



Texto 02

Luta Antimanicomial e o Cuidado em Saúde Mental

A luta manicomial é uma consequência direta das propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo em vista que extrapola as fronteiras sanitárias para assumir um caráter decisivamente político ao assumir a liberdade e autonomia como valores éticos que norteou a construção de serviços, programas e ações pautadas pelo cuidado em saúde mental nos territórios, a partir de uma rede de serviços que contribuíssem na assistência direta às pessoas em sofrimento mental, bem como provocasse a mudança de paradigma no olhar direcionado à loucura e ao adoecimento mental em decorrência do uso de substâncias psicoativas.

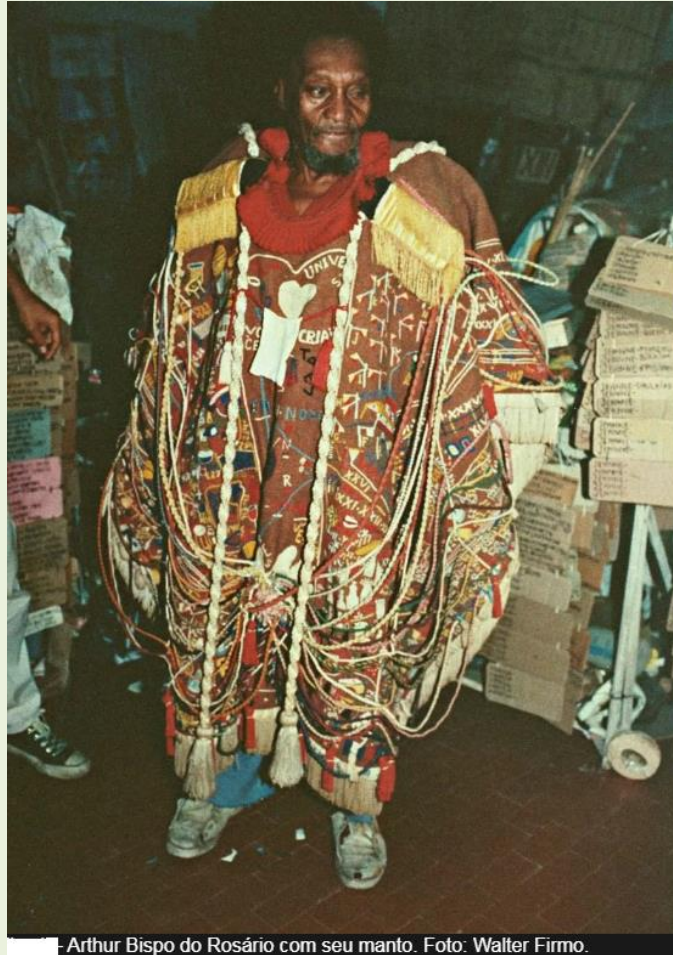
Ao propor a readequação do tratamento desses sujeitos, o movimento de luta antimanicomial, convoca todo o conjunto da sociedade a estranhar o modelo asilar, responsável por institucionalizar milhares de pessoas em sofrimento mental em manicômios e praticar tortura e tratamento cruel, quando até as terapias adotadas valiam-se do recurso da violência física e psicológica.

Na história da luta manicomial no Brasil alguns nomes são marcantes para a revisão paradigmática no tratamento dos adoecimentos mentais e o respeito aos sujeitos que vivem em tal condição. A psiquiatra Nise da Silveira, por exemplo, questionou a intervenção terapêutica que utilizava eletrochoque no procedimento conhecido como lobotomia, propondo em sua substituição intervenções de arteterapia, reconhecendo as potencialidades dos sujeitos e um olhar ampliado sobre as questões de saúde mental.

As histórias de vida de sujeitos institucionalizados por longos períodos são reveladoras do quanto a lógica manicomial fere a dignidade humana, provocando ruptura de vínculos familiares, comunitários e da própria identidade dos indivíduos submetidos anos a fio em instituições asilares e violentas.

Nesse processo, ganhou visibilidade a trajetória de Arthur Bispo do Rosário, artista plástico que viveu mais de trinta anos em manicômios e desenvolveu obras construídas com material

encontrado em refugos das instituições por onde passou, tendo reconhecimento público pelo seu trabalho.¹



Arthur Bispo do Rosário com seu manto. Foto: Walter Firmo.

Merece destaque o importante papel desempenhado pelas abordagens de arteterapia levadas a cabo em instituições asilares e posteriormente adequadas ao modelo assistencial em liberdade, mediante grupos e oficinas nos serviços substitutivos de saúde mental.

¹ Ver mais sobre o artista, no link do Museu Bispo do Rosário. Link do site do Museu Bispo do Rosário: <https://museubispodorosario.com/arthur-bispo-do-rosario/>

Portanto, os questionamentos promovidos pela luta antimanicomial, no bojo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, alarga as intervenções terapêuticas para os adoecimentos mentais no sentido de alcançar a integralidade no cuidado em saúde mental. Sendo assim, assevera Pereira:

Especificamente na Política de Saúde Mental, a intersetorialidade adquire importância com a busca pela superação do paradigma hospitalar/manicomial, modelo centralizador e excluyente, que tinha como base o isolamento do sujeito em instituições psiquiátricas, que não se articulavam com outros serviços ou setores da sociedade. Com a Reforma Psiquiátrica, os serviços de saúde mental de base comunitária assumem um papel estratégico, assim como outros atores sociais também ganham espaço nesse processo de cuidado e busca pela reinserção social do 'louco' na sociedade, como a família, a comunidade, os movimentos sociais, os grupos de apoio e demais recursos disponíveis nos territórios (PEREIRA, p.77, 2020)

Os marcos normativos delineados informam a primazia da intersetorialidade e conformam os preceitos norteadores do cuidado em saúde mental, segundo a Lei nº 10.216/2001 descreve abaixo:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a

devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Essa legislação ancora a perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois desencadeia o processo gradual de fechamento dos manicômios para implantação de rede substitutiva de Saúde Mental. As pessoas que viveram longo processo de institucionalização eram encaminhadas às suas famílias e aquelas que não se adaptavam inicialmente à reinserção social eram direcionadas às Residências Terapêuticas para reconstruírem o projeto de vida, a partir do novo contexto que se inseriram.

O Programa de Volta Para Casa, instituído em 2003, tinha como objetivo “favorecer a ampliação da rede de relações fora da unidade hospital, estimulando o bem-estar global, o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania dessas pessoas”, assegurando pagamento de valor aos beneficiários, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente atos da vida civil, quando será entregue ao representante legal do paciente.

Através deste programa é possível materializar a interface entre a Saúde Mental e as demais políticas sociais, sobretudo a Assistência Social. Sublinha-se também a preparação do território, da rede socioassistencial para o devido suporte à família que acolherá o(a) usuário(a) para reconstrução do vínculo.

Tais pactuações devem conduzir de forma responsável o processo de desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais longamente internadas, e não somente a redução programada de leitos. Assim, para cada redução significativa de porte de um hospital, deve haver, além do incremento da rede de atenção local à saúde mental, um trabalho delicado de reinserção social das pessoas com longa história de internação, e a implementação de ações específicas para esta clientela. Neste contexto, a implantação de Residências Terapêuticas e adesão do município ao Programa De Volta para Casa têm se revelado como estratégias importantes para a efetivação do processo de desinstitucionalização (BRASIL, p.20, 2005)

A estratégia de redução progressiva a partir dos hospitais de grande porte, superando o modelo hospitalocêntrico, apostando na liberdade amparada como recurso terapêutico, considerando a reconstrução de vínculos familiares e comunitários para fins de reinserção social das pessoas com sofrimento mental de longa institucionalização.

Azul, porque azul é cor, e cor é feminina
Eu sou tão inseguro porque o muro é muito alto
E pra dar o salto (e pra dar o salto)
Me amarro na torre no alto da montanha

Amarradão na torre, dá pra ir pro mundo inteiro
E onde quer que eu vá no mundo, vejo a minha torre
É só balançar (é só balançar)

Gilberto Gil - Sandra



Nesse sentido, os CAPS juntamente com o Sistema Único de Assistência Social assume função preponderante na prevenção da institucionalização de pessoas com transtornos mentais e

em situação de uso problemático de álcool e outras SPA's, considerando a valiosa ferramenta da intersetorialidade e mobilização de outros sujeitos produtores do cuidado (família, instituições do territórios, RAPS), sobretudo, ao apresentar esse leque de possibilidade à atuação de apelo mais segregadora dispensado pelas instituições do sociojurídico, uma vez que o avanço nas estratégias de desinstitucionalização, dentro e fora do setor saúde, dimensiona a contribuição da Assistência Social na rede substitutiva, valendo-se do acolhimento, da articulação de políticas sociais e respeito aos direitos humanos.



O fechamento de instituições manicomiais ocorreu em paralelo à expansão da rede de atenção psicossocial, a fim de assegurar o cuidado no território a partir da participação ativa dos(as) usuários(as) e suas famílias e composição da rede de políticas públicas necessárias à atenção integral à saúde de pessoas com sofrimento mental.

Nesse sentido, o desafio posto para esta modalidade de cuidado extrapola a saúde mental e o próprio SUS, vislumbrando um paradigma desestigmatizador dos transtornos e adoecimento mental. Isto é, a luta antimanicomial provoca o olhar da sociedade para essas questões sob a lógica do direito à saúde mental das pessoas, antes alijadas da convivência social e comunitária. Resultando daí a primazia do serviço de base territorial, próximo às realidades e aos cenários onde se vive o adoecimento. Compreendendo-o também como elemento terapêutico no processo de cuidado em liberdade.



Em 2018, o Conselho Federal de Psicologia realizou Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas que foi sistematizada em relatório e apontou uma série de violações de direitos das pessoas institucionalizadas, contrapondo-se aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

A privação de liberdade é a regra que sustenta esse modelo de atenção, visto ocorrer não apenas nos estabelecimentos que autodeclararam realizar internação involuntária e compulsória, mas também naqueles que anunciam atender somente internações voluntárias, embora não oportunizem aos internos condições reais de interromper o “tratamento”. Trata-se, portanto, da imposição real de barreiras, que vão desde retenção de documentos, intervenção para dissuadir a vontade apresentada, até a não viabilização de transporte para a saída de instituições isoladas dos perímetros urbanos. Além desses obstáculos, não há política ativa de informação e transparência que permita à pessoa internada uma tomada de decisão autônoma e soberana acerca de quando cessar o “tratamento” (CFP, p. 10, 2018)

Contrariando o modelo de cuidado estabelecido pela Lei nº 10.216/2001, a lógica predominante nas Comunidades Terapêuticas assemelha-se com à lógica asilar denunciada pela Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que:

[...] quase totalidade das comunidades terapêuticas visitadas, articula isolamento, abstinência, uso do trabalho dos internos para a manutenção dos locais – sob o nome de laborterapia – e referências religiosas ou espirituais. Esses elementos, como veremos a seguir, caminham no sentido de avaliações morais e doutrinárias, não podendo configurar-se como tratamento em saúde sob qualquer aspecto, menos ainda o interesse exclusivo de beneficiar sua saúde (conforme estabelece o inciso II, parágrafo X, da Lei nº 10.216/2001) e nem tampouco garantem que as pessoas internadas tenham informações a respeito de sua doença e dos tratamentos possíveis (VI) (CFP, p. 56, 2018)

A produção do cuidado em saúde mental, demanda olhar atento para o acolhimento e acesso a direitos com liberdade. Com efeito, o exercício da autonomia enseja informação, quebra de preconceitos e estigmas por parte das equipes de referências e a compreensão da jornada terapêutica exige suporte subjetivo e material. Portanto, não se trata de uma linha reta com checklist a ser cumprido pelos sujeitos envolvidos. Pelo contrário, indica um caminho aberto, em construção dialógica, cuja redefinição de rota e tensionamento são constantes, visto que ainda permanecem cristalizadas a ideia de reclusão, do uso da violência enquanto punição para as pessoas em sofrimento mental seja por doença mental ou abusivo de PSA's.

Um dos diálogos mais comuns entre a Assistência Social e a Saúde Mental tem se dado por meio de intervenções junto às famílias das pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso



de álcool e outras drogas no sentido da internação compulsória, que buscam CRAS, CREAS, Centro Pop ou Casas de Acolhimento mobilizadas pelo pedido de vagas em instituições de lógica asilar, atualmente nomeadas de Comunidades Terapêuticas.

Isso porque o adoecimento mental é lido como origem das dificuldades que atravessam contextos familiares fortemente marcados pela vulnerabilidade social e violência. Dito de outra forma, tem sido atribuído isoladamente à negação do direito à saúde mental toda sorte de negação de acesso a recursos públicos e bens comuns. Este processo evidencia o reducionismo e estigma em torno do tema da saúde mental, uma vez que a pobreza, a violência, o desemprego, e a privação de outros direitos configuram familiares adoecidas, originando-se daí contexto adoecedores mais amplos e complexos.

Ao se fazer uma análise errada do impacto dos determinantes sociais na saúde mental, erra-se ainda na propositura da resposta. Sendo assim, de modo frequente a Assistência Social torna-se o canal para vocalização de famílias completamente desamparadas no território, onde deveria se dar o tratamento, para a internação compulsória. As instituições do sociojurídico (Varas da Infância e Juventude, Ministério Público) por vezes solicitam opinião técnica de equipes da Assistência Social para justificar o pedido de internação compulsória em situações, cuja vulnerabilidade social e a violação de direitos sobrepõem ao processo de adoecimento mental, para “solução rápida” da demanda.

Aqui cabe, portanto, algumas indagações que problematizam o deslocamento desse pleito por internação compulsória se dar via Assistência Social. Primeiro, pela perspectiva disciplinadora historicamente assumida no trabalho social com famílias pobres. Segundo a retirada do convívio social das pessoas com sofrimento mental constituiu-se como saída judicial largamente difundida no sistema de Justiça. Nesta direção, os pareceres da Assistência Social revestiriam com verniz humanizado a decisão pela internação compulsória, relacionando tal alternativa à vontade de familiares, que na indisponibilidade e falta de suporte para o cuidado, solicitam medidas contrárias à autonomia dos sujeitos para realização dos tratamento em Comunidades Terapêuticas.

Com isso, sugere-se o acompanhamento familiar pela Assistência Social na perspectiva da articulação intersetorial com a Saúde Mental para garantia de direitos e fortalecimento do



princípio do cuidado no território, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Além de propulsionar, por meio de atividades socioeducativas, a diminuição do preconceito com as pessoas em sofrimento mental.

As internações involuntárias são definidas como aquelas feitas sem o consentimento da pessoa internada e a pedido de um terceiro (pai, mãe, filho ou outra pessoa). Tais internações devem, de acordo com a Lei nº 10.216/2001, ser comunicadas ao Ministério Público Estadual em até 72 horas. A Anvisa, na Resolução RDC nº 29/2011, que dispõe sobre requisitos sanitários para instituições de atenção a pessoas com transtorno decorrente do uso de álcool e outras drogas, determina ainda que “a admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados deverão constar na ficha do residente”. Vale ainda mencionar a Resolução nº 1.598/2000 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que rege o atendimento médico a pacientes com transtorno mental – inclusive aquele decorrente do uso de álcool e outras drogas –, segundo a qual “nas internações involuntárias, o médico que realiza o procedimento faz constar do prontuário as razões da internação, bem como os motivos da ausência de consentimento do paciente – neste caso, deve buscar o consentimento de um responsável legal (art. 16). (CFP, p. 66-67, 2018)

No que se refere ao modelo de atenção fornecido pelas Comunidades Terapêuticas, o Relatório do CFP enumera os pilares incongruentes com as premissas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, conforme expressa em seguida:

informaram basear a atenção oferecida no modelo de abstinência e cada uma delas fez referência a práticas religiosas, seja com base em uma religião específica, seja pela atuação em torno da espiritualidade de modo mais geral, inclusive pelo uso de metodologias que incluem essa perspectiva. (CFP, p. 74, 2018)

Cumpramos ressaltar que o aumento dessas instituições ocorreu através de largo financiamento de recursos públicos que subsidiar a estruturação e ampliação da RAPS. Existe, portanto, um impasse ético em apropriar-se do orçamento público para manter Comunidades Terapêuticas que invalidam as diretrizes do modelo de cuidado normatizadas no escopo legal da Saúde Mental. Para tanto, a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) denunciou em nota publicada ao final do ano de dois mil e vinte um:

Enquanto vemos a Rede de Saúde Mental territorial desfinanciada, estagnada e ainda sendo desmontada pela desestruturação dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família que abrigavam profissionais de saúde mental na atenção básica, o governo federal desvia os escassos recursos para as comunidades terapêuticas. O financiamento público destes serviços vai contra as evidências científicas sobre o cuidado comunitário em liberdade, forma de atenção mais eficaz no cuidado de pessoas que possuem problemas relacionados ao álcool e outras drogas. A Organização Mundial da Saúde indica que as ofertas de cuidados para esta população devem ser integradas entre serviços de saúde mental e assistência social, numa perspectiva comunitária e territorializada, algo



diametralmente oposto à iniciativa tomada pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas. (ABRASCO, 2021)

Os desafios da luta antimanicomial são imensos na medida em que se propõem a enfrentar interesses políticos consubstanciados na lógica autoritária e violenta, na qual foi erguida instituições falidas no cuidado, mas revalidadas frequentemente por setores retrógrados que ainda conseguem crescer na ausência de políticas sociais garantidora de direitos.

Considerar as(os) usuárias(os) como sujeito de direitos, implica em pactuar intervenções, corresponsabilizar a rede socioassistencial e engajar a família e cuidadoras(es) no acompanhamento familiar, a nível do SUAS, e no Projeto Terapêutico Singular, no que refere ao CAPS. Logo, a participação dos usuários e seus familiares não se dá, no entanto, somente nas instâncias previstas pelas estruturas do SUS. É no cotidiano dos serviços da rede de atenção à saúde mental e na militância, nos movimentos sociais, na luta por uma sociedade sem manicômios, de forma geral, que usuários e familiares vêm conseguindo garantir seus direitos, apoiar-se mutuamente e provocar mudanças nas políticas públicas e por fim na cultura segregadora das pessoas em sofrimento mental. Afinal, o grande desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um novo lugar social para os “loucos”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. Nota de repúdio contra o repasse de verbas públicas às Comunidades Terapêuticas. [www.abrasco.com.br](https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/verbas-publicas-comunidade-terapeutica/63839/), 2021. Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/verbas-publicas-comunidade-terapeutica/63839/>. Acesso em 28 de outubro de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, Brasília, 5.ed. amp., p. 17-19, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017/ Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/ Ministério Público Federal; - Brasília DF: CFP, 2018.

PEREIRA, S. L. B. Saúde mental e intersectorialidade: Reflexões a partir de demandas aos Assistentes Sociais. *SER Social*, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 72–98, 2020.



FILMOGRAFIA

Link para o documentário “O prisioneiro da passagem”:
<https://www.youtube.com/watch?v=8MzFTaOvsCQ&t=694s>