

Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família

Psychiatric counter-reformation and its reflections on user and family care

Cristian Da Cruz Chiabotto*

Igor Sastro Nunes**

Karla Susane Prado Aguiar***

Resumo – Este ensaio tem como objetivo realizar uma análise da contrarreforma psiquiátrica nos processos de cuidado em saúde mental junto ao usuário e à família. Surgiu como resultado de distintos processos reflexivos do cotidiano em serviços de saúde nos quais se inserem os autores. A vivência em serviços de saúde e a revisão de literatura acerca da temática produziram os resultados aqui descritos, possibilitando um olhar para a realidade com a intenção de identificar seus movimentos mais contraditórios e multifacetados. Como resultados desses processos de investigação, foi possível reconhecer alguns impactos no cuidado em saúde mental, como os processos de precarização do SUS e retorno à lógica manicomial, a responsabilização exacerbada da família (familismo) e o atendimento dos usuários contrário à integralidade, em uma perspectiva de fatiamento da pessoa e de suas múltiplas necessidades.

Palavras-chave: contrarreforma psiquiátrica; saúde mental; família.

Abstract – This essay aims to carry out an analysis of the Psychiatric Counter-Reformation in mental health care processes with the user and the family. It arose as a result of different reflections on daily processes in health services in which the authors take part. The experience in health services and the literature review on the subject produced the results described here, enabling a look at reality with the intention of identifying its most contradictory and multifaceted movements. As a result of these research processes, it was possible to recognize some impacts on mental health care, such as the precariousness of SUS and the return to the asylum logic, the exacerbated responsibility of the family (familism), and the service to users contrary to integrality, in a perspective of slicing the person and his multiple needs.

Keywords: counter-reformation; mental health; family.

* Psicólogo Residente no Programa de Saúde Mental Coletiva, Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS). *E-mail:* cristianchiabotto.cristian@gmail.com. *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-0035-1447>.

** Assistente Social - Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Especialista em Atenção a Crise e Prevenção de Suicídio. Assistente Social Residente no Programa de Saúde Mental, Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS). *E-mail:* sastro.nunes@gmail.com. *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0003-4921-7190>.

*** Assistente Social Residente no Programa de Atenção Básica em Saúde Coletiva, Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS). *E-mail:* karlasusane@gmail.com. *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0003-4465-8309>.

Introdução

Este texto é resultado das inquietações produzidas no cotidiano a partir dos espaços de trabalho em que se inseriram os autores, vinculados à residência integrada em saúde, nos programas de atenção básica em saúde coletiva e em saúde mental coletiva. Essas experiências possibilitaram um olhar ampliado para o cuidado em saúde mental a partir de distintos pontos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Desta forma, foi a partir dos acompanhamentos de saúde mental realizados e das percepções dos autores que buscou-se uma aproximação teórica através da revisão de literatura, priorizando elementos como: reforma e contrarreforma psiquiátrica, família e familismo e cuidado em saúde.

A história da política de saúde mental no Brasil não é linear; ao longo dos anos, essa história tem se entrelaçado com avanços no modelo de cuidado pautados por movimentos dos trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, denominados movimento da luta antimanicomial. Por outro lado, também entrelaça-se a ataques ao modelo proposto por esses movimentos, vindos de organizações de classes políticas e profissionais com interesse mercadológico na saúde mental. Como avanços, destaca-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que estabeleceu como princípio a integralidade do cuidado, passando a compreender a saúde não mais como ausência de doença, mas como um completo estado de bem-estar social, físico, mental e social. Os serviços de saúde passaram, portanto, a atuar sob o prisma da clínica ampliada, compreendendo a importância de se considerar as diversas determinantes sociais em saúde e os diferentes contextos de vida e existência junto aos territórios, à família e à comunidade.

O campo da saúde mental também avançou com a publicação da Lei nº 10216/001, que instituiu a política nacional de saúde mental, e com a Portaria nº 3088/11, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental ou, ainda, necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, estabelecendo diversas mudanças no cuidado em saúde mental. A partir destes marcos legais foi possível iniciar a construção de novos paradigmas de entendimento sobre a loucura, com a inclusão do trabalho multiprofissional e de formas coletivas de promoção de saúde, por exemplo, grupos e oficinas, bem como de vínculo com o território por meio do atendimento na atenção básica e na atenção psicossocial especializada, dentre outras.

No âmbito da saúde pública, há dois projetos em permanente disputa. O primeiro, projeto democrático da reforma sanitária (de 1970), defende a saúde como direito universal e como responsabilidade do Estado; o segundo, projeto privatista neoliberal, hegemônico após a década de 1990, defende a saúde focalizada e voltada aos interesses do mercado. O projeto privatista aponta que o Estado deve garantir um acesso mínimo aos que não podem pagar, oferecendo-lhes um pacote básico de saúde. São as

suas principais propostas: ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (CFESS, 2010).

Esta disputa constante ocorre desde a implementação do SUS, especialmente na década de 1990, com o avanço do neoliberalismo e dos processos de contrarreforma do Estado. No âmbito da saúde mental, é possível falar na contrarreforma psiquiátrica, que consiste no ataque direto às conquistas estabelecidas pela reforma psiquiátrica, com um retorno à lógica de exclusão, estigma social e hospital psiquiátrico como lócus do cuidado.

Dessa forma, se faz necessário avaliar de forma crítica os impactos que os ataques à saúde mental vem sofrendo nos últimos anos na prestação de atenção ao cuidado realizado aos usuários dos serviços de saúde mental e aos seus familiares. Deve-se compreender as implicações subjetivas e objetivas que a contrarreforma tem no processo de precarização da política de saúde mental brasileira, causando fragmentação do cuidado e responsabilização da família, com cunho familista. Cabe ressaltar que atualmente temos como pano de fundo a pandemia da Covid-19, que vem explicitando a precarização e a desconfiguração das políticas de saúde mental causadas pelo avanço do neoliberalismo no país.

Contrarreforma psiquiátrica: uma breve contextualização

Institucionalizar seres humanos com o objetivo de excluí-los socialmente por razão de sua não colaboração produtiva, no sentido de manutenção do *status quo*, é uma prática que tem origem no século XVI e XVII na Inglaterra. Foi neste contexto da I Revolução Industrial, na Inglaterra, que se instaurou um novo modo de produzir, através da manufatura, e uma nova forma de organização econômica e social surgiu. O capitalismo, pautado na exploração de uma classe sobre a outra, impôs à nova massa de pessoas desabrigadas de suas terras e meios de produção e subsistência uma dinâmica de compra e venda de sua força de trabalho.

Estas transformações ocorreram através do que Marx (2011) denomina de expropriação, que é a apropriação de terras através da violência, o que produziu um sofrimento existencial de separação do homem de sua capacidade de livre intercâmbio com a natureza. Esta relação acaba sendo de sofrimento, pois “o trabalho produz maravilhas para os ricos, mas produz privação para o trabalhador” (MARX, 2004, p. 82).

Para consolidação deste novo sistema social, tornou-se necessário o disciplinamento da massa de desabrigados e a qualificação de sua mão de obra através das *Poor Laws* (Lei dos Pobres), que previa inserção dos capazes ao trabalho nas *workhouses* (casas de trabalho), ou seja, instituições de trabalho forçado. Com o tempo incluíram-se também os incapazes ao trabalho (idosos, pessoas com doenças crônicas e doenças mentais), que deveriam ser asilados, e os capazes ao trabalho que se recusaram a fazê-lo

deviam ser encaminhados às casas de correção. A capacidade de produzir tornou-se a régua para situar o indivíduo na sociedade. As pessoas improdutivas eram remetidas ao cuidado no modelo asilar e hospitalocêntrico, que consistia na prática da exclusão e da tutela por meios autoritários em instituições totais. É importante dizer que a loucura não é um processo natural e sim uma construção social ao redor daquilo que se considera normal ou não, em que há predomínio da razão sobre a desrazão. Situa-se, assim, a razão como norma, levando a loucura ao exílio (FIGUEIREDO; DELEVATTI; TAVARES, 2014). Foucault (2012) buscou compreender os discursos envolvidos na exclusão das pessoas consideradas loucas, sem pretensão de conceituar ou patologizar a loucura em si, contribuindo, desta forma, para compreensão de que a exclusão se opera através de como a sociedade experimenta e vivencia essa relação com a loucura.

Este lugar social da loucura foi construído historicamente em torno do isolamento e do saber psiquiátrico. Os manicômios eram hospitais aos que se destinavam as pessoas indesejadas socialmente e com o estigma da loucura. Funcionavam como uma instituição total, definida como um local de residência de um grande número de pessoas em situação semelhante, separadas da sociedade ampla e que levam uma vida fortemente administrada (GOFFMAN, 1974).

No Brasil a história dos manicômios remete a uma série de violações graves dos direitos humanos, descrito por Arbex (2013) como “Holocausto brasileiro”, devido à morte de mais de 60 mil pessoas em Barbacena (MG), em um manicômio que funcionou de 1903 a 1980. Os pacientes deste local eram “[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelavam, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (ARBEX, 2013, p. 14). Cerca de 70% deles não tinham diagnóstico de transtorno mental. Além disso, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, eram espancados, morriam de frio, de fome, de doença (ARBEX, 2013).

Neste contexto de graves violências institucionais, foi a partir da reforma psiquiátrica, iniciada no final da década de 1970, que se tornou possível construir transformações significativas no modelo de saúde mental e no trabalho, que passou a ser multiprofissional. O movimento da reforma psiquiátrica pretendeu, além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para tratamentos pautados na inserção comunitária, sem a necessidade do isolamento e distanciamento da família, ao qual eram submetidos os usuários do período anterior (AMARANTE, 2007). Este contexto de críticas foi protagonizado pelo movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM), movimento independente construído a partir dos trabalhadores e das denúncias sofridas pelas pessoas com transtornos mentais, possibilitando o surgimento de novas propostas teóricas e novos caminhos de promoção à assistência em saúde mental (PANOZZO, 2009).

Como resultante deste movimento de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, foi possível estabelecer um sistema de saúde gratuito

e universal, a partir da consolidação do SUS, através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que possibilitou novas formas de olhar para a saúde no viés da integralidade. Destaca-se também a Lei nº 10216/001, que instituiu a política nacional de saúde mental, na qual foram estabelecidos os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, sendo preconizado o cuidado que considera a família, o trabalho e a comunidade. Outro avanço importante se deu através da Portaria n. 3.088, de dezembro de 2011, que instituiu a Raps para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Estas legislações representam marcos importantes no cuidado em saúde mental pautados no vínculo com o território, com a família e com a comunidade. A Raps é composta por diversos serviços e níveis de atenção, como a atenção básica, de urgência e emergência, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização, tais como os serviços residenciais terapêuticos, a atenção psicossocial especializada, dentre outros pontos que estabelecem uma nova concepção de cuidado em saúde mental. Como parte da atenção psicossocial especializada estão os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), com diversas modalidades, incluindo infantojuvenil e álcool e outras drogas, que, através da figura do técnico de referência, promovem um acompanhamento não médico centrado, por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

No entanto, a reforma psiquiátrica encontrou diversos entraves para sua efetivação devido a uma série de contrarreformas no âmbito das políticas sociais. Este cenário de contrarreforma vincula-se a um processo amplo de reestruturação produtiva do capital, contendo uma dimensão política, social e cultural. Assim, suas mudanças não só ocorreram na produção em si, mas também na correlação de forças entre capital e trabalho e no redirecionamento do papel do Estado (NOVAIS; SANTOS, 2015). Este redirecionamento do Estado ficou conhecido como (contra) reforma do Estado, que consiste em uma série de medidas que objetivam a diminuição dos gastos públicos, tendo início a partir dos anos 1990 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

No âmbito da saúde mental, este processo também ocorreu, podendo ser intitulado de contrarreforma psiquiátrica, pois, vinculado a um processo maior de desmonte e diminuição do Estado, também teve seus avanços progressivamente atacados. Por vezes este ataque se deu de formas bastante sutis, com a mudança de legislações e normativas; outras vezes, de maneira explícita, como é o exemplo da Proposta de Emenda Constitucional nº 55/2016, que congelou os investimentos na seguridade social por 20 anos. Pode-se definir a contrarreforma como um processo sociopolítico e cultural complexo que evidencia uma correlação de forças e interesses que tensionam e até reverterem as transformações produzidas pela

reforma psiquiátrica nas quatro dimensões propostas por Amarante (NUNES *et al.*, 2019): epistemológica, técnico-assistencial, político-jurídica e socio-cultural.

A alteração da Raps através da Nota Técnica nº 11/2019 trouxe novamente o hospital psiquiátrico e as comunidades terapêuticas como pontos de cuidado em saúde mental, também concedendo aumento no financiamento de internações em hospitais psiquiátricos. A Resolução nº 001/2018 do Conselho Nacional de Política sobre Drogas realinha a política nacional de álcool e outras drogas e abre espaço para que entidades da sociedade civil captem recursos por meio das comunidades terapêuticas, muitas vezes entidades com uma lógica de trabalho de abstinência com teor religioso, em detrimento das práticas de redução de danos. Estas alterações podem demonstrar um retorno à lógica da institucionalização e do hospital como lócus de cuidado, bem como, através do desfinanciamento no SUS e da rede de cuidado territorial, um aumento da responsabilidade da família, agora à própria sorte, com pouco ou nenhum suporte do Estado.

Outro aspecto que evidencia os processos de contrarreforma é a insuficiência do SUS no atendimento às demandas decorrentes da pandemia de Covid-19 decretada pela OMS em março de 2020. Como demandas pode-se citar: prevenção, promoção de saúde e manejo de casos leves e moderados pela atenção básica; atendimento aos casos graves pela rede de urgência e emergência, nas unidades de pronto atendimento (UPA) e nas unidades de terapia intensiva (UTI), bem como os casos de sofrimento psíquico pelos Caps e emergências psiquiátricas.

A pandemia gerou diversos impactos na saúde mental da população devido a questões como: medo constante de morrer ou perder entes queridos, medo do estigma social e isolamento ao adoecer, medo do desemprego e de não ter como sustentar-se etc. (FIOCRUZ, 2020). A impossibilidade da vida social, aliada ao medo de morrer, coloca aos serviços de saúde mental desafios de reestruturação, às vezes inviáveis frente às condições precárias de trabalho, frutos da contrarreforma psiquiátrica, agravando mais ainda os casos de sofrimento e a consequente responsabilização da família para “virar-se” sozinha.

Reforma, contrarreforma e o lugar da família

Na atualidade, ao se pensar o cuidado em saúde mental, deve-se pautar também o papel que os familiares dos usuários em sofrimento psíquico desempenham junto à trajetória de vida e de cuidado desses sujeitos. Cabe ressaltar que na sociedade contemporânea existem inúmeros arranjos familiares e que o constructo do que é a família é compreendido a partir da sua condição histórica, sendo necessário reconhecer suas diversidades e desconstruir o ideário moral cristão do que seria a família (MIOTO, 2010).

Entendendo que a família, ao longo do tempo, através das relações entre os seus componentes e entre eles e os demais espaços da sociedade, como Estado, mercado, trabalho e políticas sociais, se inventa e reinventa (MIOTO, 2010), torna-se necessário então analisar historicamente o lugar que ela ocupa dentro da política de saúde mental, a partir de dois marcos históricos do movimento de saúde mental brasileiro: o antes e o depois da reforma psiquiátrica no Brasil. Deve-se compreender também de que maneira a contrarreforma psiquiátrica vem precarizando o papel das famílias junto ao cuidado de usuários em sofrimento psíquico.

O projeto da reforma psiquiátrica brasileira tem seus moldes criados a partir do movimento antimanicomial italiano, que buscou, não só no âmbito da saúde, mas no jurídico e social, mudar a forma de cuidado e a concepção da loucura no país, bem como garantir que os usuários e familiares estivessem à frente do seu cuidado. Criou-se, assim, um modelo horizontal, democrático e participativo de cuidado entre usuários, familiares, gestores e trabalhadores.

No Brasil o movimento da reforma psiquiátrica tem uma de suas maiores conquistas a efetivação da Lei nº 10.216, do deputado Paulo Delgado, que preconiza os direitos dos usuários e coloca a família no centro do cuidado, não apenas se preocupando em torná-la um dos instrumentos do tratamento, mas também propiciando um espaço de cuidado a estes familiares e o atendimento às suas demandas (BRASIL, 2001).

Os familiares dos usuários em sofrimento psíquico ocupavam as principais posições dos movimentos sociais da luta antimanicomial no Brasil, mobilizando os espaços de controle social, lutando por novos direitos socio-políticos e sustentando os já garantidos. Além disso, se tornaram um par no cuidado de seu familiar junto aos serviços territoriais de saúde mental, tecendo trocas e saberes de forma conjunta com os profissionais da saúde. Sendo assim, é necessário pensar de que forma essa inserção da família no cuidado em saúde mental dentro dos serviços de saúde vem acontecendo na atualidade, em um cenário de avanço de políticas neoliberais junto a uma pandemia de escala mundial que intensifica e aflora as desigualdades sociais já existentes.

Familismo e precarização da política de saúde mental

A crise que se alastrou no Brasil no final de 2015 e início de 2016, com medidas de ajuste fiscal restritivas de forma a estimular a recessão, causando cada vez mais sofrimento aos trabalhadores, impulsionou reorganização de forças políticas religiosas, conservadoras, autoritárias, intensificando a lógica neoliberal no cenário nacional. No mesmo caminhar, foi realizada a nomeação para a pasta de saúde mental de um dos maiores nomes manicomiais da América Latina (VASCONCELOS, 2016).

Intensificados pelos apontamentos anteriores, juntamente com as contrarreformas das políticas sociais, a saúde mental nos anos seguintes foi sendo enxugada cada vez mais. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), em 2017 o orçamento de saúde mental variou menos de 3% em sete anos, precarizando os serviços da Raps, que é formada por equipamentos de saúde que integram o SUS nos variados níveis de complexidade, da atenção básica à alta complexidade.

Esse movimento de contrarreforma psiquiátrica foi instrumentalizado inclusive por meios legais, iniciados pela Portaria GM nº 3.588, de dezembro de 2017, que tem a finalidade de reverter a orientação do modelo psicossocial, colocando o hospital psiquiátrico dentro da Raps. Logo em seguida, em 2018, foi criada a Frente Parlamentar em Defesa da Nova Política de Saúde Mental, possibilitando articulações e efetivação de movimentos, como a Lei nº 13.840, de 2019, que coloca como prioridade o tratamento ambulatorial de pessoas que fazem o uso de álcool e outras drogas, retrocedendo o cuidado ampliado dentro dos Centros de Atenção Psicossocial, bem como aumentando o rol de pessoas que podem solicitar a internação compulsória.

Além dessas, foi criada a Nota Técnica nº 11/2019, do Ministério da Saúde, que busca esclarecer sobre as mudanças na política nacional de saúde mental e nas diretrizes da política nacional sobre drogas, que apresentam um grande retrocesso dentro da política nacional de drogas, pautando a abstinência como único modo de cuidado, sem propor o respeito à escolha do usuário. Também fortalece o modelo biomédico e o hospitalocêntrico, reforçando tecnologias como medicação, intervenções cirúrgicas e internações manicomialis como instrumentais de atenção em saúde mental.

Por último, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), no ano de 2020, lançou uma nota questionando o modelo implantado no país em 2001 e reafirmando a necessidade de uma nova política de saúde mental, reforçando os retrocessos já citados nesse estudo. No mesmo mês, durante uma apresentação para o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass), o Ministério da Saúde mostrou uma planilha com propostas de revogação de várias portarias publicadas entre os anos de 1991 e 2001. Após movimentos da luta antimanicomial impulsionados pelo fato de usuários, familiares e trabalhadores questionarem a nota da ABP e a planilha do MS, a nota foi retirada de circulação e a planilha do revogaço foi deixada de lado. A partir destes movimentos preocupantes, há uma constante articulação por “baixo dos panos” operada por instituições que promovem a contrarreforma, que vem acontecendo ao longo dos anos e se concretiza a partir de portarias efetivadas na calada da noite, sem que se possa criar um movimento de resistência.

Todos esses movimentos simbolizam uma posição de contrarreforma, que causa corrosão e enxugamento das políticas públicas de saúde

mental na atualidade, tendo como resposta cortes de investimento na Raps e precarização dos processos de trabalho, fazendo com que as políticas atuais não consigam atender à alta demanda em seu cotidiano. Esse movimento de desmonte e desconfiguração dos princípios da reforma psiquiátrica e do cuidado ampliado faz com que as famílias ocupem outro espaço dentro da política de saúde mental, o espaço do familismo.

A expressão “familismo” ou “familistas” é usada para nomear a estruturação das políticas de proteção social que transferem sua responsabilidade de provisão do bem-estar social aos familiares (MOSER; DAL PRÁ, 2016). Assim, no cenário atual de desmonte das políticas de saúde mental, os familiares são responsabilizados e sobrecarregados por demandas que deveriam ser respondidas pelos serviços da Raps e da rede intersetorial, constituindo-se como políticas de saúde mental familistas (MIOTO, 2010).

A exemplo disso, temos as diversas situações de crise em saúde mental que em alguns momentos são manejadas pela própria família, pois os serviços, muitas vezes por sua fragilização, não estão preparados ou organizados para atender a situação, devido à alta demanda ou despreparo. Ademais, há também situações nas quais as famílias, muitas em vulnerabilidade social, precisam se organizar para arcar com o custo da medicação ou atendimento médico, em função da falta de profissional médico nos serviços de saúde, como também pelo fato de o Estado não garantir o custeio da medicação indicada.

Vale ressaltar que o isolamento social, bem como a impossibilidade de espaços coletivos dentro dos serviços de saúde mental, causados pela pandemia da Covid-19, corroboram a desconfiguração dos Caps, impulsionados para um funcionamento ambulatorial, com apenas atendimentos individuais e pontuais, fazendo com que a carga do cuidado seja ainda mais demandada à família.

As políticas familistas acabam difundindo ações e formas de (des)-cuidado que sobrecarregam os familiares, criando intervenções culpabilizantes, individualistas e psicologizantes de medicalização da vida, focadas muitas vezes na solidariedade entre os familiares e no cuidado doméstico. Deixam de promover intervenções profissionais pautadas no ideal da reforma psiquiátrica, como os processos reflexivos, espaços de cuidado para os familiares, orientações sobre processo de saúde e doença dentro do contexto do usuário e da família e a qualidade de vida do usuário em sofrimento psíquico e de seus familiares. Esses, em muitas situações, acabam adoecendo frente às inúmeras demandas postas pelo dever de ter que cuidar do outro, bem como pela ausência de recursos socioeconômicos para lidar com as mesmas (MIOTO, 2010).

Assim, é importante pontuar que se tem uma linha tênue entre a participação dos familiares posta pela reforma psiquiátrica (que é fundamental para o cuidado do usuário em sofrimento psíquico) e a devida responsabilização – por parte do Estado – pelo cuidado em saúde mental,

tendo muitas vezes como agente definidor dessa linha o profissional da ponta, responsável por construir o cuidado junto ao usuário e à família.

O sujeito do cuidado em saúde mental: entre a integralidade e o usuário fatiado

A reforma psiquiátrica se caracterizou justamente por considerar outros modos de concepção da loucura e do cuidado ao sofrimento psíquico diferentes daqueles que vinham sendo perpetuados historicamente pela hegemonia do saber psiquiátrico. O espaço-tempo manicomial e o aparato de opressão colocavam antes os sujeitos loucos à submissão de modos de tratar a loucura que possuem como balizadores a centralidade da doença e a condução organicista de intervenções sobre o corpo destes sujeitos, que ficavam alheios à sua própria história. Amarante (2007) afirma que, a partir da construção das políticas de saúde mental e dos serviços substitutivos, há também uma importante dimensão, que é justamente a compreensão do campo da reforma psiquiátrica – e, aqui, do próprio sofrimento psíquico – como um processo social complexo entrelaçado por várias dimensões.

Ao situar a loucura e os modos de cuidado em saúde mental como processo complexo, demarca-se uma das principais dimensões da virada proposta pela reforma psiquiátrica frente ao modelo manicomial, que é o lugar que o sujeito em sofrimento psíquico ocupa, compreendendo a singularidade deste processo e colocando a doença entre parênteses, operando na direção do protagonismo e da cidadania daqueles que antes eram retirados do convívio social. Esta concepção tem como marco a clínica do sujeito, definida por Campos (2002) como um modo de operar o cuidado em saúde preocupado com a centralidade das pessoas, suas existências e a complexidade de um cuidado que permeia múltiplos saberes. O marco deste outro modo de produção do cuidado em saúde mental pode ser situado a partir da política nacional de humanização (BRASIL, 2004), como a diretriz da clínica ampliada e compartilhada no SUS, que coloca em cena a multiprofissionalidade, o protagonismo e a participação de todos os atores envolvidos no cuidado em saúde, bem como a construção coletiva deste fazer.

Dentro do processo de contrarreforma psiquiátrica em curso, ancorado pela virada familista das políticas de Estado e pela ofensiva de um fazer manicomial fantasmático, há uma concepção de sujeito-usuário que passa a ser novamente impelido a modelos de atenção em saúde mental. Esses fragilizam o componente territorial e comunitário, colocando em cena novamente o signifiante da doença como “carro-chefe” das políticas e desarticulando importantes princípios norteadores do trabalho na atenção psicossocial construído nos últimos 30 anos.

Se antes havia uma política de saúde mental construída na concepção de um sujeito complexo e integral, atravessado pelas linhas sociais, históricas e culturais que constituem o adoecimento e o cuidado em liberdade, com a ofensiva manicomial e familista, o atual movimento pode indicar que há uma política que realoca o usuário novamente no compartimento limitado do adoecimento orgânico. Isso fica evidente no documento publicado pela ABP (2020, p. 29), no qual refere-se que “o modelo assistencial adotado vem progressivamente excluindo o médico psiquiatra da assistência ao doente mental”.

No trecho acima, é possível visualizar aquilo que Merhy (2003) denominou de usuário-fatiado, bem como fica evidente o componente discursivo de retomada de hegemonia do saber psiquiátrico. O usuário-fatiado é um usuário-fabricado, distante de sua autonomia. Ele é dividido e centrado em sua doença, num processo marcado por atos em saúde que pressupõem uma lógica uniprofissional, não considerando a dimensão dos múltiplos saberes em saúde mental. O que demonstra com ainda mais nitidez este processo é a desconstrução do caráter comunitário em liberdade, citado nas diretrizes da ABP (2020, p. 29): “A exclusão do hospital psiquiátrico especializado, assim como dos ambulatórios e emergências especializados da rede de assistência não se sustenta cientificamente e está gerando desassistência aos doentes mentais”.

Ao trazer para a cena a figura dos hospitais psiquiátricos, acusando sua retirada dos dispositivos de cuidado como fragilidade científica, o processo de contrarreforma mostra a sua afinidade com um equipamento que historicamente serviu-se do sequestro, tortura e encarceramento como justificativa de um modelo de tratamento que se mostra ineficaz e violento, atualizando uma lógica colonizatória sob o corpo do usuário. Fanon (2020) já denunciava que o hospital psiquiátrico era parte do processo de adoecimento dos sujeitos em sofrimento psíquico; sabe-se desde a reforma psiquiátrica que a lógica manicomial se situa em um campo de disputa de modelos de atenção em saúde mental, que retorna veementemente no cenário brasileiro justamente em um momento de fragilidade política e democrática.

A lógica do manicômio é fatiar o usuário, relegar a ele nada mais do que o universo da doença, excluir sistematicamente o componente social de sua vida e enclausurar a multiplicidade da sua existência à reduzida ótica individual. A contrarreforma psiquiátrica em seu bojo traz à tona um modelo que sempre esteve a serviço do controle dos corpos, alinhado com o modelo de produção capitalista. A figura da cena manicomial – onde se encontra o saber psiquiátrico no centro –, apontada por Basaglia (2013) como um instrumento historicamente opressivo do Estado, captura a classe trabalhadora e opera através de um encarceramento massivo do corpo e da experiência humana. O desafio da contrarreforma em curso é apontar caminhos de resistência antimanicomial que reafirmem o cuidado em liber-

dade e a potência do território, da multiprofissionalidade e de um usuário concebido em sua complexidade e integralidade.

Considerações finais

Que mil espécies de flores desabrochem nas terras que a destruição capitalística pretende minar! Que mil tipos de máquinas de vida, de arte, de solidariedade e de ação venham varrer a arrogância estúpida e cega das velhas organizações. (Negri e Guattari).

Ao percorrer a esteira dos acontecimentos da política de saúde mental no Brasil nos últimos anos, evidencia-se, através do avanço neoliberal, um desmonte do que foi conquistado nos 30 anos de disputa e ativismo da luta antimanicomial. A contrarreforma psiquiátrica esteve na agenda das políticas públicas desde que se inicia a reforma psiquiátrica, instaurando um movimento dialético na luta pelos modelos de atenção psicossocial humanizados. Além disso, a contrarreforma se acirra em um momento de fragilidade das instituições democráticas e de precarização das políticas públicas.

Ao vivenciar a rotina em serviços de saúde, através da residência multiprofissional e por meio da revisão de literatura, tendo como eixo a reforma, a contrarreforma psiquiátrica e a família, concluiu-se que é neste campo de disputas que ocorre o aumento da responsabilização da família no cuidado em saúde mental, estando esta à mercê da própria sorte: com precário acesso às políticas sociais e à renda, visto o acirramento da desigualdade social. A família, antes partícipe de uma rede de cuidados apoiada nos serviços da Raps, agora é parte de uma gama reduzida de alternativas: ou arca sozinha com as responsabilidades ou institucionaliza e interna em hospitais psiquiátricos. Os serviços do meio, de base territorial e com participação social e da comunidade, são invisibilizados neste processo, sofrendo com a redução de investimento e a deslegitimação de sua importância, como é o exemplo do material produzido pela ABP no ano de 2020.

Sendo assim, faz-se necessário movimentar-se contra esses ataques de desmonte do SUS e das políticas de saúde mental a partir de espaços coletivos, como movimentos dos trabalhadores, conselhos de saúde e conferências de saúde. É preciso colocar novamente os usuários e seus familiares como atores centrais do seu próprio cuidado, sem, contudo, excluir o suporte necessário do Estado para efetivação do SUS e do cuidado em liberdade. Ao resgatar o protagonismo enquanto agente de transformação, compreendemos a importância histórica da construção popular das políticas de saúde mental no Brasil, situando o debate sobre modelos de atenção psicossocial em uma perspectiva complexa, num campo de embates de concepções ético-políticas.

Referências

ABP. *Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://e0f08232-817d-4a27-b142-af438c0f6699.usrfiles.com/ugd/e0f082_988dca51176541ebaa8255349068a576.pdf/. Acesso em: 15 jun. 2021.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARBEX, D. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BASAGLIA, F. *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires: Topía Editorial, 2013.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e história*. São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, *Diário Oficial da União*, 19 set. 1990.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 6 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. Brasília, *Diário Oficial da União*, 6 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS – Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, *Diário Oficial da União*, 23 dez. 2011.

BRASIL. Portaria GM 3.588, de dezembro de 2017. Altera as portarias de consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, *Diário Oficial da União*, dez. 2017.

CAMPOS, G. W. *Saúde paideia*. São Paulo: Hucitec, 2002.

CFESS. *Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde*. Brasília: CFESS, 2010.

FANON, F. *Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos*. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FIGUEIREDO, M. L. R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: a história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Graduação*, Maceió, v. 2, n. 2, nov. 2014.

FIOCRUZ. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de Covid-19*. Brasília: Fiocruz, 2020.

FOUCAULT, M. *História da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2012.

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

MARX, K. *Manuscritos econômicos-filosóficos*. São Paulo: Editora Boitempo, 2004.

MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. Livro I. São Paulo: Editora Boitempo, 2011.

MERHY, E. E. Como fatiar um usuário: ato médico + ato enfermagem + ato X + ato Y. *Jornal Unificado*, Conselho Regional de Saúde MG, 2003.

MIOTO, R. C. T. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. *Serviço Social e Sociedade*, Londrina, v. 12, n. 2, 2010.

MOSER, L.; DAL PRÁ, K. R. Os desafios de conciliar trabalho, família e cuidados: evidências do “familismo” nas políticas sociais brasileiras. *Revista Textos e Contextos*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, 2016.

NEGRI, A.; GUATTARI, F. *As verdades nômade: por novos espaços de liberdade*. São Paulo: Autonomia Literária e Editora Politeia, 2017.

NOVAIS, L. C. C.; SANTOS, F. R. S. Estrutura da contrarreforma do Estado e seus impactos nas políticas sociais: o caso de Mato Grosso (1995-2006). *In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS*, 7, São Luís, Maranhão, 2015.

PANOZZO, V. B. *O trabalho do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) da Região Metropolitana de Porto Alegre*. Tese (Doutorado em Área) – PUCRS, Porto Alegre, 2009.

VASCONCELOS, E. M. *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o Serviço Social*. São Paulo: Tempo Social, 2016.

DOI: 10.12957/rep.2022.63478

Recebido em 25 de junho de 2021.

Aprovado para publicação em 06 de outubro de 2021.



A Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.