traduz com a exclusão dos direitos, encontrado aqui os trabalhadores pobres que não possuem uma total integralidade no "mundo do trabalho", como os mendigos, os biscateiros, etc. E a terceira significação seria a 'nova exclusão', aonde o não reconhecimento do indivíduo vai além do não acesso aos direitos, sendo os indivíduos que passam do não ter direitos, ao não ter direito à ter direitos, como moradores de rua, os índios, etc.

Percebemos que as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes se incluem nas três significações sociológicas apresentada acima. Segundo Cavalcanti et. al. (2001), as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes são discriminados socialmente e historicamente, não são reconhecidos, são excluídos de seus direitos e, algumas vezes, são questionados se possuem direito a terem direitos. Para estes autores, a categoria exclusão social aponta fenômenos que ocorrem com as pessoas com transtornos mentais, mas que há algo inerente a loucura que vai além do 'fracasso social'. Para Tenório (2001b), as pessoas com transtornos mentais são excluídas porque possuem dificuldade de fazer vínculo social.

As pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, em determinado momento, possuem a experiência de ouvir vozes, de dizer que seus pensamentos foram roubados ou que alguém leu seus pensamentos, de todos na rua olharem para ele, ou seja, são pessoas que se sentem afetadas diretamente no estar em sociedade. Para Lobosque (2001), a sociedade ao ignorar e/ou ao não admitir a existência destes aspectos na vida destas pessoas estará dando o primeiro passo para a exclusão social delas.