

CARINE SAYURI GOTO

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO:
ENSAIOS DA PSICANÁLISE LACANIANA E DA CRÍTICA DA
ECONOMIA POLÍTICA**

ASSIS

2018

CARINE SAYURI GOTO

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO:
ENSAIOS DA PSICANÁLISE LACANIANA E DA CRÍTICA DA
ECONOMIA POLÍTICA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para obtenção do título de Mestra em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Prof. Dr. Abílio da Costa-Rosa

Bolsista: Coordenação de
Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
Superior (CAPES)

Assis

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – Unesp

G687r Goto, Carine Sayuri
A reforma psiquiátrica no Brasil contemporâneo: ensaios da psicanálise lacaniana e da crítica da economia política / Carine Sayuri Goto. Assis, 2018.
198 f. : il.

Dissertação de Mestrado – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientador: Dr. Abílio da Costa-Rosa

1. Reforma psiquiátrica. 2. Psicanálise. 3. Serviços de saúde mental. 4. Capitalismo. I. Título.

CDD 616.89


Carine Sayuri Goto

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL
CONTEMPORÂNEO: ENSAIOS DA PSICANÁLISE
LACANIANA E DA CRÍTICA DA ECONOMIA POLÍTICA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para a obtenção do título de Mestrado Acadêmico em PSICOLOGIA (Área de Conhecimento: PSICOLOGIA E SOCIEDADE)

Data da Aprovação: 02/02/2018

COMISSÃO EXAMINADORA


Presidente: Profa. Dra. Abilio da Costa Rosa - UNESP/ASSIS


Membros: Prof. Dr. Áquias Nogueira Mendes - USP/SÃO PAULO


Prof. Dr. Raul Albino Pacheco Filho - PUC/SÃO PAULO

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar ao meu companheiro de reflexões e companheiro de vida, Thiago, que fez com que eu voltasse a acreditar em mim mesma.

Ao meu orientador Abílio da Costa-Rosa pelos debates sempre muito aprofundados e pela confiança.

À minha família que se esforçou para apoiar alguém que depois dos trinta anos passa a viver de bolsa de estudos, e todas as implicações que isso traz. Obrigada aos meus pais, meus irmãos e avó.

Aos companheiros do FLAMAS, pelas vivências, luta e amizades.

Às Fridas.

Aos amigos de discussão do Laboratório Transdisciplinar de Intercessão-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da saúde (Latipps), pelas discussões tão raras de se encontrar, em especial Maico, Waldir e Laura.

À Bárbara pelas viagens a Assis, pelas conversas, cantorias e companhia no RU.

À Maico e Pedro pela acolhida na república, pelas conversas e diversão.

Aos companheiros do Fórum Popular de Saúde de Sorocaba, Guarulhos e SP por acreditarem sempre na mudança.

Aos companheiros do grupo Saúde, Estado e Capitalismo da Faculdade de Saúde Pública da USP, especialmente ao professor Áquilas Mendes, pela oportunidade de me aproximar das leituras da crítica da economia política.

Ao Fórum do Campo Lacaniano SP, pelo ensino da psicanálise nos moldes de Lacan.

Aos companheiros da nova geração da luta antimanicomial por retornarem à crítica do modelo societário e não recuarem diante das imposições da velha guarda.

A todos os trabalhadores críticos da área da Saúde que encontrei ao longo da vida.

A todas as parcerias possíveis contra o autoritarismo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

GOTO, Carine Sayuri. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil contemporâneo: ensaios da psicanálise lacaniana e da crítica da economia política**. 2018. 198 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2018.

RESUMO

Este trabalho buscou refletir sobre a Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil contemporâneo, entendendo esse último termo como o momento em que vivemos, fortemente marcado pelo capitalismo e pelo Discurso do Capitalista, definido por Jacques Lacan. As reflexões expostas nesse trabalho foram suscitadas pela experiência sorocabana, na medida em que estivemos inseridos como trabalhadores. Nesse período elaboramos um Diário de Campo que nos serviu posteriormente para a composição desse trabalho. Com a intenção de subverter a organização social do trabalho, na qual alguns pensam e outros executam, sendo que a universidade pode ser uma grande representante desse modelo, destinada aos pensadores, encarnamos inicialmente o trabalhador que exercia sua prática sem desvinculá-la da reflexão e, posteriormente, encarnamos o pesquisador que refletiu mais aprofundadamente sobre a experiência inicial. Para captar as transformações sociais e subjetivas optamos por uma introdução histórica para compreender o início da RP, inspirada na Reforma Sanitária e seus ideais de mudanças estruturais na sociedade, ao mesmo tempo em que fomos decifrando o interesse do Capital, em seu modo neoliberal, nas políticas públicas da saúde e na organização da medicina como mantenedora da força de trabalho, é nesse aspecto que também incluímos a psiquiatria. Na passagem do capitalismo industrial para sua versão financeirizada, procuramos refletir sobre as instituições produzidas na Saúde Mental, que sai do modelo manicomial para o modelo aberto. Nessa transformação identificamos a necessidade do capitalismo em abrir novos mercados, em um movimento incessante, necessário para sua existência. A psiquiatria comunitária marca bem essa transformação, saindo do interior dos muros dos manicômios para se disseminar na sociedade, aumentando com isso o faturamento da Indústria Farmacêutica, que no Laço Social contemporâneo corresponde a colocar a medicação no lugar de *gadget*. A psiquiatria DSM, assim denominada pela sua submissão ao manual de diagnósticos, foi alvo de nosso debate, na medida em que a formação dos psiquiatras se define como a-política e científica, assim como o DSM III, versão que foi marcada na história da psiquiatria pela retirada da influência psicanalítica. Como tentativa de ilustrar nosso exercício de pensamento, apresentamos no final da dissertação a experiência da cidade de Sorocaba, que no ano de 2013 iniciou o maior processo de desinstitucionalização do país, com a pretensão de fechar quatro hospitais psiquiátricos no período de três anos. Nosso trabalho buscou o diálogo da crítica da economia política, inaugurada por Karl Marx, e a psicanálise de Jacques Lacan, para pensar as transformações no campo da Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial.

Palavras-chaves: Reforma Psiquiátrica. Capitalismo. Psicanálise. Atenção Psicossocial.

GOTO, Carine Sayuri. **The Psychiatric Reform in Contemporary Brazil: Essays on Lacanian Psychoanalysis and the Critique of Political Economy**. 2018. 189 p. Dissertation (Masters in Psychology). São Paulo State University (UNESP), School of Sciences, Humanities and Languages, Assis, 2018.

ABSTRACT

This work aims to reflect on the Psychiatric Reform (PR) in contemporary Brazil, understanding this last term as the moment in which we live, strongly marked by capitalism and by the Capitalist Discourse, as defined by Jacques Lacan. The reflections exposed in this work were raised by the experience of Sorocaba, as we were inserted there as workers. During this period we prepared a Field Diary that later was used for the composition of this work. With the intention of subverting the social organization of work, in which some think and others execute, and the university can be a great representative of this model, destined to the thinkers, we initially embody the worker who acts without diverting it from reflection and, later we incarnated the researcher who reflected more deeply on the initial experience. In order to capture the social and subjective transformations we opted for a historical introduction to understand the beginning of the PR, inspired by the Sanitary Reform and its ideals of structural changes in society, at the same time as we were deciphering the interest of Capital, in its neoliberal way, in the public health policies and the organization of medicine as a provider of workforce, it is in this aspect that we also include psychiatry. In the passage from industrial capitalism to its financialized version, we try to reflect on the institutions produced in Mental Health, which goes from the asylum model to the open model. In this transformation we identify the need of capitalism to open new markets, in an incessant movement, necessary for its existence. Community psychiatry marks this transformation, leaving the walls of asylums to spread in society, increasing with this the billing of the Pharmaceutical Industry, which in the contemporary Social Loop corresponds to putting the medication in place of gadgets. DSM psychiatry, so named for its submission to the diagnostic manual, was the subject of our debate, as the training of psychiatrists was defined as a-political and scientific, as well as DSM III, a version that was marked in the history of psychiatry for the withdrawal of psychoanalytic influences. As an attempt to illustrate our thinking exercise, we present at the end of the dissertation the experience of the city of Sorocaba, which in 2013 initiated the largest process of deinstitutionalization in Brazilian history, with the intention of closing four psychiatric hospitals in a period of three years. Our work sought the dialogue of the critique of political economy, inaugurated by Karl Marx, and the psychoanalysis of Jacques Lacan, to think the transformations in the field of Psychiatric Reform and Psychosocial Care.

KEYWORDS: Psychiatric Reform. Capitalism. Psychoanalysis. Psychosocial Attention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica em Saúde
AMENT	Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental
BM	Banco Mundial
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
D	Dinheiro
DA	Discurso do Analista
DC	Discurso do Capitalista
DH	Discurso da Histeria
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DM	Discurso do Mestre
DRU	Desvinculação de Receitas da União
DSM	Manual Estatístico de Doenças Mentais

DT	Discurso da Toxicomania
DU	Discurso da Universidade
ECT	Eletroconvulsoterapia
EPU	Encargos Previdenciários da União
FLAMAS	Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba
HG	Hospital Geral
HP	Hospital Psiquiátrico
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPA	International Psychoanalytical Association
LATIPPSS	Laboratório Transdisciplinar de Intercessão Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da saúde
MCP	Modo Capitalista de Produção
Me	Mercadoria
Mp	Meios de produção
MTSM	Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
NIMH	Instituto Nacional de Saúde Mental
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
P	Capital Produtivo

PEH	Processo de Estratégia da Hegemonia
PI	Psicoterapia Institucional
PIB	Produto Interno Bruto
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPHM	Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador
PPS	Paradigma Psicossocial
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
RS	Reforma Sanitária
RT	Residência Terapêutica
SM	Saúde Mental
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Força de Trabalho
TDHA	Déficit de Atenção com Hiperatividade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidades de Serviço

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
ENSAIO 1 – DA REVOLUÇÃO AO REFORMISMO: ASPECTOS DA REFORMA SANITÁRIA E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	19
1 A REFORMA SANITÁRIA	19
1.1 Reforma Sanitária no Estado Capitalista	21
2 POLÍTICAS ECONÔMICAS EXTERNAS E INFLUÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	27
3 HEGEMONIA NEOLIBERAL COMO CONTRARREFORMA DA SAÚDE COLETIVA	31
4 REFORMA PSIQUIÁTRICA: ASILAMENTO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CAMPO POLÍTICO	36
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	46
ENSAIO 2 – A PSIQUIATRIA NO MODO CAPITALISTA DE PRODUÇÃO E SUA INFLUÊNCIA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	49
1 PSIQUIATRIA E MEDICINA	49
2 A FORMAÇÃO DO CUIDADO MÉDICO NO CAPITALISMO	50
3 A MEDICINA NO MODO CAPITALISTA DE PRODUÇÃO	53
3.1 Medicina Preventiva	55
3.2 Mudanças socioeconômicas e a psiquiatria	57
4 MUDANÇAS PERCEBIDAS ATRAVÉS DO MANUAL ESTATÍSTICO DE DOENÇAS MENTAIS (DSM)	63
5 A REFORMA DA PSIQUIATRIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	68
5.1 Psiquiatria Democrática Italiana	72
5.2 A constituição da Reforma Psiquiátrica brasileira	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	82

ENSAIO 3 – PSICANÁLISE DE FREUD-LACAN E CRÍTICA DA ECONOMIA POLÍTICA: UM OLHAR DIFERENCIADO PARA COMPREENDER A REFORMA PSIQUIÁTRICA	87
1 A CIRCULAÇÃO DO CAPITAL COMO PULSÃO	87
2 OS DISCURSOS DO LAÇO SOCIAL E A CONTEMPORANEIDADE	89
2.1 Discurso do Mestre	90
2.2 Discurso da Universidade	92
2.3 Discurso do Capitalista e o “consumitariado”	94
2.4 Discurso da Toxicomania	96
3 Sintoma Social dominante	98
4 PSIQUIATRIA E LAÇO SOCIAL	99
5 OS EFEITOS DOS DISCURSOS DO LAÇO SOCIAL NA REFORMA PSIQUIÁTRICA	101
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	109
ENSAIO 4 – A PSIQUIATRIA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA: DA “DESMEDICALIZAÇÃO” À PSIQUIATRIA DSM	111
1 A CONSTITUIÇÃO DA PSIQUIATRIA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA	111
2 O QUE AS PUBLICAÇÕES NOS MOSTRAM SOBRE AS BASES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	115
3 PSIQUIATRIA E PSICANÁLISE	118
4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA INICIAL	120
5 PSICOFÁRMACOS E A PSIQUIATRIA DSM.....	121
6 A PSIQUIATRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E PSIQUIATRIA DSM	125
7 REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA PÓS-BASAGLIA E SUAS INFLUÊNCIAS NO BRASIL.....	129
8 O DISCURSO DO CONSUMIDOR COMO INCONGRUÊNCIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	136

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
REFERÊNCIAS	143
ENSAIO 5 – O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO/DESOSPITALIZAÇÃO DA CIDADE DE SOROCABA: CARACTERIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ATUAL.....	146
1 INTRODUÇÃO.....	146
2 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO/DESOSPITALIZAÇÃO	149
3 PRIVATIZAÇÃO.....	151
4 GESTÃO DO POLO: DO TOYOTISMO AO TAYLORISMO.....	155
4.1 O taylorismo constitutivo da formação em saúde e suas consequências.....	161
5 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DA CIDADANIA TUTELADA?.....	165
6 CURATELAS E CIDADANIA	167
7 FORMAS DE RESISTÊNCIA DOS TRABALHADORES	172
8 A REDE PROMOTORA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO	173
9 A PSIQUIATRIA MANICOMIAL, A PSIQUIATRIA DSM E A OUTRA PSIQUIATRIA	175
10 MODO COOPERADO DE PRODUÇÃO E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	179
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
REFERÊNCIAS	184
LINHA DO TEMPO	186
CONSIDERAÇÕES FINAIS: A VELHA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA CONTEMPORÂNEA	187
REFERÊNCIAS	197

INTRODUÇÃO

Essa dissertação de mestrado foi concebida a partir da práxis, ou seja, na experiência prática que não é descolada da reflexão. Ela aconteceu com a atuação como articuladora de rede do processo de desinstitucionalização dos internos do hospital psiquiátrico Vera Cruz, em Sorocaba, cidade polo manicomial que até 2014 comportava quatro manicômios com mais de 1300 leitos financiados pelo SUS, em que a mortalidade dos internados ocorria na proporção de 1 pessoa a cada 3 dias. Durante a permanência na rede de atenção psicossocial (RAPS) de Sorocaba como trabalhadora as dificuldades do dia-a-dia me levaram de volta à Assis, para mensalmente me aprofundar nas reflexões que o trabalho suscitava em supervisões com o professor Abílio da Costa-Rosa e discussões com o Laboratório Transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade em Saúde (Latippss). Contudo essa experiência na desinstitucionalização de Sorocaba não foi inaugural na minha práxis em Saúde Mental (SM), uma vez que trabalho e a militância estavam presentes desde os últimos anos da formação em Psicologia e na participação de movimentos sociais.

Esse trabalho de mestrado é redigido como uma sistematização da práxis, ou seja, mesmo sem a encomenda da pesquisa universitária o trabalho prático já se configurava como um lugar de reflexões profundas, posteriormente enquanto pesquisadora cabe a mim transcrever essa experiência complexa. Essa teoria que busca subverter a lógica da divisão social do trabalho resumida no pensar/executar e que determina a produção intelectual para intelectuais, é desenvolvida por Costa-Rosa e denominada Dispositivo Intercessor.

A dissertação é estruturada em ensaios, independentes entre si, mas ao mesmo tempo articulados, que buscam refletir sobre a Reforma Psiquiátrica no mundo contemporâneo. Para isso utilizamos como teorias fundamentais a Crítica da Economia Política e a Psicanálise do campo Freud-Lacan.

O primeiro ensaio tem uma perspectiva histórica, mas também crítica. Como caminho para entender a Reforma Psiquiátrica optamos por começar pela compreensão da Reforma Sanitária, uma vez que ela exerce grande influência na RP. Há uma tentativa de decifrar o movimento da Reforma Sanitária, passando pelas suas concepções iniciais descritas por Jairnilson Paim, e aprofundar a reflexão do caminho trilhado. A partir daí aproximar o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica como movimento composto de diversas forças, mas ainda dizendo sobre a medicina inserida no mesmo contexto capitalista. Denominaremos RP inicial, ou ainda “velha” RP esse período inicial, no qual os ideais subversivos eram bem definidos, principalmente pela superação do capitalismo e propostas de outros projetos societários.

Damos destaque nesse ensaio ao ideal revolucionário da Reforma Sanitária, descrito por Paim, ao desenrolar da política econômica brasileira e a influência das agências de

financiamento internacional que acabam por determinar a política de saúde do SUS em um panorama neoliberal.

O subsídio teórico na compreensão da dinâmica interna do cenário político diante das mudanças econômicas é derivado de Antônio Gramsci, através do pensamento de Carlos Nelson Coutinho. Para ele a “hegemonia da pequena política”, questões parciais e cotidianas de um cenário estrutural já estabelecido, teria retirado o caráter participativo da população, uma vez que ela passa a entender que não pode provocar mudanças maiores, a política torna-se lugar para políticos profissionais. Ao mesmo tempo, as poucas experiências próximas de ideais revolucionários vão sendo decifradas como Revolução Passiva, ou seja, reforma iniciada de cima para baixo diante de uma possível revolução popular, que compreende um momento de Restauração, reações conservadoras, e um momento de Renovação, atendimento de algumas demandas populares para acalmar as massas.

A RS foi, então, implementada através da Revolução Passiva, que embora tenha renovado alguns aspectos da Saúde, como a universalidade, também trouxe aspectos da restauração, como a permanência da iniciativa privada no setor saúde.

O termo Transformismo foi outro conceito utilizado, de matriz gramsciana, no auxílio da reflexão de um momento mais atual na história da saúde pública e movimentos políticos. Trata-se de um processo de cooptação de lideranças políticas e culturais das classes subalternas para excluí-las do protagonismo de transformação social. O transformismo no texto é ligado tanto ao Partido dos Trabalhadores, quanto aos movimentos sociais vinculados à ele, uma vez que seus discursos convergem na defesa da economia neoliberal e estratégias para alimentar essa política.

Na Reforma Psiquiátrica podemos verificar esse movimento com a ocupação de cargos estratégicos no governo federal e nos governos municipais de militantes antimanicomiais que participavam da formulação das estratégias e políticas da RP, com isso, as críticas ao governo foram caladas. As ações se resumiram ao acesso aos serviços ditos substitutivos, mas que em grande parte das vezes trabalhavam em parceria com o Hospital Psiquiátrico.

Embora a RP tenha se constituído sobre uma crítica social (ao manicômio como interessado no lucro e subsidiado pelo saber psiquiátrico, e a loucura como produto de uma sociedade capitalista (crítica da Psiquiatria Democrática Italiana)), o fechamento dos leitos manicomiais esteve em articulação com a indústria psicofarmacêutica e abertura da sociedade para o saber psiquiátrico. Em resumo, o fechamento do manicômio não aconteceu por uma mudança social.

A influência das agências de financiamento internacional também transformou a ideia inicial de equipamentos substitutivos ao manicômio, fazendo com que se caracterizassem por serviços reduzidos, de baixo custo, facilmente monitorados, mas com ações impactantes.

Aqui fazemos um alerta, nossa escrita reflete uma reflexão crítica com relação à política do governo PT. Não compartilhamos da percepção que a desconstrução de avanços na área social ocorreu apenas no período pós-golpe parlamentar, uma vez que o PT alinhou-se à política neoliberal, dando continuidade ao projeto de FHC. Consideramos que a crítica ao Estado nos treze anos de governo de “esquerda do status quo” é necessária, ainda que à revelia de uma militância que considera a crítica ao PT como defesa do governo golpista. Posicionamos-nos fora do binarismo raso, tolo e ingênuo. Consideramos, ainda, que no momento em que vivemos cada vez mais têm aparecido falas e defesas do governo PT, como se a ruptura que ocorreu com o golpe parlamentar reconstruísse a história do partido no momento pré-golpe. O governo PT mostra em sua história no poder que sempre foi a favor dos ajustes neoliberais, no entanto de maneira mais lenta que os ajustes impostos pelo atual governo. O evento traumático do golpe trouxe uma defesa acrítica à tona.

O segundo ensaio, intitulado “A psiquiatria no Modo Capitalista de Produção e sua influência na Reforma Psiquiátrica brasileira” busca entender melhor como foi constituída a psiquiatria, passando pelo resgate histórico da constituição da própria medicina no Modo Capitalista de Produção, para compreender o papel da psiquiatria hoje na Reforma Psiquiátrica.

Depois da II Guerra Mundial, a saúde é conformada ao pensamento econômico neoclássico e voltada para a indústria do cuidado (como a indústria farmacêutica e de exames), passam a entender a saúde a partir de conceitos da economia e reduzindo o Campo à administração e quantificação, ressaltando a otimização dos recursos. Na relação da medicina com seu modo de produção e formação social, Sérgio Arouca é central em nossa dissertação, uma vez que nos mostra como a medicina preventivista perpetuou o cumprimento do papel de manutenção da mão de obra para que o sistema de produção não parasse. Embora a saúde fosse um valor de uso, na relação do trabalhador com o capitalista a saúde é um valor de troca, pois somente em bom estado de saúde o proletário tem condições de vender sua força de trabalho em troca do salário, já para as classes hegemônicas a saúde seria um valor de uso, encarnado na extração de mais-valia. Logo, a influência do cuidado médico é inferida na criação de valor, primeiro da força de trabalho, depois no valor da mercadoria, tornando-se diretamente produtivo, quando cuida da força de trabalho e faz aumentar o valor da mercadoria.

Essa medicina influencia a Psiquiatria Preventivo Comunitária, ou Psiquiatria Comunitária, que surge em oposição à Psiquiatria asilar e se ramifica pela sociedade. Ela traz críticas a respeito da cronificação causada com a internação nos asilos, ineficácia do tratamento e o alto custo para manter a estrutura arquitetônica dos manicômios. Birman e Freire Costa também apontam a Psiquiatria Comunitária como uma resposta a uma crise interna da Psiquiatria, para os autores essa nova psiquiatria não possuía bases consistentes, sendo formada por uma percepção comportamental e pedagógica que patologizava o que se entende por uma desadaptação à sociedade.

É a partir de Franco Basaglia, psiquiatra marxista italiano, e sua definição da serventia do manicômio para os improdutivos do capitalismo, resumindo a coincidência entre

estrutura econômica e instituição que pudemos refletir sobre a mudança da psiquiatria asilar para a psiquiatria comunitária.

Quanto mais se desenvolve o capitalismo, mais provoca contradições e inaptações à norma, as instituições vigentes em algum momento e por conta das transformações sociais, passam a não dar conta de sua função socialmente determinada e uma reestruturação é convocada, tornando-as mais tolerantes, sutis e capilares. Nessa perspectiva a Psiquiatria Comunitária é a modernização da Psiquiatria Manicomial, que utiliza a medicação e condena a cronificação causada pelo confinamento e tortura.

As reformas por que passou a psiquiatria também são percebidas no Manual Estatístico de Doenças Mentais (DSM). No traçado histórico que propusemos é possível notar que deixamos de lado a influência da psicanálise e da fenomenologia para propor um guia supostamente a-teórico, mas que está em consonância com ampliação de diagnósticos e medicamentos.

Essas modificações em consonância com o MCP culminaram em uma psiquiatria que denominamos DSM, uma vez que parece seguir somente a proposta do manual e seu suporte na indústria farmacêutica.

No Brasil, embora nossa trajetória na Saúde Mental tenha absorvido grande influência de Franco Basaglia, a relação entre a psiquiatria e o MCP foi pouco abordada, em seu lugar incluímos o fechamento dos manicômios como o mais radical da teoria basagliana, e permanecemos com esse entendimento mesmo que o manicômio não corresponda mais à demanda capitalista e tenha deixado de ser hegemônico. Por outro lado, as experiências de Gorizia e Trieste são amplamente copiadas em aspectos particulares e indicadas como “prescrição”, almejando a revolução do campo.

Outra característica importante de nossa reforma foi a transformação de questões políticas em questões administrativas, na medida em que o acesso aos serviços foi colocado como centralidade para efetivação da nova proposta para a Saúde Mental.

No terceiro ensaio, “Psicanálise de Freud-Lacan e Crítica da Economia Política: um olhar diferenciado para compreender a Reforma Psiquiátrica”, aproximamos a noção de capitalismo financeirizado e a circulação incessante do capital da pulsão e seu movimento em torno do buraco, que tem seu objetivo na própria circulação interminável. O consumo, então, também corresponderia ao processo da pulsão, saindo da aquisição objetiva para o próprio ato de consumir.

Na perspectiva do discurso do Laço Social de Jacques Lacan podemos aprofundar nossas reflexões sobre as relações estabelecidas em determinados momentos históricos, assim como captar transformações como, por exemplo, a passagem do Discurso do Mestre para o Discurso do Capitalista, como uma atualização diante da intensificação do capitalismo.

Se a leitura do Discurso do Mestre foi privilegiada por nós a partir da relação do capitalismo industrial, o Discurso do Capitalista completou o ciclo do capitalismo voltado

para o consumo e que por isso seu agente foi denominado “consumitariado”, em uma fusão de consumidor + proletariado. O *objeto a* passa a corresponder ao movimento de pulsão definido inicialmente, como a própria perda e não como objeto causa do desejo.

O Discurso da Toxicomania aprofunda nossa reflexão sobre a transformação do *objeto a* na vida dos sujeitos, mostrando como o gozo passa a ordenar esse discurso, uma vez que ocupa lugar de mestria, é aquele que comanda a relação.

Esse discurso teria características de Sintoma Social, ou seja, quando a estrutura do discurso coincide com a estrutura social, ou ainda, como produto da junção do Modo de Produção de vida material e a subjetividade, na qual o sintoma apresenta a mesma estrutura da Formação Social.

Colocado esse cenário contemporâneo de consumo e relação direta do sujeito com o *objeto a*, passamos a pensar a Psiquiatria no Laço Social dominante. Definimos a ciência médica mental dominante como Psiquiatria DSM, por comportar-se diante do sujeito abstraindo somente o diagnóstico relacionado ao Manual Estatístico de Doenças Mentais e tratando estritamente com a química produzida pela indústria farmacêutica. Essa psiquiatria seria um instrumento fundido no Discurso da Universidade para potencializar o Discurso do Capitalista, perpetuando o sistema econômico hegemônico.

Em resumo, a perfeição do circuito do capitalismo somado à ciência pode ser verificada com relação ao sofrimento psíquico e o consumo de medicamentos através da psiquiatria DSM: o sujeito vivendo no MCP, expropriado de seu saber e impelido à repetição de seu fazer, vê aparecer-lhes sintomas que dizem algo, contudo esse algo não pode ser escutado pelo médico, a quem se endereçam tais sintomas. A medicina objetifica o sujeito e responde ao seu mal-estar com a medicação, objeto de consumo que faz parte do próprio MCP que o sujeito veio se queixar. O sujeito no seu lugar de consumidor, que já consumiu a consulta, agora é direcionado ao consumo de medicamentos, que irá tamponar o que o modo de viver no sistema capitalista produziu, expropriando a verdade do laço social apresentada inicialmente como sintoma.

Refletindo nas relações institucionais sob esse discurso propomos o Capitalismo Financeirizado como dominante, agindo sobre as Organizações Sociais como instrumento para obter lucro, subsidiada pela ciência médica, uma vez que a proliferação de gestões indiretas feitas por OSs, sobretudo na saúde, aparece nos últimos anos como novidade da apropriação financeira de recursos públicos pelo setor privado.

Aqui fazemos a seguinte reflexão: o Discurso do Mestre seria o discurso dominante durante o capitalismo industrial, que teve como representante da ciência médica mental a Psiquiatria Asilar e o Manicômio, enquanto o Discurso do Capitalista estaria ligado ao período capitalista pós-industrial/globalizado, representado pela Psiquiatria DSM e os CAPS, enquanto instrumentos da disseminação do discurso científico pela sociedade. Diante das mudanças percebidas na contemporaneidade por modificações no capitalismo, chegando a sua fase dominada pela financeirização, apostamos que algumas mudanças podem ser percebidas,

uma delas seria a forma de organização dos equipamentos de saúde que agora são amplamente terceirizados. Nesse movimento é cada vez mais freqüente encontrar empresas privadas que se apropriam do discurso antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica para defender seus lucros no mercado que se abre.

Continuamos a apostar nas toxicomanias como Sintoma Social, mas talvez o que se apresentaria como novo seria a tentativa cada vez mais compartilhada do uso de drogas como saída para os impasses. Notamos aqui que a psiquiatria não investe pesadamente em psicotrópicos nesse caso, quanto nos casos que ela denomina “transtornos mentais”. Parece-nos que algo da toxicomania escapa ao que a química legalizada dos psicotrópicos tenta barrar, a toxicomania é um sintoma como verdade que não consegue ser camuflado. Diante do “não saber o que fazer” desse sintoma ressurgem equipamentos manicomiais travestidos de novidade, como as Comunidades Terapêuticas e novos complexos hospitalares de grandes proporções, na incessante apropriação do sujeito como objeto.

No quarto ensaio nossa reflexão esteve voltada para a formação da psiquiatria ainda no movimento da Reforma Sanitária (RS), ou seja, o profissional psiquiatra necessário para o início da RP, e a formação psiquiátrica hoje, baseada no DSM e na medicalização. Nosso levantamento bibliográfico mostrou uma formação política e crítica nos anos de 1970, e uma pretensa formação a-política e técnica nos dias atuais. Percorremos o caminho histórico que marcou a retirada da Psicanálise da influência psiquiátrica norte-americana, ao mesmo tempo que a Indústria Farmacêutica ganhou terreno na influência da constituição dessa psiquiatria. Também nos detivemos na psicanálise norte-americana, no período pós-diáspora psicanalítica (saída de psicanalistas europeus de seus países com a II Guerra Mundial e o nazismo) e a influência dela na psiquiatria estadunidense até o advento dos psicofármacos e fortalecimento da indústria farmacêutica.

É nesse ensaio que procuramos definir melhor a distinção entre a velha RP e a RP contemporânea, com oposições bastante claras entre a crítica ao modelo econômico vigente x simpatia ao capitalismo, e todas as suas consequências, como a abertura da psiquiatria para se espalhar pela sociedade, quanto a hegemonia de uma ciência médica baseada no diagnóstico e medicalização, inclusive nos equipamentos substitutivos ao manicômio.

No último ensaio voltamos ao que iniciou a necessidade dessa dissertação, o relato de uma experiência concreta na RP contemporânea: o processo de desinstitucionalização/desospitalização da cidade de Sorocaba.

ENSAIO 1 – DA REVOLUÇÃO AO REFORMISMO: ASPECTOS DA REFORMA SANITÁRIA E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

1 A REFORMA SANITÁRIA

A Reforma Psiquiátrica (RP) foi fortemente influenciada pela Reforma Sanitária (RS), tanto pelo ideal a ser seguido, a construção de uma sociedade fundada em valores éticos de igualdade e solidariedade, de modo a provocar uma revolução do modo de vida, quanto pelas lutas sociais anti-ditatoriais capazes de realizar uma reforma social¹(SCHRAIBER, 2008). Por essa forte influência, faz-se necessária a compreensão desse movimento social sanitário, para aprofundar nossa análise sobre o movimento da Saúde Mental.

A RS brasileira buscava uma revolução profunda na sociedade, através de uma reforma parcial, a reforma na saúde. Seu caráter era reformador sobre o modelo assistencial médico tanto público quanto privado, este caracterizado por ser biomédico, liberal, privatizante, elitista, já a saúde pública tinha caráter liberal-individualizante sobre as práticas preventivas, com características de alienação social e política da medicina técnico-científica (idem). Embora a reforma pretendida tenha sido definida como parcial, por se tratar de um setor, seu objetivo maior era uma modificação estrutural na sociedade.

Se naquele momento histórico a transformação estrutural da saúde parecia possível de transbordar o próprio setor e atingir a sociedade como um todo, hoje podemos questionar a RS sobre esse ponto de vista, uma vez que alguns autores da economia crítica da saúde² entendem que o caminho seria o inverso: as mudanças sociais, políticas e econômicas em nível estrutural provocando transformações na saúde.

O projeto para a Saúde Coletiva³ estava ligado à crítica ao modelo de sociedade, à relação com o biopoder, fosse dos médicos ou da indústria médica, formando uma tensão com a ordem técnico-científica na disputa hegemônica do modelo dominante, típicas do Processo

¹ Reforma social estaria ligada ao conceito de Reforma geral, ou seja, a revolução do modo de vida através de transformações da sociedade, como um todo, iniciando pelas reformas parciais. Estaria ligada às experiências da social-democracia até 1914, na qual os movimentos necessários estariam organizados com uma ampla base de massas constantemente em ação, liderados por pessoas não identificadas à posição de especialista (PAIM, 2008). Essa forma de pensar também estaria associada às reflexões de Gramsci: “Uma massa humana não se ‘distingue’ e não se torna independente ‘para si’ sem organizar-se (em sentido lato); e não existe organização sem intelectuais, isto é, organizadores e dirigentes (GRAMSCI, 1999, p. 104, apud PAIM, 2008, p. 42).

² Navarro, 1984, expõe em seu texto que mudanças específicas do setor saúde não podem por si mesmas resolver os problemas de saúde em uma sociedade, ao contrário, são as mudanças estruturais econômicas, sociais e políticas capazes de provocar mudanças na saúde.

³ “[...] Saúde Coletiva campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como ‘setor saúde’” (PAIM, 1998, p. 308).

de Estratégia da Hegemonia (PEH)⁴. Fazia uma defesa da democratização e lutava pelos Direitos Humanos e sociais, somado a crítica à Saúde Pública baseada na Medicina Social (SCHRAIBER, 2008)

Assim, esta reforma, como bem formula o autor, não se reduz, em sua ideia original, a ser uma proposta de política de saúde, senão através desta, uma democratização da vida social, para que deveria implicar-se em uma reforma democrática do Estado. A Reforma Sanitária Brasileira, portanto, não se reduzia a uma política de proteção social ou uma reforma setorial (da Saúde), buscando uma “reforma geral” da sociedade brasileira. Lembremos, nesse sentido, de seus constantes subtítulos: melhoria das condições de saúde (entenda-se, necessidades em saúde) e da qualidade de vida da população brasileira (entenda-se um projeto de socialidade (sic)) (SCHRAIBER, 2008, p. 15)

O sistema de saúde era compreendido pelo movimento como uma resposta social às necessidades da população, e por isso, conformado a uma determinada construção de sociedade. Nessa perspectiva a intervenção social mais ampla e não apenas no campo da saúde era percebida como necessária para abrir caminho para ações revolucionárias, pensando na qualidade de vida da população (PAIM, 2008).

Para além das políticas públicas estatais, sociais e de saúde, as forças sociais sustentaram política e ideologicamente o processo da RS, consonante a um projeto social e não a uma política social de governo. Consideraremos o projeto social um movimento estruturante da sociedade, enquanto a política social traduzida em políticas públicas seria a formalização de uma proposta sem seu caráter instituinte⁵ (idem), mas que a transformaria em projeto instituído, e por isso, longe dos aspectos inovadores e radicais, dentro do movimento típico das instituições. O instituído pode ser expresso pela alienação social, na medida em que suas origens se perdem e a instituição se apresenta como natural, fixas e eternas (ALTOÉ, 2004). Existe uma dinâmica específica que se articula entre esses termos, de modo que um não existe sem o outro e, ainda, um dá origem ao outro. Logo, não são excludentes ou taxativamente antagônicos.

A incorporação de propostas da RS ao Estado brasileiro, submetido ao capitalismo, levou à deturpação de tais propostas (idem). Esse panorama nos faz indagar o que seria a RS nos dias de hoje, diante da crise vivenciada no capitalismo e as propostas neoliberais, e, além dela, traçar um paralelo com a Reforma Psiquiátrica levando-nos a questioná-la de igual forma.

⁴ Conceito criado por Gramsci para tratar da tensão de forças que lutam pelo lugar hegemônico, mas que ao mesmo tempo mantém uma estabilidade dinâmica como vetores opostos de força, obrigando a um reequilíbrio constante. Do lado dominante utiliza-se a repressão e a ideologia, do lado do polo subordinado além das práticas concordantes, também existem práticas alternativas que podem almejar o lugar de uma hegemonia alternativa (COSTA-ROSA, 1987). O PEH “é capaz de esclarecer que todas as ações de implantação de uma nova configuração hegemônica têm necessariamente que se confrontar com as forças contra-hegemônicas dos interesses e valores instituídos” (COSTA-ROSA, 2013, p. 19).

⁵ René Lourau define os conceitos de Instituinte e Instituído em sua teoria da Análise Institucional. Para ele o Instituinte estaria ligado ao poder inovador e forte o suficiente para causar mudanças numa dada instituição. “Os processos históricos de crise, de mudança e de revolução são o laboratório da sociedade instituinte” (ALTOÉ, 2004, p.74). O instituído estaria ligado às regras, normas, costumes, etc, encontrados na sociedade, ou seja, um sistema de regras com poder de determinação da vida (ALTOÉ, 2004).

A RS formulou uma relação profunda entre saber e práxis, colocando em primeiro plano a própria sociedade burguesa, dessa forma sua implementação não poderia estar dissociada da própria Formação Social⁶ capitalista (PAIM, 2008).

Três perguntas são norteadoras na reflexão sobre a política: “1) Como os interesses são representados? 2) De quem são os interesses representados? 3) Qual é a justificativa para representar interesses?” (COUTINHO, 1989, p. 47 apud PAIM, 2008, p. 43). Essas questões nos auxiliam a compreender o caráter de hegemonia das classes dominantes, sendo o Estado defensor desses interesses e responsável por apaziguar qualquer distúrbio.

1.1 REFORMA SANITÁRIA NO ESTADO CAPITALISTA

Ao traçarmos uma linha histórica, podemos verificar que as medidas neoliberais começam a ser impostas aos países em uma década em que o Brasil estava discutindo as propostas para fazer caminhar mudanças em direção a uma RS, ou seja, uma Reforma Social. Do término da II Guerra Mundial até a década de 1970 o mundo vivia um período de ouro do sistema econômico, mas que se estagnou em meados dessa mesma década. Enquanto outros países construíram suas políticas de universalização da saúde nesse período propício do capitalismo, o Brasil passava por alguns anos de ditadura inaugurada em 1964, que intensificou a desigualdade econômica com o “bolo” que cresceu e nunca foi dividido⁷. Apenas com o movimento da RS começaríamos a discutir propostas concretas sobre o acesso universal a saúde, entretanto o panorama econômico mundial já dizia sobre uma crise do capitalismo.

A brecha na qual surge o movimento da RS foi o de crise hegemônica do governo vigente, em um panorama resumido pelo fim do “milagre econômico”, crise do capitalismo e falta de legitimidade do autoritarismo. Na área da saúde, o governo havia proposto as “políticas racionalizadoras” incorporando o planejamento como parte de uma política autoritária que não modificou as dificuldades de acesso à saúde, o aumento da mortalidade infantil, a precariedade da saúde do trabalhador, o aumento das endemias e a meningite. Diante dessa realidade surgem vários movimentos sociais, muitos deles vinculados à igreja católica (PAIM, 2008). Na área acadêmica também presenciamos o chamado para reflexão e reivindicação na área da saúde, a Semana de Estudos de Saúde Comunitária (SESAC), por exemplo, influenciou posteriormente dois movimentos importantes na RS, o Centro Brasileiro

⁶ “Formação Social é um termo que designa uma sociedade historicamente determinada, um todo social em um momento de sua existência. (...) é uma combinação particular, específica, de vários modos de produção puros. A formação social constitui por si mesma uma unidade complexa na qual domina um certo modo de produção, que determina o caráter dos outros” (Fioravante, 1978, p. 33).

⁷ Uma das propostas do Estado desenvolvimentista dizia respeito ao crescimento da economia, mesmo que concentrada nas mãos de poucos, para que depois houvesse sua repartição através de políticas compensatórias pelos investimentos sociais. Essa proposta era resumida pela frase de Delfim Neto, economista que ocupou diversos cargos importantes durante a ditadura militar: fazer o bolo crescer para depois dividi-lo.

de Estudos da Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) (idem).

Os componentes do movimento da RS que surgiram no momento de fragilidade na hegemonia foram: 1) bases universitárias; 2) movimento estudantil e Cebes; 3) movimento médico; 4) projetos institucionais contra-hegemônicos na saúde (PAIM, 2008). Os movimentos sociais da saúde que surgiram na segunda metade da década de 1970 agregavam trabalhadores, camadas populares, estudantes, intelectuais e profissionais da classe média. Em julho de 1976 foi criado o Cebes, com foco na discussão da democratização da saúde e reconstrução do pensamento em saúde (PAIM, 2008). A intenção era a de não separar a filosofia da política e transformar a crítica em fatos políticos. O Cebes teve papel central na construção da identidade da RS, realizando denúncias sobre o sistema de saúde privatizado, sobre a organização sócio-econômica, na construção de uma nova racionalidade na saúde e participando das lutas pela redemocratização que já aconteciam no país. Como característica do grupo, defendiam o suprapartidarismo e o não corporativismo (idem).

Em 1978 ocorre o primeiro Encontro de Secretários Municipais de Saúde das capitais do Nordeste, seguido de outros encontros. É com esses movimentos que a escrita da proposta da RS se inicia: “unificação dos serviços, a participação dos usuários, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção” (PAIM, 2008, p. 80). Os obstáculos são reconhecidos como as atividades lucrativas da saúde, empresas, cooperativas, indústria farmacêutica, alimentícia, equipamentos hospitalares e instrumentos médicos (PAIM, 2008), ou seja, o mercado capitalista que havia se apropriado da saúde, característica não só brasileira, mas condizente com uma economia globalizada.

No primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde, 1979, é apresentado o documento intitulado “A questão democrática da saúde”, propondo pela primeira vez a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a redemocratização do país em 1985 e o retorno de um governo civil, mesmo que por eleições indiretas, o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde pautou princípios para nortear a política de saúde do governo de transição:

- 1) Saúde é um direito do cidadão e dever do Estado; 2) A melhoria do estado de saúde da população está intimamente relacionada à elevação da qualidade de vida;
- 3) A democratização da saúde estreitamente vinculada ao processo de democratização da sociedade brasileira reflete a luta e aspiração dos mais amplos setores sociais (PAIM, 2008, p. 96)

O governo de transição, do então presidente José Sarney, foi marcado por um intenso jogo de interesses opostos, privatistas e estatizantes, que também estiveram presentes nas questões da saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi fruto dessa disputa de interesses, quando o então ministro da saúde, Carlos Santana, busca transferir o Inamps para o Ministério da Saúde, no momento em que a Saúde estava com um conservador e a Previdência com a oposição. Através de estratégias o documento assinado por Sarney faz a transferência do órgão, mas o decreto é vetado com a justificativa de que se o Inamps era dos trabalhadores,

eles deveriam participar da decisão. Assim surge a proposta de chamada para a Conferência com ampla participação social (PAIM, 2008).

Na tentativa de não reduzir a RS às mudanças administrativas, principalmente centradas na passagem do Inamps ao Ministério da Saúde, Arouca, durante a Conferência, parece ter um posicionamento que traduz a tensão entre os polos sociais na perspectiva de apoio ao projeto:

Não pretende excluir nenhum dos grupos envolvidos na prestação de serviços [...]. Portanto, todo aquele empresário que está trabalhando seriamente na área da saúde, na qualidade da sua competência técnica e profissional, não precisa se sentir atemorizado, porque aqui ele vai ser defendido (AROUCA, 1987, p. 39 apud PAIM, 2008, p. 121).

A conferência organizou-se em três eixos de discussão: 1) saúde como direito à cidadania; 2) reformulação do sistema nacional de saúde; 3) financiamento (PAIM, 2008). A Abrasco apresentou um texto importante, no qual a saúde era entendida como produto das condições de vida e como responsabilidade do Estado, questionava a concepção que desligava o setor econômico do social, defendeu o controle social e participação popular, além de reconhecer a crise econômica mundial do capitalismo a partir da segunda metade da década de 1970, apontando para os perigos do neoliberalismo nas conquistas sociais, característica do próprio movimento do Capital financeiro como oposto à universalização, equidade e democratização da saúde (idem).

Este texto nos chama a atenção para o panorama mundial do sistema econômico⁸: após trinta anos de período de ouro do capitalismo em meados da década de 1970 as conquistas do Estado Social⁹, sobretudo na Europa, se vêem ameaçadas pela crise capitalista. No jogo de poder político o Estado Social havia se constituído por governos com pensamentos mais à esquerda, que concordavam com reformas sociais de base igualitária, foram países que, em certa medida, rejeitaram o mercado e acreditaram no Estado como organizador econômico da sociedade (HOBSBAWN, 1995). Com o fim do período expansionista do capitalismo, os defensores do liberalismo ressurgiram propondo um retorno ao Estado mínimo, mas agora não se importavam nem sequer com princípios liberais básicos como a liberdade, igualdade, direito à vida e aos bens públicos. A volta desse pensamento foi denominada “neoliberalismo” e seus principais pensadores identificavam a atuação do Estado como impedimento da liberdade, pregavam o livre curso da economia sem qualquer intervenção estatal e viam as políticas sociais como filantropia e, por isso, não deveriam ser desenvolvidas pelos governos, mas pelos empresários. As medidas voltadas para esse pensamento pretendiam um Estado reduzido que criariam agências reguladoras dos serviços

⁸ Verificar “Linha do Tempo” no final desta dissertação.

⁹ Preferimos aqui tomar emprestada a definição de Boschetti de “Estado Social” para definir o que comumente se denomina Estado de Bem Estar Social, ou Welfare State, uma vez que o Estado não deixa de ter características capitalistas por implementar políticas sociais e que estas não possuem poder emancipatório, mas apresenta-se como tendência dos países capitalistas para assegurar a produção no MCP, através da socialização dos custos (BOSCHETTI, 2016).

privados, contudo essas agências não se submetiam a qualquer controle público (RIZZOTO, 2000).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde sistematizou o projeto da RS e deu subsídios para a população defender seus direitos. A perspectiva da cidadania tinha no socialismo o horizonte ético e na teoria gramsciana a fundamentação de se tornar hegemônica mesmo antes de assumir o controle do Estado, ou seja, a tentativa de chegar a um consenso antes de assumir o Estado introduziria uma estratégia na transição para o socialismo, para isso a conquista da cidadania pelas políticas sociais seria o resultado da luta pela hegemonia das classes. Essas bases da RS deixam claro o vínculo reconhecido entre estrutura social e saúde, sendo necessárias políticas mais amplas que a própria saúde, para que ela se estabelecesse em níveis ideais. Logo a RS tinha em seu projeto a articulação de áreas como a seguridade social, cidadania, educação, ciência, etc (PAIM, 2008).

O Relatório final da Conferência pode ser resumido nos seguintes pontos: “a) ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento social” (PAIM, 2008, p. 125). Neste contexto, a formulação do projeto da RS, na década de 1980, contrariou as reformas setoriais que o Banco Mundial (BM) impunha aos países da América Latina, voltadas para a abertura de mercados (PAIM, 2008), isso nos parece bastante marcante desse movimento sanitário, a oposição ao poder político-econômico hegemônico.

Contudo as condições políticas continuavam desfavoráveis, mesmo com o grande avanço das discussões em torno da RS. Embora a abertura política tenha dado espaço para a discussão oficial das propostas de saúde, a transição rumo à democracia não substituiu as lideranças políticas e a burocracia estatal, somente um novo acordo político diante da conjuntura social (idem).

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde apresentou 27 proposições para a reformulação do sistema de saúde e, embora, tenha defendido tudo aquilo que estava em sua base teórica, o setor privado foi incluído diante de regulamentação:

O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados; [...] deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987, p. 384-388 apud PAIM, 2008, p. 124).

Terminada a 8ª Conferência Nacional de Saúde foram criadas a Plenária Nacional de Saúde, a Comissão Nacional da RS e a Assembleia Nacional Constituinte, correspondentes à participação social, à atuação do governo e à política formal respectivamente. Houve pressão do movimento sanitário para a implementação da Reforma diante da paralisia do Ministério da Saúde logo após a 8ª Conferência e forte atuação da Abrasco para mediar conflitos entre o movimento e o governo e reforçar os ideais da reforma.

Embora durante toda a 8ª Conferência tenha se enfatizado o caráter amplo da RS, mostrando a preocupação de que ela não fosse reduzida a uma reforma administrativa da saúde, no primeiro documento produzido pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária verificamos um posicionamento diferente: admitia-se a reforma na administração, mas não só ela. Segundo Paim, 2008, essa expressão mostrava a Revolução Passiva¹⁰ se aproximando.

As Ações Integradas em Saúde caminharam para a criação de um sistema de transição para o SUS, os chamados Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS). Embora alguns atores do movimento criticassem essas ações como tentativa de esvaziar o processo de Reforma, focando-se na reforma administrativa, outros a defendiam como estratégia necessária. Algumas entidades se pronunciaram para lembrar dos preceitos da Reforma, como no caso do PCB que vinculou a ela a “Reforma Agrária; Reforma Urbana; distribuição da renda; rompimento com a dependência externa; controle social dos meios de comunicação; ensino gratuito; controle do ambiente e acesso à assistência à saúde” (PAIM, 2008, p. 136). O então presidente da Fiocruz, Sérgio Arouca, dizia que o SUDS não deveria ser confundido com a RS, mas significava um grande avanço (PAIM, 2008).

Durante a Plenária Nacional Constituinte, 1987, o movimento sanitário destacou a característica suprapartidária da Reforma e a oposição ao regime militar. Nesse momento torna-se bastante marcada as polaridades entre o movimento da RS e o interesse do Capital privado: além do enfrentamento com o lobby dos donos de bancos de sangue, interessados na comercialização de seu “produto”, as propostas apoiadas pelos representantes do capital recebiam imensamente mais apoio. As alternativas dos partidos políticos denominados “centrão” colocaram em risco as iniciativas mais inovadoras, no caso da saúde os retrocessos foram denunciados em plenária buscando uma ofensiva articulada com a sociedade civil, governadores e parlamentares (idem).

A dura luta do movimento da RS na Constituinte acabou por tornar a RS refém do setor saúde, posição contrária ao que havia sido defendido até então, mas não sem a percepção crítica de seus integrantes e um chamado para a luta ideológica com a intenção de que os objetivos da RS não se perdessem (idem)

A Reforma Sanitária escrita na Constituição não representará nada se não produzir um impacto concreto sobre a saúde do cidadão. Ela tem que ganhar o espaço da comunidade, do lar, da fábrica, das escolas e ali efetivamente produzir transformações que contribuam para o bem estar da população e para a construção de uma sociedade democrática, justa e independente (AROUCA, 1988, p. 8 apud PAIM, 2008, p. 148).

A Lei Orgânica da Saúde aprovada nos anos seguintes talvez tenha dado a sensação de luta vencida pelo movimento da RS, visto que suas bases políticas e sociais não aumentaram, contudo tratava-se de uma batalha vencida e não da guerra (RODRIGUES NETO, 1997, p. 89 apud PAIM, 2008, p. 149)

¹⁰ Conceito de Gramsci para a revolução realizada de cima para baixo, como atendimento de algumas demandas populares na tentativa de restabelecimento do equilíbrio social. Compreende momentos de reação conservadora e de renovação (COUTINHO, 2010).

Embora a RS tenha sido proposta a partir de ideais socialistas, aos poucos seu projeto se inclina em direção aos aspectos capitalistas, como a inclusão da iniciativa privada. Mundialmente a economia passava por uma onda de reformas neoliberais, fortemente amparadas por órgãos de defesa do capitalismo, nesse contexto a RS travava uma luta bastante desigual.

As noções de regionalização, hierarquização, participação comunitária, multiprofissionalidade, entre outras, foram derivadas do Preventivismo, que havia operacionalizado a Medicina Comunitária (DONNANGELO, 1976 apud PAIM, 2008). Além desses conceitos o planejamento, a administração, análises de custo-benefício, custo-efetividade, programação, planejamento (ainda que participativo), sistemas de informação foram constitutivos do projeto da RS, principalmente na operacionalização dos serviços de saúde (PAIM, 2008). Mas não podemos deixar de sublinhar que a RS seria, ainda, uma prática teórica para o enfrentamento do Dilema Preventivista (AROUCA, 2003 apud PAIM, 2008). Contudo, verificamos na história da saúde que tais conceitos organizativos dos serviços derivam da visão neoclássica da economia, ou seja, a saúde na perspectiva econômica capitalista (BRAGA; PAULA, 1981). Embora tenha se tentado superar o Dilema Preventivista, as próprias bases de organização da RS estiveram ligadas ao capitalismo.

A Norma Operacional Básica (NOB) do SUS, de 1996, conhecida como NOB 96, ilustra bem essa situação ao criar dois subsistemas de saúde, gestão plena e gestão plena da atenção básica, abrindo caminho e incentivando a submissão às terceirizações:

[...] os hospitais estatais deverão, em princípio, ser transformados em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal (BUENO; MEHRY, 1997, p.8).

Além do alinhamento ao projeto neoliberal, a NOB 96 retirou a autonomia dos municípios para adequar os recursos para o SUS, ou seja, só se acessava um recurso específico se houvesse adesão aos programas, mesmo que não fosse adequado a uma dada realidade municipal, não havia possibilidade de usar o recurso diante da demanda da população e deliberações dos espaços de controle social. Ou se aceitava o programa ou não havia recurso financeiro (BUENO; MEHRY, 1997).

A crescente mercantilização da saúde oficializada pelas amarras institucionais do Estado que procuravam exaltar a administração privada, em detrimento da pública, impediram a implementação do SUS, invertendo a lógica da saúde. Nesse caminho, temos o exemplo de programas como a Estratégia Saúde da Família, que após sua experiência inicial foram oficializados e nesse processo reduzidos a ações mínimas para a população pobre (idem).

Rizzoto, 2000, afirma que o BM junto a determinadas políticas de governo, buscaram no decorrer da década de 1990 o desmonte do SUS, já que seu objetivo não seria a contribuição para o desenvolvimento econômico e social de países periféricos do capitalismo, mas influenciar as políticas para reduzir o papel do Estado na saúde, ampliando a participação

de empresas privadas. A autora chama as investidas contra o SUS de Contrarreforma, já que restringia ou anulava direitos conquistados (RIZZOTO, 2000).

2 POLÍTICAS ECONÔMICAS EXTERNAS E INFLUÊNCIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Sob orientação do BM as políticas neoliberais foram impostas aos países europeus e latino-americanos, como condicionalidade para efetivação de empréstimos de ajuste estrutural a partir da década de 1980. As medidas específicas impostas ao setor saúde estavam vinculadas à ideia de combate à pobreza, elaboradas pelos Estados Unidos. Este país teve um papel muito importante na construção das políticas do BM na área social, uma vez que controlavam a Organização Mundial da Saúde (OMS) e participavam como potência na difusão do modelo sanitário e médico-científico desde a década de 1950 (ALMEIDA, 2014).

As características do modelo estadunidense difundido estavam na centralidade do hospital, da alta tecnologia empregada e da prática especializada, essa última característica também influenciou o tipo de formação do profissional médico nos países que aceitaram as condições do BM. A partir desses moldes podemos citar três consequências para os sistemas de saúde: “privilégio à assistência médica na organização dos sistemas de saúde, modificações na carreira acadêmica e mudanças na estrutura de poder interna à profissão médica, com valorização dos especialistas” (ALMEIDA, 2014, p. 185).

As ações do BM a partir da década de 1980 tomam novos rumos pela soma de Ronald Reagan na presidência dos EUA (1981) e a nova presidência do banco assumida pelo ex-congressista republicano Baber Conable (1986). Essa combinação direcionou suas ações para pressionar os países prestatários ao fim do protecionismo econômico, além da crença do presidente norte-americano na iniciativa privada e as ações do banco também nessa direção: “introducir el ajuste estructural y el programa estadounidense en todo el mundo y convertir al Banco en un instrumento efectivo de esa misión, lo que era ni más ni menos que convertir el planeta al reaganism¹¹”(GEORGE; SABELLI, 1994, p. 164 apud RIZZOTO, 2000, p. 69).

Em um plano mais geral, as políticas neoliberais diziam, principalmente, sobre a redução dos serviços públicos proporcionando a abertura para terceirizações, em resumo tratava-se do desmonte da política keynesiana.

O discurso oficial do BM era fortemente centrado no ‘desenvolvimento’ dos países com escassez de recursos financeiros. Acreditava-se que com a injeção de capital os países que não conseguiam se desenvolver “naturalmente” teriam condições de aumentar o setor da

¹¹ “introduzir o ajuste estrutural e o programa estadunidense em todo o mundo e converter o Banco em um instrumento efetivo dessa missão, o que era nem mais nem menos que converter o planeta ao reaganismo” (GEORGE; SABELLI, 1994, p. 164 apud RIZZOTO, 2000, p. 69, tradução nossa).

produção já existentes. Seria a passagem de países majoritariamente agrícolas, para países industrializados, apoiado na ampliação técnico-científica para aumentar a produção e consequentemente seu Produto Interno Bruto (PIB).

Para o BM o ideal a ser conquistado através dos financiamentos aos países periféricos do capitalismo seria o desenvolvimento da economia, aumento de empregos e salários e, por conta desses fatores, melhor qualidade de vida para a população, daí a necessidade de submissão à suas políticas sociais e econômicas. Contudo a realidade de muitos países financiados, durante as décadas de 1960 e 1970, estava ligada a crescente concentração de renda, aumentando a quantidade de pessoas em estado de pobreza e intensificação das desigualdades entre países ricos e pobres. O fracasso do BM foi, inicialmente, atribuído à incapacidade dos países em administrar os recursos e empregá-los eficientemente. A partir dos anos 1970 a estratégia do BM muda e as necessidades básicas e combate à pobreza passam a ter foco principal, não mais com soluções derivadas das políticas públicas, mas com ações voltadas diretamente para elas, mesmo que ainda atreladas ao desenvolvimento econômico (RIZZOTO, 2000).

A gestão de MacNamara à frente do BM aconteceu entre 1968 e 1981, para ele as condições que ofereciam os países subdesenvolvidos à sua população poderiam impulsionar as revoltas e a expansão do comunismo, por isso, era necessário combater essas condições para o desenvolvimento capitalista (ALMEIDA, 2014).

Em 1973 Halfdan Mahler torna-se diretor da Organização Mundial da Saúde (OMS) e permanece quinze anos no cargo. Sua política era voltada para o direito à saúde, equidade de acesso, superação das desigualdades (idem), uma política em consonância com o Estado Social e sua disseminação pelo mundo. Mahler defendeu, também, a Declaração de Alma Ata e sua implementação, com a Atenção Primária em Saúde ocupando lugar primordial para atingir as metas do Programa Saúde Para Todos no Ano 2000.

O interesse do BM no setor saúde aparece oficialmente em um documento de 1975, “Salud: documento de política sectorial”, de forma indireta. Este documento é um marco para a análise da estratégia do BM, pois é a partir desse momento que a parceria do BM com a OMS se estabelece. O BM mantém-se em segundo plano, influenciando os países financiados com a execução de suas propostas através da OMS, uma vez que se tornam consultores financeiros das políticas de saúde desse órgão (RIZZOTO, 2000).

Para além do discurso de redução da pobreza mundial, outro interesse do BM na saúde, não divulgado abertamente, dizia respeito à abertura de um mercado amplamente rentável que necessitava de ampliação de investimentos e retorno de lucro ao capital privado.

A parceria OMS e BM foi marcada pela luta de paradigmas, diante de diferentes visões em cada uma das instituições. A defesa de Mahler em relação à Declaração de Alma Ata é tida como idealista e talvez como uma perspectiva muito à esquerda, para o BM,

embora fosse uma defesa do capitalismo à maneira keynesiana¹². Logo após a aprovação da Atenção Primária em Saúde, novas estratégias são adotadas e cria-se a Atenção Primária Seletiva, termo com a mesma sigla da Atenção Primária em Saúde, mas com bases opostas: ações de baixo custo, limitadas, facilmente monitoradas e avaliadas (ALMEIDA, 2014). O novo plano definia os pobres como alvo de políticas reduzidas, tanto em recursos quanto em abrangência. Em 1980 o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) colocou em prática a Atenção Primária Seletiva (idem).

As políticas do BM se radicalizam a partir dos anos 1980, intensificando o neoliberalismo através das condicionalidades impostas. É nesse momento que o desenvolvimento fica atrelado, ideologicamente, à noção de globalização da economia, servindo de estratégia para fazer países despreparados servirem aos interesses internacionais dominantes. Esse discurso produz características nefastas e desmobilizadoras, pois não encontra barreiras ao aprofundamento do MCP (RIZZOTO, 2000).

Até aquele momento a OMS se configurava como uma instituição capitalista visando à saúde da população, contudo sua forma de atuar a ligava a um “capitalismo humanizado”. Como exemplos estão as propostas de alimentação infantil focada no aleitamento materno, da década de 1970, confrontando a indústria de fórmulas industrializadas da Nestlé, e a oposição ao Programa de Medicamentos Essenciais, de 1978, formulada juntamente à indústria farmacêutica multinacional norte americana (ALMEIDA, 2014). A parceria com o BM parece ter levado um novo paradigma para o interior da OMS, da abertura dos mercados a partir das propostas em saúde e, conseqüentemente, mais poder para a implantação das políticas neoliberais. Contudo essa situação instalou uma crise entre OMS e BM, na qual as divergências foram retaliadas com a diminuição do financiamento e autonomia da OMS.

A saída de Mahler, em 1988, explicita as mudanças da OMS e sua aproximação da defesa ideológica capitalista neoliberal, seu sucessor foi responsável pelo “enterro simbólico da OMS”. Hiroshi Nakagima, um pesquisador japonês, tornou a instituição menos combativa e mais alinhada aos interesses hegemônicos, sua gestão tecnocrática foi marcada pelas parcerias público-privadas, colocando as doenças no centro das discussões e desconsiderando as desigualdades sociais (idem). A partir de Nakagima, a OMS se reconfigura em uma perspectiva alinhada ao aprofundamento do capitalismo, e a defesa dessa perspectiva continuou com seus sucessores.

Com o aumento das desigualdades sociais nos países capitalistas, um discurso de combate à pobreza retorna na década de 1990, no entanto permanecendo mais no discurso. Foi também uma forma do BM justificar que a política econômica de crescimento era

¹² John Maynard Keynes (1883-1946), economista britânico, foi o responsável pela teoria econômica que influenciou a Inglaterra e grande parte da Europa na reconstrução da economia no pós II Guerra Mundial, através da intervenção do Estado, e levou ao período do Estado Social. Pregava uma economia mais igualitária, inclusive entre os países como estratégias de desenvolvimento. Nos países periféricos do capitalismo essa política teria poder para impedir a expansão do comunismo. O pleno emprego também era defendido, na perspectiva de que a renda dos trabalhadores empregados estimularia a economia e criaria novos postos de trabalho (RIZZOTO, 2000).

benéfica, em qualquer circunstância para a população mais pobre, uma vez que: “práticas como ajuste fiscal, abertura de mercado, redução da inflação e leis de propriedade privada são mais eficientes no combate à pobreza que gastos sociais, investimentos em educação e democracia” (Folha de São Paulo, 6 de jun. 2000, p.A-4 apud RIZZOTO, 2000, p. 97).

Embora para a população pobre a saúde estivesse prevista pelos programas reduzidos do Estado, para a população com poder aquisitivo previa-se a constituição de serviços de saúde nas mãos da iniciativa privada, já como perspectiva de ampliação do mercado da saúde. Para longe do espírito de bem-estar do BM com relação aos desfavorecidos do capitalismo, as propostas de saúde para os pobres estava embasada no mínimo equilíbrio social para o avanço do capitalismo, sem ameaças política geradas pela instabilidade que a pobreza poderia gerar (RIZZOTO, 2000).

No Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial 2000/2001: Luta Contra a Pobreza, propõem-se estratégias para “gestão de riscos”, argumentando a redução de custos em contraposição à reparação da pobreza. A redução do Estado entra na proposta através da “autonomia” de cada indivíduo e cada lar em se auto protegerem (ALMEIDA, 2014), expressando claramente a ideologia neoliberal na conta individual.

Importante lembrar, que a partir de 1989, com a queda do muro de Berlim e o fim da Guerra Fria, reconhecendo-se o capitalismo como grande vencedor da batalha ideológica mundial, o BM não precisaria mais preocupar-se em “humanizar o capital” com a finalidade de defesa ideológica contra o comunismo, seus esforços em tornar o mundo capitalista a salvo da pobreza e promover o desenvolvimento para demonstrar os benefícios do capitalismo já não são tão necessários¹³. Diante disso, a pobreza passa a ser vista como algo natural da humanidade, cabendo ações para aliviá-la, assim como ao sofrimento das pessoas (RIZZOTO, 2000). Segundo o BM: “investimentos públicos para os pobres, na área da saúde, reduzem a pobreza ou mitigam suas consequências” (Banco Mundial, 1993, p.56 apud RIZZOTO, 2000, p. 121).

Ao contrário dos ideais da RS e do Estado Social, a saúde na concepção do BM não tinha caráter universal, mas estaria ligada a uma benfeitoria de um Estado benevolente e, ao mesmo tempo, ligadas à uma teoria naturalista e a-histórica do homem (RIZZOTO, 2000). A saúde continuaria restrita à manutenção da mão-de-obra, aumento de produtividade e a vida humana voltada para o trabalho e o consumo¹⁴. A justificativa para cuidar da saúde dos trabalhadores estaria no maior custo despendido diante da ausência da força de trabalho e perdas da produção como consequências do trabalhador doente. A visão do BM sobre a saúde é limitada pelos fatores de desenvolvimento da economia.

¹³ Verificar “Linha do Tempo” no final desta dissertação, p. 187.

¹⁴ Arouca, 2003, em “O Dilema Preventivista”, desenvolve uma reflexão sobre a Medicina Comunitária na manutenção da força de trabalho, ver Ensaio 2.

As agências financiadoras como BM e OMS embora com discurso de erradicação da pobreza em alguns momentos e melhoria da saúde da população no mundo, são primeiramente agências financeiras para o desenvolvimento do capitalismo, e é esse sistema econômico que tem a prioridade em suas ações. Não percamos isso de vista.

3 HEGEMONIA NEOLIBERAL COMO CONTRARREFORMA DA SAÚDE COLETIVA

Coutinho, 2010, forja o termo Hegemonia da Pequena Política, termo derivado do conceito gramsciano Pequena Política para explicar a maneira como se dá a hegemonia no neoliberalismo:

A grande política compreende as questões ligadas à fundação de novos Estados, à luta pela destruição, pela defesa, pela conservação de determinadas estruturas orgânicas econômico-sociais. A pequena política compreende as questões parciais e cotidianas que se apresentam no interior de uma estrutura já estabelecida em decorrência de lutas pela predominância entre as diversas frações de uma mesma classe política (política do dia a dia, política parlamentar, de corredor, de intrigas). Portanto, é grande política tentar excluir a pequena política do âmbito interno da vida estatal e reduzir tudo a pequena política (GRAMSCI, 1999, p. 21 apud COUTINHO, 2010, p. 29)

A pequena política estaria ligada às questões parciais e cotidianas de uma estrutura já estabelecida, dentro de um mesmo grupo, enquanto a grande política estaria vinculada às questões da luta hegemônica e fundação de novos Estados. Reduzir as questões da grande política à pequena política seria uma das questões principais da grande política, para continuar como política hegemônica.

A luta hegemônica hoje não está entre modelos de sociedade, mas restringida a questões da sociedade capitalista apenas, voltada para algo diferente das Ideologias Orgânicas, aquelas que expressam de forma bem definidas uma concepção de mundo, a ideologia vigente é borrada, há falta de definição, levando à defesa do sistema econômico sem sabê-lo. Estamos no registro de concepções que proporcionam o desenvolvimento do Capital, através do enraizamento no senso comum de concepções de mundo, muitas vezes contraditórias, mas que orientam o pensamento das massas. Dessa forma, mesmo que a população não defenda diretamente o capitalismo, a concepção de mundo que se tem garante seu desenvolvimento e isso fica claro quando pensamos no individualismo, no privatismo e na naturalização das relações sociais (COUTINHO, 2010).

A hegemonia da pequena política estaria organizada pelo consenso passivo, que não compreende a atuação participativa das massas (partidos, sociedade civil organizada, etc), mas uma aceitação e naturalização do contexto vivido (idem). A participação política, então, fica restrita aos políticos profissionais, sem interferência da população que entende que não há como provocar mudanças, uma vez que as coisas são como são, baseadas na disputa de poder entre as elites.

O termo Revolução Passiva definido por Gramsci refere-se a uma Reforma de cima para baixo, sem que a população participe de sua construção, é um termo contrário à Revolução Jacobina, cuja realização se dá de baixo para cima, ou seja, das camadas populares rompendo radicalmente com a ordem política estabelecida. A Revolução Passiva compreende dois momentos: 1) Restauração: reação conservadora diante de uma possível revolução popular; 2) Renovação: o atendimento de algumas demandas populares, pela ordem política vigente em caráter de concessão, para acalmar as massas. Então, algumas modificações são efetivadas, embora também ocorra o aspecto restaurador (COUTINHO, 2010).

O termo Contrarreforma foi pouco usado por Gramsci, segundo Coutinho (2010), mas traz uma perspectiva própria da Restauração de uma ordem, sem descartar aspectos de combinação entre o velho e o novo, embora o preponderante seja o velho. A Contrarreforma traz em sua origem a oposição à Reforma, usada como ações provenientes das classes populares para provocar mudanças na sociedade, ligadas à ideais progressistas e de esquerda. Com a intensificação das ações neoliberais, o termo Reforma passou a ser utilizado em seu sentido oposto. Se aproveitando da simpatia que o termo criava, por sua ligação às conquistas sociais, a Reforma no sentido neoliberal significou a perda de direitos com cortes de recursos, restrições de acesso, supressão de direitos, etc (idem).

Embora a RS tenha emergido da sociedade, em sua tensão para conquistar direitos foi vencida pelo capitalismo e implementada nos moldes da Revolução Passiva, ou seja, com aspectos de Renovação (ampliação e universalização da saúde), mas também através da Restauração (permanência e expansão da abertura do público para o privado), de forma que a própria RS foi bastante modificada com relação aos seus ideais e horizonte ético.

As Reformas neoliberais embora se apresentem como propostas de ampliação do bem social e, sempre como discurso único de resolução para crises econômicas, na prática são a redução e precarização do apoio estatal para a população, como bem nos remete os termos, Reforma da Previdência e Reforma trabalhista, entre outras reformas.

Na conjuntura político-econômica do capitalismo neoliberal o movimento de Restauração-Renovação típico da Revolução Passiva não pode ser encontrado, segundo Coutinho, 2010, uma vez que as forças opostas ao sistema econômico, a classe trabalhadora, foi obrigada a recuar nas lutas por mais direitos e passaram a defender o que haviam conquistado. No momento atual não há exceção aberta para atender as demandas da população, mas uma eliminação massiva dos direitos conquistados outrora. Trata-se de uma Restauração do capitalismo selvagem, regido apenas pelo mercado, através da Contrarreforma.

Podemos ainda refletir o curso da RS, como política estatal, nos termos da Guerra de Posição¹⁵, conceito que Gramsci usa a partir das guerras para pensar a política, aplicado à

¹⁵ “Na guerra militar, alcançado o objetivo estratégico – destruição do exército inimigo e ocupação de seu território –, chega-se à paz. Deve-se também observar que, para que a guerra termine, basta que o objetivo estratégico seja alcançado apenas potencialmente: ou seja, basta que não haja dúvida de que um exército não

saúde por Jaime de Oliveira (1988). Marca-se aqui a luta hegemônica, na qual a “superação” se dá pela “incorporação”, em uma relação dinâmica com o momento anterior, que abre a possibilidade para algo novo. Trata-se de continuidade e não de ruptura.

O processo de hegemonia gramsciana através da guerra de posição aconteceria com a ocupação do Estado por uma classe diferente da hegemônica, mas para isso deve ocorrer uma “quebra” anterior. Há a necessidade de promover transformações estruturais no Estado capitalista, pois sem isso não perderia seu caráter de classe, “ou seja: mesmo que eventualmente ocupado por atores heterodoxos, continua preservando seu papel vital frente à reprodução das condições gerais de produção capitalista” (OLIVEIRA, 1988, p. 87).

Dessa forma, Oliveira frisa que a guerra de posição prevê a “quebra do Estado”, no entanto essa “quebra” tem que ocorrer antes da tomada do poder político. Essa concepção torna o Estado como um lugar de possível luta revolucionária.

Mas a guerra de posição não se resume a isso, a ocupação do Estado, sublinhando que Estado aqui se refere ao Estado Ampliado, ou seja, sociedade política e sociedade civil. Nessa soma que define o Estado não há divisão entre aparelho de estado e aparelho privado, da mesma forma que aparelho público e privado, todos estão unidos para garantir a reprodução do modo de produção. A guerra de posição, então, trata da necessidade de desenvolver ação política e ideológica que abranja todo o processo de luta pela hegemonia (OLIVEIRA, 1988)

A participação ativa do Estado no sistema capitalista é indispensável para a perpetuação desse sistema econômico, e essa participação ocorre através das Políticas Públicas. Essa análise da participação do Estado é feita a partir da Teoria Derivacionista do Estado:

Essa corrente de pensamento político marxista alemão contemporâneo busca “derivar”, da análise da economia política capitalista presente nas obras “econômicas” de maturidade de Marx, indicações para pensar o fenômeno político da “forma e funções do Estado” capitalista e, trabalhando nesta direção, tem sido capaz de explorar o papel “sobredeterminante” fundamental que o Estado capitalista precisa jogar no sentido de garantir as “condições gerais de produção” e, por esta via, as condições de “reprodução do modo de produção”, uma vez que estas “condições gerais” (econômicas e político-ideológicas) não são criadas totalmente ao nível da própria fábrica, i. e., da empresa capitalista privada individual. Devendo, portanto, ser assegurada por uma ação mais ampla, a nível superestrutural, da qual a

pode mais lutar e de que o exército vitorioso “pode” ocupar o território inimigo. A luta política é muitíssimo mais complexa: em certo sentido, pode ser comparada às guerras coloniais ou às velhas guerras de conquista, ou seja, quando o exército vitorioso ocupa ou se propõe ocupar permanentemente todo ou uma parte do território conquistado. Então, o exército vencido é desarmado e dispersado, mas a luta continua em terreno político e da “preparação” militar. Assim, a luta política da Índia contra os ingleses (e, em certa medida, a luta da Alemanha contra a França ou da Hungria contra a Pequena Entente) conhece três formas de guerra: de movimento, de posição e subterrânea. A resistência passiva de Gandhi é uma guerra de posição, que em determinados momentos se transforma em guerra de movimento e, em outros, em guerra subterrânea: o boicote é guerra de posição, as greves são guerra de movimento, a preparação clandestina de armas e elementos combativos de assalto é guerra subterrânea” (GRAMSCI, 2011, p. 295).

atuação “estatal” no sentido restrito (i. e., as “políticas públicas”) é parte importante (OLIVEIRA, 1988, p. 88)

As Políticas Públicas seriam os meios pelo qual o Estado age para manter o status quo. Elas garantiriam as condições econômicas e as político-ideológicas de reprodução do sistema hegemônico e seu modo de produção. Oliveira, 1988, nos pergunta, dado a função das Políticas Públicas, quais seriam nossas alternativas para um projeto de transformação radical, quais nossas alternativas revolucionárias? A essa pergunta ele não nos apresenta respostas diretas, mas mostra a necessidade de compreensão mais aprofundada das formas como o Estado atende aos interesses do Capital:

- 1) Racionalidade burocrática como “filtro” que adaptam as demandas aos “limites estruturais;
- 2) Restrições estruturais que demarcam os limites intransponíveis;
- 3) Interesse na estabilidade dos grupos governantes, com a manutenção dos mecanismos e procedimentos estabelecidos;
- 4) “Estadolaria” como posicionamento de funcionários que se reconhecem como aliados dos setores subalternos da sociedade civil, mas que não percebem que pela sua inserção institucional incorporam aspectos da “lógica” do Estado de defesa do sistema hegemônico, em resumo, a “estadolaria” seria uma identificação acrítica de tudo que é “estatal” com o “público”, em oposição ao “privado”, que como vimos é uma oposição inexistente;
- 5) “corporativismo dos funcionários” confundido com reivindicações e interesses de setores subalternos da sociedade civil;
- 6) “transformismo” como processo de cooptação de lideranças sociais, aliados e intelectuais pelo bloco dominante;
- 7) o “pessoal do Estado”, representado por intelectuais tradicionais, como um dos campos de luta pela hegemonia, na falsa luta entre “público” e “privado”;
- 8) a participação da sociedade civil que avança naquele momento (década de 1980) se não for realizada de forma consciente das restrições apontadas anteriormente e com a clara concepção dos interesses do Estado, corre o risco de ser cooptada ou de passar pelo processo de transformismo.

Essa perspectiva teórica com relação ao Estado e as forças político-econômicas que o compõem nos dizem que a ocupação do Estado sem sua “quebra”, ainda que seja por forças heterodoxas poderiam no máximo instalar uma gestão humanizada de um Estado capitalista.

A Revolução Passiva e a Guerra de Posição não são termos que se auto-excluem, os dois termos podem se relacionar segundo Gramsci (GRAMSCI, 2011). No conceito de Revolução Passiva pode ocorrer modificações moleculares, que transformam

progressivamente a organização e composição das forças anteriores, o que as torna matriz de novas modificações. Nessa reorganização podemos considerar a passagem da “guerra manobrada” para a “guerra de posição” (GRAMSCI, 2011).

Consideramos relevante para compreender a conjuntura política, e a própria SM, nos aprofundarmos um pouco mais no conceito criado por Gramsci, o Transformismo. Ele é caracterizado por um processo que através da “cooptação de lideranças políticas e culturais das classes subalternas, busca excluí-las de todo efetivo protagonismo nos processos de transformação social” (COUTINHO, 2010, p. 38).

A presença simultânea de aparelhos de hegemonia próprios desses dois diferentes modelos revelava, de certo modo, a persistência de uma indefinição quanto ao tipo de sociedade ocidental que iríamos construir. Infelizmente, a chegada do PT ao governo federal em 2003, longe de contribuir para minar a hegemonia neoliberal, como muitos esperavam, reforçou-a de modo significativo. A adoção pelo governo petista de uma política macroeconômica abertamente neoliberal – e a cooptação para essa política de importantes movimentos sociais ou, pelo menos, a neutralização da maioria deles – desarmou as resistências ao modo liberal-corporativo e assim abriu caminho para uma maior e mais estável consolidação da hegemonia neoliberal entre nós. Estamos assistindo a uma clara manifestação daquilo que Gramsci chamou de “transformismo”, ou seja, a cooptação pelo bloco de poder das principais lideranças da oposição. E esse transformismo, que já se iniciava no governo Cardoso, consolidou definitivamente o predomínio entre nós da hegemonia da pequena política (COUTINHO, 2010, p.42).

Não podemos deixar de analisar que o transformismo ocorrido no Partido dos Trabalhadores (PT), assim que a presidência da república é assumida em 2003, também se expressa nas políticas públicas de Saúde Mental e nos movimentos sociais¹⁶ antimanicomiais, uma vez que a grande maioria deles eram formados por filiados ou simpatizantes ao PT, assim como a grande maioria dos trabalhadores da Saúde Mental e muitos gestores. Apesar da expectativa para o fechamento da totalidade dos manicômios brasileiros e para a criação de uma rede substitutiva de Atenção Psicossocial, até o término da gestão federal do PT (2016 com o impeachment da presidente Dilma Rousseff) as conquistas não alcançaram o esperado.

Contudo, assim como as mudanças ocorridas ao longo do tempo na RS, a luta antimanicomial e o processo da RP também se transformaram. No momento de chegada do PT ao governo federal, esses movimentos não se constituíam mais como no início, de forma que compartilhavam da visão não revolucionária, perdendo de vista os ideais de ampla transformação social, e da não modificação estrutural da sociedade, somando-se à visão política de aproximação aos grupos políticos diversos para manter o hegemônico, a diferença nesse momento se resume na ausência de oposição como estratégia dos movimentos, uma vez que são aliados ao partido no poder.

¹⁶ “Toda a vida estatal italiana, a partir de 1848, é caracterizada pelo transformismo, ou seja, pela elaboração de uma classe dirigente cada vez mais ampla [...], com a absorção gradual mas contínua, e obtida com métodos de variada eficácia, dos elementos ativos surgidos dos grupos aliados e mesmo dos adversários e que pareciam irreconciliavelmente inimigos. Neste sentido, a direção política se tornou um aspecto da função de domínio, uma vez que a absorção das elites dos grupos inimigos leva à decapitação destes e a sua aniquilação por um período frequentemente muito longo [...]” (GRAMSCI, 2011, p. 318).

A política adotada para a Saúde Mental focou-se na abertura de serviços, no acesso da população e na pouca qualificação dos equipamentos. Embora a estratégia adotada fosse defendida como aproveitamento do momento propício para o financiamento dos serviços, inclusive com subsídio inicial para construção e/ou abertura. No entanto, em muitos lugares a inauguração de um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico não barrou a reprodução de relações manicomialis. Esperava-se que os serviços fossem fortes o suficiente para transformar as práticas, mas não foi o que aconteceu.

Precisamos frisar, ainda, que foi justamente no período citado que dois documentos oficiais mostraram as contradições do modelo neoliberal na política de saúde mental e a concordância com essa proposta pelo Estado: 1) Intensificação das terceirizações e, conseqüentemente, CAPS administrados por Organizações Sociais (OS)¹⁷; 2) Entrada das Comunidades Terapêuticas (CT) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A partir do Transformismo do PT vivenciamos a maior abertura do governo para a Contrarreforma no SUS e na política nacional de Saúde Mental, sem a oposição ou crítica dos movimentos sociais.

4 REFORMA PSIQUIÁTRICA: ASILAMENTO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CAMPO POLÍTICO

Para analisarmos *um dos aspectos* da Reforma Psiquiátrica levaremos em consideração a luta hegemônica travada entre a Psiquiatria asilar e a Atenção Psicossocial. A primeira representada inicialmente pelo manicômio e sua ciência médica, mas que vai evoluindo no decorrer da história e se atualiza no Manicômio Químico (COSTA-ROSA, 2013; FLEMING, 1976), ou seja, reproduzindo relações manicomialis de formas muito mais sutis, como a medicação, mas ainda anulando o sujeito¹⁸. Ela, ainda, é representada pelo

¹⁷ Mesmo com a Lei de Responsabilidade Fiscal, Lei Complementar nº 101/2000, muitos municípios com taxa bastante aquém do limite imposto, optam pela contratação de OS para administrar serviços de saúde. Como exemplo podemos citar a cidade de São Paulo durante a gestão de Fernando Haddad (PT), com Alexandre Padilha à frente da Secretaria de Saúde e Roberto Tykanori como coordenador de Saúde Mental, com despesa de pessoal na casa dos 34,18% (SÃO PAULO, 2016), quando o limite pela LRF é de 60%, sendo 6% para despesas do Legislativo, incluindo o Tribunal de Contas, e 54% para o Executivo (BRASIL, 2000).

¹⁸ Consideramos aqui o sujeito como sujeito do desejo e do carecimento, consonante a Ética da Psicanálise, campo Freud-Lacan (indivíduo + inconsciente), e a Ética do Carecimento, de Marx. O sujeito é aquele com possibilidades de produzir o saber inconsciente sobre si e sobre a formação social que o constitui subjetivamente e que podem levá-lo ao sofrimento psíquico. Já o carecimento remete à falta de algo, como demanda que não está baseada no dinheiro, mas na paixão e desejo, em consonância com uma sociedade coletiva, na produção e no usufruto (COSTA-ROSA, 2013). Ambos os conceitos estão ligados à noção de desejo na psicanálise, capaz de impulsionar o sujeito como metonímia do ser, vazio constitucional que leva o sujeito a se interrogar sobre si, produzindo o saber inconsciente (idem). “Essa revolução, como se pode perceber, erige uma nova figura ético-política do sujeito. No plano da análise e de ação que nos interessam, pode-se dizer que reencontramos o sujeito originalmente freudiano”. Nomeá-lo “sujeito com sujeito do carecimento e do desejo”, além de indicar as determinações inconsciente/pulsionais e histórico-estruturais de sua existência e ação, aponta para a necessidade

Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) (COSTA-ROSA, 2013), e suas práticas têm como objetivo final a dominância do campo e o lucro, em consonância ao MCP, tanto na produção de materialidade quanto de subjetividade. Nessa perspectiva, não podemos deixar de mencionar a grande expansão da indústria de psicofármacos com a queda do monopólio dos Manicômios para o tratamento do sofrimento psíquico, que para além da medicação e medicalização do “louco”, também encontrou como alvo a própria sociedade.

Os grandes, em tamanho e quantidade, Manicômios¹⁹ brasileiros começaram a ser implantados no início do século XX, embora o Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, date de 1852. O Juqueri, um dos grandes hospícios do estado de SP, foi fundado em 1901 e chegou a ter quase 15.000 internos (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

As denúncias de maus-tratos no interior dos manicômios ocorrem em vários momentos de sua existência e são relatados como espaços insalubres, superlotados, com escassez de material básico, de comida e poucos profissionais. Embora houvesse um movimento internacional pela humanização do tratamento psiquiátrico, constituída pela crítica feita no pós II Guerra Mundial e a constatação de que os manicômios se pareciam muito com os campos de concentração, essa crítica internacional não teve efeitos no Brasil em um primeiro momento (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). O cuidado destinado às pessoas com sofrimento psíquico, consideradas “doentes” era centrado no hospital e no especialismo psiquiátrico, influências da visão norte-americana da saúde.

Durante a ditadura militar iniciada em 1964, mas, sobretudo na década de 1970 propaga-se por todo o país o financiamento de empresas particulares da saúde na construção e manutenção de hospitais, atingindo também o setor da Saúde Mental, com o financiamento da construção de vários polos manicomial pelo país. Os Manicômios particulares receberam vários internos provenientes dos manicômios públicos, como o Juqueri, como proposta de descentralização. Como consequência dessas medidas, os donos dos manicômios passaram a representar um grupo econômico bastante fortalecido, se beneficiando de uma riqueza garantida pelo Estado, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (YASUI, 2006).

O INPS, órgão responsável por centralizar administrativa e financeiramente os benefícios dos trabalhadores assalariados, inclusive da saúde, em 1966 alega incapacidade de

de se conceber a práxis da Atenção Psicossocial a partir de uma Clínica Crítica, na qual a clínica e a política estão superpostas e imbricadas, mesmo que em certos momentos se deva considerar sua distinção tanto para efeito de análise, quanto das outras ações” (COSTA-ROSA, 2013, pp. 298-299).

¹⁹ Espaços de asilamento de pessoas com sofrimento psíquico, consideradas “doentes” pela ciência médica psiquiátrica. Contudo, tornou-se lugar de depósito de indesejados sociais e pessoas com outras patologias que não possuíam lugar para viver ou foram rejeitadas, na maior parte dos casos, pela própria família. É comum encontrar, ainda hoje, nos Manicômios restantes no Brasil, pessoas com deficiências físicas ou sensoriais, internadas há décadas nos asilos psiquiátricos. É caracterizado por complexos arquitetônicos em forma de pavilhões, cercado por grades e por profissionais da saúde que, também, exercem a função de controle dos internos principalmente pelos cronogramas fixos que determinam a vida de cada um deles (horários para acordar, tomar banho, comer, para tomar a medicação, para sair dos quartos/celas, para fazer atividades terapêuticas, etc). Os internos são tratados como objetos da medicina, sem qualquer possibilidade de reconhecimento como sujeitos.

equipamentos de saúde e propõe a contratação de serviços terceirizados. Esse setor torna-se, claramente, grande beneficiado das ações do Estado, e passa a fazer parte da Constituição de 1967 e reiterada na Constituição de 1969. O INPS torna-se o principal comprador de serviços privados de saúde, estimulando o padrão de organização médica para o lucro. Em 1968 o Ministério da Saúde lança a proposta chamada de Plano Nacional de Saúde, que pretendia que todos os hospitais governamentais fossem vendidos para a iniciativa privada, transformando-os em empresas privadas, ao Estado caberia o papel de financiar os serviços privados, que seriam, também, custeados em parte pelos próprios pacientes (GIOVANELA, 2008).

Na década de 1970 vivenciamos um período de contestação em vários países, com foco nas políticas econômicas, esses movimentos somados ao período da Guerra Fria e as revoltas crescentes, abrem brechas para que as agências de financiamento econômico internacionais repensem suas propostas (ALMEIDA, 2014). É nesse momento que o modelo hospitalocêntrico norte-americano é descartado enquanto política pública, e apresenta-se o modelo da Psiquiatria Preventivo-Comunitária, cujo surgimento na década de 1960 contestava o “especialismo” da medicina, a assistência centrada no hospital e a forma do planejamento em saúde, junção da medicina com a administração. Os esforços para difusão dessa nova medicina também tinham o foco na diminuição dos custos, visto que a medicina hospitalocêntrica representava gastos elevados, pelo aparato e pelo profissional especializado, a saída seria oferecer serviços extra-hospitalares e racionalizar a prestação de serviços em saúde (idem).

No Brasil, o modelo privatista culmina em uma crise financeira do Estado e grande acúmulo de poder político e econômico nas mãos dos donos de manicômios. Mas, em contrapartida, é também um momento favorável para a organização de movimentos sociais tanto na saúde, quanto para um novo modelo de sociedade (Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica).

Dessa forma, estariam preparadas as condições necessárias para a mudança de modelo de cuidado/tratamento na Saúde Mental: crítica ao modelo hospitalocêntrico e especialista norte-americano, surgimento de uma medicina preventivista voltada à sociedade, efervescências sociais contestatórias dos modelos instituídos de sociedade e saúde, além de uma nova visão para a saúde das agências financiadoras internacionais.

Acreditamos que o movimento social na área da saúde, tanto da RS, quanto da RP, desempenharam um importante papel ao propor outro modelo e ao travar no campo social os movimentos de luta. O primeiro, com intenções de que as novas relações transbordassem o setor saúde e modificasse as bases da sociedade, inclusive política e economicamente, o segundo acreditando que poderia estabelecer novas relações com a loucura, que igualmente atingiriam a sociedade, sem deixar de lado a crítica sobre a “indústria da loucura” e o lucro. No entanto, parece-nos muito relevante a pressão das agências financiadoras para que as mudanças tenham ocorrido, uma vez que são elas que detêm o poder de imposição de medidas. Ao mesmo tempo, e sem colocar na conta internacional toda a responsabilidade pela mudança de modelo, a luta pela hegemonia na SM brasileira estabeleceu-se com o seguinte cenário: trabalhadores, usuários e movimentos sociais da SM a favor do Paradigma

Psicossocial, versus donos de Hospitais Psiquiátricos, trabalhadores e familiares de pessoas internadas nessas instituições, além do poder político como fruto da concentração de riquezas advindas dos manicômios.

Se ainda hoje o Brasil possui quase 26.000 leitos em hospitais psiquiátricos²⁰, mesmo com uma política nacional voltada para a Atenção Psicossocial e uma política internacional pelo fim dos grandes asilos, precisamos contabilizar o grande poder acumulado pelo Manicômio.

Lembramos que o cenário internacional é o primeiro a apresentar as críticas ao modelo de saúde vigente, tanto pela via econômica com o argumento de gastos excessivos, tanto pela via mais crítica sobre o próprio paradigma vigente, a centralidade médica e quais relações se estabeleciam. Essa Reforma da saúde, que tinha o cenário de fundo baseado nas revoltas sociais e crescimento da adesão ao comunismo/socialismo, faz com que a crítica tenha mais permeabilidade, o que nos aproxima, novamente, do conceito gramsciano de Revolução Passiva.

A partir da década de 1970 algumas mudanças já são implementadas, mas em meio à intensa luta no Processo de Estratégia de Hegemonia. Em 1973 o Manual para Assistência Psiquiátrica do Ministério da Assistência Social é aprovado, nele está contido o modelo de cuidados para o sofrimento psíquico baseado na Psiquiatria Preventivo Comunitária norte-americana. Essa nova psiquiatria, além de surgir como resposta a uma crise interna da medicina mental enquanto discurso científico (BEZERRA JR, 2014), também é uma resposta e adequação da medicina ao novo momento da economia a partir de meados da década de 1970.

Várias experiências embasadas na psiquiatria comunitária são colocadas em prática no Brasil (ES, MG, RJ, GB, PR SC e RS), além de cargos importantes passarem a ser ocupados por pessoas que defendiam essa nova prática psiquiátrica, como exemplo a diretoria da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

No estado de São Paulo, ainda em 1973, dezessete instituições de psiquiatria comunitária foram criadas, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde e universidades públicas e privadas, através dos departamentos de psiquiatria e psicologia médica, ficaram conhecidos como os “Convênios de 73”. Foi essa experiência que subsidiou a formação dos profissionais da SM para atuarem, mais tarde, nas equipes mínimas de SM na Atenção Básica e nos primeiros CAPS, uma vez que por anos esses Ambulatórios foram os únicos a ofertar um serviço de saúde mental diferente da proposta manicomial, em SP (COSTA-ROSA, 2013).

²⁰ Segundo publicação do Ministério da Saúde, 2015, Saúde Mental em Dados 12, em dezembro de 2014 o país possuía 25.988 leitos SUS em hospitais psiquiátricos. Em 2002 esse número era de 51.393, ou seja, em 12 anos o número de leitos caiu pela metade.

Fora do âmbito institucional o movimento social começa a ter consciência de si, através de uma série de episódios e embates que levam à organização e reconhecimento do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), a partir de 1978 (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). É também nesse ano que a Reforma Psiquiátrica passa a ser nomeada dessa forma, por Amarante, tanto inspirado pela RS, quanto pela série de lutas travadas por ele e companheiros no interior da DINSAM (AMARANTE, 1995; DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). Em 1978 acontece o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro, que proporciona a vinda de Robert Castel, Felix Guattari, Erwin Goffman e Franco Basaglia, alguns dos principais nomes da produção crítica na Saúde Mental e instituições (YASUI, 1999). A influência desses teóricos também penetrou na porosidade das discussões sobre a RP, levando ao início da crítica que mais tarde configurou o Modelo Psicossocial.

A Psiquiatria Democrática Italiana, a Antipsiquiatria Inglesa e a Psicoterapia Institucional faziam parte do conjunto de produções teóricas mundiais na área da SM que estabeleceram um grande embate diante do modelo psiquiátrico instituído. Foram essas correntes, que surgiram em um momento produtivo contemporâneo às críticas de Ivan Illich, que conseguiram abalar o discurso, até então, blindado que configurava a concepção de saúde psíquica dos órgãos internacionais de promoção da saúde.

A segunda metade da década de 1980 é marcada pela democratização do Estado brasileiro e pela oficialização das propostas tanto da RS, quanto da RP. Em 1987 foi criado o primeiro CAPS, nomeado “Professor Luiz da Rocha Cerqueira”, conhecido como CAPS Itapeva, localizado na região da Avenida Paulista. Esse também é o ano da I Conferência Nacional de Saúde Mental. A partir de 1989 os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), começam a ser implantados em Santos (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Com exceção de alguns municípios que conseguiram avançar na implementação da RP, o restante do país ficou à espera das ações do governo federal, uma vez que cargos estratégicos agora eram ocupados por militantes da RS. Diante desse fato, ainda na década de 1980, o movimento social ressurgiu questionando suas bases sobre “o alcance possível de um movimento que dependa exclusivamente das ações provenientes do Executivo” (COSTA-ROSA, 2013, p. 19). É dessa forma que surge o Movimento da Luta Antimanicomial, que para definir seus objetivos usa um lema bastante conhecido e frequentemente utilizado: “Por uma sociedade sem manicômios” (COSTA-ROSA, 2013).

Da década de 1990 em diante uma série de portarias ministeriais institucionalizam a política de Saúde Mental, marcadamente em um processo de Revolução Passiva, ou seja, embora aceitando modificações no modelo de SM, daquilo que foi uma grande reivindicação social, também trouxe restaurações do modelo anterior com nova roupagem, como por exemplo os Hospitais-dias, como repetição do próprio Hospital Psiquiátrico, o CAPS I e II como intermediário entre o HP e o tratamento ambulatorial, sem infra-estrutura para o cuidado em crise (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

O grande marco institucional da Reforma Psiquiátrica foi a Lei 10216 de 2001. Apesar de 12 anos de tramitação para sua aprovação e de excessivos cortes e reorganizações, ela é considerada um importante instrumento, uma vez que a legislação vigente baseava-se no Decreto de 1934 (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007). A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, como é conhecida, foi acelerada por pressão da Corte Interamericana de Direitos Humanos, diante da condenação do Brasil no caso Damião Ximenes²¹ (BORGES, 2009).

Necessário dizer que o movimento da RP foi constituído, inicialmente, por trabalhadores da área, muitos deles militantes políticos do período ditatorial e esperançosos por um governo democrático, de defesa dos trabalhadores. É nesse contexto que uma parcela considerável aproxima-se do PT (SCARCELLI, 1998). Algumas experiências da gestão petista foram bastante inovadoras na Saúde Mental, o grande exemplo parece ser a cidade de Santos, que viabilizou a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em 1989, e a implementação dos NAPS (YASUI, 2006).

A conquista da presidência em 2003 pelo PT abre uma grande oportunidade para avanços na Atenção Psicossocial e eleva parte da militância à ocupação de cargos de gestão, tanto nos ministérios, quanto nos municípios. O fechamento da totalidade dos manicômios brasileiros e a abertura de uma rede substitutiva, de acordo com a Atenção Psicossocial e com a RP, pareciam estar próximos de se tornar realidade.

Com militantes da RP em cargos importantes, o movimento social torna-se enfraquecido e considera não estratégico o questionamento de medidas governistas para a Saúde Mental. Assim aconteceu com a morosidade no fechamento dos manicômios, com a entrada das Comunidades Terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (portaria 3088/2011) e com a crescente terceirização dos CAPS e Residências Terapêuticas.

(...) Chico nos alerta de início para os efeitos politicamente regressivos da hegemonia lulista: ao absorver “transformisticamente” as forças sociais antagônicas no aparato de Estado, desmobilizando as classes subalternas e os movimentos sociais, o governo Lula teria esvaziado todo o conteúdo crítico presente na longa “era da invenção” dos anos 1970-1980, tornando a política partidária praticamente irrelevante para a transformação social (BRAGA, 2010).

Na citação, Ruy Braga comenta o texto de Francisco de Oliveira e sua reflexão sobre os movimentos sociais na era Lula. Estendemos essa reflexão para a era PT no governo federal (Lula e Dilma), uma vez que com a saída do presidente Lula, não verificamos mudanças nos movimentos sociais da luta antimanicomial.

(...) O governo Lula apoia-se em uma forma de hegemonia produzida por uma revolução passiva empreendida na semiperiferia capitalista que conseguiu

²¹ Damião Ximenes foi internado aos 30 anos pela mãe, na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral – Ceará. Depois de 4 dias internado a mãe o encontrou com as mãos amarradas, ensanguentado e com cheiro de excrementos e urina. Pelo corpo muitas marcas roxas e a cabeça muito inchada, poucas horas depois Damião faleceu. O caso foi encaminhado à Corte Interamericana de Direitos Humanos, através de uma ONG de defesa de Direitos Humanos, Conectas, depois que diversos processos no Brasil não darem resultado. Foi o primeiro caso admitido, julgado e condenado do Brasil na Corte (Borges, 2009).

desmobilizar os movimentos sociais ao integrá-los à gestão burocrática do aparato de Estado, em nome da aparente realização das bandeiras históricas desses mesmos movimentos, que passaram a consentir ativamente com a mais desavergonhada exploração dirigida pelo regime de acumulação financeira globalizado (BRAGA, 2010).

No primeiro mandato de Lula, o ministro do Trabalho nomeado era um ex-sindicalista da CUT, uma vez que se argumentava que os sindicatos não teriam função em um governo “proletário”, expressão da cooptação dos movimentos sociais da sociedade civil organizada. No segundo mandato a política econômica neoliberal foi reafirmada e um dos nomes cotados para o ministério foi o de Jorge Gerdau Johannpeter, um dos empresários mais poderosos e reacionários da siderurgia no país. Também foi no segundo mandato que o presidente declarou que os banqueiros nunca haviam ganhado tanto dinheiro quanto em seu governo (OLIVEIRA, 2010).

Oliveira, 2010, nos chama a atenção para a “Hegemonia às Avessas” presenciada com a ascensão do PT ao governo federal, mas também típica do mundo globalizado: “vitórias políticas, intelectuais e morais ‘dos de baixo’ fortalecem dialeticamente as relações sociais de exploração em benefício ‘dos de cima’” (BRAGA, 2010, p.8).

Como exemplos dos prejuízos para a população na área da Saúde, em 2003, primeiro ano do mandato do presidente Lula, o governo federal firmou um novo acordo com o FMI, junto a ele o Estado defendeu a flexibilização da alocação dos recursos públicos, semelhantes à Desvinculação das Receitas da União²², como forma de incentivar o desenvolvimento econômico brasileiro.

Em 2004 o governo descumpriu a Proposta Orçamentária através de um veto presidencial:

Por meio deste ato, seriam consideradas como ações e serviços públicos de saúde as despesas realizadas com Encargos Previdenciários da União (EPU) e com o serviço da dívida, bem como a dotação dos recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (MARQUES; MENDES, 2005).

Na SM, apesar dos cortes no SUS, houve uma alavancada na abertura de CAPS em todo o país²³, contudo o acesso aos equipamentos de SM aconteceu mais no âmbito do consumo de serviços e não garantiu a mudança de paradigma. Muitos CAPS abriram para funcionar como serviços parceiros do Hospital Psiquiátrico, encaminhando para a instituição asilar pessoas com sofrimento psíquico mais intenso (COSTA-ROSA, 2013).

²² A Desvinculação de Receita da União (DRU) é um mecanismo que permite que parte da receita vinculada a um setor social, como por exemplo a saúde, não seja obrigatoriamente destinado a ele. Atualmente a DRU desvinculou 20% da receita, o que representa para a saúde “R\$ 3 bilhões em nível dos estados e de R\$ 2,5 bilhões em nível dos municípios, caso a desvinculação de 20% fosse aplicada à arrecadação prevista para 2003” (MARQUES; MENDES, 2005).

²³ Segundo a publicação do Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados, em 2003 havia 500 CAPS em todo o país, em 2014 esse número pulou para 2209 (Ministério da Saúde, 2015).

A política econômica interferiu diretamente na proposta da Atenção Psicossocial. Primeiro pela produção de subjetividade, derivada da forma de trabalhar visando ao lucro, segundo pela visão neoclássica como imperativo de qualidade na saúde, com pensamento voltado para o custo-benefício, sabendo que isso implica redução de recursos financeiros e maior exploração do trabalhador.

A luta hegemônica como podemos perceber, se dá dentro da esfera capitalista, nesse caso opondo a velha oligarquia manicomial e as novas perspectivas de mercado. O modelo manicomial permanece ativo, mas a forma de aplicá-lo e a estrutura arquitetônica diferem. Se pudermos apontar uma diferença, ela estaria na clausura e na relação com o consumo, mas não podemos nos enganar, na prática não saímos das relações dominadas pelo MCP.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na trajetória que começou como possível revolução, mas que terminou como reformismo, podemos incluir a Saúde Coletiva, sem deixar de lado a Saúde Mental. Se inicialmente tanto a RS quanto a RP estiveram ligadas à luta da por mudanças, como exigências das classes populares, foi através da Revolução Passiva que vivenciamos a inércia estrutural.

A proposta revolucionária da RS era perigosa, já que toda revolução busca mudanças estruturais na sociedade e, portanto mudanças no Estado. A partir do momento que se incorpora algumas reivindicações sociais ao estabelecido, a tendência de diminuir o potencial reivindicador é grande. É a passagem da força instituinte, força criadora e modificadora, para o instituído no papel do Estado.

Do pouco que se conquistou, vivemos hoje uma Contrarreforma, que na tendência do discurso neoliberal busca economizar recursos como solução da crise intrínseca do Capital, levando ao desamparo da população e precarização das condições gerais de vida. Na necessidade de defender o que foi conquistado, não há possibilidade de conseguir mais avanços.

O período de Reforma estrutural, propriamente dita, na saúde foi muito breve, parece não ter passado de uma proposta. Mesmo durante a construção do projeto sanitário, o avanço neoliberal se apropriou do que poderia ser revolucionário. A efetivação da RS, com a Lei 8080/1990 aconteceu em um momento em que suas bases não correspondiam mais às propostas iniciais (informação verbal²⁴). Poderíamos dizer o mesmo da RP brasileira?

²⁴ Informação fornecida pelo professor doutor Abílio da Costa-Rosa em reunião de orientação do mestrado em 27 de novembro de 2015, na UNESP, Faculdade de Ciências e Letras de Assis - SP.

A princípio a RP concentrou suas denúncias nas inúmeras violações de Direitos Humanos que aconteciam corriqueiramente nos Manicômios. Naquele momento era imprescindível e revolucionário o fechamento de todos os manicômios no país, uma vez que colocava em xeque o saber psiquiátrico e a política econômica. Ao mesmo tempo a crítica sobre como a sociedade lidava com a loucura e a perspectiva de que a loucura seria o resultado das relações da sociedade capitalista, contribuíram para que a crítica social e psiquiátrica se aprofundasse. Contudo, se em um primeiro momento os Manicômios foram fonte de grande lucro para seus donos, em um segundo momento, verificamos que na medida em que foram sendo fechados, a expansão da indústria farmacêutica e a abrangência da psiquiatria não ocorreram como coincidência. O fechamento do Manicômio não aconteceu pela mudança social da forma de se ver e entender a loucura, mas sim na forma de colocá-la sob contenção, passando da contenção física para a contenção química.

Os CAPS para além de sua função de apoiar as pessoas em sofrimento psíquico, através da ética da Atenção Psicossocial, também tiveram uma centralidade importante no início das mudanças na Rede de Atenção Psicossocial, deveriam atuar no território e na sociedade, para que as alterações que ocorreram em seu interior também transbordassem para a sociedade. Mas a realidade de muitos CAPS se aproxima indistintamente do projeto da Saúde Pública brasileira na visão dos órgãos de financiamento externo: serviços reduzidos, de baixo custo, facilmente monitorados e avaliados. Muitos serviços substitutivos hoje atendem uma quantidade de usuários muito acima de sua capacidade, na grande maioria das vezes com a equipe mínima.

O fechamento dos manicômios e a retirada dos internos, nessa lógica, nada têm de revolucionário, mesmo considerando, sem dúvidas, a melhora na qualidade de vida dessas pessoas, saindo da clausura de grandes pavilhões e da privação cotidiana do mínimo para a vida. Contudo, a substituição do manicômio arquitetônico pelo manicômio químico, além da reprodução das relações manicomiais no interior dos equipamentos que deveriam ser substitutivos ao HP, torna a RP uma reforma cosmética de grandes proporções.

Lembremos dos ideais da RS, que influenciava fortemente a RP:

O conceito de Reforma Sanitária tem, todavia, um sentido ‘forte’: trata-se de conceber e fazer da saúde o fundamento revolucionário de uma transformação setorial, com ressonâncias estruturais sobre o conjunto social (DAMASO, 1989, p. 73 apud PAIM, 2008, p. 160)

Tomando a Revolução Passiva como conceito chave para compreender a Saúde Mental hoje, nos parece que o modelo manicomial fez concessões às reivindicações que se estabeleceram, tanto no âmbito social, quanto no político e econômico. As reformas empregadas dentro desse modelo nos permitiram alguns avanços, mas sempre acompanhado do suspiro reacionário (Restauração/Renovação). Não podemos dizer que o Paradigma Psicossocial foi implementado no Brasil, se não em algumas poucas experiências. Aqui temos claro que tanto a RP quanto a Atenção Psicossocial, como mudanças, aconteceram nas brechas da lógica manicomial dominante, na tentativa de estabelecer lacunas nessa lógica, pequenos espaços de vazio com possibilidade de advir o novo. Contudo o avanço do

capitalismo e sua forma de apropriação não permitiram que esses espaços ficassem ociosos por muito tempo.

Assim acontece com as experiências de CAPS que logo aderem à Psiquiatria correcional e comportamental, à lógica da internação em HP nos momentos de maior sofrimento psíquico, ao entendimento de que o usuário dos serviços de saúde mental precisam se comportar socialmente para serem aceitos, à incompreensão do MCP na produção de subjetividade, ao sujeito liberal como trabalhador da SM, o qual é responsável pelo sucesso da Atenção Psicossocial, às terceirizações e precarização do vínculo do trabalhador, à defesa das Organizações Sociais para administração de equipamentos públicos e diante da Lei de Responsabilidade Fiscal.

A possibilidade de mudança paradigmática na Saúde Mental está ligada à mudança nos Modos de Produção, uma vez que a sociedade capitalista não comporta possibilidades de produção subjetiva que não sejam serializadas. Uma vez distanciada dessa luta paradigmática, nos restringimos apenas à luta no interior do próprio capitalismo, reduzindo nossas chances de mudança estrutural na saúde. As ações vistas até agora, sejam por medidas impostas pelos órgãos internacionais de desenvolvimento, sejam pelo governo federal ou nas esferas municipais e dos movimentos sociais, não discutem e parece não compreender a influência do sistema econômico na própria constituição do conceito saúde. Em consonância com o sistema capitalista, nossas ações fazem aprofundar a exploração na própria SM, entendida como um mercado. Aqui o mote “Saúde não é mercadoria” não condiz com a realidade. A saúde é mercadoria no sistema capitalista e na SM é fonte de lucro tanto no SUS quanto no sistema privado, tanto pela medicação, quanto pela expansão do acesso da psiquiatria na sociedade.

Embora estejamos repetindo ao longo do texto sobre as imposições das medidas neoliberais das agências internacionais, não podemos desconsiderar que todos os governos democráticos pós-ditadura foram coniventes e compartilharam da mesma ideologia, mantendo a política econômica em consonância com o capitalismo financeirizado.

No capitalismo contemporâneo a tentativa de manter a taxa de lucro, passa pelos incessantes cortes dos recursos públicos, não há como humanizar um sistema baseado na expansão interminável. A saúde torna-se um local de exploração desse capitalismo depredador.

Sem a mudança no sistema econômico, por mais que as propostas mostrem caminhos para a concretização de uma Saúde Coletiva e Saúde Mental produtora de subjetividade singularizada, aquela produzida em uma lógica do sujeito e não do lucro, o MCP se apropriará das possibilidades cotidianas reduzindo consideravelmente as brechas de atuação.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ALMEIDA, C. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: PEREIRA, J. M. M.; PONKO, M. (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980 – 2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.
- ALTOÉ, S (Org.). **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- BEZERRA JR, B. A Psiquiatria Contemporânea e seus desafios. In: ZOZANELLE, R.; BEZERRA JR, B.; FREIRE COSTA, J. (Org.). **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, pp. 9-31.
- BORGES, N. **Damião Ximenes: Primeira condenação do Brasil na Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Revan, 2009.
- BOSCHETTI, I. **Assistência Social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.
- BRAGA, R. Apresentação. In: OLIVEIRA, F. BRAGA, R. RIZEK, C. (Org.). **Hegemonia às avessas: Economia, política e cultura na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 7-14.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.
- BRASIL. **Lei complementar n 101**, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências.
- BUENO, W. S. MERHY, E. E. **Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes?**1997. Conferência Nacional de Saúde Online. Temas para Debate II Descentralização da Gestão da Saúde. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2016.
- COSTA-ROSA. A. **Saúde Mental Comunitária: análise dialética de um movimento alternativo**. 1987. 546f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

_____. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva.** São Paulo: Editora Unesp, 2013.

_____. **Reunião de orientação.** [nov. 2015]. Assis: UNESP, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2015. Reunião de orientação do mestrado.

COUTINHO, C. N. A Hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, F. BRAGA, R. RIZEK, C. (Org.). **Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira.** São Paulo: Boitempo, 2010.

DEVERA, D.COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP,** Assis, SP, v. 6, n.1, p. 60-79,2007.

FIORAVANTE, E. **Conceito de modo de produção.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FLEMING, M. **Ideologias e Práticas Psiquiátricas.** Porto: Editora Afrontamento, 1976.

GIOVANELLA, L. et al (Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GRAMSCI, A. Dos cadernos do cárcere (1929 – 1935). In: COUTINHO, C. N. (Org.) **O leitor de Gramsci: escritos escolhidos 1916-1935.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

HOBSBAWN, E. J. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914 – 1991.** São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.** Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

MARQUES, R. M; MENDES, A. Servindo à dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. **Revista Katál,** Florianópolis, SC, v. 10, n. 1, p. 15-23, jan./jun 2007.

_____. SUS e Seguridade Social: em busca do elo perdido. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, SP, v. 14, n. 2, p.39-49, maio-ago 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados 12.** Ano 10, n 12, setembro 2015.

NAVARRO, V. A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata declaration. **International Journal of Health Service,** v. 14, n. 2, p. 159-172, 1984.

OLIVEIRA, J. **Para uma teoria da reforma sanitaria: “democracia progressiva” e políticas sociais.** Saúde em Debate, p. 85-91, abril 1988.

OLIVEIRA, F. Hegemonia às avessas. In: OLIVEIRA, F. BRAGA, R. RIZEK, C. (Org.). **Hegemonia às avessas: Economia, política e cultura na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo, 2010. p.21-27.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

RIZZOTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. 2000. 267f. Tese (Doutorado em Áreas da Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2000.

SÃO PAULO. Prefeitura (2012-2016 – Fernando Haddad). **Relatório de Gestão Fiscal: demonstrativo da despesa com pessoal**. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/upload/01_1383741176.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

SCARCELLI, I. R. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo**. 1998. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)-Instituto de Psicologia - Universidade São Paulo, São Paulo, 1998.

SCHRAIBER, L. B. Prefácio: Saúde Coletiva: um campo vivo. In: PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

YASUI, S. **A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico**. 1999. 245 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade)-Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Assis, São Paulo, 1999.

_____. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 2006. 208f. Tese (Doutorado em Ciências na área da saúde)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ENSAIO 2 – A PSIQUIATRIA NO MODO CAPITALISTA DE PRODUÇÃO E SUA INFLUÊNCIA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

1 PSIQUIATRIA E MEDICINA

Inicialmente partiremos da premissa de que o desenvolvimento da Medicina, como a conhecemos hoje, aconteceu como resposta ao desenvolvimento do Capitalismo. Foi na Europa da Revolução Industrial que a medicina se forma como mantenedora da saúde do trabalhador, ou seja, da manutenção e promoção da força de trabalho. É também nesse contexto que o Estado se apropria da organização da medicina como política pública para o avanço do Capitalismo, finalizando a concepção da força de trabalho como mercadoria (BRAGA; PAULA, 1981).

A Psiquiatria, inserida na ciência médica, não foge desse contexto e cumpre um papel importante dentro do Modo Capitalista de Produção (MCP)²⁵. Na medida em que a força de trabalho não pode ser recuperada, quando já se perdeu a esperança para que o homem volte a ser mercadoria, sua objetificação se dará em outro contexto: no asilo.

Embora o homem internado no Manicômio não fosse lucrativo como produtor de mais-valia direta, ainda assim, o papel do Estado no financiamento da Medicina, principalmente em práticas sociais, foi lucrativa a este equipamento, estamos falando do financiamento do Estado ao Capital privado através de políticas públicas. Entendemos que a análise das políticas públicas não pode deixar de acompanhar as dimensões sociais e econômicas de um dado contexto histórico, pois são expressões das relações sociais com raízes no mundo da produção, que também expressam as contradições de uma sociedade (RIZZOTO, 2000).

Conforme o ser humano incapaz para o trabalho era depositado nas instituições para a loucura (mas também para os ditos vagabundos e inconvenientes para a sociedade), que dentro do MCP poderia ser justificado pela sua incapacidade de ser força de trabalho no Capital Industrial, o Manicômio se apropriou desse ser humano como produto, com valor de troca estabelecido pelo Estado, valor esse que se dava pela retirada de circulação social. O conjunto dos Manicômios foi denominado “Indústria da Loucura”, tanto por adquirirem lucro

²⁵ Modo de Produção seria, segundo Costa-Rosa (2013), o formato da produção de bens materiais, em sua diversidade, mas também como conceito que define a totalidade social, incluindo aquilo que dá contorno à Formação Social: instâncias econômica, político-jurídica e ideológica. Acrescenta ainda, o cultural e o subjetivo (COSTA-ROSA, 2013). A forma como organizamos o sistema de produção traduziria aspectos da própria condição humana e sua subjetividade, uma vez que o trabalho seria o mediador entre a existência humana e a natureza. O Modo Capitalista de Produção traria peculiaridades na produção através de seus sistemas, como por exemplo, o taylorismo e o fordismo, o toyotismo, o volvorismo e o pegeotismo.

com seus internos, como por transformar pessoas em bom estado psíquico em alienados²⁶, diante das condições impostas no interior institucional.

Compreender a formação histórico-social-estrutural da medicina torna-se indispensável para entendermos a mesma formação na psiquiatria, como tentativa de se afirmar fazendo parte do campo médico. A partir desse panorama também podemos melhor analisar o movimento histórico anti-hegemônico da Reforma Sanitária, em seguida e sob sua influência, a Reforma Psiquiátrica, e a partir daí a análise da centralidade do sistema econômico neoliberal e o movimento de contrarreforma nos dois movimentos citados.

Quando nos referimos à Psiquiatria, veremos com mais detalhes, que a medicina DSM, aquela voltada para a averiguação dos sintomas e medicalização como única estratégia (COSTA-ROSA 2013), a psiquiatria mais praticada hoje, não foi sempre hegemônica, mas é expressão de um determinado tipo de medicina mental sob comando da expansão do mercado capitalista. Antes dela presenciemos historicamente a luta paradigmática entre a psiquiatria orgânica, a psicanálise e a psiquiatria fenomenológica, principalmente (BEZERRA JR, 2007; LUZIO, 2013). Um de nossos objetivos aqui é entender o contexto histórico-estrutural que levou à hegemonia da psiquiatria orgânica em sua redução medicamentosa. Para além do estudo da Psiquiatria, entender qual o papel desempenhado pela ciência médica mental hoje na Reforma Psiquiátrica e nos Serviços de Saúde Mental, mas salientando que a Atenção Psicossocial não se resume a esses dois pontos.

O Capitalismo tem papel principal em nossa análise, na medida em que a Formação Social tem como matriz o Sistema Capitalista.

2 A FORMAÇÃO DO CUIDADO MÉDICO NO CAPITALISMO

A concepção de saúde passou por transformações no decorrer da história, consideramos de grande importância aquela vivida por conta do desenvolvimento do Capital, visto que no momento anterior, no Feudalismo, a saúde se referia sobretudo à alma, devido a centralidade da religião nesse momento histórico. Foi com a intensificação das trocas comerciais no Mercantilismo, a partir do século XVI, que as condições iniciais para o desenvolvimento do capitalismo e da saúde como questão política e econômica apareceram. Alguns mercantilistas propuseram uma organização do Estado para aumentar o acúmulo de riquezas e da população, condição considerada essencial para um país tornar-se poderoso. A medicina começa a se desenvolver nessa perspectiva de tornar a população saudável para o

²⁶ Alienado tanto como aquele que desconhece um processo de produção, numa perspectiva conhecida através de Karl Marx, mas aqui, principalmente como aquele que não compartilha a mesma realidade, isolado no asilo, o qual o faz vítima do sofrimento psíquico pela própria institucionalização.

bem do Estado, dessa forma, a promoção da saúde e tratamento médico acessível são colocados em pauta (BRAGA; PAULA, 1981).

Ora, a partir da segunda metade do século XVIII, a ideia de que também a população faz parte da "riqueza das nações", começa a se impor. Um tal desperdício de força de trabalho e de vidas humanas afigura-se como crime econômico e, ao mesmo tempo, como atentado contra a humanidade. "Se todo gozo é fundado num trabalho preliminar", diz explicitamente um contemporâneo", é, portanto, indispensável, para o interesse da classe que goza, velar pela conservação da classe laboriosa" (CASTEL, 1978, p. 48).

Na Alemanha desse período a, então chamada, polícia médica já propunha a manutenção e supervisão de parteiras, cuidado aos órfãos, designação de médicos e cirurgiões, proteção contra peste e outras moléstias contagiosas, cuidados com o uso excessivo de tabaco e álcool, inspeção de alimentos e água, limpeza e drenagem das ruas, manutenção de hospitais e assistência aos pobres. Vemos a medicina ser incluída como questão sócio-econômica, para além da própria medicina, e o Estado administrando os cuidados em saúde, já para prevenir e curar (BRAGA; PAULA, 1981).

O grande período de desenvolvimento da medicina moderna aconteceu com a Revolução Industrial. Até então a expectativa de vida na Inglaterra havia variado entre 24 e 30 anos, somente com a substituição da energia humana pela energia de combustíveis minerais, carvão e petróleo, promovendo maior produção e consumo, e, em conseqüência, melhor assistência médica, a situação começa a mudar. Contudo as altas taxas de mortalidade dos trabalhadores das fábricas ainda permanecem devido aos baixos salários, insuficientes para melhorar o nível nutricional, péssimas condições de trabalhos, com mais de 12 horas nas fábricas, ambiente insalubre, utilização de máquinas sem proteção²⁷, envenenamento por resíduos da produção, pelas péssimas condições de habitação e pelo desconhecimento médico da época. Essa conjuntura impedia o próprio desenvolvimento do capitalismo, na medida em que a força de trabalho era frágil e não conseguia aumentar a produtividade. Surge, então, uma medicina voltada para aumentar as condições de produção da força de trabalho (BRAGA; PAULA, 1981).

È na França o local que pela primeira vez o cuidado médico aparece como direito e não como benesse. A Revolução Francesa apresenta uma proposta revolucionária: direito de todos a receber assistência, inclusive a médica, do Estado. Já na Inglaterra a medicina social, como prática do Estado, propõe ajudar os pobres, mas, além disso, também mantê-los sob controle das classes dominantes para proteção dos bem nascidos. Os pobres são tratados para impedir que as epidemias atinjam a classe dominante, com ênfase na prevenção, higiene e saneamento. A medicina subdivide-se em três sistemas: 1) medicina para os pobres; 2) medicina administrativa; 3) medicina privada (idem).

O pensamento econômico na Revolução Industrial contribui para a formulação de questões da saúde através da obra dos pensadores clássicos da economia: Adam Smith, David

²⁷ Karl Marx descreve com detalhes as péssimas situações dos trabalhadores ingleses na Revolução Industrial com as modificações advindas da maquinaria, no capítulo 13 de O Capital – livro 1 (MARX, 2013).

Ricardo, Tomas Malthus. Como crítica, Karl Marx reflete as condições da época e defende a classe operária, analisando a sociedade como um todo. Para Marx, a indústria tem efeito prejudicial para o trabalhador, já que voltada para a valorização do Capital, conserva suas máquinas, mas não reconhece as necessidades de cuidado dos trabalhadores (MARX, 2013). Em sua obra *O Capital: Crítica da Economia Política*, livro 1, traz a saúde como elemento de análise econômica, descrevendo e refletindo sobre a mortalidade, doenças derivadas do cotidiano fabril, destruição da saúde física e mental, desorganização das relações pessoais e familiares, venda da força de trabalho feminina e infantil como vantagens para o capitalista. Para ele as mudanças necessárias só poderiam ocorrer pela luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e pela criação de uma ideologia nas classes dominantes que incorporasse o cuidado em saúde como direito do trabalhador (BRAGA; PAULA, 1981; MARX, 2013).

A constituição do pensamento econômico voltado à saúde, só acontece de fato, com os pensadores neoclássicos, após a Segunda Guerra Mundial. A saúde é vista como digna de mobilização de recursos, contudo esses autores restringiam sua análise à indústria do cuidado em saúde, lembrando que é nesse período que vemos o grande desenvolvimento dos fármacos e equipamentos médicos. Esses teóricos constroem argumentos que servem ao capital e à indústria da saúde, principalmente, para financiamento dessa área pelo Estado (BRAGA; PAULA, 1981).

A saúde pública é uma empresa comercial. A este título ela está sujeita às leis ordinárias do comércio, pode ser estimada segundo os critérios comerciais e comparada a outros aspectos da atividade econômica. As cidades, os departamentos, os Estados e a nação não possuem fundos ilimitados para os diversos setores de investimento. A utilização destes fundos será necessariamente decidida em função dos melhores dividendos. (POLACK, J. C, 1972, p. 37 apud BRAGA; PAULA, 1981)

As limitações da análise neoclássica são apontadas em: 1) saúde é vista como capacidade de desempenho das funções produtivas; 2) saúde não é vista como determinada pela estrutura sócio-econômica; 3) melhoria da saúde é vista como função direta da estrutura de atenção à saúde; 4) não se percebe o movimento do Capital; 5) a terapia médica é usada para mascarar os conflitos capitalista (BRAGA; PAULA, 1981). Sobre esse último tópico:

O capital pode assim modificar certas condições ambientais. Mas não pode, sem negar seus propósitos, eliminar o fator mais lesivo e mais frustrante de todos, isto, é o contraste entre a produção social e a apropriação privada, que é um contrato que rompe intrinsecamente a unidade psicofísica do homem, que altera profundamente sua relação com a natureza (...) A terapia, portanto, pode mascarar, aliviar ou desviar para outro terreno o conflito, mas certamente não pode saná-lo: este explodirá de qualquer forma. Testemunho é dado pelo fato de que as novas doenças, consideradas doenças da civilização, as doenças do desfrute capitalista, se afirmam nesta fase; e a medicina como tal se mostra totalmente impotente, sempre mais incapaz de dominá-la. (BERLINGUER, 1976, p. 169, apud, BRAGA; PAULA, 1981, p. 25)

Nesse trecho escolhido para destacar um dos tópicos da crítica aos economistas neoclássicos, apontamos uma característica da dinâmica do capitalismo: o aparecimento de conflitos e doenças inerente ao movimento incessante do capital. Veremos que essa

peculiaridade atinge a população trabalhadora de forma intensa, seja na saúde geral, seja como sofrimento psíquico, na Saúde Mental.

Quando os economistas neoclássicos se voltam para análise dos serviços de atenção a saúde suas perspectivas se resumem a: 1) redução das unidades em sua operacionalização administrativa; 2) aplicação de conceitos econômicos como risco e incerteza à saúde; 3) introduzem o conceito de Capital Humano, a partir de 1950, ou seja, a qualidade do trabalhador definida como investimento, através do acesso à educação, treinamento e saúde (BRAGA; PAULA, 1981).

Nessa perspectiva da racionalização econômica aplicada à saúde, um dos critérios utilizados pelos neoclássicos também se refere aos gastos excessivos ou otimização dos recursos, critério amplamente utilizado nas internações, inclusive manicomiais. Uma vez a medicina caracterizada pela racionalização neoclássica da economia, a questão econômica de financiamento torna-se relevante para pensar a própria constituição da saúde. Trata-se de um viés que coloca em primeiro plano a preocupação microeconômica e administrativa, restringindo-se à análise da indústria da saúde e reduzindo a saúde às dimensões econômicas (idem). Aqui, precisamos estar atentos para identificar que as características neoclássicas são hegemônicas na Saúde Coletiva, e que a Saúde Mental não escapa a ela.

Entre as críticas ao pensamento neoclássico destacamos a saúde como o simples acesso aos serviços de saúde e a afirmação de que quanto mais serviços, mais saúde. A crítica é feita através da reflexão de que somente o acesso em saúde, sem a qualificação crítica desse acesso, pode ser ineficaz, como também pode trazer prejuízos à pessoa, além de que níveis de saúde podem ser inversamente proporcionais à ampliação da rede de serviços (BRAGA; PAULA, 1981). Illich (1975) é um dos autores que traz essa perspectiva crítica com relação ao pensamento reducionista apresentado pelos autores neoclássicos, argumentando como a medicina torna o sujeito dependente e incapaz de cuidar de si próprio, acreditando que não é possível lidar com qualquer intercorrência em sua saúde que não seja através da medicina moderna.

3 A MEDICINA NO MODO CAPITALISTA DE PRODUÇÃO

O desenvolvimento da medicina, como prática, está conformado a uma determinada Formação Social, ou seja, uma determinada sociedade configurada historicamente em um dado momento, formada pelas instâncias econômica, político-jurídica e ideológica, na qual uma delas se sobressai, dominando as outras (FIORAVANTE, 1978). A Formação Social contém modos de produção, uma combinação das forças de produção (instrumentos, meios, agentes e técnicas de produção) e relações de produção correspondentes a certo período ou sociedade historicamente localizada (BARROS, 2010), aqui também um determinado modo

de produção sempre se sobressai. No caso da sociedade capitalista, o nível econômico seria matriz, determinante e dominante, e o modo de produção seria o capitalista.

A partir de uma perspectiva da economia crítica, Arouca, 2003, contribui com a Saúde Coletiva²⁸ através da reflexão de que o cuidado médico se constituiu como valor de troca, pela construção social e histórica, contudo seu consumo se dá no próprio trabalho e não como mercadoria externa, ou seja, a intervenção médica nos valores vitais (psicológicos e biológicos), reconhecidos como valores de uso²⁹, se consome na vida, pelo uso da força de trabalho no processo produtivo.

Os modos de produção comportam processos de produção ou de trabalho, que se refere ao processo de transformação de um elemento em um produto específico, mediante a ação humana. Mais importante do que a matéria prima ou o produto final em si é, nesse contexto, a prática do trabalho, o próprio processo de transformação. Tal processo de produção “implica uma produção social, pois todo produto obtido tem um fim social determinado” (FIORAVANTE, 1978, p. 39), seja ele de uso ou de troca, realizado a partir da divisão do trabalho, em uma sociedade historicamente determinada. Quanto mais complexa é a sociedade, maior é a diferenciação das tarefas, sendo o modo de produção capitalista aquele em que há maior nível de especialização das atividades, em função da automatização dos processos, com o advento das máquinas.

Segundo Marx, 2013, o valor de uso seria a utilidade de uma coisa, condicionada pelo próprio corpo da mercadoria,

(...) por isso, o próprio corpo da mercadoria, como ferro, trigo, diamante, etc, é um valor de uso ou um bem. (...) o valor de uso se efetiva apenas no uso ou no consumo. Os valores de uso formam o conteúdo material das riquezas, qualquer que seja a forma social desta. Na forma de sociedade que iremos analisar, eles constituem, ao mesmo tempo, os suportes materiais do valor de troca (MARX, 2013, p. 114).

No caso da medicina, para estudá-la, temos que averiguar o Modo de Produção e a Formação Social, pensando suas relações entre as instâncias e sua matriz, seria o Modo de Produção e a Formação Social configurando a Medicina não no nível da relação médico-paciente, mas considerando o econômico, o político e o ideológico, ou seja, seria a relação da medicina com as representações que organizam o modo de produção (AROUCA, 2003).

A medicina correspondendo às práticas econômicas, políticas e ideológicas faz com que a análise dessa medicina nos indique o que ela produz, seja no nível da saúde, da iatrogenia, das respostas às demandas, e à subjetividade.

²⁸ [...] Saúde Coletiva campo científico, onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto ‘saúde’ e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como “setor saúde” (PAIM, 1998, p. 308).

²⁹ Levamos em consideração aqui que a relação entre valor de uso e valor de troca traduz as relações sociais dos seres humanos. Contudo uma vez que o valor de troca se transforme em mercadoria, nos deparamos com a coisificação das relações sociais (SILVEIRA, 1989).

A saúde é um valor de uso, que possibilita prosseguir o “modo de andar a vida”. Contudo no MCP o cuidado não tem o mesmo significado nas diferentes classes sociais, uma vez que para o proletariado ela estaria ligada à manutenção e recuperação da sua força de trabalho, ou seja, um valor de uso transformado em valor de troca, já para as classes hegemônicas a saúde seria um valor de uso, encarnado na extração de mais-valia (AROUCA, 2003).

A tecnologia empregada (setor industrial) é incorporada ao valor da relação médico-paciente, o que faz com que o cuidado esteja combinado à construção de valor desses equipamentos. O cuidado médico pode estar atrelado à produção de objetos médicos (instrumentos e medicamentos), alimentando a produção de capital (AROUCA, 2003).

A mercadoria tem seu valor determinado pela quantidade de capital humano (capital variável) somado aos outros fatores da produção. Diante do cuidado em saúde há um aumento de produtividade ligado à redução de ausências dos trabalhadores e acidentes de trabalho. Antes de ser valor de uso, a força de trabalho é valor de troca para o trabalhador, que a vende em troca do salário, logo suas condições de saúde determinam sua objetificação como força de trabalho (AROUCA, 2003).

A influência do cuidado médico é inferida na criação de valor, primeiro da força de trabalho, depois no valor da mercadoria, tornando-se diretamente produtivo, quando cuida da força de trabalho e faz aumentar o valor da mercadoria. Seus custos são pagos em parte pelo trabalhador, em partes pelo consumidor dos produtos, uma vez que uma parcela é incorporada ao custo do produto e socializada. A medicina, aumentando a produtividade, diminui o tempo necessário para produção e aumenta a mais-valia, seja ela relativa, diminuindo o tempo necessário para produção, ou absoluta, deixando o trabalhador apto a assumir horas extras. A medicina, assim, colabora para que a exploração sobre o trabalhador possa ser intensificada (AROUCA, 2003).

3.1 MEDICINA PREVENTIVA

O discurso preventivo é estabelecido no fim do liberalismo, no século XX, e, por isso, sofreu sua influência embora o capitalismo já estivesse se organizando em seu formato intensificado e conhecido como neoliberalismo, monopolista e multinacional, redefinindo a medicina como “produção, distribuição e consumo de cuidados médicos” (AROUCA, 2003,p. 233).

Podemos dizer que as características do capitalismo como monopólio, e que são incluídas na saúde, são: 1) Universalização da mercadoria – transformação de novas necessidades em mercadoria, novas inclusões na racionalidade capitalista. 2) Redefinição das categorias profissionais, segundo seu caráter produtivo: divisão técnica do trabalho de forma difusa no setor liberal, mas também sua transformação em trabalho coletivo e produtivo. 3)

Incapacidade da sociedade capitalista de satisfazer as necessidades que ela própria cria: baixa resolução de problemas emergentes, apesar do capitalismo criar muita tecnologia para resolução de problemas. 4) Capitalismo como igualitário e universal (AROUCA, 2003), no qual as diferenças sociais são salutaras e necessárias entre os indivíduos, estimulando-os competitivamente a esforçarem-se a partir de supostas condições de igualdade.

A produção capitalista cria dois tipos de necessidades, a primeira são aquelas que formam o consumo e, por isso, produção industrial e, como decorrência dela, a exploração do trabalhador e formação de mais-valia; a segunda são as necessidades derivadas do próprio funcionamento do sistema como as doenças fruto do processo de trabalho, o sofrimento psíquico produzido pela existência no sistema capitalista, a violência, etc. “Assim, a produção cria não somente o consumo produtivo, mas também uma necessidade que não se realiza, ou seja, que não consome nem é consumida no processo produtivo” (AROUCA, 2003, p. 236). Nos países periféricos os problemas derivados do capitalismo são tratados como se não tivessem relação com ele, são os problemas sociais, educacionais, da saúde, previdência e assistência social. O sistema que produz os problemas é reconhecido como solução. A sociedade capitalista no plano social afirma-se igualitária e universal: social como local de ideologia formando a identidade entre as classes, como natural. As políticas públicas (educação, saúde, etc) são reforçadas como bens sociais e não como formas de reprodução do capitalismo através das relações sociais e peculiaridades da força de trabalho. Contudo as políticas sociais estão vinculadas ao capitalismo desde o momento necessário para a acumulação de capitais, condição para seu desenvolvimento (BRAGA; PAULA, 1981; RIZZOTO, 2000).

Neste contexto e como fruto do momento histórico a medicina preventivista redefine o papel do médico e amplia seu espaço de atuação, incluindo o social numa soma com o hospital e o consultório privados, a troca que se estabelece permite “diminuir o custo da atenção médica, mantendo o processo de medicalização e de tecnificação do cuidado; melhorar as condições de vida das populações mantendo a estrutura social” (AROUCA, 2003, P. 238).

Dessa forma, a produção do cuidado, na sua forma de prática liberal, começa a criar, em alguns setores, um modo de consumo de cuidados preventivos para aquelas classes sociais que têm acesso a esse tipo de prática médica. Por outro lado, a produção do cuidado sofre influências do setor industrial, que começa a produzir toda uma tecnologia da prevenção que passa a ser incorporada a certas práticas, como os equipamentos para exames periódicos de saúde, determinando que o cuidado preventivo passe a constituir-se na prática liberal em um setor da alta densidade de capital, ou seja, de alta realização de valor para esse setor industrial (AROUCA, 2003, p. 238).

A incorporação da prevenção também acontece na tentativa de aumento da produtividade da força de trabalho, já que estamos no período de mudanças na exploração do trabalhador, com características de flexibilização, como forma de manter a taxa de lucro mesmo com a crise estabelecida em meados da década de 1970. Além disso, outra forma de se dar a incorporação da medicina preventiva é através das políticas públicas, por meio do Estado, sobretudo na tentativa de controlar enfermidades da população marginalizada.

Sua viabilidade aconteceu através da manutenção da prática liberal, participação do Estado e a prática empresarial. O modelo da prevenção é incorporado à prática médica, tornando-se valor de troca, mercadoria e satisfazendo necessidades de determinados grupos (exemplo: pré-natal, exames periódicos), está voltada para a medicalização, “característica da Medicina contemporânea, em que cada vez mais se amplia o espaço de controle da Medicina sobre a vida dos homens” (AROUCA, 2003, p. 238)

Dessa maneira, as atitudes preventivistas são incorporadas ao trabalho médico segundo as características das várias formas desse trabalho e segundo as classes sociais a que ele se dirige, porém o fundamental é que a eficiência dessas práticas encontra-se exatamente colocada sobre a contradição fundamental da Medicina, uma vez que o uso atribuído à vida como força de trabalho a ser consumido no processo produtivo é o núcleo gerador fundamental das patologias. A eficiência (ou impacto) das medidas preventivas choca-se, em última instância, contra a base fundamental do modo capitalista de produção (AROUCA, 2003, p. 239).

Em última análise, dada a articulação da Medicina com o MCP, a Medicina Preventiva surge como uma suposta mudança da prática médica, que contribui para a manutenção da articulação Medicina-Capitalismo, oferecendo-se como um projeto interno de mudança que não existe como prática concreta, mas somente no mundo das representações (AROUCA, 2003). Como proposição do próprio capitalismo, a Medicina Preventiva se apresenta a curar aquilo que o próprio sistema provocou, ou a prevenir os efeitos nocivos do próprio capitalismo através de mais consumo de cuidados, e por isso encontra-se em um dilema. O ciclo infinito da medicina preventiva permanece quando ela não consegue questionar o sistema econômico vigente e continua trabalhando para sua perpetuação.

3.2 MUDANÇAS SOCIOECONÔMICAS E A PSIQUIATRIA

A Psiquiatria Preventivo Comunitária ou Psiquiatria Comunitária teve forte influência da Medicina Preventiva, principalmente pela sua ramificação pela sociedade. Mas não podemos deixar de citar que até a formação dessa psiquiatria, seu histórico anterior já trazia características de se propagar pela malha social. Retornando um pouco na história, a revolução francesa propõe os princípios da liberdade, porém acorrenta os insensatos que resistem à obra social proposta. Pinel (1774 – 1826), por sua vez, remove as correntes, mas mantém os muros. É interessante notar como a ciência médica do alienismo tem poder para definir quem é acometido pela loucura e sentenciar sobre a prisão do asilamento. Fazendo uma analogia ao judiciário, o alienismo detinha o poder de julgar e condenar, contudo uma de suas características era a ilusão de liberdade, uma vez que o asilo era considerado lugar para cura da loucura sem as correntes de outrora - necessário, portanto, para se chegar à liberdade total (AMARANTE, 1996). Nesse momento, a medicina desenvolvia a anatomopatologia vinculando fortemente as doenças às lesões, implicando oposições ao alienismo (tratamento moral das paixões). Acrescido a isso o tratamento moral começa a perder sua eficácia diante

dos grandes asilos e o número reduzido de médicos, cerca de 500 alienados por médico (AMARANTE, 1996). Vemos aqui o que conhecemos como Manicômios.

Morel (1809 -1873) faz a conciliação entre a anatomopatologia e o tratamento moral, o que abriu caminho para a formação da psiquiatria que conhecemos hoje. Sua teoria estava baseada em uma humanidade primitiva, que em virtude do pecado original é condenada em sua constituição genética e moral, sendo a degeneração agravada pela hereditariedade. O fato de nem todas as pessoas estarem submetidas ao desvio maléfico como consequência do pecado original, embasou teorias eugênicas de classes superiores e classes declinantes, a saída seria a interrupção de linhagens degeneradas e a prevenção do alienismo no meio social e moral. Temos, então, a passagem do alienismo que ficava somente no asilo, para o meio social e político. Para ele “a influência do mal moral não se exerce apenas sobre o sujeito em si, mas no padrão genético do homem. Portanto, se existe lesão física, esta é efeito e não causa.” (AMARANTE, 1996, p. 55) A partir daí surge a ideia de universalização do tratamento como profilaxia preservadora, ou seja, a moralização das massas (AMARANTE, 1996).

Posteriormente a Morel, temos Magnan (1835 – 1916) que constrói o termo de predisposição e Kraepelin (1856 – 1926) que cria uma documentação nosológica (estudo e classificação) das doenças mentais. Para o surgimento das teorias kraepelinianas, base da psiquiatria moderna, foram necessárias as condições criadas por Morel, embora as teorias sejam opostas (idem).

Verificamos a passagem fundamental de diferenciação da Psiquiatria Moderna com relação ao Alienismo baseada na importância da classificação (nosologia) e da origem e causa das doenças (etiologia), colocando em segundo plano a descrição dos fenômenos (nosografia). Kraepelin também cria o conceito de anormalidade, dando abrangência à psiquiatria para classificar tudo aquilo considerado como não-normal (AMARANTE, 1996).

A Psiquiatria Comunitária foi originada nos Estados Unidos, na década de 1960, país que se configurava como potência econômica e exportadora do modelo médico para o ocidente, diante de sua influência nas agências internacionais de financiamento, principalmente para a saúde, no caso da Organização Mundial da Saúde (ALMEIDA, 2014).

A Psiquiatria Comunitária tem como precedente, em 1955 nos EUA, a criação da Comissão de Enfermidade e Saúde Mental com o objetivo de modificar, sobretudo, as práticas psiquiátricas, responsáveis por perpetuar a cronificação dos pacientes e ineficácia terapêutica, mas também por conta dos altos gastos com as estruturas manicomiais, nesse último ponto já apontando para a racionalização neoclássica da economia para a saúde. Em 1963 o então presidente Kennedy esboça uma nova política para assistência em saúde mental propondo que a reforma do hospital psiquiátrico fique em segundo plano e que a comunidade torne-se o espaço de atuação da psiquiatria, embasada teoricamente por uma nova psiquiatria de abordagem preventiva (BIRMAN; FREIRE COSTA, 1994). Em sua base toma os conceitos da História Natural da Enfermidade de prevenção primária, secundária e terciária para definir as intervenções em Saúde Mental, aproximando-a da medicina geral e reforçando o estatuto

de “doença mental” ao sofrimento psíquico. A novidade é expressa na prevenção primária (intervenção nos possíveis fatores de produção da doença mental), uma vez que a secundária (busca do diagnóstico e tratamento precoce) e a terciária (busca de readaptação) já eram realizados pela psiquiatria clássica (idem).

Birman e Freire Costa (1994), através de uma visão crítica sobre a psiquiatria apontam para o surgimento da Psiquiatria Comunitária como resposta a uma crise interna da Psiquiatria, uma vez que a medicina mental de dentro dos Manicômios não apresentava formas de tratamento que levasse à saída dos internos e ‘recuperação’, tratava-se de uma forma de contenção e cronificação. Para os autores essa nova psiquiatria não possuía bases consistentes, sendo formada por uma percepção comportamental e pedagógica que patologizava o que se entende por uma desadaptação à sociedade.

Na visão de Franco Basaglia, um dos principais autores da Psiquiatria Democrática Italiana, o Manicômio era o local de exclusão destinado ao proletário ou subproletário improdutivo. No interior das instituições asilares a técnica desenvolvida (medicina, psicologia, assistência social) sempre estavam a serviço da classe dominante, para manter a estrutura de classes. Então, o Manicômio seria uma instituição criada em um momento dominado pela produção, ou seja, pelo capitalismo industrial, onde o lucro se faz a partir da produção e da mais-valia. Nessa sociedade, também caracterizada pelo controle, a tortura era institucionalizada como única forma conhecida para controlar uma situação (BASAGLIA, 1975).

A forma de vida em cada tempo histórico formaria relações peculiares, que denominamos aqui Laço Social em referência à teoria de Jacques Lacan. O Laço Social seria um discurso sem palavras (LACAN, 1992). Na nossa visão, cada laço social, produzido em momentos específicos, também produziriam formas de sofrer psiquicamente e teriam respostas diferentes, de acordo com a constituição social. Há uma íntima relação entre Formação Social, Laço Social, sintoma psíquico e formas institucionais de lidar com esses sintomas. Nesse momento do capitalismo industrial a produção do sintoma no laço social é contida à força, através do controle asilar. Para Basaglia (1975) a estrutura econômica e as instituições coincidem, a isso poderíamos ainda acrescentar que o sintoma está em consonância com as duas instâncias anteriores, seria o sintoma trazendo a verdade do laço social, na medida em que rompe uma regularidade e traz a desordem (ASKOFARÉ, 1997).

As contradições do sistema capitalista se expressam de diversas maneiras, seja ela na sociedade, ou nos próprios sujeitos inseridos nesse sistema. Nesse último caso, o sintoma psíquico se apresenta como verdade desse laço social, mas só conseguimos compreendê-lo quando decifrado.

Aqui cabe a pergunta: Estaremos vivendo no mesmo laço social que outrora produziu o manicômio? O que as novas formas hegemônicas de lidar com o sofrimento psíquico dizem sobre o momento que vivemos?

A Psiquiatria Comunitária introduziu uma mudança na forma de lidar com a loucura e na própria compreensão do papel da psiquiatria na sociedade, fortemente influenciada pela Medicina Preventiva. Se outrora a psiquiatria estava trancada no interior dos manicômios, é na introdução dessa nova psiquiatria que temos sua capilarização pelo tecido social. Essa mudança também permitiu que o próprio louco, antes enclausurado pudesse sair do Manicômio, uma vez que essa medicina atuava eficazmente junto a medicação.

A Psiquiatria Comunitária seria uma nova forma institucional da psiquiatria, fruto de mudanças sociais que não absorveram a violência manicomial. Em outras palavras, ela é criada diante das necessidades impostas pelas mudanças sociais, no caso, de uma sociedade capitalista.

El sistema capitalista, además de producir un aumento de bienes de consumo – bienes que son propuestos como signos del grado de bienestar social alcanzado por la población - , produce también un aumento de contradicciones y, con ellas, un aumento de las inadaptaciones a la norma. Su control ya no pasa únicamente a través de las instituciones segregativas o violentas (que aún existen). Se institucionen – más modernas, menos explícitamente repressivas, más tolerantes – ya que el control se realiza esencialmente de otra forma: mediante la extensión del concepto de inadaptación y mediante un nuevo tipo de diagnóstico del diferente, más capilar y más sutil (el diagnóstico precoz, la prevención, los servicios asistenciales, el “welfare state”, la psicologización de conflictos que nada tienen que ver con La psicología...) ³⁰ (BASAGLIA, 1975, p.165).

Quanto mais se desenvolve o capitalismo, mais provoca contradições e inaptações à norma, as instituições vigentes em algum momento e por conta das transformações sociais, passam a não dar conta de sua função socialmente determinada e uma reestruturação é convocada, tornando-as mais tolerantes, sutis e capilares. Nessa perspectiva a Psiquiatria Comunitária é a modernização da Psiquiatria Manicomial, que utiliza a medicação e condena a cronificação causada pelo confinamento e tortura.

A visão de Birman e Freire Costa (1994) trazem a percepção da construção da Psiquiatria Comunitária como uma pretensa ciência sem bases consistentes, mas não percebem de onde vem a necessidade de construção de outra forma de exercer a psiquiatria e o motivo da coerência não ser um pré-requisito na inauguração dessa ciência mental. Estamos nos referindo aqui à necessidade de camuflar as contradições do sistema, diante de um novo discurso do laço social.

A crítica que a Psiquiatria Comunitária fez ao Manicômio também contribuiu para a ocorrência de transformações dentro do asilo, e essas transformações culminaram no

³⁰ O sistema capitalista, bem como produzir um aumento de bens de consumo - bens que são propostos como sinais do grau de bem-estar social alcançado pela população - também produz um aumento de contradições e com eles, um aumento de desadaptações da norma . Controle não passa somente através da segregação ou instituições violentas (que ainda existem). São instituições - mais moderna, menos explicitamente repressivas, mais tolerante - já que o controle é realizado essencialmente de outra forma: através do alargamento do conceito de inadaptación e por um novo tipo de diagnóstico do diferente, mais capilar e mais sutil (diagnóstico precoce , prevenção, serviços assistenciais, o "Welfare State", a psicologizações de conflitos que nada têm a ver com a psicología. (BASAGLIA, 1975, p.165, tradução nossa).

Hospital Psiquiátrico, uma nova versão do Manicômio, uma instituição “humanizada”, disposta a incluir uma equipe multiprofissional para legitimar a segregação: “(...) Quien tiene el poder siempre encuentra la manera de legitimar la violencia, simplemente imponiéndola o, quizá, juntando los diversos elementos de que dispone hasta llegar a humanizar la tortura, garantizando al torturado la asistencia de un psicólogo o de la asistencia social”³¹ (BASAGLIA, 1975, p.167). Na mesma lógica da legitimação da violência podemos citar as Comunidades Terapêuticas, incluídas na RAPS em 2011 mesmo depois de denunciadas como instituições violadoras de Direitos Humanos pelo Conselho Federal de Psicologia (2011), mas em um movimento contrário ao dos Manicômios, uma vez que primeiro são identificadas como instituições que praticam a tortura e depois oficializadas como parte da RAPS através de uma regulamentação que propunha transformá-la em serviço de saúde, já os Manicômios são inicialmente o local da medicina mental, com sua verdade sobre a loucura, e posteriormente são denunciados por práticas de tortura em um movimento que pede o fechamento de todos os Manicômios brasileiros.

A perspectiva de Franco Basaglia, em alguma medida, faz intersecção com a de Sérgio Arouca, uma vez que se depara com as contradições do sistema econômico produzindo sintomas direcionados à saúde.

Dessa maneira, as atitudes preventivistas são incorporadas ao trabalho médico segundo as características das várias formas desse trabalho e segundo as classes sociais a que ele se dirige, porém o fundamental é que a eficiência dessas práticas encontra-se exatamente colocada sobre a contradição fundamental da Medicina, uma vez que o uso atribuído à vida como força de trabalho a ser consumido no processo produtivo é o núcleo gerador fundamental das patologias. A eficiência (ou impacto) das medidas preventivas choca-se, em última instância, contra a base fundamental do modo capitalista de produção (AROUCA, 2003, p.239)

Em consecuencia, el objetivo de nuestra acción no debe ser la lucha contra la enfermedad mental, ni tampoco la esquemática afirmación según la cual la enfermedad mental no existe si no como producto social (lo cual no haria más que diferir el problema – que es biológico, psicológico y social a la vez – a un momento organizativo em el que todas las necesidades se vieran satisfechas). La verdadera lucha deberia ahora dirigirse contra la ideologia que tiende a encubrir toda contradicción natural convirtiéndola em una modalidad adaptada a los instruments de gestión y de control de que progressivamente disponemos. Es decir, adaptada para ser instrumentalizada según los fines deseados³² (BASAGLIA, 1975, p. 189)

³¹ Quem tem o poder sempre encontra a maneira de legitimar a violência, simplesmente a impondo ou, talvez, juntando os diversos elementos de que dispõe até chegar a humanizar a tortura, garantindo ao torturado a assistência de um psicólogo ou da assistência social. (BASAGLIA, 1975, p.167, tradução nossa).

³² Em consequência, o objeto e nossa ação não deve ser a luta contra a doença mental, nem tão pouco a esquemática afirmação segundo a qual a doença mental não existe senão como produto social (o que não faria mais que diferir o problema – que é biológico, psicológico e social – a um momento organizativo em que todas as necessidades se vêem satisfeitas). A verdadeira luta deveria agora dirigir-se contra a ideologia que tenta encobrir toda contradição natural convertendo-a em uma modalidade adaptada dos instrumentos de gestão e de controle de que progressivamente dispomos. É dizer, adaptada para ser instrumentalizada segundo os fins desejados (BASAGLIA, 1975, p.189, tradução nossa).

Tanto para Basaglia, quanto para Arouca, a Psiquiatria Comunitária e a Medicina Preventiva, respectivamente, são novas formas de manter a relação inabalada com o capitalismo, mas que se analisadas trazem as contradições desse sistema nos sintomas direcionados ao cuidado, ou seja, aquilo que os sujeitos apresentam como perda da saúde é causado pela forma de viver nesse sistema e, por isso, deveria fazer a psiquiatria e a medicina se questionarem sobre seu papel no interior do capitalismo, como mantenedora das contradições na medida em que se voltam somente para as queixas e não para a estrutura social. O que a ciência médica faz é reduzir questões amplas e dissimular as contradições através dos meios técnico-assistenciais, instrumentos de gestão e controle.

No lugar da rigidez manicomial, a nova psiquiatria inaugura outra maneira de poder, o controle social, mas que é mascarado pela sua técnica. Dessa forma, a estrutura não muda, somente a aparência, através da distribuição do trabalho entre os profissionais (BASAGLIA, 1975). Temos aqui “la funcion de las ideologias y de las instituciones como elementos de protección de la estructura socioeconómica”³³ (BASAGLIA, 1975, p.192), mudanças superficiais, cosméticas, para que a estrutura não seja perturbada. Na exigência de transformações institucionais diante do cenário político-econômico, se produziu algo com aparência de novo, mas que na verdade serve ao mesmo propósito, de manter a estrutura social inalterada.

A Psiquiatria Comunitária seria uma espécie de adaptação da psiquiatria ao desenvolvimento do sistema político-econômico, diante da própria demanda social, que saindo da produção industrial inaugura um novo momento, uma transição para o modelo financeirizado³⁴, na qual há uma predominância da dinâmica financeira (caracterizada pela produção de mais-dinheiro sem necessidade de passar pelo processo de produção). O período de dominância do capital financeiro, ou portador de juros, dá-se a partir da década de 1980, embora desde meados da década de 1970 já se apresentasse como alternativa à crise, configurando o capitalismo contemporâneo (MENDES, 2012). Essa dinâmica traz consigo uma série de mudanças na relação do trabalho, que potencializam a extração de mais-valia através da flexibilização (ver como exemplo a relação do trabalhador no processo de Desinstitucionalização/Desospitalização de Sorocaba, Ensaio 5). Inclui-se aí a precarização do trabalho pela terceirização, processo em disseminação intensa nos serviços de SM no Brasil. Antunes (2011) aponta essas mutações laborais como produto das relações no processo de reestruturação produtiva do capital, na tentativa de aumentar a competitividade.

Para Basaglia o nível técnico-institucional produz transformações de acordo com o desenvolvimento econômico, logo, o nascimento do manicômio (excludente e segregador) teria como correspondente o período pré-capitalista, mesmo que tenha avançado no período

³³ “a função das ideologias e das instituições como elementos de proteção da estrutura socioeconômica”. (BASAGLIA, 1975, p.192, tradução nossa).

³⁴ Segundo Chesnais, o capital financeirizado, portador de juros, ou ainda, capital fictício, “busca ‘fazer dinheiro’ sem sair da esfera financeira, sob a forma de juros de empréstimo, de dividendos e outros pagamentos a título de posse de ações e de lucros nascidos da especulação bem-sucedida” (CHESNAI, 2005, p. 35 apud MENDES, 2012, p. 70)

seguinte, a Comunidade Terapêutica (CT) e a Psiquiatria Comunitária no período liberal e expansionista, e finalmente na fase do capitalismo avançado a instituição hegemônica seria a Community Mental Health Centers norte-americanas (BASAGLIA, 1975). “Se trata de respuestas institucionales de tipo innovador que responden técnicamente (segregación, rehabilitación, totalización del control y psiquiatrización general) a explícitas demandas económicas y que resultan eficaces solo en el momento en que la economía lo exige”³⁵ (BASAGLIA, 1975, p. 188).

Assim, a Psiquiatria Comunitária é uma primeira versão da medicina mental que faz oposição à Psiquiatria Manicomial, e junto à indústria farmacêutica em uma relação do Laço Social típico do capitalismo³⁶, unem-se para a formação de uma nova psiquiatria: a Psiquiatria DSM, conceito de Costa-Rosa (2013).

No modelo asilar, o Manicômio é o representante arquitetônico da medicina mental, tipicamente segregadora, a qual Basaglia (1975) relaciona diretamente ao fenômeno do nascimento da era industrial e sua fase de expansão. Posteriormente, damos um salto para a Psiquiatria chamada DSM, caracterizada pelo diagnóstico realizado com base no livro de diagnóstico que remete exclusivamente à medicalização dos fenômenos, ela não precisa de um representante arquitetônico, pois graças ao seu surgimento decorrente da Psiquiatria Comunitária se estabeleceu na sociedade de forma difusa. A Psiquiatria DSM não está disponível apenas para o proletariado e subproletariado, atinge a todas as classes sociais, seja através da saúde pública e seus dispositivos de saúde (CAPS, UBS, Ambulatórios, Hospital Geral), seja através das clínicas particulares, Spas médicos e CTs destinadas à população com alto poder aquisitivo. A psiquiatria contemporânea atinge a todos e é demandada por todos como objeto de consumo.

4 MUDANÇAS PERCEBIDAS ATRAVÉS DO MANUAL ESTATÍSTICO DE DOENÇAS MENTAIS (DSM)

Entender as mudanças que a psiquiatria sofreu para se constituir como é hoje se torna essencial para também entender a RP, uma vez que a psiquiatria ainda é central nos serviços de Saúde Mental, na racionalidade da própria RP, e mais do que isso, tem um importante papel na sociedade, mesmo que essa centralidade tenha sido questionada no início do movimento.

O Manual Estatístico de Doenças Mentais (DSM) está em sua quinta versão e sofreu modificações a cada nova publicação. A tentativa de agrupar as alterações psíquicas, o que

³⁵ Trata-se de respostas institucionais do tipo inovador que respondem tecnicamente (segregação, reabilitação, totalização do controle e psiquiatrização geral) a explícitas demandas econômicas e que são eficazes somente no momento em que a economia o exige. (BASAGLIA, 1975, p.188, tradução nossa).

³⁶ Sobre o Discurso do Capitalista, indicamos a leitura do ensaio 3.

posteriormente se definiu como “doença mental” e “transtorno mental”, em um manual concretizou-se com a intenção de catalogar e criar uma linguagem única da ciência psiquiátrica, além de se afirmar como ciência médica. A psiquiatria, diferente das outras áreas da medicina, sempre ocupou um lugar marginal, pois ao contrário da própria medicina que estava consolidada, não tinha provas concretas de alterações orgânicas, doenças físicas ou agentes patológicos como causadores de sofrimentos psíquicos. As teorias que surgiram no início de seu desenvolvimento e a psicanálise trouxeram a dimensão de estruturas não físicas como constituintes do ser humano, algo destoante da ciência moderna. Na tentativa de se afirmar como ciência médica mental, a psiquiatria buscou todos os recursos científicos, entre eles a classificação (BEZERRA, JR, 2014). Embora essa classificação tenha sido comemorada pelas promessas de uma linguagem única e dissolução das confusões diagnósticas (ainda como promessa), precisamos lembrar que toda classificação reduz e fragmenta o ser humano, tanto em sua experiência como em sua condição de sujeito, passando a ser objetificado e reconhecido somente pela classificação.

As experiências grupais, as Comunidades Terapêuticas e a imigração de psicanalistas para os EUA no período pós II Guerra Mundial produziu uma nova perspectiva para a psiquiatria hegemônica da época, denominada kraepeliniana, com característica biológica e asilar. A psicanálise foi uma grande influência na década de 1950, através da herança da teoria de Sigmund Freud em novas versões da psicanálise, se afastando da biologia (BEZERRA JR, 2014).

Por conseguinte, o momento anterior à publicação da primeira versão do DSM é marcado por várias orientações no campo da psicopatologia, mas com destaque para a 1) somático-constitucionalista, que tinha o sintoma como sinal e como representante Emil Kraepelin, 2) a psicodinâmica-reacional, pressupondo o sintoma como signo, com Freud como principal autor, e 3) a fenomenologia existencial de Jaspers, Minkowski e Schneider (idem). Oficialmente existiram outras classificações psiquiátricas nos EUA anteriores ao DSM, em 1840 por conta de um censo, com apenas 2 categorias, posteriormente em 1880, com sete categorias, mas somente em 1917 a classificação estava voltada para a produção estatística hospitalar (BEZERRA JR, 2014). Após a segunda Guerra Mundial (1939-1945) surge uma classificação para atender exigências burocráticas e marca a influência do modelo psicodinâmico em detrimento do biológico (BEZERRA JR, 2013).

O primeiro DSM, criado pela Associação Americana de Psiquiatria, data de 1952 e foi embasado em critério de classificação no qual os quadros orgânicos e psicodinâmicos apresentavam-se como ação e reação, uma tentativa de conciliação da biologia e da psicanálise, a primeira como causa e a segunda como efeito (DUNKER, 2014), mas também incluindo aspectos sociológicos (LUZIO, 2013). Esse manual pretendia unificar as principais correntes psiquiátricas, servindo como norteador e prescindindo do complemento psicológico e filosófico (idem). A influência psicanalítica estaria explicitada nos termos “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito psíquico”, além de entender que a “desordem mental” seria causada por experiências de vida e dificuldades dos sujeitos (LUZIO, 2013).

(...) De maneira geral, as doenças mentais eram consideradas como uma reação a situações existenciais para as quais o indivíduo não seria capaz de oferecer uma resposta adequada. Os sintomas manifestos eram entendidos como a expressão de conflitos subjacentes que desorganizam a vida subjetiva do indivíduo, impondo-lhe padrões estereotipados de conduta e experiências de dor psíquica. A falência na adaptação às exigências da vida podia se expressar em reações de maior ou menor gravidade, que se manifestavam no surgimento de sintomas neuróticos ou psicóticos. Os sintomas tinham, portanto, uma forte dimensão simbólica e relacional, carregando em si mesmos um sentido que era preciso desvendar para acionar estratégias terapêuticas. (BEZERRA JR, 2013, p. 19)

Contudo, a forte influência da psicanálise, destoante da ciência médica, contribuía para uma atmosfera de incredulidade, uma vez que não se encaixava nas ciências cartesianas e, mais que isso, havia atribuído à consciência o status de superficialidade do inconsciente, em um movimento de ruptura com o saber hegemônico (GARCIA-ROSA, 1985).

No caminho percorrido pela psiquiatria para ser reconhecida como medicina mental, alguns fatos são importantes, a partir da década de 1950: a utilização de psicofármacos e a intensificação de estudos científicos para averiguação das causas orgânicas das doenças mentais, principalmente nas deficiências de substâncias neuronais. Vale ressaltar que durante a década de 1950 os primeiros psicofármacos eficientes começam a ser utilizados no tratamento psiquiátrico e com isso há uma mudança na forma de fazer a clínica psiquiátrica e entender a “doença mental”. Em 1958 a noradrenalina explica a ansiedade, em 1960 a dopamina explica a esquizofrenia, em 1970 a serotonina explica a depressão e nos anos 80 a endorfina o circuito do prazer (DUNKER, 2014). Cada vez mais o sujeito é reduzido aos seus componentes e as hipóteses psiquiátricas o excluem do discurso. A Indústria Farmacêutica de psicotrópicos começa a prosperar com o panorama da química e seu correspondente biológico, e no decorrer dos anos desenvolve estratégias de vendas e abordagem dos médicos pautada por um marketing estratégico: representantes vão aos consultórios oferecendo os remédios milagrosos, potente o suficiente para curar os males da humanidade: para cada diagnóstico do DSM, uma medicação³⁷. Ela também passa a ser capaz de realizar o diagnóstico, se há resposta positiva do paciente significa que o diagnóstico é certo e correspondente à química administrada, por exemplo, se o paciente responde à serotonina de forma positiva, significa que seu quadro é de depressão, e assim por diante (COSTA-ROSA, 2013). “No início do século XXI os psicofármacos têm plenamente consolidado sua posição de nova solução para velhos males, ao mesmo tempo em que requerem novos males para a nova solução” (COSTA-ROSA, 2013, p. 167). Esse cenário nos mostra a pauperização da clínica psiquiátrica hegemônica como a conhecemos hoje, a tecnopsiquiatria (COSTA-ROSA, 2013).

O DSM II é publicado em 1968 e apresenta de forma ainda mais evidente a influência psicanalítica através da concepção da “doença mental” como desorganização psíquica expressa através da desordem, como experiência a ser decifrada (LUZIO, 2013).

³⁷ Hoje parece que a frase se inverte: para cada medicação uma nova patologia no DSM. Essa nova concepção é trazida pela forma de constituição do DSM V, amplamente apoiada pela indústria farmacêutica, interessada no aumento das vendas de novas e antigas medicações.

É nesse momento de convivência entre aspectos sociais, biológicos e psicanalíticos que surge a Psiquiatria Preventivo Comunitária, uma reforma da psiquiatria norte americana alinhada à proposta do DSM I e II, influenciada pela Psiquiatria Higienista sugerida por Morel, na medida em que previa ações morais e sanitárias junto a população para prevenir a degenerescência hereditária (idem).

O DSM III foi publicado em 1980 e marca uma cisão no campo da psiquiatria. Uma crise de confiabilidade na psiquiatria é marcada nesse momento por questionamentos sobre diagnósticos desiguais e pela distribuição pouco criteriosa deles na sociedade (BEZERRA JR, 2014; LUZIO, 2013). Esses fatos são agravados pelo caso Rosenham.

David Rosenham, professor de psicologia e de direito da Universidade de Standfor, EUA, coordenou uma pesquisa em psicologia social publicada em 1973 na revista Science. Sua hipótese era de que os diagnósticos falavam mais do ambiente e do contexto onde eram realizados do que do próprio paciente (SILVA MOREIRA, 2010). As questões levantadas por Rosenhan não contestavam a “doença mental”, mas os rótulos de anormalidade que eram distribuídos a partir do diagnóstico psiquiátrico e que não diziam a verdade sobre o paciente. A pesquisa foi organizada da seguinte forma: 8 pseudopacientes, inclusive o coordenador da pesquisa, dirigiram-se a hospitais psiquiátricos para consulta, alegando ouvir vozes que diziam “vazio” e “oco”, do total de pessoas na pesquisa, 7 foram internados com o diagnóstico de esquizofrenia e uma com o diagnóstico de psicose depressiva (SILVA MOREIRA, 2010; BEZERRA JR, 2007). Importante ressaltar que além do combinado da equipe de pesquisa sobre os sintomas de suposta alucinação verbal, fazendo referência a dilemas existenciais, nenhum outro sintoma foi relatado aos médicos e os pseudopacientes não omitiram informações de suas vidas reais. Assim que deram entrada na internação voltaram a se comportar sem o sintoma descrito na consulta e a anotar o dia-a-dia institucional, a medicação prescrita foi recusada com o descarte nos lavatórios, em segredo, prática comum entre os pacientes das instituições (SILVA MOREIRA, 2010). A média de internação foi de 19 dias e as altas foram realizadas sob o diagnóstico de esquizofrenia em remissão. Essa pesquisa trouxe a público que qualquer pessoa podia receber um diagnóstico psiquiátrico e que depois de recebido não havia como ser retirado do histórico de vida da pessoa, sendo reconhecido a partir dele (SILVA MOREIRA, 2010; BEZERRA JR, 2007).

Como movimento ainda não visto na psiquiatria até aquele momento, temos também a militância pela retirada da homossexualidade do DSM, catalogado como patologia (BEZERRA JR, 2013), trata-se da entrada de questões políticas na disputa pela normalidade, acontecendo através do debate público.

Também havia a necessidade da psiquiatria hegemônica, agora Psiquiatria Preventivo-Comunitária, demarcar de melhor forma seu objeto, já que nesse momento a competição pelo campo psi se intensifica diante da formação de psicólogos, psicanalistas e terapeutas, ou seja, também se trata de uma demarcação de mercado (BEZERRA JR, 2013).

Dessa forma, a terceira edição do manual pretende-se atórica e exclui as influências exteriores à biologia organicista, em consonância, saem de cena a psicanálise e a

fenomenologia para formatar a Psiquiatria biológica (BEZERRA JR, 2014; LUZIO, 2013). Pretende-se dar visibilidade à nova versão pela objetividade, neutralidade e confiabilidade da descrição dos distúrbios, a causa não tem mais um lugar de importância e os sintomas são vistos como sinais no qual o sentido não importa, o manual reduz-se a um conjunto de rótulos (BEZERRA JR, 2013). A versão atualizada continha 292 diagnósticos e 567 páginas, contra 182 diagnósticos e 134 páginas da versão anterior (MAYES; HORWITZ, 2005).

Essa versão marca o início do manual com o papel de subsidiar as pesquisas da indústria farmacêutica, havendo uma ligação próxima entre os novos diagnósticos incluídos e os novos medicamentos desenvolvidos (LUZIO, 2013).

Aqui não podemos deixar de considerar as mudanças econômicas de intensificação do capitalismo, relevantes para nossa análise, as mudanças sociais, culturais, políticas, que constituem o laço social viabilizando as mudanças na psiquiatria e a centralidade do discurso científico biológico como referência privilegiada.

(...) O DSM é fruto dos conflitos que atravessaram a história interna da psiquiatria americana nos anos 1970, mas é também o resultado de muitos outros fatores externos ao campo técnico, refletindo sua inscrição no universo social à sua volta. Quando o DSM III vem à luz, ele ilustra e ao mesmo tempo catalisa no campo da patologia psíquica processos epistêmicos, culturais e tecnológicos que atravessavam a sociedade em sua época. (...) É preciso, por assim dizer, interpretar o DSM como um sinal dos deslocamentos conceituais no interior da psiquiatria e um sintoma de processos políticos, culturais e tecnológicos em curso à sua volta (BEZERRA JR, 2013, p.15-16)

A partir do DSM III verificamos que as edições posteriores só fizeram seguir o caminho de afirmação do cérebro como determinante das condições relacionadas à Saúde Mental, a representação máxima do órgão da racionalidade, através de contribuições tecnocientíficas, tanto pela medicação em sua revelação da química neuronal, quanto pelas imagens e mapeamento do órgão.

O DSM IV é publicado em 1994, considerada a Década do Cérebro pelos EUA, com esforços do Estado norte-americano voltados para dar visibilidade às pesquisas sobre o cérebro, valorizando essa ciência diante da opinião pública. Sua finalidade, além da clínica, também está voltada para a pesquisa, ensino da psiquiatria e a melhoria do diálogo entre clínicos e pesquisadores (LUZIO, 2013).

O DSM V é a mais polêmica das versões, publicado em 2013 em meio a muitas críticas, entre elas o financiamento indireto da indústria farmacêutica e a criação de novos diagnósticos para experiências da vida que outrora não eram considerados “doença” ou “transtorno”. Dunker (2014) descreve que 52% dos pesquisadores que compunham a força tarefa para a produção do DSM V tinham laços formais e eram financiados pela indústria farmacêutica e ressalta, ainda, que Leon Eisenberg, que nomeou o Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDHA), revelou tratar-se de uma doença fictícia.

A evolução da psiquiatria caminhou de tal forma que as experiências relacionadas ao inconsciente e a psicodinâmica, fenomenologia e existencialismo deram lugar para a biologia

neural e práticas comportamentais. Como continuidade verificamos, ainda, uma nova forma da prática psiquiátrica, o melhoramento de si, ou seja, a utilização de psicofármacos com fins não terapêuticos, não se medica apenas as pessoas com sofrimento psíquico, mas também aquelas que procuram melhorar seu desempenho no trabalho, na escola, e em outros campos da vida, trata-se de um melhoramento do cérebro, chamado de “neuro-enhancement”, “aprimoramento neuro-cognitivo” ou, simplesmente, melhoramento do desempenho cognitivo (BARROS; ORTEGA, 2011; FRESSE et al., 2012; HAN, 2014).

Ao longo do desenvolvimento da psiquiatria podemos perceber que alguns movimentos foram de importância fundamental para que ela se constituísse como Psiquiatria DSM: 1) a criação da Psiquiatria Comunitária e saída da psiquiatria do confinamento manicomial, se espalhando pela sociedade; 2) a biologização como estabelecimento da “doença mental” no cérebro; 3) a indústria farmacêutica se apropriando do movimento anterior para garantir o mercado econômico e, dessa forma, influenciando intensamente a formação da própria psiquiatria.

Contudo a psiquiatria DSM não para de se desenvolver nesse campo já determinado por ela e, não podemos deixar de mencionar aqui que seus próximos passos parecem indicar o campo das psicocirurgias como a intervenção no cérebro para aqueles pacientes que resistem à química, ou dito de outra forma, para aqueles pacientes em que o inconsciente continua trabalhando apesar da química dopante. Na psiquiatria DSM o próprio inconsciente é o problema.

Diferentemente do uso que se fazia no interior dos manicômios da eletroconvulsoterapia (ECT) ou da lobotomia, hoje essas técnicas foram aprimoradas pela tecnociência, principalmente pelos equipamentos de imagem, funcionando como legitimadores dessas práticas. À medida que cada vez mais as explicações do funcionamento cerebral são usadas para descrever os comportamentos subjetivos, as perspectivas do uso da psicocirurgia aumentam. Cogita-se que nos próximos anos as psicocirurgias poderão ser usadas para alcoolismo, dependências químicas, obesidade mórbida, transtornos alimentares e psicopatia, sabendo que hoje em dia já são usadas para transtorno obsessivo compulsivo, depressão e esquizofrenia (SOUZA et al., 2013). Acredita-se que embora sua prática não esteja muito bem fundamentada teoricamente, as estatísticas de melhora sejam suficientes para legitimar o uso (idem). A nós cabe o papel de questionar o que seria tal melhora, diante da remissão de sintomas à custa da mortificação do sujeito.

5 A REFORMA DA PSIQUIATRIA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Tomaremos as mudanças ocorridas na psiquiatria após a II Guerra Mundial, como uma reforma da própria psiquiatria, salientando que o termo “reforma” refere-se a mudanças superficiais, em oposição à mudanças estruturais.

Todas as reformas de que tem sido objeto se originaram em seu interior e ali permaneceram. Mesmo suas poucas tentativas de transformação radical têm primado por manter intacto seu paradigma original. Entretanto, tais oportunidades têm sido bem aproveitadas pela psiquiatria para se fortalecer através da aliança com outras instituições, e principalmente outras disciplinas, que com ela compartilham e disputam a gestão do mesmo campo de problemas oriundos do conjunto de efeitos da Demanda Social, numa sociedade em que o ônus dos conflitos e contradições macroestruturais é deslocado, privatizado e cada vez mais vivido no plano das individualidades. (COSTA-ROSA, 2013, p. 11)

No Brasil da década de 1970, ainda em plena ditadura, alguns movimentos de contestação ao “tratamento” empregado nos Manicômios começam a surgir, influenciados pelo próprio cenário social de lutas e de mudanças através da área da saúde. Denúncias que começaram tímidas aos poucos se tornaram mais consistentes, sob influência da Psiquiatria Comunitária norte-americana e sua crítica à cronificação produzida pelo asilamento. Essa crítica direta ao Ministério da Saúde, que orientava o cuidado, fez com que um manual para redirecionar as ações em Saúde Mental fosse produzido e difundido por todo o país (COSTA-ROSA, 2013).

O combate aos Manicômios e a prevenção difundida na sociedade serviu para afirmação da psiquiatria, que em sua versão reformada ganhou ares de progressista, mascarando sua relação com a indústria farmacêutica e patologização da vida cotidiana.

A Psiquiatria Comunitária norte-americana, como modelo a ser exportado para o mundo ocidental, foi exemplo para criação no Estado de São Paulo dos “Convênios de 1973”, uma série de ambulatórios de Saúde Mental administrados pela Secretaria Estadual de Saúde em parceria com dezessete universidades públicas e privadas, abrindo possibilidades da psiquiatria existir sem estar atrelada aos manicômios (COSTA-ROSA, 2013). A implantação desses serviços e a difusão da Psiquiatria Comunitária, nesse momento, influenciaram fortemente o desenrolar da história da constituição da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e da Atenção Psicossocial no Brasil³⁸.

Em meio ao panorama de lutas da década de 1980, que culminou na constituição cidadã de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde, 1990, o foco esteve muito voltado para a sociedade, no campo da saúde, incluindo a prevenção e a promoção (PAIM, 2008). Nessa corrente a Psiquiatria Comunitária, para além das críticas, foi aceita como se fosse consequência do próprio SUS, uma vez que este tinha suas bases na Medicina Comunitária, derivada do preventivismo.

A partir da entrada da Psiquiatria Comunitária o Brasil passamos a conviver com duas vertentes da medicina mental, se por um lado vivenciamos a difusão da psiquiatria nas

³⁸ Compreendemos que a Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e a Atenção Psicossocial são aspectos diferentes de uma mesma matriz histórica, ou seja, no Brasil até a década de 1970, onde o sofrimento psíquico encontrava respaldo apenas nos manicômios, a luta contra-hegemônica produziu movimentos diferentes, sendo a Reforma Psiquiátrica uma reforma da psiquiatria e a luta antimanicomial como manifestação popular contra as violações que ocorriam no interior dos manicômios, influenciada, posteriormente, pela Psiquiatria Democrática Italiana. Como Atenção Psicossocial, entendemos ser uma formação conceitual melhor elaborada e fruto da evolução histórica dos dois movimentos anteriores.

bases sociais, tendo como alvo os fenômenos neuróticos, por outro lado a psicose permaneceu trancada nos, agora denominados, Hospitais Psiquiátricos. Entre 1950 e 1970 o aumento de internos em HP foi de 213%, mesmo com o início do uso dos psicotrópicos, enquanto a população brasileira havia aumentado 83% (CESARINO, 1989). Os grandes manicômios construídos nas décadas de 1960 e 1970³⁹, com financiamento público, embora privados, permaneceram no país após passar por um reforma cosmética, com melhoria dos serviços de hotelaria e inclusão de equipe multiprofissional, contudo a estrutura manicomial manteve-se intocada, perpetuando a objetificação dos internos como fonte de lucro, sem questionamentos sobre a constituição da própria psiquiatria. A chamada Humanização fez com que uma nova roupagem fosse atribuída ao manicômio, com o discurso psiquiátrico de que se o manicômio não oferecia cuidados dignos era preciso melhorá-los e não extingui-lo.

O reconhecimento do manicômio como local insalubre, inclusive para o paciente, e o discurso de melhoria desses locais (justificando o pedido de aumento de recursos financeiros públicos), tornou-se um dos principais discursos da elite manicomial no país. A Terapia Ocupacional e a Comunidade Terapêutica⁴⁰ (CT) estiveram na base da nova versão do Hospital Psiquiátrico na França, uma vez que se o asilo era o responsável pelas mazelas da cronicidade da “doença mental”, tratando o próprio asilo ele poderia proporcionar o caminho rumo à saúde mental, ou seja, a estrutura asilar necessitava de modificações para resolver o problema da própria psiquiatria, assim temos os princípios da Psicoterapia Institucional⁴¹. Influenciado pela CT inglesa, o asilo poderia ser uma cópia da sociedade saudável, voltada para norma pedagógica ou psiquiatria pedagógica, supondo que assim se daria o tratamento.

³⁹ O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão responsável por centralizar administrativa e financeiramente os benefícios dos trabalhadores assalariados, inclusive a saúde, em 1966 alega incapacidade de rede própria de serviços médicos, levando a contratação de serviços terceirizados. O INPS passa a ser o principal comprador de serviços privados de saúde e estimulou o padrão de organização médica para o lucro, a forma de remuneração dos serviços prestados acontecia por Unidades de Serviço (US), uma forma fácil de corrupção na medida em que as instituições privadas inventavam pacientes e procedimentos para ganhar mais, além de escolherem procedimentos mais caros. Em 1968 o Ministério da Saúde lança a proposta chamada de Plano Nacional de Saúde (PNS), que pretendia que todos os hospitais governamentais fossem vendidos para a iniciativa privada, transformando-os em empresas privadas, ao Estado caberia o papel de financiar os serviços, que seriam, também, custeados em parte pelos próprios (GIOVANELLA, 2008). A privatização da saúde nas décadas de 60 e 70 também atingiu o setor da Saúde Mental, que iniciou a construção de vários polos manicomiais pelo país, verdadeiras máquinas arquitetônicas de clausura e violação de direitos humanos, com o objetivo centrado na obtenção do lucro: ganhava-se com a internação, com a morte, com o trabalho chamado laborterapia, com a economia nos bens básicos e na baixa quantidade de trabalhadores (YASUI, 2008).

⁴⁰ As primeiras Comunidades Terapêuticas foram criadas na Inglaterra, em 1965, a mais conhecida delas era a Kingsley Hall e propunha colocar em prática os ideais da anti-psiquiatria: o paciente podia atravessar a experiência da loucura como esforço de cura, como uma viagem de regressão para lidar com seu sofrimento. Nessa comunidade viviam pessoas em sofrimento psíquico em meio a demais pessoas, não havia regras ou regulamentos, também não havia médicos, terapeutas ou outros profissionais da saúde. Todos tinham direito de falar e ser ouvido, se alguém entrava em crise, práticas próximas do psicodrama eram encenadas em uma experiência coletiva. (FLEMING, 1976)

⁴¹ “Embora no dizer de Jean Oury, “nenhuma contradição exista entre uma verdadeira psicoterapia institucional e a doutrina de base de sector”, podemos dizer, que posteriormente aquela sofreu mais as influências da psicanálise de tendência laciana, o que a levou a uma transformação mais profunda da prática psiquiátrica, enquanto que o Sector preconiza essencialmente a transferência do centro de actividade (sic) do hospital para uma população e a adopção (sic) de técnicas mais modernas, baseadas numa pluralidade de intervenções terapêuticas (biológicas, psicanalíticas, psicológicas, sociais). Quanto à psiquiatria comunitária ela pretende ser uma forma mais elaborada da psiquiatria de sector” (FLEMING, 1976, pp. 53-54)

No entanto funde-se e confunde-se com a Psicologia Behaviorista através da idéia da doença vinculada ao ambiente adoecedor. Os grupos terapêuticos passam a ter, também, a função de adaptação e educação do indivíduo à sociedade, como se fossem réplicas em menor escala e acontecendo no próprio hospital⁴². A psicanálise não foge dessa nova proposta e começa a ser usada como instrumento adaptativo e pedagógico. Os grupos tornam-se promotores de educação para a vida, pois são réplicas sociais em menor escala, assim como o ambiente hospitalar, são oferecidos pelos terapeutas (enfermagem, serviço social, psicologia), pessoas bem adaptadas às normas sociais, algo a ser levado ao desadaptado, é o senso comum investido de potencial educativo e curativo (BIRMAN; FREIRE COSTA, 1994).

Voltando ao Brasil, a humanização contribuiu para uma aceitação social da instituição asilar, mesmo após várias denúncias de violação de Direitos Humanos pelo movimento antimanicomial. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH) instituído em 2002 e que verifica as condições mínimas necessárias dos estabelecimentos hospitalares, acabou sendo usado como sinônimo de padrões de qualidade, para a população em geral. Exemplo disso está exposto na avaliação do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, em Messejana, Pernambuco, que por ter conseguido uma boa pontuação no PNASH, indicando que tinha condições mínimas para atender os internos, teve o resultado divulgado como “o melhor hospital da rede pública pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH 2012/2014). Entre 143 instituições avaliadas, o HSM teve a nota final de 97,56” (O Povo online, 2015).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, conhecido como CAPS Itapeva, inaugurado em 1987, mostra bem essa hegemonia do HP e a relação do modelo manicomial x modelo comunitário: era um serviço que convivia com o Hospital Psiquiátrico, servindo para fazer a transição entre a instituição asilar e o cuidado nos Ambulatórios (psiquiatria comunitária) (YASUI, 1989), em uma configuração entre o ambulatório e hospital-dia (SCARCELLI, 1998). Apenas algum tempo mais tarde, com o amadurecimento teórico e da práxis cotidiana, se posiciona como serviço substitutivo ao Hospital Psiquiátrico.

⁴² Como exemplo literário, e posteriormente cinematográfico, podemos citar a obra *Um Estranho no Ninho*, de Ken Kesey, para falar dos grupos adaptativos ofertados nos hospitais psiquiátricos baseados na Comunidade Terapêutica: “Já ouvi aquela teoria da Comunidade Terapêutica um número suficiente de vezes para repeti-las de trás para frente e da frente para trás – como alguém tem de aprender a sair-se bem num grupo antes de estar apto a funcionar numa sociedade normal; como o grupo pode ajudar alguém, mostrando-lhe onde é que ele está fora do lugar; como é a sociedade que decide quem é são e quem não o é, assim é preciso estar à altura” (Kesey, 1962, p. 56). Ao mesmo tempo em que os grupos pretendiam ser lugar aberto de fala, de forma democrática e cooperativa, a enfermeira coordenadora comportava-se de forma autoritária, dominadora e normatizadora, não é coincidência seu apelido “Chefona”: “Talvez ele tenha mais coisas a dizer, mas, quando atinge esse ponto, a Chefona geralmente o faz calar, e na calmaria o velho Pete se levanta e sacode aquela cabeça que parece uma panela de cobre amassada e diz a todo mundo como ele está cansado, e a enfermeira diz a alguém que vá fazê-lo calar a boca também, de forma que a sessão possa continuar, e geralmente Pete fica calado e a sessão continua” (Kesey, 1962, p. 57)

5.1 PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA ITALIANA

Na oposição ao cenário reformista, que produz mudanças para não alterar a estrutura social, podemos dizer que a Psiquiatria Democrática Italiana foi uma corrente desenvolvida com a experiência da cidade de Gorizia, na Itália, como um movimento político de influência marxista, que levou à contestação da psiquiatria tradicional (FLEMING, 1976). As propostas iniciais visavam desfazer as “verdades evidentes” da ideologia cotidiana e chamar a atenção para o dia-a-dia institucional, repleto de violência, vigilância e exclusão, produzindo uma corrente anti-institucional. A partir da crítica sobre a “morte civil” provocada com o ingresso em uma instituição psiquiátrica, a Psiquiatria Democrática depara-se com a doença e a exclusão social, dois temas que serão amplamente discutidos. Para Franco Basaglia a “doença mental” seria uma forma do sujeito se refugiar da realidade social insuportável, no entanto, para se defender desse fenômeno a sociedade criaria instituições para disfarçar suas contradições. Essa relação estabelecida, “doente mental” e instituição psiquiátrica, definiria a evolução da própria “doença mental” e as relações do sujeito com a psiquiatria, relação essa em desequilíbrio, já que o médico concentraria poder absoluto.

(...) Entregue ao arbitrário do poder médico, privado de quaisquer direitos cívicos e de toda e qualquer possibilidade de se opor a esta violência exercida contra ele, o doente não tem outra solução senão adaptar-se, identificar-se com o corpo institucional ou então refugiar-se no delírio... (FLEMING, 1976, p. 101)

O diagnóstico psiquiátrico também é um dos temas discutidos na tentativa de desconstruir as verdades estabelecidas, pois para Basaglia trata-se mais de um rótulo para dissimular a discriminação.

A classe social dos internados, seguindo a tradição da luta de classes de Marx, é um dos fatores determinantes para definir o asilamento psiquiátrico, ou seja, na visão de Basaglia e sua equipe o manicômio é voltado para os desfavorecidos. Essa constatação levou a uma reflexão mais profunda sobre a própria ciência, decifrando-a como tendenciosa e ideológica. A ciência psiquiátrica seria uma forma de estender o poder para diversas categorias profissionais, naturalizando a técnica empregada e fazendo com que o “doente” não a perceba e se adapte. A função desses profissionais nessa lógica seria “estender as fronteiras da exclusão descobrindo tecnicamente novas formas de desvio em relação à norma, consideradas até aqui como normais” (BASAGLIA apud FLEMING, 1976, p. 102)

A citação de Basaglia, apesar de escrita há algumas décadas nos mostra que suas reflexões já apontavam os caminhos da psiquiatria: ampliação dos diagnósticos através da patologização da vida, ou seja, fatos cotidianos da vida em um momento são considerados corriqueiros, posteriormente são sinônimos de “anormalidade”.

Nessa perspectiva, o ato terapêutico estaria voltado para fazer o “doente” reconhecer sua condição e a violência do sistema sócio-político que o levou à situação de sofrimento

intenso. Assim, Basaglia e sua equipe assumem uma posição considerada radical com relação aos excluídos, recusando o lugar de poder diante deles:

Para Basaglia, não se tratava de renovar ou aperfeiçoar o sistema hospitalar (o que seria de certo modo fazer o jogo do Poder, capaz de recuperar qualquer renovação, desde que ela se mantenha dentro dos limites das normas fundamentais em vigor...) mas de negar o mandato social do psiquiatra, recusando toda e qualquer terapêutica que visasse atenuar as reações (sic) do excluído em relação aquele que exclui. Este acto (sic) de negação era para ele, o único capaz de escapar à recuperação ulterior feita por um <<sistema político econômico que absorve toda e qualquer nova afirmação e a utiliza com o objetivo de se consolidar>>. É por esta razão que Basaglia insistiu sempre em afirmar que a comunidade terapêutica criada pela equipe de Gorizia não passava de uma etapa provisória de um processo já iniciado, aberta a todas as transformações e de modo nenhum um novo modelo institucional posto a funcionar por técnicos progressistas, e ainda menos uma solução institucional para o problema político que põe a loucura (FLEMING, 1976, p. 103).

A radicalidade de Basaglia colocava em cheque a própria instituição, lançando estratégias novas para evitar a produção institucional como exclusão. Trata-se da rejeição social por parte dos profissionais e da aceitação de uma certa contestação que seria a loucura.

A função terapêutica libertadora, com a conscientização do “doente mental”, através da saída da alienação, e uma carga de agressividade voltada para a sociedade que lhe provocou o adoecimento, sociedade capitalista, seria a “cura” através da contestação (FLEMING, 1976) uma oposição ao sistema que lhe adoeceu.

"A situação (a possibilidade de uma abordagem terapêutica do doente mental) se revela, assim, intimamente ligada e dependente do sistema, donde toda a relação esta rigidamente determinada por leis econômicas. *Ou seja: não é a ideologia médica que estabelece ou induz um ou outro tipo de abordagem, mas antes o sistema sócio-econômico é que determina as modalidades adotadas a níveis diversos*" (BASAGLIA, 1985, p. 105).

As reflexões da Psiquiatria Democrática influenciaram a Reforma Psiquiátrica brasileira e a constituição da Política Nacional de Saúde Mental, por reivindicações da Luta Antimanicomial, sobretudo com relação à negação dos Manicômios, contudo a recusa do mandato social da psiquiatria parece não ter penetrado o tecido social e suas reflexões, de forma consistente, assim como a crítica marxista de Basaglia ligada ao sofrimento psíquico. A peculiaridade do pensamento basagliano, para além do fechamento da instituição asilar, estava na própria contestação da psiquiatria e a visão da loucura como produto do meio social típico do modo de organização capitalista, podemos dizer que na RP brasileira a complexidade da psiquiatria italiana em sua primeira fase foi resumida ao fechamento dos manicômios. Contudo a psiquiatria italiana, através de outros autores de pensamentos menos radicais, continuou a influenciar a SM no Brasil.

5.2 A CONSTITUIÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A RP no país se organizou em um momento histórico marcado pela ditadura militar, privatização dos serviços médicos, fraudes no setor público para desvio de recursos para o setor privado e avanço do neoliberalismo para combater a crise de meados da década de 1970, mas também de mobilização social reivindicando mudanças. Madel Luz em sua tese de 1978 nos diz:

A atualidade crescente do estudo das instituições médicas não pode ser desligada dos recentes movimentos sociais deflagrados em varias formações sociais capitalistas. Tais movimentos sociais dirigem-se em geral contra o poder do Estado (conseqüentemente, das classes instaladas no Poder) e suas instituições como a Universidade e a escola em geral, as prisões, os hospitais, principalmente psiquiátricos (LUZ, 2013).

No momento de efervescência das lutas sociais em oposição à sociedade constituída até então, a RP fortemente influenciada pela RS busca contestar as instituições sociais, fossem elas políticas ou econômicas. A Psiquiatria Democrática Italiana, de Franco Basaglia, quando chega ao Brasil produz um casamento bastante harmônico com o que se discutia na época, alavancando e agregando bases para o avanço daquilo que até o momento ainda estava no campo das ideias. É dessa forma, que pessoas com forte engajamento político conseguem propor problematizações que pretendem colocar em xeque a própria instituição psiquiátrica, nos moldes da crítica de Basaglia.

Esse movimento que se constituiu no início da década de 1980 e busca por uma alternativa à psiquiatria, lendo-se essa psiquiatria como a organicista e manicomial, aproxima a nova psiquiatria ainda como rascunho, da complexa crítica social e econômica no campo da saúde e do sofrimento psíquico (informação verbal⁴³)

A RP brasileira, como movimento de oposição ao instituído manicomial organicista, é evanescente nesse movimento de contestação, mas que pode avançar em algumas poucas experiências pontuais (idem).

Nesse contexto o setor saúde foi uma brecha importante para aprofundar a reflexão da própria sociedade. A RP tomou contorno, enquanto movimento social, contudo a transformação dos ideais iniciais em política pública reduziu a questão da loucura e da ciência psiquiátrica ao modelo de gestão e acesso, deixando de lado a discussão de modelo societário. Do início da RP e suas experiências localizadas, para sua implementação e ampliação verificamos um salto que inverte seus objetivos, despolitizando o próprio movimento a partir do novo viés, ou seja, transforma a ação política em questão de administração (OLIVEIRA, 2010).

⁴³ Informação fornecida pelo professor doutor Abílio da Costa-Rosa em reunião de orientação no dia 23 de novembro de 2017, na Unesp, campus Assis.

Esse salto histórico dado por nós tem o objetivo de comparar a RP inicial, com a RP contemporânea, e buscar elementos que nos mostrem minimamente o porquê dessa transformação, de modo que nosso trabalho está bastante focado na busca de dados que caracterizem esse processo de transformação.

Tecnicamente a RP se configurou como um misto da Psiquiatria Democrática italiana e da Psiquiatria Comunitária norte-americana, as duas linhas teóricas mais expressivas, sob a influência da psiquiatria organicista, intensificada com o passar dos anos, além do aumento de poder da indústria fármaco-química sobre a psiquiatria, no contexto econômico neoliberal. Como resultado a psiquiatria está intensamente ramificada socialmente, patologizando a vida cotidiana e o sofrimento produzido pelo modo de viver na sociedade contemporânea, respondendo à demanda da própria população por essa especialidade que promete o alívio instantâneo (COSTA-ROSA, 2013), as medicações são hegemônicas e quase exclusivas para lidar com o sofrimento, receitadas inclusive pelos clínicos gerais, em uma tentativa de acabar milagrosamente com o sofrimento que se apresenta cotidianamente na clínica. Ao mesmo tempo, ainda há uma grande quantidade de leitos psiquiátricos pelo país, e uma demanda que utiliza da própria justiça desavisada para conseguir vagas (judicialização).

Apesar do posicionamento de negação da instituição asilar, a denominada “cura pela contestação”, da psiquiatria democrática, redefiniu-se aqui por uma “cura pela cidadania”, ou seja, a participação popular em espaços democráticos, como Conselhos de direito, assembleias, participação em associações, e o próprio acesso aos direitos sociais, ou seja, o conceito de saúde mental a partir do modo de construção da saúde como conceito da Reforma Sanitária. Contudo, talvez fosse mais apropriado dizer aqui que se trata de permissões e consumo de serviços, não de direitos, uma vez que esse último mudaria a estrutura do poder, enquanto que o primeiro não diminui o poder de quem o concede e não aumenta o poder de quem o recebe (MILNER, 2009 apud ZIZEK, 2011). Novamente falamos de adaptações para não mudar a estrutura político-social vigente.

Dizer que o exercício da cidadania é resolutivo e preventivo de problemas psíquicos e mentais pode ser muito pertinente, porém isto está longe de significar que prevenção em saúde mental e tratamento psíquico em Saúde Coletiva possam ser reduzidos ao exercício de ações de cidadania, qualquer que seja a definição em que se tome esta última (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001, p. 19).

Essa proposta cidadã aparece na RP no país como a própria terapêutica, mas sem descartar a medicação. Estamos diante da participação popular como clínica, própria da Ética da ação social. Costa-Rosa (2013) apresenta como uma das características principais dessa ética a “ação política real” como ação terapêutica.

Entretanto, na ânsia pela cura e pela superação do Manicômio, muitos profissionais realizaram ações pelos usuários dos serviços, abriram associações em nome deles, fizeram com que ocupassem lugares em congressos de saúde mental para falar de sua experiência no Manicômio, com discursos semi-prontos, obrigaram a participação em Assembleias, incluíram em oficinas de trabalho protegido que não propunha autonomia, muitas vezes sem

se dar conta do esvaziamento de sentido desses espaços para quem é tutelado⁴⁴. Aqui podemos verificar como a tentativa inicial de se nortear pela Ética da Ação Social aos poucos introduziu certas características específicas da Ética da Tutela⁴⁵, embora justificadas como ações iniciais encabeçadas pelos profissionais da SM para produção de autonomia.

O êxito da experiência de Gorizia e posteriormente Trieste são, muitas vezes, usadas como “receita de autonomia prescritiva”⁴⁶ da prática para se conseguir mudanças na Saúde Mental, sem problematizar que a simples cópia das práticas não abalam as estruturas.

Quando Basaglia fala em abolição da autoridade, coerção e hierarquia, que em sua visão são os pilares da psiquiatria, aponta para o Modo Capitalista de Produção, e desvela uma das origens do sofrimento psíquico. Seguindo esse caminho anti-institucional, tanto da psiquiatria quanto do hospital psiquiátrico, propõe uma revolução no interior hospitalar, que a priori se configura como uma espécie de Comunidade Terapêutica, mas apenas como uma passagem para uma realidade que prescindia dessas instituições.

Via de regra, os serviços substitutivos e Hospitais Psiquiátricos em processo de desinstitucionalização estão muito aquém de conseguir refletir sobre a influência do MCP em seu cotidiano. A hierarquia, autoritarismo e coerção são naturalizados e desvinculados de qualquer produção de sofrimento, ao ponto dos próprios trabalhadores solicitarem por mais autoritarismo como plano de eficiência do dia-a-dia institucional, no melhor modelo neoclássico de planejamento administrativo.

Embora a experiência dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), da cidade de Santos, tenham se mostrado mais radicais, com inspiração direta da Psiquiatria Democrática e na proposta totalmente substitutiva do manicômio (BRAGA-CAMPOS, 2000), a escolha do Estado para um serviço alternativo em Saúde Mental materializa-se nos CAPS, que surgem inicialmente como lugar de transição entre o Manicômio e o ambulatório, sem a perspectiva de fechamento de leitos psiquiátricos até a reformulação teórica antimanicomial feita por seus trabalhadores. Enquanto naquele momento a Reforma Psiquiátrica, representada pelo poder

⁴⁴ Reconhecemos que várias experiências visando autonomia e novas formas de ações políticas para conquista de direitos sociais foram autênticas, contudo grande parte das experiências apresentadas hoje parecem copiar aquelas, como uma tentativa bem intencionada de dar um pontapé inicial, mas que na verdade provoca dependência.

⁴⁵ Ética da Tutela é aquela típica do Hospital Psiquiátrico, em que o interno é expropriado de sua autonomia, desde a mais básica como a hora de acordar, tomar banho e comer, até a impossibilidade de ir e vir e cuidar de seus bens, nesse último caso a interdição jurídica como parceira da psiquiatria é a executora da “morte civil”.

⁴⁶ Como exemplo das ações italianas repetidas no Brasil como “receita”, podemos citar a apropriação esvaziada de Marco, o cavalo. Na experiência de Trieste, Marco era o nome do cavalo que transportava roupas sujas do Manicômio para a cidade e, cujos internos evitaram o sacrifício quando tornou-se velho e incapaz de trabalhar, em um movimento de identificação entre a situação do cavalo e a situação dos internos, que também eram considerados incapazes. Uma enorme estátua azul de papel maché foi confeccionada, pelos internos e artistas, em um dos ateliês, por demanda dos moradores do Manicômio que reavivaram a história de Marco quando a primeira enfermaria foi fechada, sob direção de Franco Basaglia, e o cavalo tornou-se símbolo da desinstitucionalização italiana (SADE, 2014). No Brasil, não é difícil encontrar o cavalo azul em desfiles de usuários da SM pelas ruas da cidade, seja em datas comemorativas como o 18 de maio, seja no carnaval, confeccionada em oficinas nos CAPS, sob demanda dos trabalhadores, que conhecem e se inspiram na história antimanicomial italiana.

público federal, toma rumos no sentido de inaugurar o manicômio reformado, humanizado, e de propor a existência de uma rede de serviços em saúde mental que não exclua o local de isolamento, a Luta Antimanicomial, influenciada pela Psiquiatria Democrática, radicaliza na proposta de acabar com os espaços asilares, propõe uma nova rede de atenção territorial, que posteriormente passou a ser chamada de Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013). Enquanto a primeira ainda gira em torno da psiquiatria e de suas transformações, o que contribui para que permaneça aceita e ampliada na sociedade, tendo como centro seus aparatos médicos, a segunda propõe ações subversivas.

Se inicialmente pudemos observar uma crítica ao modelo sócio-econômico vigente, refletindo o que esse modelo produzia no interior das instituições, hoje é raro encontrar profissionais, usuários e pensadores da saúde mental que articulem o Modo de Produção com a produção de subjetividade. Esse movimento foi percebido já na II Conferência Nacional de Saúde Mental:

Realizadas em circunstâncias históricas distintas da I CNSM, cujo relatório apresentava diversas proposições de caráter político, o texto da II CNSM não foi tão contundente na crítica ao modelo econômico nem ao momento político que se estava vivendo. Embora aquelas questões estivessem como pano de fundo, o relatório era muito mais extenso e específico nas questões da saúde mental (COSTA ROSA; LUZIO; YASUI, 2001, p. 17).

A RP trouxe a crítica econômica influenciada pela Reforma Sanitária, mas vai se distanciando, em seu lugar entram as discussões técnicas e assistenciais, principalmente pela necessidade de criação dos serviços de SM.

Já a psiquiatria não conseguiu desvincular-se de seu papel social de defesa da sociedade, justificando a exclusão e a permanência dos Hospitais Psiquiátricos ainda hoje. Esse papel social atribuído ao psiquiatra com a Psiquiatria Comunitária continua fortalecido no exercício de sua prática. A coerência continua não sendo a preocupação da psiquiatria, seja já nas bases da Psiquiatria Comunitária, seja hoje em dia com a permanência do Manicômio sem justificativa de tratamento, e mais do que isso, em sua serventia para disfarçar as contradições do próprio sistema capitalista e seu modo de produção, camuflando aquilo o que produz e não consegue resolver. Há uma supremacia da função social do Hospital Psiquiátrico, em detrimento de uma suposta função terapêutica, já que não encontramos argumentos que defendam o enclausuramento como forma de melhorar as condições psíquicas de pessoas em sofrimento. É de acordo comum que o asilamento não produz melhora na condição psíquica dos pacientes internados, que a institucionalização inaugura uma situação de cronificação e tutela, que os equipamentos substitutivos, mesmo sob orientação tutelar produziram mais saúde pelo simples fato de não isolar a pessoa e deixá-la participar das atividades cotidianas. Mesmo assim a persistência do Hospital Psiquiátrico e a demanda social pelas internações nos fazem deparar com a função social desses espaços.

A atuação da psiquiatria na trajetória da RP vem se restringindo à Psiquiatria DSM. Inicialmente a psiquiatria que compunha os serviços substitutivos apresentava uma bagagem diferente do diagnóstico-medicação, nesse caso, os médicos estavam disponíveis para

trabalhar com estratégias diferentes (grupos, oficinas, etc), algo raro no cotidiano dos CAPS hoje em dia. Nesse momento inicial da RP ainda contamos com a influência da Psicanálise e da Fenomenologia, uma vez que estamos em plena vigência e influência do DSM II e de uma formação psiquiátrica que pretende conciliar as diversas correntes teóricas. A partir da publicação do DSM III pretensamente ateu, mas declaradamente organicista, há uma gradativa transformação do campo psiquiátrico e uma clara restrição nas estratégias para lidar com o sofrimento psíquico. A consolidação da psiquiatria como ciência médica só pode ocorrer através da utilização dos aparatos tecnológicos da indústria médica e, dessa forma, através da justificativa concreta de aproximação da existência orgânica do “transtorno mental”, aproximação essa que sempre está em vias de apresentar a comprovação final de seu objeto, mas que nunca o alcança.

Principalmente pelos avanços da ciência e da indústria químico-farmacêutica, uma forma psiquiátrica organicista, que sempre existiu, torna-se, contudo, preponderante, sobrevivendo a todas essas tentativas de reformulação. Pode-se até dizer que tira benefício delas, muitas vezes à sombra das críticas ao Manicômio, alvo fácil de descartar em prol do Hospital Psiquiátrico sempre reformado, e do qual também vai se separando, embora ambigualmente, pondo a serviço de sua ideologia e de suas práticas gerações sempre renovadas dos psicofármacos. Talvez possamos dizer que a psiquiatria sai fortalecida das reformas psiquiátricas para usufruir dos avanços da tecnociência aplicada à indústria quimicofarmacêutica, cujo desenvolvimento mais ou menos vertiginoso, afinal, também se iniciou no pós-guerra. Também parece inegável que a psiquiatria, de posse dos novos medicamentos psicofármacos, adquire o novo instrumento que faltava para aceder ao estatuto de medicina mental. Isso lhe permite acrescentar outra denotação fundamental do radical “med” presente como nunca, a partir daí, no termo “medicalização” (COSTA-ROSA, 2013, p. 172).

A Reforma Psiquiátrica se caracteriza pela posição a favor do fechamento dos Manicômios brasileiros, ao mesmo tempo em que convive com a contradição de serviços substitutivos de saúde mental solicitarem internações nas instituições que se propuseram fechar. As estruturas rígidas de hierarquia, a divisão social do trabalho bem marcada, inclusive com diferenças salariais gritantes, o médico ainda em seu lugar de poder, o autoritarismo da gestão e a falta de horizontalidade entre os membros da equipe nos HP, sobretudo, mas não raro de se encontrar no interior dos serviços substitutivos e nos processos de desinstitucionalização, permanecem como nas estruturas fordista/tayloristas, declaradamente mais próximas das práticas manicomialistas que das psicossociais, uma vez que as práticas da Atenção Psicossocial deveriam tender para uma auto-gestão, ou no mínimo para a horizontalidade.

Nos serviços substitutivos percebemos que há um esforço para que a organização se dê no modelo de equipes e redes. Ao mesmo tempo verificamos o discurso das “redes” na produção de um território capaz de apoiar a produção de autonomia. Zizek nos fala das “redes” no capitalismo de forma bastante interessante:

[...] A partir da década de 1970, surgiu uma nova figura: o capitalismo começou a abandonar a estrutura fordista hierárquica do processo de produção e, em seu lugar, desenvolveu uma forma de organização em rede baseada na iniciativa do empregado e na autonomia no local de trabalho. Em vez de uma cadeia de comando centralizada e hierárquica, hoje temos redes com miríades de participantes nos quais o trabalho é organizado na forma de equipes ou projetos e a atenção geral dos trabalhadores está

voltada para a satisfação do cliente, graças à visão de seus líderes. Dessa maneira, o capitalismo foi transformado e legitimado como projeto igualitário: ao acentuar a interação autopoiética e a auto-organização espontânea, acabou usurpando da extrema esquerda autopoiética a retórica da autogestão dos trabalhadores, transformando o lema anticapitalista em capitalista (ZIZEK, 2011, p. 53)

A RP brasileira, discutida até aqui, foi concebida alinhada aos ideais esquerdistas, mas o caminho trilhado nos mostra, hoje, que está contida na hegemonia neoliberal e que sua forma de organização atual amplia mercados e prega a lógica do indivíduo liberal – aquele auto-responsável pelo seu sucesso e pelo seu fracasso, que acredita no esforço individual e desconsidera o contexto social de exploração –, tanto para usuários, quanto para trabalhadores. Da mesma forma as “redes” importadas para essa composição refletem a citação de Zizek, ou seja, a transformação de um lema anticapitalista em capitalista, assim como a própria RP.

O autor ainda faz a comparação desse sistema em redes com as novas configurações do cérebro na neurociência, deslocando o “Eu” cartesiano, centralizador da vida psíquica, para a interação múltipla, como um eco das mudanças sociais naturalizadas no cérebro (ZIZEK, 2011). Assim, tudo se resume às redes, seja pela explicação neuro-científica para o “transtorno mental”, seja a forma de trabalhar dos serviços substitutivos, seja a composição desses serviços no território, mas sempre em consonância com o sistema econômico.

Quando tratamos da eficiência das equipes multiprofissionais e das redes na saúde mental, verificamos trabalhadores relatando suas experiências em acompanhar o sofrimento psíquico em quadros de vulnerabilidade social provocados por falta de emprego, alimentos, habitação, entre outros, em suma, pela condição de vida imposta às pessoas em situação de extrema pobreza, produto do próprio sistema econômico. Além do sofrimento psíquico, o trabalhador também se vê diante da responsabilidade de conseguir o essencial concreto para a vida, assumindo individualmente essa responsabilidade, embora articulado em rede. Nessas condições, cabe ao trabalhador constantemente remendar o capitalismo para que seus rasgos não produzam a revolta.

Nesse sentido, podemos trazer o conceito de ideologia, na medida em que uma suposta prática esquerdista e psicossocial, camufla ações neoliberais e manicomiais. Na visão de Chauí (2014):

[...] a função da ideologia é ocultar a divisão social das classes, a exploração econômica, a dominação política e a exclusão cultural, oferecendo aos membros da sociedade o sentimento da identidade social, fundada em referenciais identificadores, como Humanidade, a Liberdade, a Justiça, a Igualdade, a Nação. Como salienta Marx, o primeiro a analisar o fenômeno ideológico, a ideologia é a difusão para o todo da sociedade das ideias e dos valores da classe dominante como se tais ideias e valores fossem universais e aceitos como tais por todas as classes (CHAUI, 2014, p. 53)

Na redução da discussão do campo da Saúde Mental, as ações centradas no indivíduo trabalhador em equipe multiprofissional, são a camuflagem de uma ideologia capitalista neoliberal que deposita no indivíduo o sucesso. Assim como aponta Chauí, a ideologia está fortemente fundamentada nos referenciais de liberdade, justiça e igualdade. O trabalhador, por

sua vez, alienado do panorama estrutural, acredita que sua função é salvar vidas afetadas pelo próprio sistema, assumindo irrestritamente toda a responsabilidade de um panorama econômico social devastador.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar a Reforma Psiquiátrica na contemporaneidade faz com que nos aprofundemos na reflexão sobre o sistema capitalista e seu modo de produção, uma vez que a medicina responde à demanda da matriz econômica e a Reforma Psiquiátrica sob forte influência da ciência médica não foge à regra. Embora contrária à existência dos aparatos arquitetônicos manicomial, como uma ação de oposição à hegemonia, nossa análise nos dá condições de contestar tal premissa, uma vez que a psiquiatria hegemônica hoje é difusa na sociedade e baseada no diagnóstico e medicação, a Psiquiatria DSM. A Psiquiatria DSM conformada à intervenção do Capital, representado pela grande indústria do cuidado, a indústria farmacológica, e da produção de tecnologia para exames, principalmente de imagens, transformou a Reforma Psiquiátrica em um campo de expansão do Capital. Não interessa ao nosso sistema econômico expansivo manter a medicina mental, tão lucrativa, restrita no interior dos muros dos hospitais, quanto mais entranhada na sociedade, mais cumpre o objetivo do mercado.

Lembremos que inicialmente a Economia Crítica da saúde foi base para o movimento da Reforma Sanitária (AROUCA, 2003) e que ela influenciou a Reforma Psiquiátrica, contudo suas bases logo deram lugar à reflexão técnico-assistencial, sobre o acesso aos serviços de saúde mental e sua constituição, discussão pertinente no momento de abertura de novos serviços, mas que reduziu as perspectivas críticas da própria SM, uma vez que se priorizou o tema em detrimento de outros. Em resumo, a ampla discussão sobre o modelo de sociedade e as formas de organização social para modificá-lo, foi substituído pela dimensão técnico-assistencial, deixamos de lado a perspectiva de transformação social para falar de acesso aos serviços.

A centralidade da discussão da ampliação de CAPS, mas focado na Psiquiatria DSM, capilarizou ainda mais a medicalização pela sociedade e nos confrontou com a crítica de Illich sobre a iatrogenia⁴⁷, para além da cronificação do HP, uma vez que os medicamentos, os hospitais e os médicos podem ser patogênicos (ILLICH, 1975).

Se no desenvolvimento da medicina podemos perceber a intrínseca ligação com a reprodução do MCP, quando serve à manutenção da força de trabalho e produção de mais-

⁴⁷ “O termo técnico que qualifica a nova epidemia de doenças provocadas pela medicina, *iatrogênese*, é composto das palavras gregas *iatros* (médico) e *genesis* (origem). Em sentido estrito, uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam” (ILLICH, 1975, p. 23).

valia, na psiquiatria essa lógica convive com a constante reforma da psiquiatria. Nas décadas em que o manicômio foi absoluto e nos anos posteriores em que vivemos sob sua influência mesmo na rede substitutiva, o trabalhador acometido pelo sofrimento psíquico, mas para o qual a medicina já não via esperança de retorno à produção é encaminhado ao Manicômio, para aquele que a medicina vê possibilidades de retorno à produção, o medicamento e a reabilitação.

Não podemos deixar de citar a Psiquiatria Comunitária para mudança de perspectiva do suposto tratamento no Manicômio, para o tratamento em meio aberto. Ao abrir-se para as questões sociais, a psiquiatria assumiu o papel de guardiã do equilíbrio psíquico social, permeando tudo aquilo que pudesse provocar o sofrimento. A psiquiatria ao sair de dentro dos manicômios levou seus aparatos científicos para a sociedade e aí encontrou terreno fértil para seu enraizamento.

Por outro lado, a Psiquiatria Democrática foi a corrente que se opôs à psiquiatria e não somente ao aparato manicomial, pautando a ligação da ciência médica mental com a estrutura arquitetônica criada, algo desconsiderado na Psiquiatria Comunitária ao criticar somente cronificação como produto do asilamento. Aprofundou as reflexões sobre o poder exercido pela psiquiatria, sua relação com o “doente” e a sociedade conformada ao sistema capitalista. A “doença mental” foi entendida como uma reação dos sujeitos ao modo de viver as contradições sociais. Contudo, no atual estágio da RP no país, a influência basagliana foi reduzida e a crítica ao sistema capitalista foi retirada da reflexão antimanicomial, que concentrou a luta contra o manicômio arquitetônico.

A Psiquiatria Democrática ainda influencia fortemente a Reforma Psiquiátrica, mas se faz presente em defesas pontuais e através da repetição descontextualizada do slogan gramsciano “contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática”. Das experiências de Gorizia e Trieste ressaltam-se as ações, ficando a reflexão recusada, a centralidade da obra basagliana no país acontece pela prática das experiências. Se cabe ao gestor pensar e ao trabalhador executar, a experiência italiana transformou-se em uma espécie de “receita de bolo”, como importação de conceitos a serem aplicados, justamente o que Basaglia tentou evitar, explicitando tal posição em suas falas quando esteve em conferências no Brasil (Basaglia, 1979). Busca-se que os usuários dos serviços substitutivos de saúde mental participem de Assembleias, oficinas terapêuticas, ocupem a cidade e exerçam sua cidadania, mas vestidos de uma pretensa *autonomia prescrita*. Aqui chamamos a atenção para esta última definição, uma vez que expressa a contradição de uma autonomia alienada, na medida em que vem prescrita pelos profissionais da saúde, na melhor definição de um discurso de mestria.

Se por um lado o pensar e o executar permanecem cindidos, expressando a lógica entre gestor e trabalhador, por outro lado também temos a tutela e a impotência como tradução da relação entre o trabalhador e o usuário dos serviços de Saúde Mental. Ainda sob a influência das “receitas” italianas as experiências exitosas dizem sobre a abertura de associações de usuários pelos próprios trabalhadores.

A psiquiatria contemporânea considerada compatível com a RP reflete sobre seu suposto lugar de não soberania a partir da entrada na equipe multiprofissional, como se o fato de compô-la a retirasse do discurso de Verdade médico-científica. Embora o discurso seja de considerar o paciente em seus vínculos pessoais e sua constituição psíquica e social, a racionalidade que impera é a organicista e isso fica bastante evidente quanto o assunto é medicação. Ela sempre está em primeiro lugar, sendo os outros componentes assessorios no auxílio da melhora. Coloca-se na esperança do avanço tecnológico a possibilidade de invenção de medicações que sanarão todos os sofrimentos da humanidade, até lá a convivência com as outras teorias são recomendáveis. O “bom psiquiatra”, nessa racionalidade, é aquele que tem contato com seus pacientes, informa sobre a necessidade da medicação e os perigos do desuso abrupto, explica os mecanismos de ação medicamentosa no cérebro, sempre de forma acessível. O que está em jogo aqui não é a quebra de paradigma, mas o fato de levar a visão organicista para a população em geral, a verdade ao alcance de todos, sem receio de contato com pobreza pela classe médica.

Sem a reflexão sobre os modos de produção a RP cada vez mais serve àquilo que inicialmente combatia, sem perceber a íntima relação entre o modo de produção e a produção de subjetividade. Cada vez mais seu discurso fundante é esvaziado e o Campo se apega às ações pontuais e limitadas à dimensão técnico-assistencial, fortalecendo a sociedade capitalista, ao invés de produzir brechas e reflexões que possam levar à transformação social, trata-se da não percepção de que o principal está negligenciado: a reflexão sobre a constituição da psiquiatria e da sociedade no MCP.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: PEREIRA, J. M. M.; PONKO, M. (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980 – 2013)**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014.

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

ANTUNES, R. **O continente do labor**. São Paulo: Boitempo, 2011.

AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

ASKOFARÉ, S. O sintoma social. In: Goldenberg, R. et al (Org.) **Goza! Capitalismo, globalização e psicanálise**. Salvador: Ed ágalma, 1997.

BARROS, José D. A. **Os conceitos de ‘modo de produção’ e determinismo – revisitando as diversas discussões no âmbito do Materialismo Histórico**. CLIO: Revista de Pesquisa Histórica, n. 28.1 (2010). Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaclio/index.php/revista/article/viewFile/111/84>.

BARROS, D. ORTEGA, F. **Metilfenidato e aprimoramento cognitivo farmacológico: representações sociais de universitários**. Saude soc. [online]. 2011, vol.20, n.2, pp. 350-362. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200008>.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, F. et al. **Psiquiatria, antipsiquiatria y orden manicomial**. Barcelona: Barral Editores, 1975.

BEZERRA JR. B. A história da psicopatologia no Brasil. Café Filosófico. Publicado em 14 de julho de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=r-XJtS0A1WQ>.

_____. A Psiquiatria Contemporânea e seus desafios. In: ZOZANELLE, R.; BEZERRA JR, B.; FREIRE COSTA, J. (Org.) **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, pp. 9-31.

_____. Da contracultura à sociedade neuroquímica: psiquiatria e sociedade na virada do século. In: ALMEIDA, M. I, M.; NAVES, S. C. (Org.) **“Por que não?”: rupturas e continuidades da contracultura**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2007.

BIRMAN, J.; FREIRE COSTA, J. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

BRAGA-CAMPOS, F. C. B. **O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. 2000. 178f. Tese (Doutorado em Áreas da Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2000.

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

CESARINO, A. C. Uma experiência de Saúde Mental na prefeitura de São Paulo In: LANCETTI, A. (Org.) **Saúde Loucura 1: instituições e saúde mental**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

CHAUÍ, M. **A ideologia da competência**. Belo Horizonte: Autêntica Editora; São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª inspeção nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

COSTA-ROSA, A. LUZIO, C. A. YASUI, S. **As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v 25, n 58, p. 12-25, mai/ago, 2001.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

_____. Orientação [nov. 2017]. Assis: Unesp, 2017. Orientação de mestrado.

DUNKER, C. I. L. A neurose como encruzilhada narrativa: psicopatologia psicanalítica e diagnóstica psiquiátrica. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR, B.; FREIRE COSTA, J. (Org.) **A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2014, p. 69-103.

FIORAVANTE, E. Modo de Produção, Formação Social e Processo de Trabalho. IN: FIORAVANTE, E. et al. **Conceito de Modo de Produção**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FLEMING, M. **Ideologias e práticas psiquiátricas**. Porto: Edições Afrontamento, 1976.

FREESE, L. et al. **Uso não terapêutico do metilfenidato: uma revisão**. Trends Psychiatry Psychother. [online]. 2012, vol.34, n.2, pp. 110-115. ISSN 2237-6089. <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892012000200010>.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

GIOVANELLA, L. et al (Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

HAN, Byung-Chul. **Psicopolítica**. Barcelona: Herder Editorial, 2014.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nemesis da medicina**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

LACAN, J. **O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

KESEY, K. **Um estranho no ninho**. Rio de Janeiro: Companhia Editora Americana, 1962.

LUZ, M. T. **As instituições médicas do Brasil**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

LUZIO, C. A. Atenção Psicossocial e psiquiatria biológica: uma trajetória histórica. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Org.) **Análise Institucional & Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 471-509.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**: Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

MAYES, R.; HORWITZ, A. V. **DSM III and the revolution in the classification of mental illness.** *Journal of the history of the behavioral sciences*, v. 41, issue 3, p. 249-267. 2005 Wiley Periodicals, Inc., A Wiley Company. Disponível em <https://facultystaff.richmond.edu/~bmayes/pdf/dsmiii.pdf>. Acesso em 03 ago 2016.

MENDES, A. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento na capitalismo financierizado.** São Paulo: Hucitec, 2012.

OLIVEIRA, F. Hegemonia às avessas. In: OLIVEIRA, F. BRAGA, R. RIZEK, C. (Org.) **Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira.** São Paulo: Boitempo, 2010.

PAIM, J. ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v 32, n 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

POVO ONLINE. **Hospital de Saúde Mental de Messejana é o melhor do Brasil, aponta pesquisa.** Ceará: Povo online, 2015. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/app/fortaleza/2015/04/02/noticiafortaleza,3417045/hospital-de-saude-mental-de-messejana-e-o-melhor-do-brasil.shtm>>

RIZZOTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS.** 2000. 267f. Tese (Doutorado em Áreas da Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2000.

SADE, R. M. S. **Portas Abertas: do manicômio ao território: entrevistas triestinas.** Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

SCARCELLI, I. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em Saúde Mental: a experiência do município de São Paulo 1989 – 1992.** 1998. 156f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1998.

SILVA MOREIRA, M. **Ser são em lugares insanos: o DSM, a validade científica e a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico.** In *Revista CliniCAPS*, Vol 4, n 10, jan-abr 2010.

SILVEIRA, P. Da alienação ao fetichismo: formas de subjetivação e de objetivação. IN: SILVEIRA, P.; DORAY, B. (Org.) **Elementos para uma teoria marxista da subjetividade.** São Paulo: Editora Revista dos Tribunais Ltda, 1989.

SOUZA, R. O. et al. Psicocirurgia: alvos cirúrgicos e indicações clínicas. *Boletim da sociedade brasileira de neuropsicologia*, janeiro 2013. Disponível em: <http://www.sbnpbrasil.com.br/sms/files/jan2013.pdf>. Acesso em 30 jan 2017.

YASUI, S. Caps: Aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. (Org.) **Saúde Loucura 1: instituições e saúde mental.** São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

_____. **O estranho vizinho: reflexões sobre cidadania e loucura.** Revista de Psicologia da UNESP, v. 7, p. 152-168, 2008.

ZIZEK, S. Primeiro como tragédia, depois como farsa. São Paulo: Boitempo, 2011.

ENSAIO 3 – PSICANÁLISE DE FREUD-LACAN E CRÍTICA DA ECONOMIA POLÍTICA: UM OLHAR DIFERENCIADO PARA COMPREENDER A REFORMA PSIQUIÁTRICA

1 A CIRCULAÇÃO DO CAPITAL COMO PULSÃO

O capitalismo a partir dos anos 1980 tem se configurado com a predominância do capital portador de juros, ou capital financeiro, que através das instituições bancárias e não bancárias promove a circulação do capital para produzir mais capital, sem sair da própria esfera financeira, diferente do que acontecia com o capital gerado através da produção industrial, por exemplo. São os juros dos empréstimos, os dividendos, o mercado de ações, créditos e a cadeia de dívidas que geram o lucro nessa modalidade (CHESNAIS, 2006). A hegemonia desse modelo nos dias atuais só foi possível com a captação de dinheiro excedente da produção de bens e serviços, em um processo de acumulação financeira, ou seja, “a centralização em instituições especializadas de lucros industriais não reinvestidos e de rendas não consumidas, que têm por encargo valorizá-los sob a forma de aplicação em ativos financeiros” (CHESNAIS, 2006, p. 37). O objetivo do capitalismo em gerar mais dinheiro, não necessariamente passa pelo processo de produção, e no próprio movimento do dinheiro gera o lucro.

A dinâmica do capital é traduzida pela eternização da circulação, isso quer dizer que para se gerar mais dinheiro é preciso que a circulação seja incessante: “A circulação do dinheiro como capital é, ao contrário, um fim em si mesmo, pois a valorização do valor existe apenas no interior desse movimento sempre renovado. O movimento do capital é, por isso, desmedido” (MARX, 2013, p. 498). No capitalismo só se cria valor através dessa relação de movimentação/circulação de capital, que se configura por uma repetição interminável.

Aproximando essa noção do capitalismo à psicanálise, Žizek (2008) nos diz que a pulsão rege o capitalismo, na medida em que seu movimento acontece em torno do buraco, lacuna na ordem do ser que faz oposição à falta⁴⁸, essa última pode ser preenchida com o objeto causa do desejo, mas o buraco só pode perseguir o gozo⁴⁹. A pulsão persegue sua meta

⁴⁸ Com a entrada do sujeito na linguagem (ordem simbólica) ele faz uma renúncia, algo fica de fora, e uma falta constitutiva é evidenciada. Essa falta rege a busca do sujeito por um objeto capaz de preenchê-la, contudo esse encontro é da ordem do impossível, de modo que o objeto causa de desejo (objeto a) será constantemente perseguido, sem nunca ser encontrado.

⁴⁹ “Dado, entretanto, que o sujeito expressa o desejo do outro no papel mais emocionante de si mesmo, este prazer pode transformar-se em nojo e até horror, não existindo nenhuma garantia de que aquilo que é mais emocionante para o sujeito seja também altamente prazeroso. Essa emoção, esteja ela relacionada a um sentimento consciente de prazer ou de dor, é o que os franceses denominam de *jouissance* [gozo]” (FINK, 1998, p. 83).

em um movimento ao redor do buraco, mas seu alvo é o próprio movimento circular interminável (ZIZEK, 2008).

“A pulsão é inerente ao capitalismo em nível mais fundamental e sistêmico: é ela que impele toda a máquina capitalista, é ela a compulsão impessoal de se empenhar no movimento circular interminável de autorreprodução expandida” (ZIZEK, 2008, p. 89).

Zizek (2008) enfatiza a passagem do desejo para a pulsão em uma homologia do consumo objetivo para a circulação incessante no capitalismo. Nos dois casos o objeto é o “a”, mas configura-se de forma diferente: enquanto no desejo o objeto “a” como causa de desejo é o objeto perdido que coincide com a perda, no caso da pulsão ele é a própria perda. Trata-se da passagem do “objeto perdido à própria perda como objeto” (ZIZEK, 2008, p. 90).

Na pulsão A Coisa⁵⁰ é o movimento de circulação em torno do objeto a, como buraco, é o movimento que se configura em um desequilíbrio radical (ZIZEK, 2008), o objeto a aparece como pulsão na obtenção de mercadorias.

Chesnais (2006) nos traz um exemplo da pulsão na economia:

As bases da dívida do Terceiro Mundo foram lançadas e, com elas, um mecanismo de transferência de recursos que possui a capacidade de se reproduzir no tempo. Lembremo-nos de suas origens e características. Independentemente de seu contexto histórico específico, a dívida pública sempre teve por origem as relações de classe e o poder político que permitem aos ricos escapar amplamente, ou mesmo quase completamente, dos impostos. Uma vez que seu montante ultrapassa certo teto, seu reembolso se assemelha ao tonel das Danaides. A dívida se recria sem cessar (CHESNAIS, 2006, p. 39).

No exemplo da dívida pública, sobretudo dos países do terceiro mundo latinoamericanos, a circulação em torno do buraco seria o tonel das Danaides, um tonel sem fundo que se é obrigado a encher. O objetivo final não poderia ser encher o tonel, missão impossível, mas o próprio movimento para enchê-lo. Assim se dá a circulação na economia financeirizada, que entrando no modelo macro expropriador de recursos dos países, se mantém na eternização das dívidas públicas. Ressaltamos que os países de terceiro mundo contraem as dívidas para suposta melhoria das condições de vida de sua população e, em contrapartida são obrigados a implementar uma série de ajustes econômicos neoliberais que atingem fortemente a população mais pobre, tornando as condições de vida muito piores.

Ela (a dívida pública) é o pilar do poder das instituições que centralizam o capital portador de juros. Em seguida, a dívida pública gera pressões fiscais fortes sobre as rendas menores e com menor mobilidade, austeridade orçamentária e paralisa das despesas públicas. No curso dos últimos dez anos, foi ela que facilitou a implantação das políticas de privatização nos países chamados “em desenvolvimento” (CHESNAIS, 2006, p.42).

Reconhecemos que esse modo de funcionar do capitalismo contemporâneo tornou a vida da população muito mais difícil, uma vez que a expropriação acontece não somente

⁵⁰ Objeto isolado e não significável que pode trazer ao sujeito experiência originária de prazer/dor (FINK, 1998)

através da mais-valia pela produção industrial, mas em terreno que o proletariado tem mais dificuldade de intervenção. Seus efeitos são sentidos em todos os aspectos da vida, na medida em que os direitos são retirados com a diminuição das despesas públicas, dos salários e piores condições de trabalho, em suma, é contra o assalariado que o peso do capital financeiro é mais presente. O rigor salarial e a flexibilização do emprego, assim como o recurso sistemático ao trabalho barato e pouco protegido, por meio da deslocalização e da subcontratação internacional, permitiram esse movimento. No entanto, esse cenário não impede que o efeito do capitalismo seja a do consumo excessivo, uma vez que é através do mais-de-gozar, como aquisição de mercadoria, que se estabelece a busca do gozo. Se o trabalhador sofre com a perda salarial, é no crédito que seu poder de compra se conforma.

Nossos esforços aqui estão voltados para a descrição das relações dominantes na contemporaneidade, o que nos faz considerar a influência do capitalismo em nosso tempo, através do referencial de Marx, como uma forma de analisar suas instituições na Saúde Mental. No percurso dessa reflexão passaremos pelos discursos do laço social descritos por Jacques Lacan como laços que nos indicam a formação contemporânea para posteriormente refletirmos sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Ressaltamos que em nossa crítica à RP não estamos descartando os avanços conquistados com a rede substitutiva ao manicômio, sobretudo ao sujeito que deixa de viver sob clausura, mas trazendo a contribuição de um olhar que procurará decifrar como as instituições de SM submetidas ao Modo Capitalista de Produção (MCP) servem de instrumento para manutenção das relações econômicas dominantes, deixando de lado seu ideal subversivo.

2 OS DISCURSOS DO LAÇO SOCIAL E A CONTEMPORANEIDADE

Em 1969 – 1970 Jacques Lacan produziu seu Seminário 17, o Averso da Psicanálise, no qual desenvolveu os Discursos do Laço Social para aprofundar suas reflexões sobre o estabelecimento de relações entre as pessoas, num dado processo civilizatório. Diz ele que se trata de um discurso sem palavras, mas não sem a linguagem (Lacan, 1992) referindo-se ao inconsciente, ou seja, uma ordenação do gozo através da linguagem. O fato dos discursos serem representados por matemas nos possibilita a leitura de acordo com a situação, substituindo seus termos pelos componentes presentes em uma dada relação, ou seja, podemos fazer a leitura dos discursos tanto nas relações amplas, por exemplo, o Modo Capitalista de Produção, como nas relações particulares, como o médico junto ao paciente, ou ainda pensando na própria economia psíquica. Temos que ressaltar que em 1968 a França viveu uma série de manifestações populares que demonstravam insatisfação com a forma de organização da sociedade, e isso influenciou os Seminários de Lacan.

A teoria dos discursos não tem a ambição de fornecer uma chave para interpretar a história. Ela não postula uma correspondência entre um discurso e uma época, e tampouco a recíproca; num dado período, com efeito, encontramos manifestações concomitantes de diferentes discurso. Isso significa que não se pode conceber a história como sucessão de discursos, tal como se pensa, em termos marxistas, a história como sucessão de modos de produção. Não obstante, é perfeitamente possível associar determinados fenômenos históricos a determinados discurso, e também conceber mudanças de hegemonia entre os discursos (CASTRO, 2009, pp. 2-3)

Seguindo a citação de Castro, 2009, pretendemos apresentar e realizar uma reflexão sobre como os discursos do laço social podem tornar-se predominantes em determinada conjuntura social, sabendo que não serão únicos por esse motivo, mas alternando-se em diversas situações. No entanto, chamamos a atenção para o fato da predominância de certos discursos em relação ao momento vivido do capitalismo.

Temos quatro discursos, descritos por Lacan: Discurso do Mestre (DM), Discurso da Histeria (DH), Discurso da Universidade (DU) e Discurso do Analista (DA). O Discurso do Capitalista (DC) é descrito posteriormente como uma atualização do DM como um discurso que não faz laço social, os discursos estariam organizados da seguinte forma:

Agente → outro

Verdade **Produção**

2.1 DISCURSO DO MESTRE

Iniciando pelo Discurso do Mestre:

S1 → S2

\$ // a

Este discurso retrata a entrada na linguagem, limitando o simbólico e o real, trata-se de um discurso do inconsciente. S1 comanda a relação estabelecida ocupando o lugar de Lei da Linguagem, incidindo sobre S2, outro significante e também lugar de Saber. Essa dominância produz S2 como escravo, criando um imperativo de trabalho, mas que também se constitui como lugar de gozo do Outro. Embora o mestre tente apreender tudo o que S2 produz, como saber e como gozo, essa apropriação é sempre limitada, demonstrando que há uma impotência nessa relação, ou seja, há uma perda entre S1 → S2, justamente pela entrada na linguagem, essa perda é denominada *objeto a*, causa do desejo. Assim o objeto a, abaixo a

direita apresenta-se tanto como essa perda, mas também como uma produção oferecida ao amo, mas que lhe escapa, pois o objeto do desejo só tem validade para o sujeito que o produz. No lugar da verdade encontramos o sujeito barrado, \$, que revela a castração como condição da entrada na linguagem, ou seja, produção do próprio discurso. Contudo esse lugar é inacessível ao mestre, de modo que ele não compreende sua verdade (SOUZA, 2003).

Uma das formas de leitura desse discurso se dá através da relação do Senhor e do Escravo, no modo de produção pré-capitalista, ou do Capitalista e do proletário em um sistema industrial, leitura esta que mostra a expropriação do trabalho do outro (SOUZA, 2003).

Na leitura pré-capitalista, S1 reina absoluto como agente, as relações de dominância e subalternidade estão bem estabelecidas ($S1 \rightarrow S2$), a expropriação ocorre de forma parcial no caso do servo medieval e total no caso do escravo. Há uma identidade pessoal estabelecida através da posição de cada um nesse discurso frente ao trabalho, ou seja, as relações entre as pessoas através do trabalho é a própria relação pessoal (CASTRO, 2009).

Tratando-se do capitalismo, o capitalista na posição de S1 dirige-se ao proletário, S2, que é obrigado a produzir algo, objeto “a” ou mais-valia, e por conta dessa produção encarna um saber, representado pelo próprio S2. Esse objeto também representa o gozo produzido ao se apropriar da produção do escravo, o mais-de-gozar⁵¹. No conceito de mais-valia está explicitado aquilo que não é visível no processo de produção, um algo a mais que nesse caso é apropriado por outro, pelo dono dos meios de produção. No caso do sintoma, o mais-de-gozar, como paralelo à mais-valia, seria esse algo a mais do gozo que precisa ser gasto. O mestre, que em sua posição de poder não pode demonstrar fraqueza e, por isso, oculta sua divisão subjetiva produto da entrada na linguagem, oculta que sucumbiu à castração (FINK, 1998), mas trata-se de um mestre castrado. A posição abaixo e a esquerda, onde nesse discurso encontra-se \$, é sempre um local de inacessibilidade diante da relação estabelecida pelos outros três componentes. Aqui, nessa leitura, a expropriação do trabalho do escravo como saber-fazer necessário para produzir “a”, faz com que a impotência para apreender a totalidade do saber esteja acompanhando o mestre, S1.

Esse discurso faz com que nos unamos socialmente, é o discurso institucional, uma vez que para se estar nele precisamos renunciar ao gozo atroz, uma renúncia pulsional (MELMAN, 1992; QUINET, 2006).

Entendemos que um ponto central na teoria de Marx, que também se torna central na perspectiva lacaniana seria a transformação da força de trabalho em mercadoria, ou a objetificação do sujeito. Marx diz:

⁵¹ O conceito de objeto “a” é aproximado ao conceito de mais-valia, de Marx, por Lacan em seu Seminário 16, evidenciando um gozo perdido pelo sujeito, como parte da libido que circula fora do sujeito, no Outro (FINK, 1998). “A mais-valia que é produzida pela sobrecarga de trabalho na prolongação da duração da jornada do proletário é um mais-de-gozar para o Outro” (QUINET, 2005, 78).

Portanto, quando a força de trabalho aparece no mercado como uma mercadoria de seu possuidor, cuja venda se dá mediante o pagamento pelo trabalho, na forma do salário, sua compra e venda não se distingue em nada da compra e venda de qualquer outra mercadoria. O característico não é que a mercadoria força de trabalho seja comprável, mas que a força de trabalho apareça como mercadoria (grifo nosso) (MARX, 2014, p. 112).

A força de trabalho como qualquer outra mercadoria possibilita ao possuidor dos Meios de Produção, o capitalista, seu uso em troca de um valor (o salário). Ele compra a força de trabalho, contudo esse uso extrai algo a mais do trabalhador, a mais-valia, a qual não se sabia de sua existência até a crítica da economia política de Marx. Assim que a força de trabalho passa a somar com os meios de produção, torna-se parte do capital produtivo, aquele capaz de gerar mais-valia, como mostra a fórmula:

$$D - M (T + Mp) \dots P \dots M' - D'^{52}.$$

A intenção aqui é que o dinheiro, como capital monetário, comprador de mercadoria, submete a mercadoria inicial ao processo de produção que agrega força de trabalho e meios de produção, gerando mais-valia, através de uma mercadoria com valor agregado, vendida por um preço mais alto, D' (MARX, 2014).

No Discurso do Mestre, resumindo a teoria de Marx, o capitalista compra a força de trabalho que produzirá mais-valia, mas com o preço da alienação do trabalhador. Logo, o trabalhador é prejudicado pelo menos duplamente, uma vez que vende sua força de trabalho por um preço baixo⁵³ e, ainda, paga com sua alienação sobre a produção, sendo expropriado do seu saber. Contudo, essa apropriação pelo capitalista nunca é completa, uma vez que o saber não pode ser todo apropriado.

2.2 DISCURSO DA UNIVERSIDADE

S2 → a

S1 // \$

Nesse discurso, uma continuidade do Discurso do Mestre, temos a ciência no lugar de dominância, S2, identificando seu alvo como objeto, ou seja, tudo a que se reporta como

⁵² D – dinheiro; M – mercadoria; T – força de trabalho; Mp – Meios de produção; P – capital produtivo.

⁵³ Aqui precisamos lembrar do processo violento que foi a retirada dos camponeses de seus meios de produção, para serem lançados no mercado como trabalhadores livres, ainda no processo de acumulação de capital. Diz Marx: “Deu-se, assim, que os primeiros acumularam riquezas e os últimos acabaram sem ter nada para vender, a não ser sua própria pele. E desse pecado original datam a pobreza da grande massa, que ainda hoje, apesar de todo seu trabalho, continua a não possuir nada para vender a não ser a si mesma, e a riqueza dos poucos, que cresce continuamente, embora há muito tenha deixado de trabalhar” (MARX, 2013, p. 785).

saber é objeto (objeto a) (QUINET, 2006). Esse discurso subsidia o Discurso do Mestre, na medida em que é apreendido como Verdade a ser imposta para sujeitos. Está associado à ascensão do capitalismo, e é caracterizado pela mutação sofrida no discurso do Mestre, quando o trabalho deixa de ser servil para se tornar mercadoria, provocando mudanças na força produtiva (CASTRO, 2009).

Nesse discurso as relações de poder são camufladas, através do deslizamento de S1 para o lugar da verdade, ou seja, a ilusão de liberdade do capitalismo é definida através dessa mutação. Com relação ao saber, ele passa do lado do escravo, no DM, para o lado do capitalista:

De qualquer modo, há certamente uma dificuldade no saber, que reside na oposição entre o *savoir-faire* – o saber-fazer – e o que é episteme, falando propriamente. A episteme se constituiu por uma interrogação, por uma depuração do saber. O discurso filosófico mostra a todo instante que o filósofo faz referência a isso. Não foi à-toa que ele tenha interpelado o escravo e demonstrado que este sabe – que sabe, por sinal, o que não sabe. Só se mostra que ele sabe porque se lhe faz boas perguntas. Foi por esta via que se operou o deslocamento que faz com que , atualmente, nosso discurso científico esteja do lado do mestre. É isto precisamente que não se pode dominar, não se pode amestrar (LACAN, 1992).

O fenômeno é familiar ao leitor de O Capital: na detalhada análise feita por Marx da transição do artesanato para a manufatura e desta para a indústria vemos como o saber migra do trabalhador para o capitalista, o capataz, a própria máquina. Esse processo continua no taylorismo, em que o engenheiro decompõe os movimentos do processo produtivo em unidades mínimas padronizadas que são impostas ao trabalhador, e no fordismo, em que o deslocamento do trabalhador é substituído pelo da linha de montagem. E aperfeiçoa-se ainda mais nas técnicas pós-fordistas como just-in-time e qualidade total. Esse saber que ganha autonomia torna-se incompreensível para o trabalhador ou para o observador externo [...] (CASTRO, 2009, p. 8).

Em outras palavras verificamos a expropriação do saber do trabalhador para o mestre capitalista, através das técnicas de organização do trabalho, incluindo o estranhamento através dessas modificações (estranhamento com o produto de seu trabalho, com os outros homens e consigo mesmo), a ciência ganha aspecto de “força independente” (CASTRO, 2009).

A ciência dirigida ao sujeito desse discurso produz os sujeitos da crença como na religião, esse sujeito ao mesmo tempo em que é produzido pelo discurso também é excluído pela ciência, é um resto (SOUZA, 2003). O saber enciclopédico, catalogado, representado por S2, que também pode tornar-se burocracia, dirige-se ao objeto “a”, chamado de a-estudante ou a-estudado por Lacan, produz o sujeito da crença e deixa inacessível a verdade como Saber, S1.

O S1, como verdade, é significante mestre, como significante novo da produção subjetiva, justamente o que fica recalcado na equação S1//\$, tornando impossível o acesso pelo sujeito, contudo esse dado é desconsiderado fazendo com que esse discurso traga em si mesmo a inscrição de seu equívoco (SOUZA, 2003), em resumo, se por um lado é claro que não terá acesso ao significante mestre, por outro lado é exatamente esse acesso que ele considera seu maior feito. É por isso que a ciência sempre traz novidades como se fossem a

última verdade necessária à humanidade, como por exemplo, as descobertas genéticas, dignas da possibilidade de salvação, faltando para isso somente mais avanços tecnológicos.

S2 é saber catalogado, de forma que o saber é aquele repetido e do qual o aluno não pode apreender, pois não participa de sua construção e não diz sobre o a ex-sistência do saber inconsciente, logo a barra do sujeito significa mais um dilaceramento, um sujeito cortado que não tem acesso ao significante mestre e ao inconsciente para produzir novos sentido, o saber sabido é repetido, sem possibilidade de novas produções.

Na medicina o sujeito no lugar da produção a partir do objeto a é aquele do diagnóstico, ou seja, seu sintoma é objeto de estudo, é o sujeito patológico, dessa forma o sujeito dividido também é desconsiderado.

Na relação médico-paciente, estabelece-se uma polaridade, na qual uma das partes detém o conhecimento sobre saúde e adoecimento, e a outra demandaria esse conhecimento, diante de uma situação específica. Contudo, Sergio Arouca (2003), diz que a parte que demanda não recebe o conhecimento, mas sim o cuidado, sendo que a concentração do saber permanece como monopólio e, irreconhecendo o saber daquele que faz a demanda, uma percepção do DU na relação clínica da medicina.

O Saber acaba por excluir o “desejo de saber”, uma vez que se apresenta no lado de quem o detém como verdade, o outro não pode acessá-lo, não lhe pertence.

2.3 DISCURSO DO CAPITALISTA E O “CONSUMITARIADO”

O Discurso do Capitalista pode ser considerado uma atualização do DM para acompanhar as modificações do sistema econômico capitalista, no período comumente chamado globalizado, e do mal-estar da modernidade, uma vez que o capitalista é agente do discurso desde o século XVII (BRAUNSTEIN, 2010; QUINET, 2006). Lacan o apresenta em 1972 em uma conferência em Milão, conhecida como O discurso do capitalista (MORAIS, 2017), a partir da inversão dos primeiros termos do DM:

$$\downarrow \underline{\$} \times \underline{S2} \downarrow$$

S1 a

Como peculiaridade desse discurso podemos citar a forclusão da castração, ou seja, a exclusão do outro do discurso social, e a relação com a mercadoria, dada pela representação $\$ \leftarrow a$ (QUINET, 2006), uma vez que as flechas representadas pelo “x” estão expostas de forma diferente dos discursos apresentados até agora. O agente representado por \$ é o sujeito não castrado, sem barras, e por isso capaz de qualquer coisa na sua relação com o objeto, que acredita não ser sujeitado a nada. Esse discurso não faz laço social, na medida em que não se

relaciona com um outro, não há vínculo entre o capitalista e o proletariado com relação ao desejo de um e de outro, o mercado é sobreposto à sociedade (QUINET, 2006).

O sujeito produzido por esse laço é insaciável na aquisição de novos produtos de consumo e, através desse ato, a promessa de supressão do mal-estar. No lugar do objeto a, não há a causa de desejo, mas a mais-valia que provocou a transformação das pessoas em exploradores de outros sujeitos, a procura da vantagem. Essa vantagem transformada em lucro serve para adquirir os incríveis objetos (objetos pulsionais) produzidos pela ciência-tecnológica da relação capital-ciência. O objeto, então, toma forma de gozo prometido e nunca alcançado (QUINET, 2006). Lacan se refere ao discurso do capitalista como um desenvolvimento do discurso do mestre através de sua copulação com a ciência (BRAUNSTEIN, 2010).

No capitalismo, a insatisfação que é estruturalmente constitutiva do sujeito humano é posta a serviço do consumo de mercadorias, de modo a manter em funcionamento a totalidade do sistema econômico, político e social. O capitalismo realiza por meio da mercantilização e da *forma de valor* das mercadorias - da qual a *forma equivalente geral* e a *forma dinheiro* constituem o mais alto grau de complexidade e desenvolvimento - a virtualização de todo objeto e também de todo vivente (PACHECO FILHO, 2015, p. 30)

Temos aqui o ponto de intersecção entre a constituição subjetiva e a forma de funcionar do capitalismo, esse ponto é a insatisfação estrutural e a promessa de satisfação através dos gadgets do mundo capitalista.

S2 pretende ser um todo-saber, que além de subsidiar a fabricação do que não existia antes, será aquele que trará a resposta final à humanidade (COSTA-ROSA, 2013). Trata-se do saber que antes pertencia ao escravo no DM, mas agora se configura como saber da ciência, com suas peculiaridades. O DC se sustenta no DU “no qual o saber toma o lugar do agente que repete e comunica os ditames do mestre, dirigindo-se ao outro que já não é escravo senão o proletário anônimo sem rosto, sempre substituível, imagem mesma do objeto a” (BRAUNSTEIN, 2010, p.154). Para que o sujeito se relacione com S2, saber, é necessário passar pelo S1, significante-mestre do capital, de modo que sempre terá como retorno seu lugar de consumidor, é por isso, que nesse caso o agente \$ não comanda o saber, mas quem o faz é S1, o moderno mestre capitalista, que dirige o outro através da posição de verdade (BRAUNSTEIN, 2010).

O Significante Mestre é o Capital na relação \$-S1, onde não existe lei, somente o imperativo “Consuma, Goze!”. Na ausência da Lei aproximamos o discurso da forclusão, da impossibilidade do laço social, e da inexistência de regulação, típicos do liberalismo e neoliberalismo, no lugar da regulação há a segregação determinada pelo mercado (QUINET, 2006).

No capitalismo o círculo de reprodução só se completa quando o trabalhador, aquele que produziu a mercadoria em uma relação específica do DM, pode tornar-se consumidor, no DC, ou seja, quando os trabalhadores compram de volta aquilo que produziram. São os

proletariados consumidores, ou os “consumitariados”, única forma de o trabalhador tornar-se sujeito nesse discurso (ZIZEK, 2008).

↓ **“consumitariado”** x **ciência** ↓

capital

gadget

Na relação estabelecida por esse discurso, o sujeito \$ toma a si mesmo como mestre não castrado em uma empreitada para recuperar a *juissance* (gozo) perdida (mais-de-gozar), respondendo ao imperativo da sociedade em direção à *juissance* sem fim. É a transformação do proletariado em “consumidor livre”, que em última instância leva ao consumo de si mesmo (SALECL, 2012). Nessa perspectiva trazemos o modo de se relacionar do toxicômano com seu objeto, a droga, como homólogo ao discurso do capitalista, mas constituindo um discurso específico, o do toxicômano, na qual o sujeito é literalmente consumido pelo objeto.

O indivíduo ocupando o lugar de consumidor está em relação direta com o objeto a, que representa o gozo e substitui o desejo, tornando-se capturado por essa relação (COSTA-ROSA, 2013).

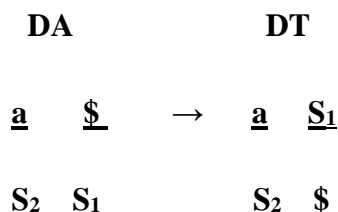
Quando o gozo domina o campo social, a irmandade solidária do proletariado é trocada pela competição e pela rivalidade competitiva, de onde emerge a exacerbação do ódio social (SALECL, 2012).

A economia capitalista organizada dessa forma, com objetivo na mais-valia, impele todo o sistema à produção incessante da falta a gozar (PACHECO FILHO, 2015), ou seja, é evidenciando a perda de gozo do mais-de-gozar do sistema psíquico, que o capital se coloca em movimento na promessa de preencher essa lacuna, de recuperar o gozo perdido, o DC pretende-se um discurso sem perda.

Então, o mais-de-gozar passa a ser contabilizado, totalizado através do capital, é isso que chamamos de acumulação de capital (LACAN, 1992).

2.4 DISCURSO DA TOXICOMANIA

Uma vez que estamos colhendo pistas sobre a contemporaneidade através dos discursos do laço social, o Discurso da Toxicomania (DT), desenvolvido por Charles Melman, torna-se essencial. Para o autor esse discurso indica uma mudança cultural, na qual o modo de gozo se modifica (MELMAN, 1992). É derivado do Discurso do Analista, através de uma torção nos elementos da direita:



O objeto “a” no lugar de agente é quem comanda a relação, trata-se do gozo no lugar da mestria. No lugar do mais-de-gozar (abaixo, à direita), está o sujeito, mas revestido de uma característica atroz, determinada no seu encontro com o objeto a no Real (MELMAN, 1992).

[...] Quer dizer que o que se chama para nós “a sociedade de consumo” repousa sobre um ideal, mas ignora que este ideal é o toxicômano que o realiza. Com efeito, o sonho de todo publicitário, de todo fabricante é de realizar o objeto do qual ninguém poderia mais passar sem; objeto que teria qualidades tais que apaziguaria, ao mesmo tempo, as necessidades e os desejos, que necessitaria de uma renovação permanente, uma perfeita dependência (MELMAN, 1992, p. 94).

Estamos diante de uma relação levada às últimas consequências com o objeto de gozo, justamente aquele objeto a comandar a relação com o “consumitariado”. Esse objeto configura-se como capaz da satisfação total, que sabemos impossível, mas desejado por todos (neuróticos). “Repito: para mim a toxicomania é a verdade de nossa sociedade” (MELMAN, 1992, p.96)

Não entraremos aqui na dinâmica que se estabelece, propriamente dita, entre o toxicômano e seu objeto de consumo, nossa intenção é poder analisar o que de particular esse discurso apresenta como sintoma social, se assemelhando estruturalmente com o discurso dominante. Nesse caso, nos referimos ao objeto a da sociedade capitalista diante de seu imperativo de gozo ao sujeito nesse laço social.

O gozo que nos une socialmente é o gozo fálico/castrado, típico do DM, para se estar nesse laço somos obrigados a renunciar a uma cota de gozo, contudo no discurso da toxicomania, assim como no DC, a relação se apresenta de forma não castrada. Essa característica faz com que apreendamos esse laço como algo ameaçador, uma vez que ele ataca o laço estabelecido, mesmo que esse laço seja causa do mal-estar, da dor de existir. Podemos dizer, ainda, que no gozo do toxicômano não há limite, não existe a borda do gozo fálico. Quando um sistema possui bordas elas impedem que se chegue ao limite final (MELMAN, 1992).

Quero dizer que o que parece próprio do que nos é cantado atualmente com a economia liberal significa isto: não há mais ninguém que comanda, todo mundo faz negócios e ali encontra seu ganho. Assim, não se trata mais de responsabilizar qualquer um que comande. Trata-se, agora, de fazer negócios. O que comanda cada um é o gozo, o objeto, na medida em que cada um ali encontra, de uma forma ou de outra, seu ganho. Trata-se de algo deslocante que, colocando no lugar da mestria o objeto a, viria, de forma brutal, tomar função (MELMAN, 1992, p. 77)

3 SINTOMA SOCIAL DOMINANTE

O laço social dominante em cada período histórico nos apresenta indicação da configuração da Formação Social e da subjetividade produzida. Retomando o DC, hegemônico no capitalismo pós-industrial, dominado pela relação $S \leftarrow a$, torna o consumismo o padrão das relações que prometem a felicidade.

[...] essa relação do sujeito com o objeto na sociedade de consumo pode apresentar-se como uma espécie de gume mortal, cuja resultante é a presença em seu aparelho psíquico de quantidades de pulsão não inscritos como ‘sentido’. Onde falta sentido, sobra angústia. Essa é certamente outra razão que torna tão fácil, na atualidade, a transformação dos impasses subjetivos em ‘objeto’ facilmente apropriado pelo Discurso da Ciência psiquiátrica (COSTA-ROSA, 2013, p. 203).

Na formação subjetiva daqueles que vivem sob esse laço social, verificamos o gozo imperativo encarnado nos objetos, o que faz girar a própria economia capitalista, na medida em que é na expansão ilimitada que ela se mantém em um circuito fechado como condição de sua própria existência, “um gozo que se goza na dissipação, inundando o indivíduo com as diversas formas da compulsão, da angústia, do pânico e da depressão” (COSTA-ROSA, 2013, p. 203). Essas expressões inconscientes, do objeto no comando da relação com o sujeito, fazem parte do Sintoma Social que predomina, ou seja, o produto da junção do Modo de Produção da vida material e a subjetivação, na qual o sintoma apresenta a mesma estrutura da Formação Social, como vimos no exemplo das toxicomanias (COSTA-ROSA, 2013).

As toxicomanias são um sintoma social. Não basta que um grande número de indivíduos em uma comunidade seja atingido por algo para que isso se transforme em um sintoma social. É claro que pode haver um certo percentual de fóbicos em uma dada população sem que, no entanto, isto faça da fobia um sintoma social. Mas pode-se falar de sintoma social a partir do momento em que a toxicomania é de certo modo inscrita, mesmo que seja nas entrelinhas, de forma não explícita, não articulada como tal, no discurso que é o discurso dominante de uma sociedade em uma dada época. É somente neste sentido que podemos falar de sintoma social. E se é um sintoma, é certamente porque este sintoma vem dizer uma verdade que conhecemos e que temos todos lembrado, aquela mesma verdade já sublinhada por Freud em *Mal-estar na civilização*, onde ele fala, bem entendido, das drogas. Esta verdade é o mal-estar na civilização, quer dizer, nossa civilização como mal-estar: a civilização é um mal-estar. Também o sabemos, e creio, o abordamos e o dissemos constantemente, seguindo Freud. Lembramo-nos que se trata do mal-estar que concerne à insatisfação fundamental, na qual o ser falante está mergulhado, que culmina a insatisfação sexual. Podemos entender perfeitamente a tentativa do toxicômano como uma entre outras (existem as tentativas do neurótico, existem todas as tentativas que conhecemos) para remediar este mal-estar (MELMAN, 1992, p.66).

As formas de subjetivação do MCP são a origem dos próprios sintomas que levam à clínica psiquiátrica, que por sua vez, através do Discurso da Ciência e do Discurso do Mestre, reafirma o sujeito na condição de objeto (posição da qual o sintoma vem se queixar) e abafa as expressões do inconsciente através da medicação. Dessa relação não é raro de encontrar a

configuração do sujeito diante da medicação como objeto de consumo e a utilização própria dessa relação, tornando-se adicto desse objeto, que passa a consumi-lo.

4 PSQUIATRIA E LAÇO SOCIAL

A medicina mental estaria, então, em mais de um discurso, na medida em que se subsidia da verdade científica e está comprometida com a expansão do capital. Trata-se de um instrumento fundido no DU que potencializa o DC, e dessa forma está a serviço de manter e perpetuar o hegemônico, sempre através de novas ferramentas, que neste campo trazem a atmosfera do tecnológico.

“Discurso da ciência” não se refere necessariamente àquilo que os cientistas fazem ou querem com seu trabalho, mas sim ao modo como isso é assimilado num sistema produtivo e utilizado, em diversos momentos, como um instrumento de silenciamento. Se a ciência se propunha (ao menos em uma de suas facetas), como crítica e desconstrução de um saber estabelecido, o discurso da ciência faz justamente o contrário: ele deslegitima aquilo que não se adequa ao dominante, fazendo uso de uma máscara de rigor técnico e metodológico. Mais que isso, ele não funciona somente como um dispositivo retórico de legitimação, mas também oferece produtos que convergem para esse funcionamento, dos quais os melhores exemplos são, provavelmente, a vasta gama de medicamentos psiquiátricos que silenciam o sofrimento do sujeito (SILVA JR; BEER, 2017, p.20)

A psiquiatria atual está centralizada na medicação para solução da totalidade dos casos, seguindo o que Costa-Rosa (2013) chama de Psiquiatria DSM. Trata-se de uma adaptação da psiquiatria ao modo hegemônico do sistema capitalista, através de suas reformas, uma vez que é uma das áreas da medicina com maior plasticidade na adaptação ao capitalismo e que se transformou em ferramenta para sua expansão (SILVA JUNIOR, 2016). Uma das modificações que a psiquiatria se impôs (diante do panorama mercantil) foi sua mudança epistemológica, abandonando a causalidade e adotando somente a classificação, em suma, ela sai da reflexão para a descrição, da nosologia para a nosografia (idem). Consideramos que essa mudança na ciência médica mental seja uma das características mais evidentes no campo da saúde das influências sofridas do Laço Social, a partir do momento que não é mais conveniente (ou necessário para seu objetivo final – o mercado) o estudo crítico sobre o que provoca o sofrimento psíquico, mas a identificação dos sintomas e o tratamento medicamentoso. Aliada a esta transformação verificamos um grande aumento dos sintomas catalogados, como uma infinita fragmentação de sintomas maiores e, conseqüentemente novos itens diagnósticos correspondentes a novos medicamentos. Consonante a esta primeira mudança, encontramos uma segunda ligada à dissolução da carga moral que o termo “doença psiquiátrica” trazia, como solução o termo “transtorno” foi introduzido, dando início ao empreendimento da psiquiatria ligado à indústria do consumo, em uma bem sucedida parceria do DU + DC (SILVA JUNIOR, 2016).

O marketing farmacêutico estava com o terreno preparado para sua atuação na psiquiatria, com enorme capacidade de fazer expandir um mercado através da aceitação das patologias que não diziam nada sobre o sujeito, e para redefinir sofrimentos normais como patologias: “As pessoas normais representam uma fatia inexplorada de consumidores potenciais de medicamentos. Para que este mercado seja conquistado, basta que sejam convencidos que estão ou que correm sérios riscos de ficarem doentes” (SILVA JUNIOR, 2016, p. 232). Esse pensamento em conjunto a Psiquiatria Preventivo-Comunitária⁵⁴ foram fundamentais para a expansão da psiquiatria como mercado em nossa sociedade.

Desvendando o marketing farmacêutico, Vince Perry, citado por Silva Junior (2016) dita suas estratégias: “1. Aumentar a importância de uma doença; 2. Redefinir uma doença já existente, de modo a diminuir o preconceito em torno dela; e 3. Desenvolver uma nova doença de modo a construir o reconhecimento para uma necessidade não atendida pelo mercado” (SILVA JUNIOR, 2016, p. 232)

É assim que os diagnósticos de depressão, de forma generalizada, o transtorno bipolar, o TDAH entre outros passam a ser direcionados à indústria DSM, se aproveitando de um mal-estar produzido pela nossa forma de vida, mas que é redimensionado como possibilidade de um mal maior, do qual o sujeito pode ser atingido de forma externa e do qual precisa se precaver.

Essa é a forma com a qual a psiquiatria responde aos novos modos de subjetivação e a atualização dos sintomas no mundo contemporâneo. A resposta nos leva à expropriação do saber inconsciente e à individualização do sintoma, na medida em que “a invisibilidade dos conflitos gerados no e pelo laço social recai sobre o sujeito, individualizando seus impasses e em alguns casos patologizando ou criminalizando suas saídas” (DEBIEX ROSA, 2017). Como resposta aos sintomas e fenômenos que a psiquiatria cataloga em seu grande livro de verdades, o DSM, a solução está na própria ampliação do mercado e na permanência do sujeito no lugar de consumo, estamos falando aqui do consumo de consultas, exames e medicamentos.

Esse casamento entre DU e DC faz com que se crie a ilusão de que todos os problemas podem ser resolvidos através da ciência, desde que se tenha dinheiro para pagar (SILVA JR; BEER, 2017). Nosso exemplo mais evidente aqui se expressa na equação:

psiquiatria + indústria farmacêutica = expansão do mercado consumidor

Mas essa equação não tem valor exato, ou seja, não produz apenas a expansão do mercado, uma vez que traz uma série de consequências ao sujeito que a procura, que paga com sua alienação sobre o saber inconsciente e com uma possível iatrogenia.

Em resumo, a perfeição do circuito do capitalismo somado à ciência pode ser verificada com relação ao sofrimento psíquico e o consumo de medicamentos através da

⁵⁴ Sobre a Psiquiatria Comunitária verificar Ensaio 2.

psiquiatria DSM: o sujeito vivendo no MCP, expropriado de seu saber e impelido à repetição de seu fazer, vê aparecer-lhes sintomas que dizem algo, contudo esse algo não pode ser escutado pelo médico, a quem se endereçam tais sintomas. A medicina objetifica o sujeito e responde ao seu mal-estar com a medicação, objeto de consumo que faz parte do próprio MCP que o sujeito veio se queixar. O sujeito no seu lugar de consumidor, que já consumiu a consulta, agora é direcionado ao consumo de medicamentos, que irá tamponar o que o modo de viver no sistema capitalista produziu, expropriando a verdade do laço social apresentada inicialmente como sintoma.

No caso do aumento do mercado consumidor de medicamentos psiquiátricos, receitados tanto por psiquiatras quanto médicos de outras áreas, apontamos para uma ampliação a partir de uma mudança nas nomenclaturas que combateu a estigmatização. O que antes podia ser diagnosticado como psicose maníaco depressiva, por exemplo, passou a ser chamado de transtorno bipolar, diminuindo o estranhamento e aumentando a aceitação dessa condição dita orgânica. No caso dessa “patologia”, foi considerável o aumento dos diagnósticos realizados que levaram o nome de transtorno bipolar, como exemplo entre 1994 e 2003 houve um crescimento de cerca de 4000% do diagnóstico entre a crianças e adolescentes estadunidenses (ABP, 2007).

Na perspectiva da psiquiatria e no DU, só se considera aquilo que esteja em sintonia com a medicina hegemônica, organicista e objetificadora. Tudo aquilo que aparece como sintoma, demonstrando a divisão do sujeito, precisa ser tamponado, e para isso servem os medicamentos, na Psiquiatria DSM.

5 OS EFEITOS DOS DISCURSOS DO LAÇO SOCIAL NA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A RP aparece como contestação ao Laço dominante, o do capitalismo, que na década de 1970 ainda não tinha a perspectiva financeirizada como hegemônica. Na medida em que a luta pelo fechamento dos manicômios é travada, o capitalismo não se mantém estático, ele se transforma, mas a luta parece-nos cristalizada no fechamento dos manicômios sem perceber que as instituições respondem ao laço estabelecido.

Assim como vimos, em uma temporalidade histórica, a passagem do discurso do mestre para sua atualização no discurso do capitalista foi percebido através de mudanças na sociedade e no modo de sofrer dos sujeitos. Na SM essa atualização acompanhou reivindicações sociais, mas também trouxe a percepção de que o campo da SM seria um mercado em expansão, ou um setor no qual o mercado poderia gerar mais dinheiro, na medida em que a psiquiatria fosse apropriada de outra forma e retirada do isolamento. A soma da ciência médica mental com a indústria farmacêutica rendeu uma ampliação sem igual para o mercado dos psicofármacos e uma ramificação da psiquiatria pela sociedade, através de uma nova forma de exercê-la, não mais presa atrás dos muros do asilo. Na passagem do capital

industrial para o capital financeiro, as mudanças sociais, as demandas populares, as instituições reformadas e os sintomas expressam as modificações no laço social.

Na relação estabelecida sob o Laço Social dominante, fruto da Formação Social, as formas de organização das instituições ocupam um lugar central no deciframento da contemporaneidade, assim como a subjetividade produzida. Permitimos-nos fazer a seguinte associação: 1) O DM teve sua hegemonia marcada no capitalismo industrial, com o manicômio servindo de lugar de depósito dos improdutivos, imperando a psiquiatria organicista e asilar⁵⁵. 2) A dominância do DC ocupou o período do capitalismo pós-industrial, que na saúde mental foi representado inicialmente pela Psiquiatria Comunitária e o advento dos psicofármacos. 3) No momento atual, de intensificação das relações estabelecidas pelo DC, chamamos a ciência médica mental de Psiquiatria DSM, marcada pela catalogação do saber, e a medicalização indiscriminada disseminada pelos equipamentos de saúde e saúde mental, inclusive os CAPS. Também consideramos importante marcar a ampla terceirização dos equipamentos de saúde como fenômeno que corresponde à atual fase do capitalismo.

Talvez a relação mais evidente nesse momento sejam as produções institucionais, uma vez que para se apropriar do recurso financeiro público, as empresas privadas precisam prestar serviços em políticas públicas, nos equipamentos que anteriormente eram de gestão direta. Nesse processo encontramos diversas empresas sem qualquer comprometimento com os ideais da RP ou da luta antimanicomial, mas que rapidamente reconhecem o discurso antimanicomial como fonte de seu lucro. Quanto mais o fechamento dos manicômios avança no território, maior será o campo a ser apropriado com a administração indireta dos serviços substitutivos. O setor da Saúde Mental, pela via das terceirizações, tem sido bastante disputado.

Sobre a contemporaneidade a partir do sujeito – embora saibamos da dificuldade de conseguir captar as mudanças de nosso tempo vivendo nele – centralizamos as transformações na Formação Social e no Laço Social a partir da toxicomania, uma vez que esse discurso nos parece central como Sintoma Social. Contudo, as novas expressões sintomáticas, intensificadas na contemporaneidade, como no caso da toxicomania, não nos remete à um novo sujeito, mas sim à novas formas de subjetividade, uma vez que temos apenas uma atualização dos laços no qual vive o mesmo sujeito, estruturalmente definido:

Essa impossibilidade – lógica, formal e clínica – de uma nova posição subjetiva que possa vir a ser determinada pela exclusiva pressão do gozo nos leva a concluir: *nada feito quanto à hipótese de um novo sujeito*. Porque o fato é que isso que pulsa e pugna em prol de um gozo muito específico exige, ao mesmo tempo, um limite que lhe representa uma via de acesso ao desejo. E então somos inexoravelmente levados a concluir que a divisão do sujeito, entre desejo e gozo, é um dado de estrutura. Pois, nesse ponto, o real da clínica é taxativo. Não há outro meio de o sujeito advir a não

⁵⁵ Basaglia (1979) nos apresenta essa ideia do manicômio servindo de depósito aos improdutivos no mundo capitalista: “[...] Pois bem, nós dissemos um não a essa lógica infame e também concluímos que a internação de loucos pobres nessas instituições era consequência do fato de eles não serem produtivos numa sociedade que se baseia na produtividade. Bem, em outras palavras, a doença não tinha um significado científico. Se as pessoas continuavam doentes era porque não eram produtivas para a organização social (BASAGLIA, 1979, p. 46)”.

ser em torno de um furo que vem ao mundo por entre as bordas de uma fenda: entre-dois (CABAS, 2010).

Portanto, estamos falando de novas formas de subjetividade, e não novos sujeitos, que dão origem à novos sintomas, esses últimos se apresentando como algo a ser decifrado que traz em seu interior uma verdade, aquela sobre o nosso tempo.

Sobre toxicomania não podemos dizer que se trata de uma novidade, mas talvez o que se apresentaria como novo seria a tentativa cada vez mais compartilhada como saída para os impasses provocados pelo laço social. Na medida em que a droga ocupa o lugar de objeto a em uma sociedade comandada pelos gadgets, encontramos uma facilidade do sujeito estar submetido ao vetor que parte de “a”, digamos que à partir do DC o sujeito já está moldado e sujeitoado ao objeto a.

Diante do crescente número de pessoas fazendo o uso de drogas, como tentativa de lidar com o mal-estar da sociedade, teríamos tanto o retorno e adaptação de grandes instituições asilares, a ascensão das Comunidades Terapêuticas, a luta entre a abstinência e a redução de danos como políticas públicas e os grandes conglomerados urbanos onde as pessoas dirigem-se para fazer o uso de drogas, como a “Cracolândia”⁵⁶.

Não entraremos no mérito da discussão de descriminalização, regulamentação ou legalização, o que pretendemos, ainda que brevemente, é indicar para as mudanças sociais e subjetivas a partir do laço social. No entanto pontuamos que a lógica da abstinência complementa a economia psíquica do próprio toxicômano, que goza com a falta, erotizando ainda mais a relação dele com a droga (MELMAN, 1992). Como mantenedor da segurança pública e colocando o toxicômano no lugar de potencialmente perigoso, o Estado procura formas de controlar a população pobre e em situação de rua que faz uso abusivo de drogas. Notamos aqui que a psiquiatria não investe pesadamente em psicotrópicos nesse caso, quanto nos casos que ela denomina “transtornos mentais”. Parece-nos que algo da toxicomania escapa ao que a química legalizada dos psicotrópicos tenta barrar, a toxicomania é um sintoma como verdade que não consegue ser camuflado, o Estado procura meios de controlar esse fenômeno, seja através da atualização dos equipamentos segregativos, a própria cadeia, a internação compulsória, e grandes hospitais para dependência química, que a nosso ver estão na lógica manicomial⁵⁷. Essas instituições fazem parte de um modelo já conhecido de opressão estatal, através do controle, que insiste em aparecer sem muitas modificações.

⁵⁶ Entendemos o local denominado como “Cracolândia” um espaço de aglomeração não somente daqueles que fazem uso abusivo de drogas, mas de uma infinidade de sujeitos rejeitados socialmente.

⁵⁷ Em reportagem da Folha de SP, de 02 de junho de 2017, o jornal ao comentar a notícia de que Andreas Richthofen fora internado em HP por abuso de drogas, afirma que a ação do governo do Estado de SP e do município na Cracolândia demandava mais leitos hospitalares no HP financiados pelo SUS. Embora 30 leitos estivessem conveniados com o município desde 2012, ao custo mensal de R\$5000, 00 cada leito, a prefeitura poucos dias antes havia aditado ao contrato mais 90 leitos, que estarão disponíveis até abril de 2018, por esse motivo a instituição passava por reformas para ampliar suas instalações. (<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/06/1889586-irmao-de-suzane-tem-quarto-so-pra-ele-evita-patio-e-ocupa-ala-trancada.shtml>)

Sublinhamos aqui que essa forma de controle que aparece como instituição manicomial está ligada ao período do capitalismo industrial e ao DM. Não se trata de uma instituição reconfigurada pela necessidade social, senão como tentativa de existir de instituições que não correspondem ao momento contemporâneo. Nessa relação, podemos traçar um paralelo da própria psiquiatria, para sermos mais didáticos, ou seja, a psiquiatria como exemplo de instituição bastante atenta às modificações do laço social, bastante plásticas na organização de novas respostas, que saíram do modelo manicomial para atenderem à demanda social e mercadológica. Dessa forma, consideramos que a psiquiatria em sua forma contemporânea, sua encarnação nas instituições abertas e resposta à necessidade social é o modelo mais atual da transição DM→DC.

Os CAPS AD como representantes da Política Nacional de Saúde Mental, via de regra, divulgadores da política de redução de danos, somados às equipes multiprofissionais que oferecem seus serviços na rua, e a Estratégia Saúde da Família, estão em outra polaridade, capilarizados pelo território, tentando compreender o fenômeno de uma forma diferente daquela determinada questão de dependência orgânica⁵⁸. Contudo, são poucos equipamentos e poucas equipes para uma grande demanda de tratamento (e não necessariamente de implicação subjetiva), a situação ganha ares de estar fora de controle, assim como nosso modo de produção capitalista em tempos de financeirização e a submissão total do sujeito ao consumo.

Nesse obscuro campo da construção das políticas públicas, entremeadado pelo jogo de poder, precisamos entender que a política age de acordo com os interesses do Capital e que as iniciativas de combate ao hegemônico logo são apropriadas por essa lógica. Nessa perspectiva podemos abordar as mudanças sofridas pelas políticas direcionadas à Saúde Mental (incluindo a questão de Álcool e outras Drogas) e suas instituições, através da Luta Antimanicomial.

A redução das questões da Saúde Mental à esfera do acesso nos indica que a Política Pública desse campo também se estabeleceu subsidiada pelo DU e se concentrou em uma mudança que manteve o que já era dominante. O Estado, como sabemos, manteve seu lugar das últimas décadas de financiador do privado e grande subsidiador do mercado. Esse debate nos é embasado pela Teoria Derivacionista do Estado que propõe uma reflexão bastante crítica e um decifrar do Estado em sua articulação com a política, a economia e o Direito, a partir da perspectiva materialista – Karl Marx e Friedrich Engel – usando para isso as categorias econômicas e também as categorias políticas. As reflexões apresentam um Estado derivado do capitalismo, e, por isso, como resultado do próprio MCP, desbancando a tese do “Estado-instrumento da classe dominante”.

O fetichismo da mercadoria também constitui o Estado e, em consequência faz com que este se apresente de forma deturpada, sem assumir a opressão de forma direta. O fetiche, da mesma forma que se estabelece na relação entre as pessoas e entre elas e as coisas, também

⁵⁸ Embora, em nossa experiência, seja cada vez mais comum encontrar trabalhadores dos CAPS AD que acreditem e indiquem as Comunidades Terapêuticas como forma mais eficaz de tratamento.

se apresenta no Estado, fazendo com que tenha aparência de autônomo, neutro e separado da sociedade e das lutas de classes.

(...) o mesmo “fetichismo” existente com relação à mercadoria e ao dinheiro pode ser observado nas ideias políticas burguesas, segundo os quais o Estado: (i) sempre existiu (manifestação justamente que decorre da incompreensão das especificidades históricas das formas políticas e jurídicas estatais); (ii) é indispensável para a vida social (talvez o maior fetiche a respeito do Estado e do Direito); (iii) é fruto de um consenso tácito ou expresso dos cidadãos (lugar comum verificável nos contratualistas modernos e nos neocontratualistas). Com isso, tais pensadores apontam que a reificação e a autonomização do Estado são uma forma ilusória – assim como valor, capital trabalho assalariado, lucro, etc. também são – sendo impostas sobre os agentes da produção pelos mecanismos particulares da forma de produção capitalista, que ao mesmo tempo determinam a atividade deles (CALDAS, 2015, p. 94-95)

Essa análise faz com que nem o Estado nem o Direito sejam considerados como caminhos válidos para transformações sociais, uma vez que os problemas estão vinculados ao MCP (CALDAS, 2015), ao qual o Estado está articulado.

(...) o Estado não apenas permanece sendo visto como uma instância neutra, como tal ilusão acaba sendo reforçada pela chegada de partidos e personagens distintos do poder (sindicalistas, sociólogos, negros, índios, mulheres, etc.) – inclusive no Brasil e na América Latina –, o que aumenta a crença na ideologia de que o Estado é uma instância desvinculada de uma classe em particular (a burguesia) (CALDAS, 2015, p. 90)

Essa citação nos parece bastante interessante, uma vez que retrata também o próprio movimento do Partido dos Trabalhadores em sua tomada de poder federal, quando em primeiro lugar coloca em prática a “tomada do Estado” e em seguida desvincula esse Estado da burguesia com a ocupação de cargos estratégicos por sindicalistas, pensadores e militantes de movimentos sociais, fazendo-nos crer que se trata de um Estado desvinculado dos interesses de classe.

Joachim Hirsch, importante teórico nos dá a seguinte resposta com relação ao Estado:

(...) A resposta foi, resumidamente, que o Estado não é nem um sujeito autônomo (*eigenes*) nem um instrumento neutro, passível de ser usado arbitrariamente por um grupo de poder ou classe – como afirmaram as teorias do pluralismo mais críticas ou também as teorias do capitalismo monopolista estatal, mas sim parte constitutiva estrutural da própria relação de produção capitalista, sua forma política especial. As relações capitalistas de classe e de exploração se dão de tal forma, que a classe dominante economicamente não pode dominar politicamente diretamente mas, sim, a dominação somente pode se realizar por meio de uma instância relativamente separada das classes. Ao mesmo tempo, o Estado permanece submetido à lógica estrutural e funcional da sociedade capitalista. Ele não é uma instância colocada externamente ao capital. O Estado burguês é, portanto, um Estado de classe, sem ser um instrumento imediato de classe. É justamente essa ‘especificidade’ ou ‘relativa autonomia’ do Estado é a base da ilusão do Estado (HIRSCH, J. apud CALDAS, 2015, p. 113).

No caso da Saúde Mental, assim como do SUS em geral, é o Estado que organiza os grandes contratos de compra de medicamentos e de contratação de empresas privadas para

gestão administrativa de serviços públicos, com enormes montantes de dinheiro público em repasse. Nesse sentido o Estado também se empenha na garantia legal de suas manobras, possibilitando por lei que o privado possa receber sua bonificação de bom grado, assim aconteceu com a portaria ministerial 3088/2011 e a incorporação das Comunidades Terapêuticas (CT) na rede de atenção psicossocial (RAPS), primeiro passo para o financiamento público desses equipamentos.

Nesse sentido, o discurso da ciência mostra-se extremamente próximo do discurso do capitalista, cuja característica seria justamente uma modificação da importância das contradições e dos buracos que se desvelam entre aquilo que se diz e o que se produz com o dizer. É na possibilidade de tornar irrelevantes as contradições num funcionamento em que, como diziam Deleuze e Guatarri, a crítica é assimilada e devolvida como mercadoria, que o discurso do capitalista mostra-se uma versão “aprimorada” do discurso do mestre, uma vez que a dominação pode ser contraditória sem causar nenhum dano ao funcionamento do sistema (SILVA JR; BEER, 2017).

Em nosso exemplo, um corpo técnico de profissionais bem qualificados subsidiou a entrada da CT na RAPS, com a justificativa da regulamentação desses espaços, aproximando-os do saber médico científico, uma vez que na maioria das CT a internação se justificava pelo viés religioso e através da abstinência, pressupondo o isolamento social como algo benéfico e necessário no combate ao vício. Mas a contradição escancarada – incluir um equipamento violador de Direitos Humanos em uma política da RP – não impediu, mais uma vez, a mercadorização da Saúde Mental, paga pelo Estado. Na nossa perspectiva de compreensão da SM na contemporaneidade, a entrada da CT na RAPS é um fato marcante e bastante ilustrativo⁵⁹, assim como a defesa delas pela então ministra-chefe da casa civil e hoje presidente do PT, Gleise Hoffmann⁶⁰, uma vez que o PT é um partido de bastante expressão entre os militantes antimanicomiais.

Em agosto de 2017 a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, o Departamento de ações programáticas e estratégicas/DAPES e a Secretaria de Atenção à Saúde apresentaram uma nova proposta para a Política Nacional de Saúde Mental. Nessa proposta algumas mudanças são dignas de discussão, entre elas os seguintes valores anuais de financiamento: 1) 60 milhões para os Hospitais Psiquiátricos; 2) 78 milhões para leitos de SM em hospital geral e; 3) 240 milhões para as CT (BRASÍLIA, 2017b).

A discrepância dos valores anuais para financiamento dos equipamentos de SM, colocando as CT no topo do recebimento dos recursos é justificada pelo oferecimento de 20.000 novas vagas e por uma suposta demanda social para esse tipo de tratamento, possibilidade aberta com a entrada das CT na RAPS em 2011.

⁵⁹ Não entraremos aqui nas questões políticas que levaram o governo PT a atender a solicitação da bancada evangélica para a inclusão das CT nas políticas públicas e, conseqüentemente, alvo de financiamento público.

⁶⁰ Existem diversas notícias divulgadas em meio digital sobre a defesa de Gleise Hoffman às CTs, como exemplo citamos a matéria de O Globo: Gleise Hoffman apoia internação involuntária de dependentes químicos, disponível em <https://oglobo.globo.com/brasil/gleise-hoffmann-apoia-internacao-involuntaria-de-dependentes-quimicos-8289713> (SASSINE, 2013)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As críticas ao manicômio aqui no Brasil ocorreram tardiamente e se subsidiaram de várias correntes teóricas, principalmente a Psiquiatria Comunitária e a Psiquiatria Democrática. Na abertura dos manicômios para outras práticas, que inicialmente diziam sobre o reconhecimento dos internos como seres humanos e como a sociedade produzia o sofrimento mental, vimos a psiquiatria se reformar e atender à demanda social: já na década de 1980 não cabia à sociedade capitalista acentuando-se ao modelo financeiro, continuar a “estocar improdutivos”, uma vez que o capital, predominantemente, passa a se valorizar pulando a etapa da produção. Estamos dizendo aqui, que se encontra uma nova maneira de valorizar o capital que pode dispensar a fase de produção, mas não necessariamente descartando-a do capitalismo. Uma vez que esse modelo começa a ser implantado, as relações sociais também passam a ser modificadas.

Até aqui conhecíamos como hegemônico o modelo industrial, em que o dono dos meios de produção, contratava trabalhadores que vendiam sua força de trabalho, e toda a configuração social é constituída para preservar essa força de trabalho, extraindo ao máximo sua potência produtiva. Como fica, em seguida, essa configuração social do capitalismo financeirizado? Nesse modelo de sociedade as instituições manicomiais passam por adaptações e sua abertura é uma grande reviravolta necessária para a psiquiatria e a indústria farmacêutica.

Se por um lado a Luta Antimanicomial, como reivindicação de uma parcela da sociedade pelo tratamento fora dos manicômios, traz uma questão genuína com relação ao fim da tortura para os que sofrem psiquicamente, o atendimento dessa questão só é possível com os novos medicamentos, uma vez que a compreensão do sofrimento não se modifica, apenas a forma de contê-lo. Não estamos mais na dimensão da contenção física, mas de uma certa “virtualidade”, que passa no momento atual, também, pelo consumo.

A indústria farmacêutica consegue nesse ramo um mercado promissor e, aliada à ciência, aumenta progressivamente as psicopatologias catalogadas e se espalha pela sociedade. Notemos: a demanda social pelo fim dos manicômios é rapidamente apropriada pela indústria e pela medicina, atendendo ao pedido de mudanças, mas à sua maneira, lucrando ainda mais.

No terreno do embate político pela construção de políticas públicas vivenciamos o mesmo cenário, ao mesmo tempo em que a aprovação de serviços substitutivos ao manicômio é realizada, o SUS é cada vez mais apropriado pelas grandes empresas, seja através dos contratos de fornecimento de medicamentos e exames ou através das novas modalidades de gestão terceirizada.

Se levarmos em conta as transformações institucionais, parece que conseguimos algumas pistas sobre as adaptações demandadas pela Formação Social, e daí, nos

aproximarmos das mudanças que constituem a contemporaneidade. No caso das toxicomanias saímos dos Manicômios, passamos pelo HP e chegamos aos CAPS e equipes descentralizadas. Nos últimos anos verificamos o surgimento das Comunidades Terapêuticas e atualização dos grandes hospitais. Embora o sofrimento psíquico definido como “transtorno mental” pela psiquiatria seja tratado com a medicalização e a tamponamento do inconsciente, esse mesmo procedimento não é tão eficaz na toxicomania, que escancara um sintoma produzido pelo próprio laço social. Para esses casos as instituições asilares reconhecidas como ultrapassadas retornam financiadas pelo Estado, em um misto do não saber o que fazer e recorrer ao conhecido, assim como uma disputa pelo toxicômano que representa o montante financeiro na troca feita com o Estado. Destacamos aqui, a indicação, de que a forma de lidar com as toxicomanias hoje no Brasil tem se configurado como um dos maiores campos de retrocessos.

Diante de uma suposta epidemia de toxicômanos, como muito foi divulgado pela mídia e a qual o programa “crack, é possível vencer” veio responder, nada mais apropriado ao nosso tempo que a pretensão de apropriação desse sujeito como objeto de lucro. Salientamos, nesse jogo, a disputa mais acirrada entre o HP e a CT, uma vez que trata-se de um jogo de poder bastante interessante, que nos sinaliza a tentativa de continuar existindo da instituição asilar com nova roupagem: de um lado a velha elite manicomial, que esteve estabelecida durante décadas, mas que foi vista como ultrapassada pela sociedade, do outro lado a bancada evangélica em tensão com o poder público federal para obter a oficialização e receber o recurso financeiro público. Trata-se da simples substituição de uma instituição asilar por outra, trocando também qual dos grupos sedentos pelo poder sairá vitorioso. Se no caso do “transtorno mental” a psiquiatria necessitou ser reformada e se dissolver na malha social, no caso da toxicomania como “epidemia” crescente, a disputa se mostra calorosa como se os sujeitos não passassem de objetos a espera de donos, aquele que poderá tê-los sob seus domínios será aquele com maior poder político.

Nesse contexto, a nova proposta para a Política Nacional de Saúde Mental já nos dá algumas respostas: o valor pretendido para o financiamento anual das CT é quatro vezes maior que o financiamento dos HP. Isso nos leva à conclusão de que a bancada evangélica se fortaleceu muito nos últimos anos, a ponto de ultrapassar a Associação Brasileira de Psiquiatria, defensora dos HP.

A toxicomania como Sintoma Social, coincidindo com a estrutura do laço social dominante, DC, é o sintoma que vem sendo apropriado pela ciência, essa última se apresentando como ferramenta para subsidiar o repasse do recurso público para o privado. Quando as CT eram definidas com viés religioso, esse repasse não era possível. Foi preciso a normatização desses equipamentos e a entrada na RAPS para que assumissem o caráter médico e, assim, oficializasse seu viés de tratamento. Uma vez esse reconhecimento realizado, o financiamento com recurso público não é mais um problema. Estamos prestes a vivenciar a maior expansão do manicômio atualizado dos últimos tempos.

É dessa forma que a proposta para a nova Política Nacional de Saúde Mental define que a CT se destina à “usuários com transtornos mentais graves relacionados ao uso de álcool

e outras drogas” (BRASÍLIA, 2017a, p.12), ou seja, embora não tenhamos um aprofundamento dessa descrição e, ainda, pouca discussão sobre a nova política, há uma aproximação entre transtorno mental e uso abusivo de drogas, de forma que um dos entendimentos possíveis é que o uso de drogas está relacionado à um transtorno mental.

A toxicomania como sintoma que resiste a ação dos psicofármacos (ou à adesão) parece deixar sem possibilidades os defensores da ordem, logo, retorna-se à contenção, ao controle físico, à exclusão territorial, em um país que o velho, o antiquado, ultrapassado persiste nas instâncias institucionais, principalmente na política.

Marcamos aqui duas tendências no campo da SM: 1) as instituições abertas, centradas na Psiquiatria DSM, correspondente ao capitalismo contemporâneo, consonante ao DC e ao consumo; 2) as CT como atualização dos Manicômios arquitetônicos, uma reorganização da instituição de controle, consonante ao DM. Uma disputa por hegemonia que colocam em pauta o poder político e econômico.

REFERÊNCIAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria. **Bipolaridade: especialista alerta para aumento de casos.** nov. 2007. Disponível em <<http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibClipping/?clipping=5714>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** São Paulo: Editora UNESP, 2003.

BASAGLIA, F. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática.** São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BRASÍLIA (Brasil). Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental.** Brasília: [s.n.], 2017a.

_____. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES; Secretaria de Atenção à Saúde. **Linhas de ação/Gestão e monitoramento – Política Nacional de Saúde Mental.** Brasília: [s.n.], 2017b.

BRAUNSTEIN, N. **O discurso capitalista: quinto discurso? O discurso dos mercados (PST): sexto discurso?** Revista A Peste, v. 2, n. 1, p. 143-165, 2010.

CABAS, A. G. O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.

CALDAS, C. O. A teoria da derivação do Estado e do Direito. São Paulo: Outras Expressões, 2015.

CASTRO, J. C. L. Capitalismo e discurso da universidade: Marx com Lacan. **Anais do VI Colóquio Internacional Marx e Engels,** Campinas (SP), 2009.

CHESNAIS, F. **A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, consequências.** São Paulo: Boitempo, 2006.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processo de subjetivação na Saúde Coletiva.** São Paulo: Editora Unesp, 2013.

DEBIEUX ROSA, M. A psicanálise lacaniana e a dimensão sociopolítica do sofrimento. **Discurso da ciência, discurso do capitalista: neoliberalismo a partir de Lacan.** Revista Cult, edição especial, n. 8, p. 22-24, 2017.

FINK, B. **O sujeito lacaniano, entre a linguagem e o gozo.** Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, J. **O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

MELMAN, C. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar.** São Paulo: Escuta, 1992.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital.** São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. **O capital: crítica da economia política: Livro II: o processo de circulação do capital.** São Paulo: Boitempo, 2014.

PACHECO FILHO, R. A. **Compra um mercedes bens pra mim?** Psicologia Revista, v. 24, n. 1, p. 15-44, 2015.

QUINET, A. **As 4 + 1 condições da análise.** 10. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. **Psicose e Laço Social.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

SALECL, R. **Sobre a felicidade: ansiedade e consumo na era do hipercapitalismo.** 2. ed. São Paulo: Alameda, 2012

SASSINE, V. **Gleise Hoffman apoia internação involuntária de dependentes químicos.** O Globo, Rio de Janeiro, 04 jun. 2013. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/gleise-hoffmann-apoia-internacao-involuntaria-de-dependentes-quimicos-8289713>

SILVA JR, N. **Epistemologia psiquiátrica e marketing farmacêutico: novos modos de subjetivação.** Stylus Revista de Psicanálise, n. 33, p. 227-239, 2016.

SILVA JR, N.; BEER, P. **Discurso da ciência, discurso do capitalista: neoliberalismo a partir de Lacan.** Revista Cult, edição especial, n. 8, p. 18-21, 2017.

SOUZA, A. **O discurso na psicanálise.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

ZIZEK, S. **A visão em paralaxe.** São Paulo: Boitempo, 2008.

ENSAIO 4 – A PSIQUIATRIA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA: DA “DESMEDICALIZAÇÃO” À PSIQUIATRIA DSM

1 A CONSTITUIÇÃO DA PSIQUIATRIA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Em busca de pistas sobre as particularidades do psiquiatra que esteve presente no que poderíamos chamar de experiências de Reforma Psiquiátrica (RP), não necessariamente ocorridas pela imposição legislativa, mas como experiências pontuais da tentativa de superação do paradigma asilar, para além de sua conformação arquitetônica, realizamos um levantamento bibliográfico na revista Saúde em Debate, publicação de espaço privilegiado da Reforma Sanitária (RS). Nossa escolha se deu pela importância da publicação no campo da Saúde Coletiva e pela convergência inicial entre RS e RP.

Nosso objetivo era buscar elementos que diziam respeito à formação da área psiquiátrica de forma alternativa à psiquiatria asilar e prévia à nomeação do movimento anti-manicomial denominado de RP, ou seja, a formação anterior à RP, necessária para constituir suas bases. Por esse motivo, o intervalo dos anos se deu entre 1976, ano do primeiro exemplar da revista, até final da década de 1980, ou seja, quando já se falava expressamente em RP.

Curiosamente as publicações que apresentam artigos sobre Saúde Mental (SM) e psiquiatria ocorrem de 1976 a 1982, sendo que o tema só aparece novamente em 1992, 10 anos depois, trazendo claramente a nomeação ‘Reforma Psiquiátrica’ e com discussões que debatem a formulação de uma política pública através de mudanças legislativas e abordando a questão do acesso. São elas: Almeida Filho (1978), Birman (1981), Comissão da Associação Psiquiátrica da Bahia (1978), Cordeiro (1978), Costa (1980), Lima (1980a; 1980b), Loureiro (1976), Silva Filho (1977).

De forma geral, os artigos se mostraram críticos à psiquiatria estabelecida e propuseram discussões sobre o que se desenvolvia no Campo, ou trouxeram relatos de experiências que se pretendiam inovadoras, tanto no trabalho quanto na formação.

A modificação do Campo a partir de novas propostas metodológicas, sobretudo na relação docente-residente e residente-graduando, assim como a construção de uma postura da psiquiatria e não de um saber psiquiátrico, mostrou reflexões que perpassavam pela **Universidade**. Nesse sentido trazem críticas bastante contundentes do papel burocrático e preocupado com rentabilidade, em detrimento do foco na formação. A relação entre formação para autocrítica versus formação para atender a demanda estabelecida é central nessa análise. Em um dos artigos que apresenta esse foco, além do questionamento sobre a manutenção curricular, mesmo diante de uma suposta mudança, discute-se a dificuldade de acesso aos programas de formação e a ênfase dada ao cumprimento burocrático em detrimento do cuidado com os pacientes, ficando o código de ética em segundo plano. A formação também é questionada por não atender as necessidades da população e importar teorias de países

desenvolvidos que pouco tem em comum com a realidade brasileira. Ao mesmo tempo, um dos artigos, de 1981, aponta para a crescente valorização da especialidade psiquiátrica diante da política de saúde mental dos vinte anos anteriores – Psiquiatria Preventivo-Comunitária, sem eliminar o asilo –, fazendo com que muitos estudantes de medicina procurem pela residência, ao mesmo tempo que a psicologia também se fortalece no Brasil e disponibiliza uma série de técnicas psicoterápicas a serem aplicadas nas escolas, na indústria e demais instituições, com caráter preventivo. A difusão da psicanálise também se dá nesse contexto.

A defesa da **Psiquiatria Preventiva** em consonância com uma Medicina Comunitária também é bastante presente. Essa necessidade de defesa também traz a noção de que se encontram algumas barreiras para implantá-la, ou seja, há uma luta pela predominância de teorias. O modelo asilar é o que faz oposição ao novo modelo psiquiátrico preventivista e várias são as denúncias sobre as péssimas condições no interior dos Manicômios brasileiros. O Ambulatório é a alternativa apresentada ao Manicômio, como instituição criada a partir do preventivismo e as internações psiquiátricas são consideradas superadas em termos de assistência com referência à preconização de seu abandono desde os anos 1950, ressaltando que data de 1955 o Código Nacional de Saúde que é escrito em termos preventivistas e a aprovação da Campanha Nacional de SM elaborada com bases no preventivismo em 1967. Os altos custos do asilo também são colocados em oposição ao tratamento em rede pela prevenção e promoção. Ao lado do ambulatório, também se fala em pensão protegida e semi-internação (hospitais-dia e hospitais-noite). Dois artigos, de início dos anos 1980, fazem crítica ao preventivismo, um negando que a educação em SM funcione como prevenção aos problemas psíquicos e outros através da reflexão que o modelo preventivista foi uma transposição do modelo da história natural da ciência para a área psiquiátrica, o que criou um sistema de vigilância psiquiátrica sobre a população na tentativa de explicar o psicopatológico através das experiências sociais. “(...) quando se definiu uma política para trocar o enclausuramento por uma psiquiatria sem limites, o que na verdade se constituiu foi o asilamento da sociedade como um todo” (Birman, 1981, p.68). Além disso, o preventivismo tornou-se uma estratégia de convivência com o asilo, ampliando a estratégia de psiquiatrização, assim as intervenções nesse modelo ocorrem na escola, na família, na fábrica, etc.

Sobre o **tratamento medicamentoso e as psicoterapias**, os artigos que abordam a questão trazem uma crítica bastante intensa sobre o uso exclusivo de medicamentos, estando associados aos hospitais particulares ou conveniados à Previdência Social. A psiquiatria medicamentosa e asilar é identificada como aquela destinada aos pobres, enquanto a população com poder aquisitivo tem a seu dispor uma psiquiatria embasada em diversas técnicas psicoterápicas, mais leves e flexíveis, nessa perspectiva o modelo assistencial é considerado elitista, uma vez que exclui as camadas pobres da população das técnicas consideradas mais eficazes, como as psicoterapias. Em uma das experiências, de acompanhamento infantil, falou-se de aplicação de técnicas experimentais como psicoterapias breves e grupos de psicomotricidade, embora o tratamento fosse focado na orientação dos pais e acompanhamento medicamentoso por limitação de recursos materiais e humanos. Reconhece-se a demanda para tratamento psicoterapêutico, contudo referem-se ao número

insuficiente desses serviços na rede vinculada ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Há referência sobre o papel medicamentoso da psiquiatria sobre problemas sociais para camuflar essa questão, servindo-se a um papel ideológico e da cumplicidade do Estado com a classe dominante de empresários da saúde. Na crítica da psiquiatria preventivista e sua atuação incondicional no campo social, faz-se a referência à indicação da terapia familiar para qualquer situação, sem rigor na recomendação, transformando as relações entre os sujeitos em anormalidades dignas de intervenção psiquiátrica. Ressalta-se a multiplicação de psicoterapias utilizadas como técnicas preventivistas, tanto no contexto individual, quanto grupal ou familiar, com critérios vagos de indicação.

A **psicanálise** é bastante associada à prática psiquiátrica, sendo que em um dos artigos existem várias charges mostrando o psiquiatra no setting analítico. Um dos artigos que trata da formação demonstra a intenção de desconstrução dessa imagem, uma vez que alguns residentes procuram a formação por identificação teórica com a psicanálise e não com uma postura do psiquiatra. Também se critica a disponibilidade do psiquiatra para a sessão psicanalítica de 50 minutos no consultório particular, enquanto a população pobre é submetida ao atendimento de 2 ou 5 minutos, em uma evidente distinção de classes. Busca-se diferenciar a psicanálise das ações preventivas psicológicas, formuladas através de uma educação para a SM, que na prática buscou propagar o projeto político ideológico de normalização social, no caso da psicanálise não há como falar da prevenção na própria formação psíquica do sujeito. Entretanto, somente dois dos artigos utilizaram a psicanálise como referencial teórico para a construção do próprio texto, para falar da formação do psiquiatra e expansão de psicoterapia generalizando a prevenção através de técnicas psicologizantes.

O **referencial teórico para as críticas sociais** e econômicas é baseada em Karl Marx e seus sucessores. O Modo de Produção Capitalista é reconhecido como produtor de estratificações das classes sociais. Há crítica sobre a manutenção da força de trabalho e a ampliação do consumo de equipamentos e medicamentos. Em discussões sobre o acesso aos serviços de SM vinculados aos postos de saúde e clínicas especializadas, identificada a ausência de serviços para pessoas muito pobres de uma determinada área, a partir de dados quantitativos, a reflexão é feita com o auxílio da teoria marxista. A assistência psiquiátrica no modelo manicomial é colocada como um problema estrutural, na medida em que o Estado abdica de oferecer os serviços e os compra de terceiros, financiando o lucro privado. A ideologia burguesa também é um conceito que aparece para definir a psiquiatria e o modelo psicológico de normalidade social.

As **privatizações** são abordadas como decorrência da situação política autoritária da época, ditadura, e como ponto que aproxima a Saúde Mental da Saúde Coletiva quanto às dificuldades enfrentadas que descaracterizavam o Campo. A medicina passa a ser vista como setor empresarial e com interesse voltado exclusivamente para o lucro, pouco importando às condutas éticas, trazendo como consequências a baixa qualidade dos serviços, problemas de acesso e filas de espera. É nessa abordagem que aparecem os manicômios como modelo obsoleto de internações desnecessárias, cronificador e estigmatizador. O monopólio do setor psiquiátrico por poucas empresas privadas também é comentado e denunciado. Na crítica ao

INPS e à compra de serviços do setor privado, denuncia-se o desvio de recursos públicos através do pagamento de serviços não realizados, do pagamento de serviços desnecessários e pela falta de racionalidade de tratamentos através de internações quando poderia ser ofertados pelos ambulatorios. Relata-se que são poucos os serviços que oferecem tratamento psicológico ou de terapia ocupacional, contudo muitos falsificam seu oferecimento, recebendo pelos supostos atendimentos. Com relação direta aos manicômios, diante da instituição da Supervisão Hospitalar em Psiquiatria, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1977, e a proposição de redução do tempo de internação, as instituições asilares passaram a dar alta aos pacientes e reinterná-los no mesmo dia, sem nem mesmo terem saído do hospital. Sobre as internações desnecessárias em Hospitais Psiquiátricos (HP), em 1977, supõe-se o número de 195.000. As críticas mais aprofundadas à mercadorização da saúde fazem alusão ao seu caráter estrutural e descartam as reformas de racionalização da assistência. A internação em massa é diretamente associada ao fato dos hospitais serem privados, no entanto chama-se a atenção para os perigos dos serviços ambulatoriais terceirizados, uma vez que sofreriam distorções que também se encontravam no sistema hospitalar. Também se atribuiu ao processo de compra de serviços particulares às numerosas vagas psiquiátricas disponíveis, uma vez que são bem remuneradas pelo INPS, nesse aspecto a realidade dos leitos se distinguia da realidade de outras especialidades no país, uma vez que se tratava de um dos pouquíssimos serviços com maior número de vagas do que demanda.

O **trabalhador** do modelo manicomial é aquele mal remunerado com vínculo bastante precário, em um dos textos denuncia-se a situação de não reconhecimento de direitos trabalhistas de mais de 200 pessoas pelo Ministério da Saúde, uma vez que recebiam uma “bolsa de saúde mental” como estagiárias, quando na verdade eram profissionais parcamente pagos para resolver a questão da deficiência do número de trabalhadores. Contudo a precarização do trabalho também é motivo para a criação de movimentos dos trabalhadores na SM. Em um dos artigos ligado à entidade representativa da classe também se comenta sobre os baixos salários dos psiquiatras e como eles foram usados como “instrumentos da ação repressora, da exploração da doença, da exclusão do doente, em conluio com a política de descaso e má qualidade do serviço público e com os interesses privados lucrativos” (Associação Psiquiátrica da Bahia, 1978, p34). Com relação ao trabalhador formal, como maneira de obtenção de condições materiais para subsistência, faz-se a conexão da expansão de leitos psiquiátricos em regiões de maior desemprego e a transformação de pessoas desempregadas em “doentes”, trata-se da substituição da fábrica pelo manicômio e o desemprego e miséria como sinônimos de diagnóstico psiquiátrico. Levando em conta a alienação no trabalho provocado pelo MCP, se faz uma analogia com os serviços de saúde geridos como empresas, voltados para o lucro, assim, refere-se à alienação na própria medicina seguindo o modelo da fábrica. Ao voltar-se para o lucro da “empresa psiquiátrica”, o trabalhador do manicômio aumenta o tempo de internação, efetua intervenções desnecessárias, respondendo à demanda do patrão.

Um importante ponto levantado em um dos artigos diz respeito à percepção de sofrimento como sintoma psicopatológico psiquiátrico, ou a **psiquiatria do sofrimento**

humano, a partir da concepção da educação psicológica em saúde mental voltada para prevenção. Segundo o autor

(...) os indivíduos apropriaram-se do vocabulário e dos métodos diagnósticos da psicopatologia clínica e passaram a codificar, mais facilmente, o sofrimento psíquico em termos de desvio ou anormalidade mentais. O que aumentou não foi a saúde mental, mas a capacidade de traduzir sensações psíquicas em sintomas psicopatológicos. O que cresceu não foi a taxa de sanidade psicológica mas a clientela psiquiátrico-psicoterápica (COSTA, 1981, p.62).

Também se estabeleceu, a partir daí, uma norma psicológica social como modelo de SM.

As diferentes **identidades do psiquiatra**, de acordo com as soluções propostas na psiquiatria para superação de um modelo, são trazidas em um artigo. O “psiquiatra-terapeuta” como identidade a negar o “psiquiatra-carcereiro” dos manicômios está em consonância com as tentativas de humanização do HP, transformando uma questão política em uma questão técnica. Nessa perspectiva o HP tornou-se um lócus adaptativo voltado para a normatização. O surgimento de uma estratégia preventivista após a II Guerra Mundial, mas em voga a partir dos anos 1960 almejava a dissolução dos manicômios, uma vez que, atingindo seus objetivos a clientela dessa instituição não existiria mais, aqui o psiquiatra está voltado para a produção de saúde mental na população em geral, e todos são alvos de sua técnica, a identidade do psiquiatra nesse momento é a do “psiquiatra preventivista-higienista” e sua intervenção no mundo transforma a normalidade em anormalidade através da intervenção permanente.

2 O QUE AS PUBLICAÇÕES NOS MOSTRAM SOBRE AS BASES DA REFORMA PSQUIÁTRICA

Embora nossa pesquisa bibliográfica tenha sido limitada, parece-nos trazer algumas pistas importantes sobre a formação dos profissionais que mais tarde integraram as equipes dos equipamentos da RP, sobretudo o psiquiatra. A preocupação com a formação e as influências psicanalíticas da psiquiatria naquele momento pré-reforma é bastante importante para nossas reflexões sobre o Campo.

A constituição da psiquiatria pós II Guerra Mundial, voltou-se para a tentativa de superação do manicômio através da inovação dos psicofármacos. A partir da década de 1960 seu uso é cada vez mais difundido e seu status muda, se em um primeiro momento são medicações que aliviam os sintomas para que as causas das “doenças mentais” possam ser melhor investigadas, posteriormente são considerados medicamentos que podem reequilibrar os componentes químicos do cérebro (WHITAKER, 2017).

Sendo assim, no período que avaliamos os artigos da revista Saúde em Debate, as medicações psiquiátricas são bastante usadas e divulgadas pelas indústrias farmacêuticas como potentes medicações capazes de reorganizar a composição cerebral, contudo ainda estamos vivenciando uma forte influência psicanalítica.

A crítica sobre essa forma de lidar da medicina mental é bastante evidente, colocando as psicoterapias ainda como terapia privilegiada. As medicações são consideradas como tratamento das massas empobrecidas. Há uma recusa em repetir as promessas da indústria farmacológica.

Nas críticas apresentadas parece que temos a seguinte cisão:

- 1) tratamento asilar + medicação
- 2) psiquiatria comunitária + medicação
- 3) psiquiatria comunitária + psicoterapia
- 3) psiquiatria comunitária + psicoterapia + medicação
- 3) psiquiatria particular + psicoterapia

Interessante notar que embora as psicoterapias sejam citadas como práticas mais eficazes, também recebem a crítica de que fazendo parte da prevenção, logo são recomendadas para qualquer situação, como certa banalização da técnica e uma expansão no mercado.

A relação entre medicamentos e psicoterapias aparece:

- 1) como dicotomias na realidade analisada entre manicômio e meio aberto: medicamento para os pobres e psicoterapia para os ricos;
- 2) como possibilidade de emprego conjunto em um ideal que não pode ser concretizado por falta de recursos financeiros e que, por isso, privilegia a medicação: terapia medicamentosa + psicoterapias.

No caso da psicanálise em alguns momentos parece se confundir com as psicoterapias, mas fica bastante claro que o psiquiatra na função de psicanalista atua em consultórios particulares. Contudo, a psicanálise faz parte da formação em psiquiatria e isso molda a forma de entender a origem do sofrimento psíquico, e descarta apenas a classificação dos manuais de psiquiatria.

Bezerra Jr (1987) mostra que a crítica à psicanálise para a elite e a medicalização e internação para a população com poucas condições materiais ressoa criticamente no Campo ainda alguns anos depois das publicações, incluindo nessa crítica os Ambulatórios:

Em segundo lugar, uma análise crítica da distribuição social da oferta dos serviços de saúde mental revelará que existe uma desigualdade no que tange ao tipo de tratamento oferecido aos membros das diversas camadas sociais. Enquanto para a elite existem os divãs, os consultórios, a relação terapeuta-cliente personalizada, as técnicas mais variadas, para a maioria da população nada mais resta que a internação ou as “consultas” de cinco minutos em ambulatórios que mal merecem este nome, onde as filas, o descaso, a falta de condições materiais transforma o que deveria ser um ato terapêutico num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação de sofrimento (BEZERRA JR, 1987, p. 137).

As reflexões apresentadas sobre o MCP são importantes para criticar o papel do Estado na compra de serviços particulares e para identificar o tratamento asilar como forma de lucrar e não de tratamento. Nessa mesma perspectiva entram as privatizações. As duas categorias são identificadas ao momento político que passa o Brasil, a partir do golpe de 1964 e a instalação da ditadura.

A defesa que a psiquiatria faz de si mesma, através de entidade representante da classe, para os absurdos do manicômio e seu silêncio, está nas precárias condições de trabalho e os baixos salários, mantendo o profissional médico refém da situação para sobreviver. Entendemos que esse texto é bastante interessante por expressar essa necessidade de dar explicações à sociedade e de defender o profissional que não quer ser identificado com as barbaridades do manicômio diante da perspectiva de uma nova psiquiatria.

A busca de uma nova identidade para o psiquiatra que tenta negar a imagem de “psiquiatra-carcereiro” traz novas perspectivas da atuação da própria profissão, assim como as terapias utilizadas, entre elas as psicoterapias individuais e grupais, e as medicações, com foco na prevenção. Trata-se de um momento de mudanças e de busca sobre o que define o psiquiatra. Feita a crítica sobre a Psiquiatria Preventivo-Comunitária, faz-se a pergunta: o que seria um psiquiatra-terapeuta?

A política de SM baseada na Psiquiatria Preventivo-Comunitária valorizou a psiquiatria a partir do momento que ela não ficou confinada nos manicômios, a isso se soma o desenvolvimento da Psicologia no Brasil e a ampliação da prática psicanalítica. Em resumo, foi nas décadas de 1960 e 1970 que as condições para novas técnicas e teorias psicoterápicas e psicanalíticas foram constituídas no país, fazendo oposição à Psiquiatria estritamente asilar.

Muito embora haja uma crítica contundente sobre a utilização dessas técnicas baseadas no preventivismo e na ampliação da psiquiatrização, precisamos ressaltar que o desenvolvimento de modalidades psis diferentes da contenção e da biologização traçam o caminho de acúmulo teórico e prático para a formação da psiquiatria e do psiquiatra. Se alguns profissionais dessa medicina mental focaram-se nos casos leves e nos supostos desvios sociais como problemas a serem prevenidos, foi também a partir dessa formação que grande parte dos psiquiatras tomaram conhecimento de diversas técnicas e teorias que posteriormente contribuíram para que desenvolvessem a crítica necessária para a constituição da RP, levando à formação de um psiquiatra-terapeuta. Nesse caso podemos dizer que essas bases foram fundamentais para que o médico psiquiatra da SM a partir de meados da década de 1970

pudesse pensar a SM mental de outra forma, utilizando recursos que não estavam restritos aos psicofármacos.

(...) Porém, se a sua vocação pretende ser a do terapeuta, é preciso que ele exorcize os compromissos históricos dessa terapêutica com a exclusão asilar, que não é apenas um problema do passado mas também do presente, sobretudo no caso do Brasil. Para isso, também, este psiquiatra deve ser um agente social que se contraponha ao processo de psiquiatrização junto de outros agentes e setores sociais, permitindo que as tensões nas redes sociais, resultantes dos conflitos sociais e políticos, se atualizem nas suas razões sociais, políticas e econômicas, e não que sejam patologizados por uma tecnologia psicológica (Birman, 1981, p. 71)

Birman aponta para a necessidade de construção dessa identidade do psiquiatra-terapeuta diante da exclusão psiquiátrica, seja ela no aliso ou na sociedade. Ele também nos deixa claro que nesse momento a discussão faz algum eco na psiquiatria.

Importante lembrarmos que os EUA como potência político-econômica sempre influenciaram grandemente a medicina no mundo, caracterizando-se como exportadores de modelos médicos (ver ensaio 2). A partir da II Guerra Mundial e os esforços dos países em abandonar os manicômios, uma vez que se assemelhavam aos campos de concentração, outras possibilidades de tratamento começam a ser consideradas, entre elas os psicofármacos, a partir da década de 1950, somado à Psiquiatria Preventivo-Comunitária, como já citamos aqui. Em resumo, a psiquiatria dinâmica (com forte teor psicanalítico) é aquela desenvolvida sobretudo nos EUA, assim como posteriormente a Psiquiatria Preventivo-Comunitária e os psicofármacos, todos com forte ramificação no Brasil.

Cabe-nos agora pormenorizar que psiquiatria tínhamos como hegemônica para compreender mais profundamente suas modificações no Campo da SM, tendo em mente que os artigos analisados até aqui foram escritos até 1981, ou seja ainda sob forte influência da psiquiatria dinâmica e da psicanálise, é a partir dessa década que a hegemonia dos psicofármacos se inicia.

3 PSIQUIATRIA E PSICANÁLISE

Com a ascensão do nazismo na II Guerra Mundial, alguns psicanalistas imigraram para os EUA, figuras reconhecidas levaram para o país a teoria que influenciou a constituição da psiquiatria, principalmente a corrente de Anna Freud, conhecida como psicanálise do ego. Na década de 1960 a psicanálise vive seu ápice no país, sendo que havia passado de 92 membros em 1932, para 1300 em 1968. Dessa forma a psiquiatria psicodinâmica foi constituída com forte característica da teoria da psicanálise do ego. Para se ter ideia do que foi o avanço da psicanálise, em 1955, 67% dos psiquiatras norte-americanos diziam utilizar a psicodinâmica em suas práticas, de forma que psiquiatria e psicanálise já eram usadas como sinônimos (HENRIQUES, 2015).

A introdução da teoria psicanalítica na psiquiatria norte-americana traz modificações importantes, uma delas é a possibilidade de saída do psiquiatra do ambiente asilar e sua atuação nos consultórios particulares, diante da demanda da população: em 1918, apenas 8% dos psiquiatras trabalhavam em consultórios particulares, em 1941 esse número aumenta para 38%, e em 1970 para 66%. Na década de 1970, cerca de um quarto da população norte-americana é adepta das psicoterapias (HENRIQUES, 2015).

No início da década de 1970 a psicanálise do ego norte-americana começa a entrar em declínio, tanto pela grande diversidade de psicoterapias (mais de cem técnicas diferentes), quanto pelo advento dos psicofármacos. Nas residências psiquiátricas o ensino da psicanálise passa a dar lugar ao das terapias biológicas, através da administração de psicofármacos, e o ensino das terapias comportamentais. Para comparação do que representava a psicanálise na formação do psiquiatra, em 1950 a ênfase psicanalítica no currículo representava 50% do conteúdo, enquanto hoje é de apenas 2,5% (HENRIQUES, 2015).

Um levantamento da American Psychoanalytic Association, no ano de 1974, revelou que 3/5 dos membros estavam receitando psicofármacos. Isso se deu também pelo status que as drogas para o tratamento psíquico ganhavam, com a certificação da ciência e valorização do cérebro. Diante desse panorama a demanda dos pacientes pelos psicofármacos cresceu bastante. Fato interessante aconteceu em 1979, e ilustra bem o que representou o advento dos psicofármacos em oposição à terapia psicanalítica: o médico Rafael Osheroff, na época com 42 anos, foi internado no hospital Chesnut Lodge com o diagnóstico de depressão psicótica, permanecendo lá por sete meses sob o tratamento de psicoterapia intensiva de orientação psicanalítica. O hospital era um importante centro de referência em psicanálise, de modo que o tratamento medicamentoso não era utilizado no local, e cumpria um papel de desmedicalização da psiquiatria. Depois do período de internação, sem melhoras do quadro, Rafael foi transferido para a clínica particular Hill Silver e iniciou o tratamento medicamentoso, depois de 3 meses ele recebeu alta e voltou à sua rotina. Contudo, nesse período total de internação, 10 meses, a esposa o havia deixado e ele havia perdido o emprego. Em 1982, ele resolve processar o hospital Chesnut Lodge por negligência médica, uma vez que não haviam administrado os medicamentos de eficácia cientificamente comprovadas, que constituíam o tratamento padrão do Estado. Esse é o caso marcante para a psicanálise norte-americana, que faz com que ela seja retirada da cena principal, sob a impressão de charlatanismo (HENRIQUES, 2015).

A partir desse caso, o Estado padronizou os procedimentos em SM a partir de referencial biomédico. Isso não descartou que outras terapias fossem oferecidas em caráter complementar, e será esse o novo status da psicanálise e das psicoterapias. Essa padronização também procurou organizar o campo através da comprovação da eficácia dos tratamentos, e nesse sentido as terapias comportamentais, mais adequadas à análise quantitativa dos procedimentos, ganharam força e se aproximaram da complementação à psiquiatria.

Apontamos aqui que esse é o momento de “medicalização” da psiquiatria, após o período de hegemonia da psicanálise quando a psiquiatria biológica ganha força pelos psicofármacos (MONTEIRO, 2012).

Aqui no Brasil a psiquiatria biológica, que é fortalecida nos EUA, também ganha espaço. Nos manicômios os psicofármacos são amplamente administrados e a psicanálise perde terreno.

Embora a psicanálise tenha passado pelo momento de contestação, principalmente na instituição representada pela IPA (International Psychoanalytical Association), com críticas ao seu caráter conservador, apolítico e hegemônico, a criação da Clínica Social de Psicanálise, de novas escolas e grupos independentes, além do posicionamento político dos psicanalistas argentinos contra a ditadura, influenciou o posicionamento de psicanalistas brasileiros engajados e comprometidos no interior dos hospitais psiquiátricos (BEZERRA JR, 1994), de modo que a psiquiatria não foi extinta, mas passou a atuar em um quadro não hegemônico e de resistência.

4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA INICIAL

Precisamos aqui, caracterizar o que entendemos como RP. Até esse momento estivemos descrevendo e refletindo sobre as transformações que levaram a RP inicial à sua precarização, no entanto, falamos pouco sobre o quê é a RP, em uma distinção ao que ela representa hoje. Essa caracterização pode parecer um tanto polarizada, no entanto, chamamos a atenção para o fato de que essa transformação ocorreu em um longo processo. Em resumo, estamos defendendo que a RP inicial tinha motes bastante claros com relação à oposição ao Modo de Produção predominante, assim como o questionamento sobre a instituição psiquiátrica, e que a RP contemporânea é simpatizante ao modelo sócio-econômico estabelecido, ou seja, a RP contemporânea é oposta à velha RP. Como exemplo disso, podemos citar a defesa das Organizações Sociais (OS) até mesmo por militantes antimanicomiais, diante do fato de fechamento de CAPS, dificultando o acesso da população. Não há muito reflexão que acesso é este, ao que ele coloca o sujeito do sofrimento em contato.

Também frisamos que esse movimento contestatório da RP ocorreu de forma breve, mas possibilitou a ação pontual em algumas regiões do país, nas quais houve algum avanço dessa reforma inicial. Em outras palavras, o que chamamos de RP inicial esteve muito mais no campo da reflexão e do discurso, que no campo das práticas, mas sabendo que é necessário esse movimento para que algo avance.

Assim, a RP inicial, ou velha RP, é por nós definida como um movimento de reflexão e luta, que buscou aprofundar o debate e pensamento do campo da SM, articulando-o à aspectos sociais, históricos e econômicos, refletidos nas instituições que compunham a SM e que, posteriormente agrega à suas reflexões características de uma clínica do sofrimento psíquico, constituindo o que conhecemos como Atenção Psicossocial.

É no sentido de questionamento do modelo instituído que entram em xeque questões como a 1) oposição entre saúde e doença ou doença-cura como duas polaridades, na qual a doença é o objeto da psiquiatria manicomial; 2) a organização institucional (intra e interinstitucionais) como modo de produção de saúde e subjetividade; 3) relação institucional com a Demanda Social; 4) produção institucional relativa à terapêutica e ética (COSTA-ROSA, 2013).

De modo que a pesquisa inicial desse ensaio descreve a constituição da RP inicial, em contraste com o que definimos como RP contemporânea, claramente organicista e medicamentosa.

5 PSICOFÁRMACOS E A PSIQUIATRIA DSM

O surgimento dos psicofármacos nos EUA se dá em meio às descobertas dos antibióticos e uma nova era da medicina que acreditava ser possível encontrar a pílula milagrosa para qualquer mal, a penicilina, por exemplo, começa a ser fabricada em 1944. Importante lembrar que depois da II Guerra Mundial e a constatação de que os Manicômios eram depósitos de seres humanos que muito se pareciam com os campos de concentração, com forte influência do eugenismo (adepto da psiquiatria nazista) que pregava o confinamento dos “doentes mentais” para que não se misturassem à população e não se reproduzissem, encontra nas medicações a tão esperada promessa de cura para as “doenças mentais” e conseqüentemente o fim dos manicômios. Havia, ainda, um ressentimento da psiquiatria, pois não era uma área da medicina que se comparava às outras, já que não tinha comprovações concretas dos agentes que causavam a “doença mental” e não dispunha de medicamentos para combatê-los. Charles Burlingame, diretor do Instituto dos Vivos em Connecticut disse: “Posso vislumbrar um tempo em que seremos médicos, pensaremos como médicos e dirigiremos nossas instituições psiquiátricas exatamente do mesmo modo e com as mesmas relações que prevalecem nas melhores instituições de medicina e cirurgia” (WHITAKER, 2017, p. 61)

Dessa forma, as condições que fazem os EUA propor uma reforma da psiquiatria são: o retorno de veteranos da II Guerra Mundial abalados emocionalmente e sem condições de voltar ao enfrentamento da guerra; as denúncias dos manicômios comparados aos campos de concentração; a psiquiatria eugenista abertamente ligada à psiquiatria alemã, originária do país perdedor da Guerra. Em 1964 é aprovada uma lei que financia pesquisas de prevenção, diagnóstico e tratamento, supervisionadas pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) (WHITAKER, 2017)

A descoberta do primeiro medicamento psiquiátrico ocorreu em 1940, a Torazina, por uma indústria farmacêutica francesa a procura de antibióticos. Ao pesquisar as fenotiazinas descobriram propriedades anti-histamínicas que poderiam auxiliar no tratamento de feridas e

alergias, mas que também provocavam sonolência, calma e relaxamento. O estudo dessa droga em ratos fez com que seu comportamento expressasse desinteresse e incapacidade física. Essa nova droga, cujo princípio ativo era a clorpromazina, agia seletivamente no cérebro, em áreas ligadas à atividade motora e às respostas afetivas, mas não fazia perder a consciência. Ela foi usada inicialmente para cirurgias, como anestésico, até se cogitarem o uso em casos psiquiátricos. Em um congresso de cirurgia o cirurgião da marinha francesa que havia utilizado o medicamento afirma: a clorpromazina “produzia uma verdadeira lobotomia medicamentosa” (WHITAKER, 2017), lembrando que lobotomia tinha uma boa conotação na época.

Em 1952, Jean Delay e Pierre Deniker, psiquiatras franceses, começam a administrar a droga à pacientes psicóticos no Hospital Sainte-Anne, em Paris, logo a droga é difundida em demais manicômios europeus, onde se afirmavam que as enfermeiras ficavam calmas e os pacientes mais fáceis de manejar (WHITAKER, 2017).

Nos EUA a clorpromazina é vendida como Thorazine, a partir de 1954 (HENRIQUES, 2015), e definida como “tranquilizante potente”, na França é definida cientificamente como “neuroléptico”. Nesse momento estava claro que não se tratava de um droga que propunha a cura para qualquer questão psiquiátrica: “Temos que lembrar que não estamos tratando doenças com essa droga”, “Estamos usando um agente neurofarmacológico para produzir um efeito específico” (WHITAKER, 2017, p. 66), fala de E. H. Parsons, psiquiatra, em um congresso sobre a clorpromazina na Filadélfia em 1955.

Embora a droga tenha encontrado resistência entre os psiquiatras ligados à psicanálise, nas instituições públicas a droga foi bastante utilizada, sendo que já em 1955 ela já havia se popularizado. A esse feito devemos reconhecer os esforços da indústria farmacêutica Smith, Kline & French que realizaram uma força-tarefa para convencer as instituições estatais dos benefícios da droga (HENRIQUES, 2015)

O segundo medicamento psiquiátrico descoberto foi proveniente do Phenoxetol, um bactericida ambiental. Em estudo descobriram um éter fenilglicerol como responsável pelo poder antibacteriano. Testado em ratos observou-se uma paralisia flácida reversível nos músculos esqueléticos bastante potente, mas que durava alguns minutos. A partir dessa descoberta sintetizou-se um novo composto, o meprobamato, que durava 8 vezes mais e que apresentou um intenso efeito de “domesticação”. Em 1955 a droga foi lançada nos EUA com o nome de Miltown (WHITAKER, 2017). O Miltown foi a primeira droga psiquiátrica que podemos denominar “psicofarmacologia cosmética”, ou seja, foi uma drogas com grande aceitação popular, denominada “tranquilizante”, que com a ajuda da mídia da época tornou-se um frenesi popular (HENRIQUES, 2015). Entre os psiquiatras ela não foi muito aceita e, por isso, pouco receitada naquele momento.

A partir dessa droga outras empresas farmacêuticas partiram para o estudo de drogas concorrentes e o clordiazepóxido foi identificado como novo tranquilizante, o primeiro benzodiazepínico lançado, mas ainda com poderes de “domesticação”. No estudo com animais “ratos famintos foram treinados a pressionar uma alavanca para obter comida e,

depois, ensinados a saber que se a pressionassem quando havia uma luz acesa na gaiola, levariam um choque. Embora eles aprendessem rapidamente a não pressionar a alavanca enquanto a luz estava acesa, mesmo assim exibiam sinais de extrema tensão – defecação etc. – toda vez que ela acendia na gaiola. Mas, quando recebiam uma dose de clordiazepóxido, a luz acendia e eles não se importavam chegando a pressionar a alavanca para arranjar alguma comida. O medicamento foi lançado em 1960 com o nome de Librium. Uma das pouquíssimas críticas ao novo medicamento expressa o seguinte: “se você tomasse um tranqüilizante leve, “significa que ainda poderia sentir medo ao ver um carro acelerar na sua direção, mas o medo não o/a faria correr”” (WHITAKER, 2017, p. 68).

Em 1957 surgiu a iproniazida para pacientes deprimidos, vendida como “energizante psíquico”, ela foi derivada de um composto de combustível, já que a Alemanha sofria com escassez de oxigênio líquido e de etanol para os foguetes na II Guerra Mundial, com o fim da guerra os países aliados começaram a pesquisar o composto para utilização na indústria farmacêutica. A princípio a iproniazida foi usada contra o bacilo da tuberculose, mas verificou-se que os pacientes ficavam “energizados” com a medicação. Em um dos episódios, no Hospital Sea Vier, em Stanten Island, “os pacientes que haviam tomado os medicamentos dançaram nas enfermarias, para deleite dos fotojornalistas” (WHITAKER, 2017, p. 68).

Nenhuma dessas medicações foi desenvolvida depois de pesquisas envolvendo as causas das “doenças mentais”, mas como efeitos singulares colaterais encontrados em pesquisas de componentes químicos que pretendiam responder às infecções bacterianas. Essas novas medicações eram nomeadas pela imprensa com termos chamativos: “desempenho excepcional”, “pílula milagrosa”, “paz de espírito”, “liberdade da confusão”, “nova era da psiquiatria”, “pílula da felicidade”, “um banho turco em forma de comprimido” (WHITAKER, 2017). No entanto, a indústria farmacêutica sentiu-se na obrigação de dizer que “não existe a ideia de que a clorpromazina seja a cura da doença mental, mas ela pode ter enorme valor, se relaxar os pacientes e os tornar acessíveis ao tratamento” (WHITAKER, 2017, p. 74), ou seja, os medicamentos deveriam ser considerados complementares às psicoterapias e, sobretudo à psicanálise, visto que ela predominava na época. Sobre a iproniazida falou-se que embora fosse notável, não era um antibiótico da mente e que essa busca havia apenas começado (WHITAKER, 2017).

Mas algo mudou esse cenário e nos levou a uma nova configuração da psiquiatria. Foi a partir da ideia de regulação do metabolismo cerebral que as medicações existentes até então ganharam outro status. A ideia de desequilíbrio da mente trazia consigo a possibilidade de reequilíbrio com as medicações existentes até então. Em 1959 surge a imipramina, pela primeira vez com o nome de antidepressivo e como medicação que podia ser comparada à insulina para os diabéticos, ou seja, um medicamento de uso contínuo que restabelecia o que o corpo não podia produzir. É nessa corrente de explicação que os próximos medicamentos são lançados. Whitaker (2017) considera que a teoria do desequilíbrio químico do cérebro é a pilastra da “psiquiatria biológica”.

Toda essa revolução medicamentosa pode ser vista como uma forma de prescindir dos manicômios que haviam envergonhado nações ao fim da II Guerra Mundial, uma vez que com

a evolução da psiquiatria os pacientes poderiam ser tratados em suas comunidades. Contudo, a explicação que abria caminho para o uso generalizado dos psicofármacos era bastante reducionista, para cada sintoma a falta de um componente químico cerebral: no caso da depressão a falta de serotonina na fenda sináptica, no caso da esquizofrenia, as vias dopaminérgicas hiperativas.

A primeira vez que essas hipóteses são questionadas é no ano de 1969 em um estudo de Malcolm Bowers, que não encontrou níveis significativos abaixo do esperado de serotonina no líquido cefalorraquidiano de pessoas deprimidas e, dois anos depois em um estudo da Universidade de MacGill, no mesmo tipo de estudo com resultados que não haviam encontrado correlação entre os níveis de serotonina e a gravidade dos sintomas depressivos. A conclusão é a seguinte: “pacientes deprimidos que não tinham sido expostos a antidepressivos exibiam níveis perfeitamente normais de 5-HIAA” (serotonina metabolizada) (WHITAKER, 2017, p.84).

Em 1974 Joseph Mendels e Alan Frazer, da Universidade da Pensilvânia dizem: “A literatura aqui reexaminada sugere fortemente que a redução da norepinefrina, da dopamina ou da serotonina cerebrais não é suficiente, por si só, para responder pelo desenvolvimento da síndrome clínica da depressão” (WHITAKER, 2017, p. 85)

Em 1984 o NIMH, na figura de seu chefe James Maas, diz: “contrariando as expectativas, não foram encontradas relações entre o 5-HIAA cefalorraquidiano e a resposta à amitriptilina” (WHITAKER, 2017, p.87). A conclusão da NIMH é: “As elevações ou diminuições do funcionamento dos sistemas serotoninérgicos, por si mesmas, não tendem a estar associadas à depressão” (WHITAKER, 2017, p.87).

Diversos outros estudos chegam ao mesmo resultado, entre eles David Burns, psiquiatra de Stanfor, em 2003, Coli Ross, do Centro Médico Southwest, em Dallas, e os autores de *Essential Psychopharmacology*. Embora a teoria do metabolismo cerebral tenha sido desbancada, a indústria farmacêutica continuou a propagar essa hipótese, uma vez que já estava bem estabelecida e na prática cotidiana da clínica não era contestada, o que levou David Healy a dizer em 2005 que aquela teoria deveria ser jogada na lata de lixo da medicina e que era “comparável à teoria masturbatória da loucura” (WHITAKER, 2017, p. 88).

No caso da dopamina explicando os casos de esquizofrenia não são diferentes. Solomon Snyder, da Universidade Johns Hopkins, e Philip Seeman, da Universidade de Toronto, são os primeiros médicos a questionarem a teoria e em 1975 dizendo ter medido o nível metabólico de dopamina no líquido cefalorraquidiano de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia, medicadas, e não haviam encontrado anormalidades. No mesmo ano, Robert Post, no NIMH fez autópsias em 20 pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia e não encontrou níveis anormais de dopamina. Em 1982, John Haracz, da Universidade da Califórnia, chegou a seguinte conclusão “Esses resultados não corroboram a presença de uma circulação elevada de dopamina no cérebro de esquizofrênicos [não medicados].” (WHITAKER, 2017,p. 89)

Em 1978, Philip Seeman faz uma autópsia em 20 pessoas diagnosticadas como esquizofrênicas e descobre que havia 70% mais receptores de dopamina que o normal, contudo os pacientes haviam tomado neurolépticos antes de morrer, logo sua conclusão é a de que “embora esses resultados sejam aparentemente compatíveis com a hipótese dopaminérgica da esquizofrenia em geral, podia ser que o aumento dos receptores D2 houvesse resultado da administração de neurolépticos por longo prazo” (WHITAKER, 2017, p. 89). Dessa mesma forma outros estudos em diversos países, como Alemanha, França, Suécia e Finlândia, chegaram às mesmas conclusões.

A psicofarmacologia moldou toda uma perspectiva psiquiátrica que esperava por se emancipar como medicina mental, chegando mais próximo do modelo de ciência médica e desvinculando-se das teorias psicanalíticas. O advento das medicações psíquicas foi elevado às pílulas que combatiam as “doenças mentais”, assim como a medicina dispunha de seus antibióticos.

Mas as pesquisas mostraram que na verdade as pessoas antes de serem medicadas não tinham qualquer desequilíbrio, é a própria medicação que promove esse fenômeno e faz o cérebro funcionar de maneira anormal. Em termos científicos: se cria perturbações nas funções neurotransmissoras e o cérebro passa por uma série de adaptações compensatórias, depois de algum tempo essas adaptações falham e a administração crônica da droga causa alterações substanciais e duradouras no funcionamento neurológico (WHITAKER, 2017).

6 A PSIQUIATRIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E PSIQUIATRIA DSM

Uma vez que pudemos refletir sobre a influência da psicanálise na psiquiatria, formando um período “desmedicalizado” e logo em seguida a hegemonia dos psicofármacos e a influência na forma de pensar o sofrimento psíquico, voltaremos ao contexto nacional e à RP.

Primeiro gostaríamos de fazer uma contextualização através de Bezerra Jr (1994), que se refere ao período do final da década de 1970 como aquele de oposição ao regime militar e de divulgação de uma literatura crítica inspirada em Karl Marx e Michel Foucault, o que produziu um movimento de atuação política na medicina social entre os estudantes e profissionais recém-formados, a tal ponto que anos mais tarde as pessoas que estiveram ligadas a esses núcleos críticos de medicina preventiva e social, foram aquelas que lideraram a reestruturação da assistência psiquiátrica, contudo até aquele momento eram poucas as experiências diferentes da psiquiatria asilar que buscassem uma mudança global. Os profissionais que se colocavam contra a hegemonia psiquiátrica asilar estavam próximos das correntes contestadoras e/ou da psicanálise.

A citação a seguir ilustra bastante bem o clima de engajamento e sua aproximação dos ideais da RS, pretendendo um movimento que levasse muito mais que a uma ‘reforma’:

Vem se tornando cada vez mais aceita a afirmação de que o processo conhecido como Reforma Psiquiátrica ultrapassa em muito a mera proposição de rearranjo nas técnicas e instituições assistenciais. A própria expressão “reforma psiquiátrica” parece cada vez mais inadequada para dar conta do âmbito das transformações que se tem em mente. Trata-se não apenas de desfazer o aparato e a cultura manicomial ainda hegemônicas no cenário psiquiátrico, mas sobretudo construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura. A desconstrução do manicômio implica necessariamente reinventar não só a psiquiatria mas – no limite – a própria sociedade em que vivemos. A instituição psiquiátrica (no seu sentido mais amplo: conceitos, práticas, normas, estabelecimentos assistenciais, dispositivos legais, corporações profissionais – ou seja, o modo instituído de tratar os loucos) é extremamente reveladora dos impasses e contradições que atravessam a sociedade (BEZERRA JR, 1992, p. 113).

Entendemos que esse é o clima da Reforma Psiquiátrica mesmo antes de sua nomeação, ou seja, coincidindo com a efervescência política e intelectual das décadas de 1970 e 1980 que colocavam em pauta as transformações estruturais.

Consideramos que o momento denominado “desmedicalizado” da psiquiatria, ou seja, aquele em que a Psicanálise é bastante presente e que a averiguação das causas do sofrimento psíquico é mais importante que sua classificação, nosologia, epidemiologia, farmacoterapia e investigação orgânica (HENRIQUES, 2015), foi essencial para a formação do psiquiatra da RP brasileira.

O psiquiatra da RP deveria ser aquele que “renuncia à utilização do fármaco como resposta a priori para todo e qualquer tipo de queixa” (COSTA-ROSA, 2013, p.224). Claro que para isso é exigência que o profissional médico não esteja baseado somente na ciência biológica, focado na composição química neuronal e no metabolismo cerebral. Isso também diz sobre a superação da visão doença-cura e sujeito-objeto, no reconhecimento do sujeito como aquele capaz de produzir saber para seus impasses subjetivos.

A ética psicossocial, derivada das heranças do materialismo histórico e da psicanálise freudiana, parte do princípio de que não há saída possível dos impasses sintomáticos e do sofrimento psíquico, de que os indivíduos vêm se queixar, que não passe necessariamente pela produção de saber e da ação (COSTA-ROSA, 2013, p. 227).

O sujeito do sofrimento torna-se o agente principal, ele é o trabalhador que produzirá o saber essencial que o levará à “cura”. O psiquiatra não se atentará apenas ao corpo biológico, mas também ao corpo simbólico, corpo-sentido (COSTA-ROSA, 2013).

Como exemplo de experiências da RP, nas quais a psiquiatria parece ter se baseado em uma concepção mais próxima da Atenção Psicossocial podemos citar as experiências de Santos, Campinas, São Paulo e Rio Grande do Sul. Essas experiências ocorreram em um momento de transição política no Brasil, com o final da ditadura militar e a vontade política, somados aos financiamentos externos para a mudança de modelo em SM. Os esforços estiveram voltados para a inserção da SM na Saúde Pública, e para isso foram oferecidas capacitações, formações, supervisões institucionais e avaliações contínuas (BRAGA-CAMPOS, 2000)

Como exemplo dessas experiências, em São Paulo ocorreu um esforço conjunto entre a psiquiatria e a psicologia, envolvendo instituições como o Sedes Sapientiae, a Escola Paulista de Medicina, a Santa Casa de São Paulo e a Faculdade de Saúde Pública da USP, focando-se na formação dos profissionais através de seminários, cursos e supervisões.

[...] a experiência nos locais onde cumpriu seu objetivo de suporte, como o exemplo do ambulatório da Vila Brasilândia, zona norte de São Paulo, foi intensa pelo grau de comprometimento dos trabalhadores, pelas diversas experimentações ocorridas e pelo abandono relativo da nosografia classificatória psiquiátrico-psicológica (Lancetti, 1989, p.86, apud BRAGA-CAMPOS, 2000, p.76).

A autora descreve a preocupação em não definir o marco do preventivismo como modelo predominante e uma autocrítica presente que questionava a própria gestão:

Todos os membros das sucessivas composições que teve na coordenação sempre tiveram claro que não se colocavam diante da doença como desvio da norma, como desajustamento da ordem social, da crise como teoria importante para o trabalho e principalmente da noção da sociedade que temos dada como essencialmente correta e harmônica. Entretanto, aceitamos trabalhar pensando nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, como balizamento inicial” (CESARINO, 1989, p.31 apud BRAGA-CAMPOS, 2000, p. 77).

Mas a experiência não durou muito, pois os governos subseqüentes ao das eleições diretas de 1988 seguiram um rumo oposto, inclusive recadastrando HP que haviam sido desvinculados em audiências públicas por descumprimento de normativas correspondentes ao novo projeto para a SM. Sobre o primeiro CAPS da cidade de SP, criado em 1987, e que se mostrou como lugar de resistência de profissionais militantes da SM, diz Cesarino (1989, p. 29, apud BRAGA-CAMPOS, 2000, p. 78): “afinal estávamos investindo contra a indústria da doença mental (...e...) muito longinquamente ainda, criamos uma potencial ameaça à indústria farmacêutica”.

No entanto, a partir do DSM III podemos verificar a indústria farmacêutica defendendo seus interesses mercadológicos através da própria conformação do campo psiquiátrico. Essa influência vinculou cada vez mais a psiquiatria aos produtos psicofarmacológicos, de modo que a psiquiatria que temos hoje é definida, sobretudo, pelos adventos medicamentosos a seu dispor.

Importante marcar que o início da formação do psiquiatra DSM dá-se nos EUA no início da década de 1960 quando a ciência constitui-se como subsidiadora da eficácia medicamentosa, através dos testes obrigatórios de novos medicamentos, de modo que cabia ao psiquiatra seguir o protocolo de diagnósticos e administrar o remédio recomendado pela indústria, uma vez que a “eficácia era comprovada” pela ciência (HENRIQUES, 2015). No entanto, o manual diagnóstico cientificamente construído só aparecerá na década de 1980, o DSM III. Tomaremos esses dois acontecimentos como complementos para a oficialização da medicina mental diagnóstica e medicalizadora como hegemônica.

Dessa forma, é a década de 1980 que marca a hegemonia dessa psiquiatria orgânica que utiliza a medicação como seu modelo privilegiado de tratamento, justamente a década em

que estamos colocando em prática as experiências iniciais da RP, é essa medicina mental que chamamos de Psiquiatria DSM, denominação de Costa-Rosa (2013).

Com o aporte científico a formação em psiquiatria passa a ser voltada para o DSM e os psicofármacos, mesmo que encontremos esforços para inclusão da psicodinâmica nos currículos de residência psiquiátrica, ou seja, a formação busca o respaldo da suposta “neutralidade científica” contida nos manuais (MONTEIRO, 2012).

Apesar da formação psiquiátrica abranger a nova perspectiva da SM, através dos modelos substitutivos ao manicômio, como os CAPS, Monteiro (2012) relata que, em sua pesquisa, as bases do ensino estavam estruturadas na psiquiatria biológica, mesmo que a psiquiatria psicodinâmica e social fossem incluídas posteriormente, mais como acessórios para auxiliar o diagnóstico biológico. Outro relato que nos chama a atenção é o fato da psiquiatria ser entendida como estritamente técnica e a RP como ideológica e política, então, com a pretensão de cientificidade a formação dos residentes não poderia incluir a formação política, ou seja, a crítica ao modelo asilar deveria ocorrer pela cientificidade, o que nos coloca diante da humanização do manicômio, transformando-o em HP.

Na pesquisa da autora, todas as pessoas entrevistadas (preceptores e residentes em psiquiatria) eram contrárias ao fechamento dos HP, acreditando que eles precisavam de uma transformação, mas que seu fechamento causaria desassistência e levariam os ex-internos ao encarceramento em prisões, sendo que um dos residentes fazia uma relação direta entre o número de desinstitucionalizados/desospitalizados e o crescimento de presidiários no Brasil (MONTEIRO, 2012). Posicionamento bastante diferente do encontrado em nossa pesquisa bibliográfica que inicia esse ensaio, na qual o psiquiatra assume um posicionamento mais político, mas sem deixar de lado seu embasamento teórico.

As críticas à RP vieram também em tom jocoso, quando alguns profissionais disseram que a entendiam como uma piada, uma vez que não estaria provocando qualquer reforma na psiquiatria e sim, nas políticas públicas (MONTEIRO, 2012). Estamos de acordo com essa percepção, uma vez que a tentativa de mudar a psiquiatria através do fechamento dos manicômios não ocorreu, a psiquiatria continuou autônoma e potente para modificar a própria RP, a partir do momento que a revolução psicofarmacológica colocou em xeque seus ideais.

Em nossa análise a dimensão crítica da psiquiatria se dá em um momento pré-reforma, através das bases constituídas pela psiquiatria desmedicalizada, mas que logo em seguida se transforma com o espaço ganho pela psiquiatria organicista biológica, refletido no DSM III e subsidiada pela indústria farmacêutica.

Ao mesmo tempo que a RP, em seu início, posicionava-se contra a psiquiatria hegemônica, fazendo uma crítica ao asilamento e ao mercado criado com a internação, enxergava no advento dos psicotrópicos a possibilidade de tratamento sem a internação. Também foi esse o advento que subsidia a Psiquiatria Preventivo-Comunitária como já vimos (ver também ensaio 3). No Brasil, as medicações começam a fazer parte da nova política de

SM, substituindo a internação, ou seja, torna-se centralidade para a abertura dos manicômios. Dessa forma, a RP foca essa mudança da psiquiatria, a passagem da terapêutica asilar para a terapêutica medicamentosa, somada às alternativas psicoterápicas e à influência da psicanálise. Podemos dizer que esse é o cenário inicial da RP brasileira, a confluência da psiquiatria ainda influenciada pela psicanálise, mas também a esperança sem muita crítica nos psicofármacos e as psicoterapias preventivas.

Tentando traçar uma linha do tempo nas mudanças da psiquiatria e seu reflexo na formação do psiquiatra, com o intuito de compreender qual a influência desse profissional na RP brasileira podemos recapitular esse tema da seguinte maneira:

- 1) hegemonia da psiquiatria manicomial;
- 2) críticas pós II Guerra Mundial e advento da Psiquiatria Preventivo-Comunitária;
- 3) Psicofármacos;
- 4) DSM III
- 5) Constituição da Psiquiatria DSM (transformação da Psiquiatria Preventivo-Comunitária através de uma nova abordagem voltada para diagnóstico e medicação predominantemente)
- 6) Formação dos psiquiatras voltada para a Psiquiatria biológica, diagnóstico e psicofármacos, utilizando a psicodinâmica, fenomenologia e psicanálise como conhecimento acessório para auxiliar no diagnóstico correspondente à medicação “correta”.

7 REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA PÓS-BASAGLIA E SUAS INFLUÊNCIAS NO BRASIL

Não podemos dizer que somente a psiquiatria, enquanto área científica isolada foi responsável pelas mudanças no interior da RP e pelos seus desvios das bases iniciais, embora tenha papel central. Se a psiquiatria DSM foi aceita no interior da RP sem demais incômodos, também é preciso refletir qual o cenário da própria RP.

Enquanto campo que reflete um contexto social, reflexo das mudanças sociais, a RP também sofreu transformações que a levou a se definir por um caráter inverso à proposta inicial que se identificava aos ideais da RS e sua crítica às políticas econômicas e manutenção da estrutura capitalista.

Como já vimos no Ensaio 1, a RS, definida por seus militantes, pretendia transformações sociais estruturais, iniciadas no setor saúde e transbordando para a sociedade como um todo, ideais que pareciam bastante plausíveis em um momento de indignação social

com o cenário político-econômico autoritário da ditadura, tratava-se de um momento de renovação das esperanças de subversão da ordem, através da retomada das movimentações populares.

A RP, seguindo essa linha, identificou-se com a Psiquiatria Democrática Italiana, representada por Franco Basaglia. Sua construção teórica foi possível a partir da experiência de Gorizia e, posteriormente, de Trieste, através da politização das questões psiquiátricas, embasadas na teoria marxista.

Contudo, embora Franco Basaglia ainda seja considerado uma das grandes influências da RP hoje, sua teoria foi reduzida ao fechamento dos manicômios e uma crítica do cotidiano pouco aprofundada, sendo que a crítica ao MCP ficou esquecida.

Importante notar esse movimento, sobretudo com a entrada de outro autor italiano, que temos no país como sucessor de Basaglia, estamos falando de Franco Rotelli.

Como uma das grandes referências da RP italiana, pretendemos fazer uma breve reflexão sobre algumas produções teóricas divulgadas no país e o que elas introduziram na RP brasileira.

Uma de suas publicações mais conhecidas, “Desinstitucionalização” (ROTELLI, DE LEONARDIS; MAURI, 2001), serve como um manual para a RP, uma vez que o título remete ao seu grande projeto. Nela podemos encontrar as linhas gerais de seu pensamento, que seguindo o ideal de Basaglia nesse momento, questiona o manicômio como local para os improdutivos, além de apresentar o conceito de “existência-sofrimento” para definir a experiência do paciente com o corpo-social. Esse conceito também se presta como objeto dessa nova psiquiatria, que abandona a “doença” e a periculosidade. Rotelli expõe de forma clara que os esforços foram voltados para colocar a loucura em xeque, e não somente o manicômio. O manicômio – como conjunto científico, legislativo, administrativo, cultural e de relações de poder – é o representante oficial de uma forma de lidar com a loucura, ao qual se sobrepõe a periculosidade. É, ainda, o paradigma clínico a ser negado, como objeto da desinstitucionalização, uma vez que simplificou seu objeto como “doença”. “Não se pode fazer muito com a “doença” como queria o “modelo clínico”, com o sintoma ou o conflito como queria o “modelo psicológico”, porque mudaram o objeto, o paradigma, e com eles os sensatos programas” (ROTELLI, 2001, p. 91).

Entendemos que o posicionamento de Rotelli tenta repetir a crítica de Basaglia com relação à psicanálise e a fenomenologia, que não conseguiram subverter a condição do sujeito em sofrimento psíquico internado no manicômio, que permaneceu objeto da violência, e nem penetrar nas instituições asilares levando o questionamento e a contestação sobre a realidade dos sujeitos asilados (BASAGLIA, 1985). Basaglia mostra-se bastante crítico com relação à psicanálise, uma vez que a considera como um saber ligado à burguesia, no entanto não deixa de considerar relevantes as experiências como a de Tosquelles, a partir de bases psicanalíticas, que tentam “revolucionar uma ideologia que se cristalizara na contemplação e na teorização sobre a doença vista como entidade abstrata, nitidamente separada do doente no instituto

psiquiátrico (BASAGLIA, 1985, p. 111). Parece-nos que a questão com a psicanálise, psicologia e fenomenologia não são as teorias em si, mas a posição que ocuparam na sociedade de classes e a impossibilidade de causar rupturas institucionais.

No entanto Rotelli, na particularidade de sua escrita restringe-se à crítica das teorias psis e a seu objeto. Essa visão de Rotelli, que critica o que ele chama de Paradigma clínico, em uma visão reducionista da própria clínica na SM, influenciou alguns atores a procurar em outras ações o tratamento, recusando tudo o que poderia fazer referência a uma clínica. Levantamos a hipótese de que a cidadania e a ação política se apresentem como tratamento por essa influência, embora não seja a única. Lembramos, ainda, da oposição que se encontra no campo da própria RP entre aqueles que se dizem adeptos de uma clínica voltada para a psicanálise, para aqueles que defendem a ação política como tratamento.

Nessa lógica e na experiência brasileira a “escuta” não é negada, mas acontece de forma peculiar compondo a reabilitação:

A escuta aparece, muitas vezes, inserida nas práticas de atenção psicossocial que são regidas pela proposta de reabilitação psicossocial, dirigindo-se ao sujeito seja pelo viés da individualidade, como sujeito da vontade, seja pelo viés dos direitos e da cidadania. Nesta perspectiva, ao procurar humanizar o tratamento e “dar voz” àqueles que foram excluídos pelas práticas manicomialis, o que se visa é recuperar as “habilidades perdidas”, ou seja, a autonomia e o poder de contratualidade desses sujeitos, que permita a sua reinserção no laço social. É a lógica da cidadania que se reafirma por meio do discurso do mestre, na medida em que se parte de um modelo pré-estabelecido a partir de um saber apriorístico e universal sobre o que é bom para o sujeito (RINALDI, 2006, pp. 144-145).

As práticas psis na reabilitação aproximam-se muito mais de uma psicoterapia, com a função de sugerir e convencer, como prática pedagógica, sobre o que é melhor para o sujeito em sofrimento. Trata-se de um “cuidado” para restaurar a saúde (RINALDI, 2006), típico da reabilitação.

A “emancipação” torna-se o ponto central dessa nova proposta, como reprodução social dos sujeitos outrora asilados através da criação de oportunidades, em experiências laboratoriais como “máquinas de desinstitucionalização” (ROTELLI, 2001, p. 92).

A recusa da clínica, não só psiquiátrica, mas também psicológica é condição necessária para superar o paradigma em questão. Nesse tópico já temos algumas dicas de como será construída a proposta de Rotelli:

A produção da vida e a reprodução social que são objetivo e a prática da “instituição inventada” devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro (ROTELLI, 2001, p.93-94).

Rotelli não diz, nesse momento, como alcançar o que se pretende, mas nos diz o que temos que evitar: o olhar clínico, a investigação psicológica e a compreensão fenomenológica. O

trabalho terapêutico deve estar focado em construir atores sociais em novos papéis, opondo-se ao estereótipo do “doente”, visa-se a “vida concreta cotidiana” (ROTELLI, 2001).

Estranho destino aquele da Psiquiatria, para o qual, incompreensivelmente, assume dignidade científica e plausibilidade terapêutica a palavra e não a ação: o colóquio pode ser terapêutico, mas não o fazer um filme juntos, mudar de casa, fazer teatro ou ler juntos poesia, trocar de trabalho ou obter um novo, inscrever-se ou sair de um partido, comprar para si um vestido novo ou brigar, andar de barco ou intervir em uma assembléia, ter amigos ou uma nova ideia, ter uma resposta à própria necessidade, poder expressar um sentimento anômalo, usar a própria doença como um vestido, uma forma de comunicar, de discordar ou de deslocar-se, sem por isso estar/ser institucionalizado em uma identidade sem valor social, abandonado a si mesmo ou transformado em caso clínico (ROTELLI, 2001, p. 96).

É no fazer cotidiano que ele encontra uma nova possibilidade para a SM, esse fazer baseado em ações que negam a palavra como herança da clínica psi generalizada (psiquiátrica, psicológica e psicanalítica), que até então foram coniventes com os manicômios, na visão de Rotelli.

Na apropriação da teoria rotelliana na RP brasileira, as ações descritas como valor terapêutico foram, em muitos dos casos, apropriadas como ações esvaziadas, como se o simples fato de acompanhar um técnico em uma atividade, não raramente com caráter impositivo, tivesse o estatuto terapêutico. As ações esvaziadas tornaram-se bastante comuns no dia-a-dia da RP, como um cumprimento de um protocolo.

A compreensão da obra de Rotelli se completa com os textos “Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste” (ROTELLI, 2001) e “Empresa Social: construindo sujeitos e direitos” (ROTELLI, 2000), no qual ele fala mais claramente de sua proposta a partir da experiência de Trieste na construção de uma rede substitutiva ao HP.

Há um foco sobre a produtividade das pessoas e a exclusão das que não se encaixam nesse padrão produtivo, associando a psiquiatria na manutenção dessa ideologia (Rotelli, 2000; 2001). Uma das formas de construção desses sujeitos emancipados viria das “empresas sociais” e das trocas entre as pessoas. Através das cooperativas houve um reconhecimento do trabalho que antes era definido como Ergoterapia, oficializado com tratamento, mas que se constituía como exploração do paciente. O trabalho pago deu o estatuto de “livre cidadão-trabalhador” às pessoas, servindo para modificar a relação delas com os técnicos de saúde do hospital. Posterior a isso se começa

(...) a pensar que o paciente podia se transformar em consumidor mais do que em um produtor. Em outras palavras, muitas das pessoas destruídas pelos muitos anos de hospital psiquiátrico são parte daquela cota de pessoas que continuavam a trabalhar porque eram capazes de trabalhar. Eram, então, pessoas que podiam ser reabilitadas de forma que elas aprendessem muito mais a consumir do que a produzir (ROTELLI, 2001, p. 157).

Essa fala é bastante importante para compreender o pensamento de Rotelli e, em seguida, sua influência na RP do país. A crítica à psiquiatria como mantenedora da ideologia produtiva dominante é bastante focada (para os improdutivos o Manicômio), em oposição a essa postura começa-se a enxergar que os internos do HP são pessoas capazes de produzir,

uma vez que já eram exploradas na Ergoterapia, pretende-se mudar a visão com relação ao interno do HP. Com a formalização em postos de trabalho, com a criação de cooperativas percebe-se que a relação entre os internos e os trabalhadores se modifica, são reconhecidos como pessoas capazes de trabalhar. Muito perspicazmente concebe-se que a verdadeira modificação da relação do paciente estaria em transformá-lo em consumidor, e não somente em produtor.

Em outras palavras, nós gostávamos de imaginar que era melhor que essas pessoas se divertissem do que trabalhassem; em outras palavras, readquirir a capacidade de se relacionar com os outros pudesse passar muito mais através do papel de consumidor do que do papel de produtor (ROTELLI, 2001, p. 157).

O consumo adquire um papel central, na medida em que as trocas, não só materiais, entre as pessoas pudessem advir do consumo.

Portanto, todas as festas, todos os passeios e todo esse tipo de coisas tornavam-se um trabalho de reabilitação que passasse, sobretudo, através de um trabalho de ressocialização, e que essa socialização fosse mediada através da possibilidade de consumir em fases sucessivas (ROTELLI, 2001, p. 157).

Primeiro precisamos dizer que a perspectiva de “reabilitação” é proveniente do saber médico, como restabelecimento das condições anteriores ao adoecimento, em um processo polarizado de doença-cura.

Na citação de Rotelli, a reabilitação acontece pelo consumo, ou seja, a reinserção no mundo capitalista negando o lugar de improdutivo e ocupando o lugar de consumidor. Trata-se de fases de reabilitação para aprender ou reaprender a consumir. As cooperativas não têm seu foco principal na produção ou no trabalho, mas na geração de dinheiro destinado ao consumo.

As cooperativas constituídas foram definidas como “uma sinergia entre o público e o privado”, ou seja,

(...) utilizar os recursos públicos, os espaços físicos, o trabalho dos operadores de saúde mental pagos pela administração pública e outras contribuições, com outros recursos da administração pública, e ativar as situações de empreendimento de caráter privado com a forma da cooperativa, que é uma forma de uma empresa qualquer, que busca trabalhar sobre a qualidade, a qualidade do ambiente no qual se trabalha, a qualidade do produto que se produz, a qualidade da atmosfera entre as pessoas que trabalham e que o produto pudesse ser colocado no mercado (ROTELLI, 2001, p.157-158).

Na parceria entre o público e o privado, os recursos financeiros públicos são utilizados para revitalização de empresas no formato de cooperativa, que foca na qualidade (do produto, do ambiente e da relação entre as pessoas), uma espécie de empresa privada no marco do “Capitalismo Humanizado”, uma vez que para ela a produção em si conta tanto quanto a qualidade do ambiente e das relações interpessoais. A cooperativa teria o papel de melhorar os objetos materiais e as relações. Logo em seguida, o autor coloca em foco a qualidade do objeto produzido, enfatizando que se trata da produção de um objeto para o

mercado e não um objeto faz-de-conta, como se produz em Ergoterapia, e que não se caracteriza como pedagógico:

(...) eu não acho que se faça Saúde Mental ao produzir coisas inúteis, muito embora possa aí existir, certamente, um processo de aprendizagem para o qual se pode utilizar diferentes formas, mas eu acho que é muito mais importante que uma pessoa se empenhe um ano para fazer uma coisa que pode ser vendida do que ela empregar um dia apenas fazendo uma coisa que não serve para ninguém (ROTELLI, 2001, p. 158).

Nesse contexto de reabilitação em Saúde Mental focado no consumo, a produção é importante para possibilitar o ato de consumir através do dinheiro conseguido, logo, toda produção deve visar ao mercado.

Da mesma forma a cultura e produções artísticas também só são consideradas terapêuticas desde que feitas com qualidade e almejando o mercado:

(...) existem laboratórios de teatro, de pintura e várias outras atividades, mas sempre com a filosofia de buscar, de estar no mercado. Eu quero dizer que é muito importante que se monte um espetáculo de teatro, mas que isto seja feito para levá-lo na praça; andar na praça, fazer um espetáculo teatral é terapêutico, mas falar de Teatrotterapia me parece perversão (ROTELLI, 2001, p. 159).

(...) Eu quero dizer que a beleza é um fato objetivo e creio que quando um grupo faz teatro deve produzir beleza, e se faz teatro e produz coisas feias, eu acho que esta não é uma boa estratégia. Se nós pintamos e produzimos coisas feias quando estamos pintando, pode não ser um grande problema, mas eu acho que nós não estamos em um bom caminho (ROTELLI, 2001, p. 160).

(...) Eu acho que talvez seja muito importante que as pessoas apenas se expressem, eu penso que é muito importante que as pessoas possam se expressar dentro de uma situação que tenha uma qualidade, senão eu tenho a impressão que nós estamos de frente para uma ficção, que não serve para fazer se expressar de verdade. Quero dizer que cada forma artística tem a sua lógica e creio que nem todas as poesias são belas e, então, estimular os doentes a simplesmente escrever poesias pode não ser uma grande ideia (ROTELLI, 2001, P. 161).

O conceito de beleza é valorizado e ressaltado como um fato objetivo, conformando à produção artística voltada para o mercado, para apresentações ao público. A expressão artística que não seja adequada ao modelo de beleza não serve para se expressar “de verdade”.

Embora Rotelli seja muito reconhecido no Brasil, essa visão da oficina artística ter seu valor se somente for voltada para a produção de algo bonito, esteticamente, algo feito dentro de um modelo de consumo é bastante criticada. Ao mesmo tempo essa parte da obra de Rotelli parece ser pouco conhecida. Talvez seja por negação do conteúdo destoante do que consideramos RP, produzido por um autor que é referência, talvez seja pela porosidade do campo às teorias psicológicas e psicanalíticas que reconhecem na produção artística a produção de subjetividade e sentido novo.

Por exemplo, os amigos de Berlim, com os quais trabalhamos juntos, colocaram em pé uma rede de padarias, nas quais se faz o pão com nome das pessoas, e, assim, pacientes e ex-pacientes ganham um bom dinheiro, ganham bem, se divertem muito, e, portanto, eu creio que isto seja uma boa coisa. Em Genebra, conseguiram que a

administração local lhes desse um grande pedaço de terra e colocaram flores; colocaram duas barraquinhas para bar e colocaram tantas pequenas mesinhas. Eles estão muito bem neste lugar. E quando você chega te oferecem pequenas tortas que eles fazem. Existe uma grande alegria, e essas flores que eles produzem lhes dão muito dinheiro. Eu acho que isso é uma prática, e acho que a prática vence sempre sobre a ideologia, mas o que acontece é que nós temos que inventar a prática e inventar prática que tenha uma qualidade; e é por isso que nos pagam (ROTELLI, 2001, p. 166)

Rotelli enfatiza novamente a prática, como aquela capaz de vencer a ideologia, como se experiências consideradas bem sucedidas por ele falassem por si só, sem vínculo ideológico. Sublinhamos aqui, o quanto a RP também se voltou para a prática, mas em um movimento de negação da teoria, levando a produções de pouca complexidade, entendendo que em qualquer atividade cotidiana há ação terapêutica. Parece-nos que os Laboratórios rotellianos para a invenção de uma nova forma de lidar com o interno, ou seja, as experiências de uma desinstitucionalização verdadeira, parece ter se aproximado muito do MCP que outrora era problematizado por Basaglia.

Rotelli não tem aprofundado um arcabouço teórico da psicanálise (inclusive é bastante contrário, assim como Basaglia ao considerá-la burguesa), nem psicológico, por isso, sua postura não considera a produção subjetiva das oficinas artísticas, para ele a produção válida é aquela para o mercado, a produção prática do resultado visível (dinheiro e consumo). Ao mesmo tempo também não conhece a fundo a teoria crítica da economia política de Marx, algo que Basaglia tinha bastante propriedade, e por isso mostra confusão na sua proposta de reabilitação na criação de um capitalismo humanizado. Parece-nos que a formação de Rotelli converge no momento de mudança da psiquiatria, em que ela não é tão crítica com relação ao MCP e ao psiquismo, e embora Rotelli não defenda a medicalização e o diagnóstico DSM, sua falta de aprofundamento o leva para a aberração da reabilitação através do consumo.

Encontramos em Basaglia:

Entretanto, se a doença também está ligada, como na maioria dos casos, a fatores sócio-ambientais, a níveis de resistência ao impacto de uma sociedade que não leva em conta o homem e suas exigências, a solução de um problema tão grave somente pode ser encontrada em uma posição sócio-econômica que permita ao mesmo tempo a reinserção gradual desses elementos que não sobreviveram ao esforço, que não conseguiram participar do jogo. Toda tentativa de abordagem do problema confirmará a viabilidade de uma tal empresa, e, ao mesmo tempo, lembrará que ela será, inevitavelmente, isolada e, assim, privada de qualquer significado social se não se acompanhar de um movimento estrutural de base que se ocupe daquilo que ocorre quando um doente mental recebe alta: do trabalho que não consegue, do ambiente que o rejeita, das circunstâncias que, em vez de contribuírem para sua reinserção, acam-no gradualmente de volta aos muros do hospital psiquiátrico. Falar de uma reforma da atual lei psiquiátrica significa não somente desejar encontrar novos sistemas e regras sobre os quais apoiar a nova organização, mas, principalmente, enfrentar os problemas de ordem social que lhe são correlatos (BASAGLIA, 1985, p. 115-116).

Essa citação parece conversar diretamente com a proposta de Rotelli, uma vez que Basaglia fala da “doença mental” ligada à organização social, sendo que uma solução deveria levar em conta a reinserção na sociedade, e isso incluiria pensar sobre o sistema econômico,

no entanto, Basaglia continua dizendo que uma empresa que se preste a esse ideal não terá valor social caso não haja uma modificação estrutural, isso parece ter passado despercebido para Rotelli, que ao contrário propõe uma sujeição ao modelo já estabelecido, através de uma empresa social que se encaixa na crítica inicial de Basaglia, isolada e privada de significado social, uma vez que não propõe mudanças estruturais, apenas um trabalho protegido, perdendo qualquer possibilidade subversiva.

8 O DISCURSO DO CONSUMIDOR COMO INCONGRUÊNCIA NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Atenção Psicossocial, termo que se cunha no decorrer da RP para denominar o conjunto das estratégias alternativas ao Manicômio e ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, denominação de Costa-Rosa (2013), tem o trabalho cooperado e a crítica aos Modos de Produção como centralidade. Mas estamos falando o mesmo que Rotelli?

Na discussão sobre os Modos de Produção não estamos necessariamente falando de produção material para inserção no mercado, com foco no mercado e no retorno financeiro, e daí a redefinição do sujeito como consumidor, como aposta para reabilitação.

Os Modos de Produção podem produzir relações e subjetividade singulares, quando falamos de Modo de Produção Cooperado, não estamos fazendo a ligação direta dele com uma cooperativa de trabalho (embora essa relação possa ser feita), mas dizendo que o dia-a-dia institucional de um serviço substitutivo deve passar por esse modo “entre os trabalhadores da instituição, para que algo da mesma ordem se processe entre eles e os sujeitos do sofrimento (e a população do território)” (COSTA-ROSA, 2013, p.49).

Por Modo de Produção Cooperado estamos entendendo o termo que inicialmente remete à produção material não alienada, não dividida em partes isoladas, como a produção típica do fordismo-taylorismo, que não pressuponha a competição entre os indivíduos e que não entenda o trabalho apenas como elemento isolado da vida de uma pessoa. Ampliando o termo, consideramos que o MP se relaciona com outras atividades, inclusive a produção de subjetividade.

Aqui resgatamos a posição de Marx, através da citação de Costa-Rosa, ao dizer que “o indivíduo produz-se e reproduz-se ao produzir e reproduzir as condições materiais de sua existência” (COSTA-ROSA, 2013, p. 27). Ou seja, as relações humanas com o mundo é a forma de apreender a si mesmo. Logo:

[...] se ao ‘fazer’, o indivíduo faz a si mesmo, também deve ser imediatamente notada a homologia necessária entre esses modos do fazer. Ou seja, está simultaneamente afirmada, sem meias palavras, uma relação direta entre os modos da produção social ampla e os modos de subjetivação, as formas da relação dos

indivíduos com o trabalho, lastreadas pelos laços de comunidade, são o próprio corpo objetivo da subjetividade (COSTA-ROSA, 2013, p. 27)

Aqui lançamos a hipótese de que a prática que Rotelli cita na produção experimental voltada para a geração de dinheiro e consumo, pode ter sido inspirada no “fazer” referido por Marx, mas com a diferença de que Marx se foca no trabalho, enquanto Rotelli centra-se no consumo.

Um exemplo prático: no interior de um serviço substitutivo como o CAPS, os trabalhadores podem entender seu trabalho como algo bastante objetivo, definido por metas e atravessado pelo saber científico biológico, portanto o sujeito do sofrimento é o objeto a admitir a intervenção medicamentosa, principalmente. Os profissionais fazem seu trabalho isoladamente, o médico faz as consultas e verifica a medicação, a enfermagem administra a medicação e realiza exames básicos de rotina, a psicologia atende quando necessário e parte do aconselhamento e das terapias comportamentais para assessorar a terapia medicamentosa, a assistente social verifica as condições de vulnerabilidade e facilita o pedido de benefícios assistenciais, as atividades de Terapia Ocupacional desenvolvem reabilitação no cotidiano e os artesãos oferecem atividades melhor definidas como “atividades lúdicas para ocupar o tempo”. Não há comunicação entre si, tudo é compartimentado seguindo a cartilha profissional do que é definido como foco de cada um. Estamos em uma linha de produção para tratamento em meio aberto, o sujeito do sofrimento tem hora marcada para todas as atividades, o que não permite momentos de socialização sem um acompanhamento técnico, está amplamente tutelado, sai de uma atividade e entra em outra logo em seguida, não pode deixar de fazer uma atividade, pois está na esteira de produção como objeto. Esse tipo de Modo de Produção molda a subjetividade dos trabalhadores, alienados em seu fazer, assim como dos sujeitos que são alvo das intervenções, ambas subjetividades serializadas. Embora nosso exemplo tenha sido no interior do CAPS esse Modo de Produção é predominante no interior do HP, nossa escolha de exemplo se deu pela repetição que mostra uma contradição no modelo proposto como substituição.

Para Costa-Rosa (2013):

No caso da subjetividade e do campo da “saúde psíquica” pode-se dizer que um certo estado da saúde – dado como resultado do processo social de produção saúde-adoecimento, correlato dos processos sociais de produção da vida cotidiana – é o equivalente do ar e da água [como valor de uso para Marx]; os “produtos” propriamente ditos serão necessariamente resultados da produção da Atenção (COSTA-ROSA, 2013, p. 25).

A produção de subjetividade acontece de forma direta à forma da Atenção e, portanto, ao formato estabelecido da produção das atividades no interior institucional e a relação dos trabalhadores entre si e com seu trabalho. De modo que, no MCP além do produto final também se produz alienação e estranhamento do trabalhador com o produto e com seu trabalho, de forma a estabelecer uma corte. Silveira e Doray (1989) dizem, retomando Marx, que uma das consequências dessa relação é o homem se alienar do próprio homem, da natureza, e de si mesmo, como uma cisão interior.

Em contraposição os modos cooperados, típicos dos Modos de Produção pré-capitalistas são definidos como produção de valores de uso, não valores de troca (mercadorias), em uma relação com a comunidade, visando o usufruto coletivo. Esse modo seria capaz de produzir uma subjetividade singularizada, não alienada.

Se ao focarmos uma cooperativa como forma de obter dinheiro para o consumo, mesmo que as relações em seu interior pretendam-se qualitativamente diferentes de uma empresa privada, mas ainda se definindo dessa forma, nosso foco não é a produção de valor de uso e o bem da comunidade, e por isso, também não é a produção de subjetividade singularizada, continuamos no marco da individualidade e na produção de mercadorias para emancipação financeira do indivíduo, elevado a consumidor. A cooperativa voltada para produção de valor de troca e preocupada em tornar seus membros consumidores está no marco do MCP.

O Discurso do Capitalista, criado por Lacan, é uma forma de transcrever as relações contemporâneas no marco do capitalismo, de modo que traz a atualização do capitalismo industrial para o momento atual, fortemente marcado pelo consumo. Nesse discurso o sujeito está posicionado no lugar de consumidor e em contato direto com o objeto de consumo, não há barreiras entre ambos e, muitas vezes a relação se desenvolve para a dependência, ou seja, do consumidor que se consome, o objeto do desejo é substituído pelo gozo (ver ensaio 3).

No Discurso do Consumidor – contrapartida necessária do DC – há essa inércia do objeto colocado sobre o sujeito ($\$ \leftarrow a$), inércia derivada do próprio engodo do gozo em que ele está capturado. Situação que, no limite, o reduz à posição de objeto do laço social “de produção”. Tal como não cabe ao trabalhador da “época do fim do trabalho” recusar as possibilidades oferecidas para trabalhar (S2 como puro fazer no lugar do outro que trabalha, encima, à direita) – ou trabalha ou perece; não caberá ao “consumidor consumido” recusar os termos desse laço social. Situado no lugar do agente como um sujeito que, a rigor, não tem mais divisão subjetiva, mas apenas “direitos de consumidor”, no melhor dos casos, ou sua compulsão, no pior. (COSTA-ROSA, 2013, p.201-202)

O imperativo estabelecido na relação $\$ \leftarrow a$, típica do Discurso do Capitalista e de seu homólogo, o Discurso do Consumidor, e que expressa relação do sujeito (\$) com os objetos de consumo (objeto a), dizem de um Modo de Produção e de uma forma de subjetivação, na qual “estabelece-se um gume mortal, cuja resultante é a presença em seu aparelho psíquico de quantidades de pulsão não inscritas como “sentido”. Onde falta sentido, sobra angústia” (COSTA-ROSA, 2013, p. 203). E essa angústia produzida por esse laço social é facilmente direcionada para a Psiquiatria DSM.

Fato interessante é que, a partir desse ponto podemos considerar que o sujeito objeto da Psiquiatria DSM pode ser lido como um sujeito no Discurso do Capitalista. Seu sintoma desvinculado da “freudiana significação original”, tanto para o sujeito como para o médico é nomeado incessantemente em uma multiplicação incansável de diagnósticos (COSTA-ROSA, 2013). Ao invés de fazer chegar a mensagem recalcada, o médico faz chegar ao sujeito o objeto a, como gadget medicamentoso (idem).

Dessa forma fecha-se o ciclo do sujeito consumidor com pretensão de ser “emancipado”. Inicia-se com o sujeito improdutivo asilado, do qual podemos fazer a leitura basagliana de que apresentou o sofrimento psíquico pelas relações estabelecidas no próprio sistema político-econômico vigente (sem descartar a dimensão psíquica e intersecção com o vazio estrutural), visão que Rotelli cita em sua obra. Em seguida esse sujeito asilado tem a possibilidade de passar por uma reabilitação através do trabalho, mas onde o trabalho não é o foco e sim o consumo, embora se ressalte a qualidade do ambiente, das relações e da produção. A reabilitação pretende, então, que ele aprenda a consumir como etapas que se estendem no dia-a-dia e nas ações cotidianas, ensinadas pelos técnicos. Como consumidor ele é inserido novamente no Discurso do Consumidor, homólogo ao Discurso do Capitalista, e se posiciona em uma relação direta com o objeto atroz. Esse posicionamento pode levá-lo à ausência de significações e à angústia, o colocando sob a mira da ciência médica mental, formalizada pela Psiquiatria DSM, que lhe oferece um outro tipo de gadget, o medicamento. Esse poderia ser o percurso de um sujeito com sofrimento psíquico, saindo da psiquiatria asilar, chegando à psiquiatria da RP contemporânea, bastante próximo do que Rotelli define como reforma.

Poderíamos dizer que mesmo no asilo o sujeito internado já está sob essa mira da Psiquiatria DSM (hegemônica na atualidade), uma vez que a contenção física se estabelece em parceria com a contenção medicamentosa, no entanto entendemos que há uma passagem aí: no manicômio ou HP a medicação não está na relação de consumo, está em uma relação de imposição. O manicômio como sabemos é lugar de violência onde ao sujeito não é permitido o querer. É uma relação mais próxima do Discurso do Mestre (ver ensaio 3).

Dessa forma, o esforço da reabilitação seria a passagem do Discurso do Mestre e Discurso da Universidade, uma vez que o sujeito é objeto de um saber científico, para o Discurso do Capitalista. Em nossa experiência na SM e desinstitucionalização a inserção no consumo se iniciou ainda no HP, como prévia para a saída do asilo. Os internos que se tornaram moradores de Residências Terapêuticas, a grande maioria beneficiários de recursos sociais, indicaram que rapidamente se inseriram no DC, voltando-se para o consumo como forma de lazer e de reconhecimento: abriram contas na padaria, no mercado e nas vendas do bairro de moradia, compraram roupas, sapatos, televisões, rádios e claro o gadget indispensável, celulares modernos. Essa inserção no consumo muitas vezes foi alvo de intervenção técnica, com ações que envolviam fracionar o recurso financeiro total em pequenas quantidades para que o sujeito gastasse pouco ou acompanhá-los nas compras, contudo o fato do “mal” uso do dinheiro ser objeto de intervenção dizia sobre o sucesso da inserção do ex-interno no mundo contemporâneo.

Ressaltamos que esse processo de retomada ou aprendizagem do consumo é bastante condizente com as perspectivas da Reabilitação, entendendo essa como derivada da psiquiatria, estamos falando de reinserção de um sujeito que recupera sua saúde no laço social dominante, e por isso, se comportando como um sujeito consumidor.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se inicialmente a RP tem um caráter político e faz uma crítica social e médica, levando em consideração a estrutura social e a necessidade de modificações profundas, podemos dizer que com o passar dos anos e as mudanças no Campo esse viés vai ficando para trás, dando espaço para uma discussão muito mais técnica que política.

O tecnicismo é priorizado pela própria psiquiatria, como pelo movimento da RP inserido nos governos ditos de esquerda que assumiram gestões municipais, estaduais e federal.

Embora o Campo da psiquiatria continue entendendo a RP como ideológica e política, na prática o tecnicismo predominou através da centralidade das discussões sobre o acesso aos serviços substitutivos, a gestão e os protocolos. Aqui ressaltamos que embora a RP se diga sob forte influência de Franco Basaglia, que subverteu essa postura através da politização do que era considerado técnico – encontrar na instituição uma problemática que convergia o poder psiquiátrico, a constituição política e as a própria concretude política, podendo militar contra essa ordem junto a sua equipe, que ao final de poucos anos resolve dar alta para todos os internos e se demitir coletivamente, atitude puramente política para o que se dizia do Campo da medicina mental – na prática, ela se afastou da politização do Campo pelas duas principais vias constituintes da reforma, a psiquiatria e o movimento social. Vemos na postura de Basaglia o colocar em xeque de todo um sistema, uma ruptura em sua hegemonia, como brecha, que serviu como modelo mundial para as propostas mais progressistas em SM, mas que logo se reconfigura e reacomoda os poderes em jogo.

As experiências do início da RP são muito mais pautadas nas propostas de uma psiquiatria “desmedicalizada”, com esforços para levar ao campo as práticas que se afastam da biologia. Assim, vemos que o que se constitui como tratamento, inicialmente, compreende uma série de atividades oferecidas pelas equipes que não estão necessariamente organizadas ao redor de um saber médico. Em consonância a crítica à medicação e as psicoterapias e psicanálise, como formas de tratamento mais eficazes, são relacionadas com as classes sociais, e constatamos uma das diferenças dessa psiquiatria para psiquiatria DSM: a psiquiatria contemporânea abrange todas as classes sociais, não há mais a distinção da medicação para os pobres, uma vez que os ricos também se renderam às suas promessas e efeitos “milagrosos”.

No entanto, com as transformações da psiquiatria, conformadas cada vez mais ao mercado econômico e sob o poder da indústria farmacêutica, essa psiquiatria se reconfigura, retornando ao saber biológico como polo hegemônico. A formação em psiquiatria também se volta para as verdades do corpo e seu metabolismo cerebral, utilizando como principal forma de diagnóstico e tratamento o DSM e os psicofármacos, além de toda a disponibilidade do maquinário de exames, principalmente exames de imagem do cérebro que acabam por conformar todo o imaginário social sobre a “doença mental”.

Em resumo, nossa pesquisa até aqui nos levam às seguintes reflexões: no Brasil, no início da década de 1980, temos publicações chamando a crítica à psiquiatria, em direção à politização do campo e uma postura do psiquiatra em descobrir o que seria a psiquiatria-terapêutica, sob forte influência da psicanálise e do materialismo histórico, ao mesmo tempo essa é a década que internacionalmente marca a hegemonia da psiquiatria biológica, pela soma dos psicofármacos, do DSM III e da psiquiatria preventivo-comunitária voltada para a superação do manicômio através da terapêutica medicamentosa. Em consequência desse panorama, aliado ao contexto neoliberal e avanço da indústria farmacêutica no mercado, financiando pesquisas científicas que atestem a eficácias das medicações e fortaleça a teoria do metabolismo cerebral, a formação da psiquiatria se reorganiza e traz como centralidade o organismo. Aqui no Brasil, essa reorganização também acontece o que coloca a psicodinâmica e a psicanálise como teorias acessórias na compreensão dos transtornos e que facilite o diagnóstico DSM e a administração da medicação correspondente.

Nossa conformação atual do Campo da RP está organizada pela centralidade da psiquiatria, em serviços substitutivos que usam a medicação como possibilidade de prescindir dos HP, também se utiliza recursos de tratamento baseados nas psicoterapias e atividades de reabilitação como complementares ao esforço médico. A reabilitação, nesse contexto, significa a recuperação da autonomia, como retorno das condições de saúde mental, lógica definida pela medicina mental.

Não podemos nos esquecer que a cidadania também se tornou uma proposta inserida no Campo, que em diversos momentos se pretende terapêutica, mas sem que o sujeito incluído no CAPS deixe de lado a medicação, além de se caracterizar mais como uma inserção pelo consumo, diante dos benefícios governamentais, e pela participação em espaços políticos de forma tutelada, mais que pelas cooperativas sociais como nos apresenta Rotelli. Poderíamos afirmar que nos serviços o que se encontra é a cidadania medicalizada e tutelada, salvo raríssimas exceções.

Claro que esse panorama existe concomitante ao interesse manicomial arquitetônico que ainda persiste no país, se reatualizando, sobretudo, nas políticas de drogas, mas que não deixou de existir para o sofrimento psíquico.

Também podemos pensar, de forma didática, em dois modelos de CAPS:

1) o CAPS produto da RP, que comporta oficinas e atividades para cidadania, sem deixar sua centralidade psiquiátrica, que é predominantemente DSM (diagnóstico e medicação), mas que ainda abre algum espaço para as teorias da psiquê;

2) o CAPS como modelo substitutivo apenas como formalização, que reproduz lógicas manicomialis na relação com os usuários, seja pela pedagogia psiquiátrica como conduta cotidiana, seja em sua parceria com o HP para os momentos de crise, além da psiquiatria DSM.

Ou seja, a psiquiatria DSM, hegemônica, alvo da formação do residente em psiquiatria está presente em qualquer modelo, sendo que raramente encontramos exceções de formação. Ao mesmo tempo em que a influência médica também reorganiza o currículo das outras áreas da saúde, como a psicologia, a terapia ocupacional, a enfermagem, entre outros, e faz com que o profissional depois de formado atue assessorando a psiquiatria DSM. Nossa visão aqui é de que a RP composta pela psiquiatria DSM não condiz com a RP inicial, caracterizando uma outra etapa da RP, que não é radical, e traz nas práticas sua simpatia pelo sistema político-econômico vigente.

Embora nossa crítica neste ensaio tenha sido focada na psiquiatria, uma vez que consideramos a força central na disposição da SM, não deixamos de lado que a própria RP passou por mudanças que a aproximaram da consonância de uma política econômica capitalista, ao invés de sua crítica. A teoria basagliana foi reelaborada por Rotelli, que introduziu uma espécie de reabilitação através da inclusão em um capitalismo humanizado, desenvolvido dentro de lugares específicos, as cooperativas sociais. Como uma espécie de bolha no capitalismo vigente, a produção é realizada com foco na qualidade do material produzido, nas relações interpessoais e no ambiente.

A inovação de Rotelli está em captar que o consumo é capaz de reintroduzir uma pessoa no sistema econômico vigente, colocando a produção em segundo lugar, algo que se dispunha de outra forma até então na SM.

Como vimos em Costa-Rosa a Atenção Psicossocial deve visar uma nova forma de produção, diferente da capitalista, pois na produção há a possibilidade de constituição de subjetividade, que pode ser serializada ou singularizada.

No momento em que Rotelli propõe o consumo como reabilitação está desistindo da crítica feita por Basaglia, que considera o MCP como produtor da “doença mental”. Uma vez que o consumo é predominante em nossa sociedade e coloca o sujeito na condição de alienado e submetido sem prerrogativas ao capitalismo, não pode ser emancipador ou produtor de outra subjetividade que não aquela adoecedora. No entanto, Rotelli permanece como um dos grandes nomes da RP italiana aqui no Brasil e críticas a ele não são encontradas.

Nossa RP passou, ao longo de sua curta história, de uma proposta desmedicalizada, que procurava alternativas de tratamento nas psicoterapias e na psicanálise, para uma clínica do cotidiano com pouca reflexão, somada à psiquiatria DSM e à perspectiva da cidadania e reabilitação pelo consumo. Diferente das cooperativas de Rotelli, ainda incipientes no Brasil, mas avançando com alguma regularidade, o consumo aconteceu através do Benefício de Prestação Continuada, benefício assistencial e do Programa de volta pra casa. Podemos dizer que ocorreu uma soma e reorganização da perspectiva rotelliana com a visão de cidadania como herança da RS (ainda que um tanto deturpada, pois diz somente do acesso aos direitos já construídos e não participação na construção desses direitos), sem descartar a psiquiatria medicalizada.

Nesse ponto queremos dizer que não somos contra os benefícios oferecidos pelo Estado às pessoas que estiveram internadas por longos períodos, ou que não estejam aptas a trabalhar, ou mesmo que estejam, mas não conseguem se inserir no mercado de trabalho, não estamos deixando de lado toda a construção histórica de nosso país como periferia do capitalismo e a condição cada vez pior do trabalhador (precariado), apenas queremos trazer essa relação entre consumo e reabilitação, e a ênfase dada pelos técnicos e serviços substitutivos de SM na inclusão desses sujeitos ao sistema capitalista, senão com o dinheiro fruto de seu trabalho, com o dinheiro que é seu por direito e fornecido pelo Estado.

A RP brasileira saiu da posição de contestadora para a posição passiva coerente com a alienação no sistema capitalista.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Classe social, necessidades de cuidado médico-psiquiátrico e cobertura assistencial da população em Amaralina – **Salvador/BA. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n. 6, pp. 57-61, jan/fev/mar 1978.**

BASAGLIA, F. (Org.) A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. **Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985,**

BEZERRA JR, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil.** Petrópolis: Vozes-ABRAPSO, pp. 133-169, 1987.

_____. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA JR, B. AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1992.

_____. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: Guimarães, R. Tavares, R. (Org). **Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1994, p. 171-191.**

BIRMAN, J. A identidade do Psiquiatra. **Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n. 13, pp. 62-71, 1981.**

BRAGA-CAMPOS, F. C. **O modelo da Reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.** 2000. 177f. Tese (Doutorado no Programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2000.

COMISSÃO DA ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DA BAHIA. Memorial da Associação Psiquiátrica da Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 6, pp. 32-35, jan/fev/mar 1978.

CORDEIRO, E. G. et al. Caracterização de alguns problemas psico-sociais verificados na demanda infantil da saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 7/8, pp. 55-60, abr/jun 1978.

COSTA, J. F. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2006. COSTA, J. F. Saúde Mental, produto da educação? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 11, pp. 59-66, 1980.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processo de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

HENRIQUES, R. P. **A psiquiatria do DSM: pílulas pra que te quero**. São Cristovão: Ed. UFS, 2015.

LIMA, J. C. S. et al. A psiquiatria no âmbito da previdência social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 10, pp. 44-48, abr/maio/jun 1980.

_____. Condições de Assistência ao Doente Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 10, pp. 49-55, abr/mai/jun 1980.

LOUREIRO, S. M. G. et al. Formação de Psiquiatras em um Hospital Universitário, **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 01, pp. 51-56, out/nov/dez 1976.

MONTEIRO, M. **A residência psiquiátrica no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: uma abordagem etnográfica a partir de sujeitos envolvidos no programa de residência no Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC)**. 2012. 240 f. Dissertação (Mestrado no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social)-Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Santa Catarina, 2012.

RINALDI, D. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In: ALBERTI, S. FIGUEIREDO, A. C. (Org.) **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: R. DE LEONARDIS, O. MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. P. 89 – 99.

_____. Empresa Social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, P. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

ROTELLI, R.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SILVA FILHO, J. F. O processo de formação de psiquiatras em uma instituição universitária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 4, pp. 24-28, jul/ago/set 1977.

SILVEIRA, P. DORAY, B. (Org.) **Elementos para uma teoria marxista da subjetividade**. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1989.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

ENSAIO 5 – O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO/DESOSPITALIZAÇÃO DA CIDADE DE SOROCABA: CARACTERIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA ATUAL

1 INTRODUÇÃO

Nossos ensaios anteriores trouxeram o contexto político e econômico da sociedade contemporânea, contrapondo aos ideais iniciais da Reforma Psiquiátrica (RP) e suas influências, agora pretendemos ilustrar nossas reflexões com um caso de desinstitucionalização/desospitalização que se iniciou em 2013 na cidade de Sorocaba.

A cidade de Sorocaba localiza-se no interior do Estado de São Paulo, a cerca de 100 km da capital, e possui atualmente uma população que a classifica como cidade de porte médio (650.000 habitantes). A sua constituição como polo manicomial tem início no século XIX, quando em 1895 sua primeira colônia agrícola para “doentes mentais” foi construída, para abrigar o excessivo número de internados da capital, até que o manicômio Juquery ficasse pronto. Franco da Rocha coordenou sua implantação e supervisionou a colônia (GARCIA, 2012).

Em 1818 é inaugurado o manicômio Dr. Luiz Vergueiro, que posteriormente passou a se chamar Jardim das Acácias, asilo administrado pela maçonaria (GARCIA, 2012) e que esteve em funcionamento até 2014, sendo fechado pelo processo de desinstitucionalização/desospitalização.

Entre as décadas de 1960 e 1970 há a proliferação de manicômios particulares em todo o país que vendiam seus serviços para o Estado, através da proposta do governo federal de financiamento de hospitais particulares pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Em Sorocaba e região (delimitada em um raio de 60 km) são implantados 8 novos manicômios, somando 10 no total, nesse momento a cidade se configura como polo manicomial (GARCIA, 2012). Importante notar nesse momento, que o grupo de sócios que abrem os hospitais é formado por médicos e outros profissionais da saúde, e constituem com o modelo asilar uma importante fonte de lucro e poder político.

Ao longo dos anos, embora o país aprofundasse as críticas ao modelo de exclusão psiquiátrica, Sorocaba e região sentiram pouco esse movimento, mesmo estando entre cidades pioneiras na mudança de modelo ou que vivenciaram alguma experiência nesse sentido, como São Paulo, Campinas e Rio Claro. Diante desse fato, os hospitais da região também serviram para a transinstitucionalização, que na Saúde Mental (SM) significou o fechamento de um manicômio transferindo os internos para outra instituição semelhante. Mesmo assim, alguns serviços substitutivos foram criados, mas configurados de outra maneira: em quase sua totalidade eram administrados pelos próprios manicômios que não deixaram de existir, mas

utilizavam os serviços abertos como porta de entrada para a institucionalização. Assim aconteceu com os CAPS, enfermarias em hospitais gerais e ambulatórios de SM.

Com a ampliação do financiamento para abertura de CAPS nos anos 2000, houve um momento em que técnicos bem intencionados da prefeitura de Sorocaba forçaram a transformação de ambulatórios privados de SM, mas que atendiam através do SUS, em CAPS II, estratégia essa que fez com que o nome mudasse, mas não as práticas, sendo que a maioria dos CAPS da cidade até 2013 atendiam mais que o dobro de pacientes que um serviço substitutivo teria condições, em modelo de consulta com o psiquiatra, alguns deles atendendo em grupo para economizar tempo e somente para verificar a prescrição medicamentosa. Apesar de existirem profissionais como psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, vários deles exerciam sua profissão como extensão do Hospital Psiquiátrico, em alguns lugares eram compartilhados com o espaço asilar, oferecendo atividades para “passar o tempo”, de forma impositiva e tutelada. De maneira geral, as equipes multiprofissionais não tinham interação com os médicos, que sempre foram a expressão maior de poder nas instituições.

Na história de Sorocaba, assim como no restante do país, o poder financeiro dos donos e gestores de manicômios esteve ligado ao poder político, e cargos públicos de gestão foram ocupados por essas pessoas, o que facilitava a manutenção desse modelo através dos repasses de recursos financeiros e no agendamento de fiscalizações que sempre mostravam conformidade com as regras estabelecidas em contratos com a Prefeitura.

Foi somente em 2010 que as denúncias sobre violações de direitos humanos no interior dos Hospitais Psiquiátricos (HP) da região sorocabana, começaram a ser elaboradas, a partir da criação de um movimento social chamado Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (FLAMAS) (GOTO HAINZ; DUARTE, GARCIA JR, 2012), constituído principalmente por trabalhadores e acadêmicos. Embora as denúncias tenham sido feitas em congressos de Saúde Mental, em assembleias e encontros do movimento da RP, foi a partir das redes sociais da internet que elas tornaram-se mais conhecidas.

Em 2011 o FLAMAS divulga um estudo realizado através da análise da base de dados DataSUS para verificar entre outras coisas a mortalidade nos manicômios de Sorocaba e região, assim como o número de trabalhadores e carga horária total dos profissionais. O resultado trouxe à tona a maior taxa de mortalidade dos manicômios brasileiros: uma pessoa a cada três dias, no período de 2004 a 2011. Além disso, uma evidente desassistência em número de trabalhadores contratados e carga horária. O número total de leitos da região somava 2792, todos eles financiados pelo SUS, cerca de cinco vezes mais do que o preconizado pela legislação em vigor. A cidade de Sorocaba sozinha possuía 1369 leitos (FLAMAS, 2011).

Algumas fiscalizações foram realizadas, uma delas no Hospital Medicina Mental, por representantes da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana, da Comissão de Direitos Humanos da Subseção de Sorocaba da Ordem dos Advogados do Brasil, do Núcleo Especializado de

Cidadania e Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Regional de Psicologia da Região de São Paulo, averiguou que a pesquisa do FLAMAS retratava a realidade do HP. Apesar das horas insuficientes dos trabalhadores, o relatório apresentou a carga horária do diretor clínico do hospital somando 158 horas semanais e distribuídas em 12 instituições hospitalares diferentes, conforme cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), lembrando que uma semana possui 168 horas, ou seja, uma clara reprodução das práticas denunciadas no período de compra de serviços hospitalares privados pelo INPS na década de 1970. Também se constatou a falta de projeto terapêutico e diversas violações de Direitos Humanos. O relatório recomendou o fechamento do HP (BRASIL, 2011a).

Já no Hospital Vera Cruz, um grupo de Peritos Independentes para a Prevenção da Tortura e Violência Institucional da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, apresenta principalmente a grande quantidade de registros de óbito definidos como “parada cardio-respiratória”, 42,5% entre janeiro de 2006 e fevereiro de 2011, apontando um erro grosseiro nos registros, uma vez que não diz sobre a causa da morte e sim sintomas e modos de morrer. Além disso, constatou-se um número elevado de internos com menos de 40 anos com morte por “infarto do miocárdio” e alto índice de mortes por doenças infecciosas nos meses frios, indicando precário isolamento térmico (BRASIL, 2011b).

A repercussão dessa pesquisa levou a mais denúncias de familiares de pessoas que estiveram outrora internadas, através da mídia escrita e televisiva. Ponto marcante das denúncias ocorreu em 2012, com a transmissão do programa jornalístico Conexão Repórter, do canal SBT, chamado “A Casa dos Esquecidos”, no qual um jornalista conseguiu entrar no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz disfarçado de auxiliar de lavanderia, filmando o que acontecia no interior da instituição por duas semanas. As imagens mostraram falta de alimentação, de vestuário e de equipes para prestar cuidados. Nesse período um dos internos morre por engasgamento durante o café da manhã e seu registro de óbito é definido como “parada cardio-respiratória”. Naquele mesmo ano o hospital é interditado. No desenrolar das ações, o Ministério Público determinou um Termo de Ajuste de Conduta para o fechamento dos hospitais psiquiátricos da cidade e região no prazo de três anos, que poderia se estender por mais um ano, além da criação da rede substitutiva para acolhimento e tratamento das pessoas que passavam por sofrimento psíquico (SÃO PAULO, 2012).

O processo de desinstitucionalização/desospitalização, assim como estava estabelecido no TAC, iniciou em janeiro de 2013, nesse ano a prefeitura justificou as poucas ações pelas dificuldades burocráticas. Na prática conseguiram entregar uma Residência Terapêutica e com muita dificuldade comprar materiais básicos que faltavam no HP Vera Cruz, sob responsabilidade municipal desde a interdição. Uma nova equipe de SM foi organizada para a coordenação municipal, com pessoas indicadas pelo próprio Ministério da Saúde. Importante saber que a desinstitucionalização/desospitalização era apoiada pelo secretário de saúde do município, mesmo em um governo de direita, mas isso não era consenso partidário.

2 O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO/DESOSPITALIZAÇÃO

No ano de 2014 um novo projeto para a desinstitucionalização/desospitalização sorocabana foi colocado em prática, a partir do consenso entre os poderes envolvidos (Ministério de Saúde, Ministério Público Estadual, Ministério Público Federal, Secretaria da Saúde do Estado de SP, Prefeitura de Sorocaba, Prefeitura de Salto de Pirapora e Prefeitura de Piedade). O Hospital Vera Cruz havia se tornado Polo de Desinstitucionalização/Desospitalização, isso significava que seria o local para trabalhar o ganho de autonomia e a saída do asilo, seria um lugar onde os investimentos estariam concentrados, com uma grande equipe trabalhando pela Reforma Psiquiátrica. Com as dificuldades para contratar pessoal pela prefeitura, assim como da gestão cotidiana, decidiu-se por privatizar o hospital, da mesma forma que os novos serviços substitutivos que seriam criados (Residências Terapêuticas e CAPS). Com isso, o Polo de desinstitucionalização Vera Cruz teve a administração de recursos financeiros e de pessoal oferecida para uma Organização Social (OS), enquanto o processo de uma forma geral era coordenado pelo poder municipal. A escolha da OS pretendia ser bastante cuidadosa para que as empresas ligadas aos manicomiais da cidade não assumissem o processo.

Em janeiro de 2014 uma pequena empresa privada organizada como OS, que anteriormente administrava processos laboratoriais em cidades de pequeno porte, assume o HP e, ao mesmo tempo em que realizava a seleção de um grande número de pessoas para trabalhar no ‘maior processo de desinstitucionalização da América Latina’ – segundo o Ministério da Saúde – também contratava pessoas para sua própria OS, uma vez que se tratava de uma pequena empresa, sem infra-estrutura para administrar um processo tão grande.

Essa primeira seleção de trabalhadores para o Polo de Desinstitucionalização/Desospitalização foi realizada em conjunto: militantes, acadêmicos e demais trabalhadores envolvidos com a Reforma Psiquiátrica elaboraram provas e participaram das entrevistas de seleção de trabalhadores. Buscou-se ao máximo que o velho perfil manicomial não estivesse presente entre os selecionados e, por isso, muitos trabalhadores de outras cidades, principalmente daquelas que eram consideradas modelos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como Campinas, por exemplo, foram aprovados.

Os momentos iniciais de 2014 foram marcados pelo clima de grandiosidade das pessoas que acreditavam que a RP e a Luta Antimanicomial havia vencido a velha oligarquia manicomial sorocabana.

Pretendia-se colocar em prática o que se entendia por RP e estava estabelecido no TAC: “adequação da assistência aos pacientes com transtornos mentais, para fins de implementação das políticas e programas existentes no âmbito do SUS” (SÃO PAULO, 2012, p. 1).

Na prática dizia sobre a abertura das alas do hospital, circulação livre nos pátios, revisão e diminuição da medicação, revisão dos diagnósticos, oferecimentos de materiais básicos como roupas, calçados, colchões, camas, instalação de chuveiros elétricos e vidros nas janelas, oferecimento de comida de qualidade e em quantidade suficiente, melhoria do serviço de limpeza, reorganização dos pertences individuais, possibilidade de escolhas quanto ao corte de cabelo, uso de barba, roupas e sobre o uso do próprio dinheiro para aqueles que recebiam benefícios sociais ou recursos financeiros vindos da família, circulação fora do espaço do HP, abertura do hospital para a comunidade, abertura de serviços substitutivos (CAPS, enfermaria em hospital geral, residências terapêuticas, centro de convivência, núcleo de trabalho), trabalho conjunto com Unidades Básicas de Saúde (UBS), direito a documentação, retomada de contato com familiares, e por fim, a saída definitiva do asilo, seja para a moradia em RT ou o retorno ao convívio familiar, participando do dia-a-dia da comunidade.

Importante dizer que as denúncias do movimento social e as reportagens televisivas sobre as violações que ocorriam no interior dos manicômios foram acontecimentos que chocaram a população e deixaram a cidade em uma situação bastante complicada, de modo que, tirando as pessoas diretamente envolvidas com os manicômios, dificilmente se encontraria quem defendesse a permanência dos internos naquele ambiente. No entanto, a população tinha dúvidas sobre a possibilidade dos internos retornarem ao convívio em meio aberto, e essas dúvidas eram influenciadas pelos defensores dos manicômios, pela justificativa da periculosidade.

Oficialmente o poder público municipal posicionou-se a favor da desinstitucionalização/desospitalização desde o princípio, no entanto surgiram divergências na forma de realizar o processo.

Entendemos que o processo evidencia três grandes grupos⁶¹ distintos:

1) os defensores do manicômio - donos e sócios que obtiveram grande lucro durante décadas de hegemonia da psiquiatria manicomial e que reivindicavam mais recursos financeiros para melhorar as condições dos asilos, ou seja, aceitavam a acusação de péssimas condições, mas a justificavam nos poucos recursos financeiros recebidos;

2) os defensores da RP - que a entendiam sobretudo como o fechamento dos manicômios e a convivência de todos os internos em meio aberto, centralizando suas ações na reorganização da rede e no acesso, mas que não faziam reflexões mais profundas sobre a própria psiquiatria, sobre a Atenção Psicossocial ou sobre os Modos de Produção de subjetividade;

⁶¹ Além dos grupos definidos, entendemos que existiram outros grupos que não estão explicitados aqui por serem pouco expressivos em quantidade e focarem-se na tentativa marginal de realizar ações.

3) os psiquiatras DSM – aqueles que eram contra as violações ocorridas nos manicômios, mas que entendiam que o Hospital Psiquiátrico Especializado, como melhoramento do manicômio, era necessário. Pautavam-se em uma formação “a-política”, técnica e científica, tendo como princípio de tratamento o diagnóstico-medicação.

O processo de desinstitucionalização de Sorocaba torna-se bastante emblemático para compreendermos a RP atual, tanto pelo embate desses três grupos, quanto pelo viés político e econômico.

3 PRIVATIZAÇÃO

A decisão de privatizar o Polo de Desinstitucionalização/Desospitalização, o serviço central do processo por onde todos os internados dos manicômios de Sorocaba passariam, não foi uma decisão isolada. Ela foi tomada em uma reunião conjunta entre os atores do TAC, a saber: Ministério da Saúde, Ministério Público Estadual, Ministério Público Federal, prefeituras municipais de Sorocaba, Piedade, Salto de Pirapora e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. A escolha da OS dispensou licitação, embora o processo estivesse organizado por edital público, e houve a consideração por parte da prefeitura que a OS escolhida era a única capacitada para o processo, celebrando-se assim um contrato de gestão (SOROCABA, 2015), embora a empresa não tivesse qualquer experiência na SM, nem capacidade física e de pessoal para administrar o projeto.

Além do Polo, previa-se a construção de um CAPS III, o primeiro dessa modalidade na cidade, e de 12 RT para abrigar aqueles que saíam do Polo e não tivessem contato com a família, uma moradia subsidiada pelo Estado.

A decisão foi justificada pelos diversos impasses apresentados pela gestão pública municipal que não conseguiam realizar com agilidade suficiente a compra de comida e materiais básicos, assim como as compras imprevisíveis e constantes que o local e as pessoas internadas necessitavam.

O contrato de gestão previa a administração do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz em conjunto entre OS e prefeitura municipal de Sorocaba, incluindo estrutura, serviços médico-hospitalares e multiprofissionais voltados para pacientes em processo de desinstitucionalização, implantação e gestão de 12 serviços residenciais terapêuticos e 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo III (SOROCABA, 2013).

Para tanto, a prefeitura repassaria os seguintes valores financeiros: R\$ 1.800.000,00 (um milhão e oitocentos mil reais) mensais, destinados à manutenção dos serviços no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz; R\$ 25.400,00 (vinte e cinco mil e quatrocentos reais) mensais, referente aos valores para manutenção de cada RT; R\$ 183.334,00 (cento e oitenta e três mil e trezentos e trinta e quatro reais) mensais, para manutenção do CAPS III. Havendo ainda

incentivo inicial de R\$30.000 (trinta mil reais) para implantação de cada RT e de R\$50.000 (cinquenta mil reais) para implantação do CAPS III (SOROCABA, 2013).

A OS seria avaliada constantemente através de relatórios que indicassem a conformidade com o contrato:

4.1 A Comissão de Avaliação da Execução do Contrato de Gestão, constituída pelo Secretário da Saúde em conformidade com o disposto no § 2º do artigo 7º da Lei Municipal nº 9.807/2011, procederá à verificação quadrimestral do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social, elaborando relatório circunstanciado;

1.1.1 A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão referida nesta cláusula, deverá elaborar relatório anual conclusivo, sobre a avaliação do desempenho da **CONTRATADA** (SOROCABA, 2013, p. 6-7).

Dado importante é a possibilidade de aplicação do recurso público no mercado financeiro:

7.1 Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser por esta, aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste CONTRATO DE GESTÃO (SOROCABA, 2013, p.8).

Com relação à prestação de contas:

7.2 Quadrimestralmente, a **CONTRATADA** deverá proceder à apresentação de contas em formato indicado pela **PREFEITURA** para apresentação desta ao Conselho Municipal de Saúde - CMS e à Câmara Municipal (SOROCABA, 2013, p. 10).

A gestão do HP estaria à cargo de um gestor administrativo hospitalar e um gestor de assistência hospitalar, nomeados pela OS, no entanto o gestor hospitalar era de indicação da secretaria de saúde, alguém que fazia uma intermediação entre OS e prefeitura.

Durante o período em que acompanhamos o processo (janeiro à outubro de 2014) a OS empregou diversos familiares e conhecidos em cargos no Polo Vera Cruz, além de “quarteirizar”⁶² o restaurante, lavanderia e o setor de manutenção para familiares e pessoas próximas e alugar veículos de um familiar, fatos denunciados ao Ministério Público no final daquele mesmo ano. Além do que, em determinado momento do processo a reclamação dos trabalhadores da limpeza e daqueles que recebiam os alimentos era constante, demonstrando a má qualidade dos produtos, no entanto os valores pagos eram expressivos. Isso gerou um maior cuidado com relação às fiscalizações financeiras por parte da prefeitura, o que também contribuiu para que a OS identificasse alguns atores como inconvenientes em sua administração, principalmente a diretoria hospitalar, com maior vínculo com a coordenação municipal de SM.

⁶² Definimos como “quarteirização” o processo de terceirização de serviços dentro de uma empresa que já é terceirizada. No caso do Polo Vera Cruz, em que o processo de terceirização introduziu a administração de uma OS, foi mais uma vez terceirizada através da contratação de serviços de administração de setores específicos, como restaurante, lavanderia e manutenção.

Um relatório de auditoria produzido em janeiro de 2015, pela Unidade de Auditoria e Controle da Secretaria de Saúde da prefeitura de Sorocaba, revelou alguns dados interessantes sobre o uso do recurso público pela OS e descumprimentos do contrato de gestão. Logo na primeira página do relatório chama a atenção para a participação do Conselho Municipal de Saúde nas decisões relativas às terceirizações, consonante à Lei 8142/1990, algo que não ocorreu. Apontamos aqui apenas alguns descumprimentos que consideramos mais relevantes: ausência de processo licitatório ou pregão eletrônico, que garantiriam qualificação técnica e econômica, impessoalidade e moralidade, para a contratação de serviços de limpeza, manutenção, lavanderia, portaria, engenharia, acessoria, supervisão e fiscalização, jardinagem, moto fretista, controle de infecção hospitalar, locação de 5 veículos, serviço de advocacia, abastecimento de veículo e prestação de serviços de contabilidade; utilização de recursos públicos destinados ao pagamento de despesas que não estavam contidas no contrato, a saber: aluguel de três salas em prédio comercial e despesas relacionadas ao seu uso, como conta de energia elétrica, conta de telefone e condomínio, desenvolvimento de website da empresa, pagamento de internet banda larga, aluguel de PABX, locação de máquina de café e de móveis para as salas, pagamento de manutenção mecânica em veículo Kombi, pagamento de tarifas de transações financeiras (SOROCABA, 2015).

A apropriação do recurso público para finalidades de interesse da OS, fato que durante a inserção no Polo Vera Cruz eram bastante evidentes, fica comprovada pela auditoria do município e expressam a finalidade nos interesses pessoais por parte da OS.

Todos os descumprimentos citados estavam sendo avaliados pela direção clínica do HP Vera Cruz em parceria com a coordenação de SM do município e secretaria municipal de saúde, o que criou a necessidade de afastamento desses atores para a permanência da OS na parceria público-privada.

No entanto, para a prefeitura, o contrato com a OS é justificado pela necessidade de colocar em prática o processo de desinstitucionalização que extinguiria o HP Vera Cruz em 3 anos, o que inviabilizaria a contratação de servidores públicos para a execução do processo.

A OS contratada era inexperiente na área da SM e a princípio colocou-se na posição de que precisava aprender sobre o Campo, na relação estabelecida com os gestores com mais experiência em SM. Nos primeiros meses as reuniões conjuntas dos representantes do Polo e a OS ocorria de forma que os gestores diziam à OS como o processo deveria ocorrer, com o passar do tempo os representantes da OS começaram a discordar de várias condutas e uma luta pela imposição das visões ficou bastante marcada. Em meados do processo a OS sai um pouco de cena e deixa a condução do processo nas mãos dos gestores especificados no contrato.

Essa saída foi bastante estratégica, na medida em que não acontecia por acaso, tratou-se mais de uma articulação política na tentativa de desbancar as pessoas que estavam à frente da desinstitucionalização/desospitalização, ou seja, o secretário de saúde, a coordenadora de SM e o diretor hospitalar do Polo Vera Cruz, as mesmas pessoas que viam com desconfiança as contratações de serviços e a compra de materiais pela OS.

Importante dizer que a escolha da OS não se deu através de neutralidade política, uma vez que o financiamento de campanhas políticas era prática comum da OS que não fazia questão de esconder tal fato, expressava, ainda, claramente sua aposta no secretário de saúde da época para governador do Estado, abrindo uma maior possibilidade de efetivações de contratos da empresa pelo estado de São Paulo. Havia por parte da OS um crescente interesse em marcar alianças políticas, uma vez que elas poderiam determinar a expansão da empresa através de outros contratos de privatização organizados pelo município e cidades vizinhas, além da possibilidade de uma atuação municipal no processo de desinstitucionalização de Sorocaba que facilitava a forma de gerenciamento sem licitações.

Entendemos como um dos fatores primordiais para a compreensão desse processo, seja a entrada da iniciativa privada na SM brasileira, marcando que esse movimento é contrário aos preceitos da luta antimanicomial em sua criação, em consonância à Reforma Sanitária (ver ensaio 1). No entanto o processo de privatização dos serviços de SM tem sido foco de vários governos. Essa característica mercantiliza um setor, quando colocam à frente de sua administração empresas privadas, mesmo que se digam filantrópicas ou sem fins lucrativos, além de empregar uma fiscalização deficiente que facilita a apropriação dos recursos públicos para o uso privado.

No início do mês de outubro a tensão era bastante evidente no Polo e na coordenação de SM. No dia 03 desse mês o diretor hospitalar é demitido, a direção administrativa assume a responsabilidade pelo processo, outros representantes da OS assumem cargos de gestão, mas não têm conhecimento técnico, a desinstitucionalização/desospitalização fica sem rumo. Importante dizer que a OS era bastante verticalizada e desconhecia outro processo de trabalho que não fosse o taylorismo. No momento de troca de gestores a OS tenta nortear os trabalhadores: é necessário que o psicólogo faça papel de psicólogo, o enfermeiro papel de enfermeiro, o médico papel de médico e assim por diante. Nesse momento o recado enviado pela OS é o seguinte: os trabalhadores deveriam continuar promovendo o processo de desinstitucionalização/desospitalização normalmente e não precisariam temer novas demissões, mas se ocorressem “partidarismos” avaliariam caso a caso.

No dia 15 de outubro todos os trabalhadores que se posicionaram contra a situação do Polo, contestando a demissão do diretor clínico e trabalhadores que se mostravam mais críticos ao próprio processo de desinstitucionalização/desospitalização são demitidos. Um dia depois ocorre a demissão do secretário de saúde, e da coordenadora de SM.

Em nossa percepção, os fatos ocorridos no final de 2014 no processo de Desinstitucionalização/Desospitalização de Sorocaba foram uma conversão do modelo escolhido de gestão (terceirização), como expansão do capitalismo e apropriação de recursos financeiros públicos por empresas privadas. Esse modelo abriu brechas para apropriações financeiras indevidas, mas também para ganho de poder político dentro de uma organização que funciona com base no apoio financeiro de campanhas.

Apesar do governo eleito naquele momento empreender privatizações nos serviços públicos, chegando a cogitar em meados de 2014 a privatização total dos serviços de SM, é o

próprio processo de oferecimento da administração pública à empresas privadas, com consequente ganho de poder político-econômico, e os interesses envolvidos que provocam a saída de pessoas chaves para o prosseguimento da RP que ocorria em Sorocaba.

Focaremos-nos agora nas características assumidas pelo processo de Desinstitucionalização/Desospitalização de janeiro a outubro de 2014 e na compreensão que se tinha desse processo no interior da RP.

4 GESTÃO DO POLO: DO TOYOTISMO AO TAYLORISMO

O processo de desinstitucionalização de Sorocaba iniciou com um clima de democratização, foram propostas equipes horizontalizadas, reuniões de equipes nas alas e reuniões gerais semanais. A gestão incentivava grupos de estudos autônomos, supervisores foram convidados para grandes reuniões gerais, a integração entre os profissionais era bastante pautada, principalmente entre os técnicos e entre esses e a equipe de enfermagem. Pretendia-se negar o manicômio em muitas de suas práticas.

O prazo que havia se iniciado em janeiro de 2013, se esgotaria em dezembro de 2015 e isso significava fechar 4 manicômios e quase 1400 leitos que estavam ocupados da seguinte forma, em números aproximados, no início de 2014: 215 pessoas no Hospital Mental Medicina, 100 no Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias, 390 pessoas no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, 215 pessoas no Hospital Psiquiátrico Teixeira Lima. Em resumo, dos quase 1400 leitos psiquiátricos financiados pelo SUS, cerca de 920 estavam ocupados.

Na prática, em dois anos (de 2014 a 2016) 920 pessoas voltariam a viver em sociedade, mas para isso seria necessário muito trabalho: entrar em contato com todas as famílias, providenciar documentação de todos aqueles que não a possuíam, trabalhar a autonomia cotidiana, contatar municípios de origem dos internados e realizar inúmeras conversas sobre a RAPS e a necessidade de sua implantação (muitos municípios desconheciam os serviços substitutivos de SM), revisão de todos os prontuários, entre muitos outros trabalhos burocráticos como confecção de relatórios, alimentação de planilhas, etc. Mas ainda não falamos do principal, resgatar o sujeito, ou seja, trabalhar em consonância com a ética da Atenção Psicossocial, e isso acabou ficando em segundo plano diante de tantas exigências tecnocráticas.

Importante dizer que a literatura da Saúde Coletiva e da SM voltada para a gestão enfatizava a cogestão e a participação dos trabalhadores e dos usuários nas tomadas de decisões, sendo que uma das obras que marcam esse posicionamento, de Campos (2000), faz uma grande crítica ao modo taylorista de gestão aplicado à saúde. Claro que os gestores clínicos do Polo tinham contato com essa literatura e inicialmente pretendiam uma forma inovadora de gestão, mas que ao fim do processo se assemelhava mais ao modo taylorista.

Nossa hipótese traz a complexidade vivida no processo, as perseguições políticas, a crítica da população e toda a dificuldade de retirar centenas de pessoas do asilo em uma cidade bastante conservadora que, até então, naturalizava a existência dos Manicômios. À medida que a tensão aumentava, por conta dessa complexidade, foi a medida que as ações mais autoritárias foram sendo impostas. Tratava-se tanto de um conflito da gestão, quanto uma aposta do como fazer o processo da forma mais rápida possível, como garantia do que não poderia retroceder. A gestão do processo apostou no concreto, na extinção do leito físico e na retirada dos internos para viver em sociedade como algo que uma vez realizado não poderia ser desfeito, baseando-se na legislação existente e na confiança política de um governo federal alinhado com a RP.

O processo de desinstitucionalização de Sorocaba, como veremos, inicia-se caracterizado mais pelo toyotismo e em seguida, abrange características tayloristas, ou seja, modos de organização do trabalho dentro de uma perspectiva capitalista, o oposto do que pressupõe o Modelo Psicossocial. O modo toyotista de produção se origina da necessidade de ampliar o fordismo no Japão, mas adaptado à realidade do país que não possuía grandes espaços para estoques automobilísticos e seguia muito mais a demanda do mercado. O trabalhador, nesse novo modelo, não é mais aquele que fica na linha de produção a repetir um gesto, de forma isolada uns dos outros, ele agora precisa ter muitas aptidões e trabalhar em equipe, é polivalente, assumindo diversas funções inclusive para apoiar seus colegas trabalhadores (GOUNET, 1999). Nesse sentido a flexibilidade do trabalhador é ponto central, tanto nas funções assumidas, quanto na disposição para o trabalho, uma vez que será requisitado constantemente para horas extras, pois um dos pontos principais do toyotismo é trabalhar com uma equipe enxuta, se a demanda do mercado aumenta as horas extras são solicitadas e/ou trabalhadores temporários são contratados.

No caso em questão, essas exigências não são impostas de forma direta como seria em uma relação trabalhista fabril, mas são condições de trabalhadores militantes, que se dispõem ao trabalho excessivo e flexível por convicções próprias e na crença de que estão realizando uma grande tarefa.

O toyotismo é uma resposta à crise do fordismo nos anos 70. Em lugar do trabalho desqualificado, o operário é levado à polivalência. Em vez da linha individualizada, ele integra uma equipe. No lugar da produção em massa, para desconhecidos, trabalha um elemento para "satisfazer" a equipe que vem depois da sua na cadeia. Em suma, o toyotismo elimina, aparentemente, o trabalho repetitivo, ultra-simplificado, desmotivante, embrutecedor. Afinal, chegou a hora do enriquecimento profissional, do cliente satisfeito, do controle de qualidade (GOUNET, 1999, p. 33)

Podemos aqui dizer que o trabalho repetitivo e embrutecedor correspondia ao manicômio, que não pretendia melhorias nas condições de sobrevivência dos internos, e nesse caso, os trabalhadores eram contratados para fazer o mínimo necessário, com o mínimo de trabalhadores, o que correspondia a muito trabalho para equipes reduzidas ao extremo. No entanto, o trabalho era sempre a sua repetição, todos os dias a mesma rotina. No caso do toyotismo vemos as equipes, a horizontalidade, a flexibilidade e qualificação do trabalhador, em uma cooptação do modelo com tendências à autogestão, no interior do sistema capitalista.

Han (2017) descreve sobre a passagem de uma sociedade da disciplina, para uma sociedade do desempenho, ou seja, a transição de uma organização do trabalho baseada no dever, que logo se choca com um limite de si mesma, para uma organização baseada no 'eu posso', na qual o sujeito se percebe livre e não submetido à outra pessoa, ele é o empreendedor de si mesmo. Está aí uma importante estratégia para o aumento da produtividade, através da motivação, da iniciativa pessoal e do projeto, muito mais efetivo que as ordens. Trata-se de uma auto-exploração que nos passa a falsa sensação de liberdade. "O ditame neoliberal da liberdade se expressa na realidade como imperativo paradoxal *seja livre*. Ele derruba o sujeito do desempenho para dentro da depressão e do esgotamento" (HAN, 2017, p.23).

Esse mesmo discurso do sujeito empreendedor de si, participante de um sistema de produção coletivizada, na medida em que integra grupos horizontais, que estimulem a colaboração entre seus membros, agrega o conceito de 'redes', ou seja, determinados grupos alinhados entre si, fazendo parte de um mesmo projeto. Trata-se da construção de um emaranhado auto-organizado usurpador da autogestão dos trabalhadores de esquerda, transformando um conceito e modo de organização anti-capitalista em capitalista (ZIZEK, 2011).

Até meados do processo o sistema de produção se caracterizou fortemente pelo toyotismo. Os trabalhadores estavam disponíveis de forma flexível, sempre prontos para realizar horas extras intermináveis em momentos de necessidade, os grupos e redes eram extremamente valorizados, consonante à perspectiva do trabalho em saúde, dentro dos grupos prevalecia a horizontalidade e entre eles a solidariedade no ambiente de trabalho. Embora os grupos tivessem lugar de destaque, o trabalhador individual deveria ser aquele criativo, que conseguiria dar conta das situações sozinho quando requisitado, capacitado para intervenções diversas e transdisciplinares. Além do mais, o contrato de trabalho presumia-se temporário, embora fosse regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), no entanto estavam disponíveis para um processo de fechamento do local em que trabalhavam sem garantias de conseguir recolocação em outro serviço ao término do projeto.

Incluímos nessa equação um fator de bastante peso: a militância dos trabalhadores. Essa característica fez com que eles não se permitissem recuar, mesmo diante do trabalho exaustivo e do próprio sofrimento como fruto do trabalho, uma vez que eles entendiam que estava em suas mãos a mudança do contexto. Nesse sentido, muito da conjuntura política, dos interesses privados e da forma de organização da sociedade capitalista foi desconsiderado, como se somente a dedicação ao trabalho fosse forte o suficiente para uma mudança estrutural, o que colocava o trabalhador alinhado ao sujeito liberal. Quanto mais o trabalhador acreditava nisso e quanto mais se dedica às horas de trabalho, menos ele compreendia da conjuntura e da organização estrutural, uma vez que não tinha tempo para refletir, ele estava sob comando do 'faça!'.

Ao mesmo tempo, a OS em seu processo de exploração da força de trabalho percebe o comprometimento dos trabalhadores e cogita definir algumas situações de horas extras como trabalho voluntário militante. Como exemplo, no mês de julho o Polo se organizou para realizar uma festa junina, não só para os moradores do hospital, mas também para a

comunidade. As primeiras reuniões de organização dessa festa foram bastante marcadas pela tensão entre gestão (gestão da OS x gestão clínica em parceria da gestão municipal) e pela forma como a gestão da OS começou a compreender o trabalho dos técnicos. Em uma dessas reuniões o posicionamento da OS era de que não haveria qualquer pagamento de horas extras aos trabalhadores (salário ou banco de horas), o evento deveria ser entendido como militância⁶³.

Temos aqui duas vertentes da compreensão do trabalho, mas as duas envolvendo o engajamento do trabalhador por conta da militância antimanicomial. Na primeira o trabalhador está sempre disponível, realiza horas extras e trabalha em dias que não previa, é o trabalhador no sistema toyotista. No segundo o trabalhador é expropriado de seus direitos e precisa trabalhar de forma voluntária, justificada pela militância, sob risco de perder o vínculo empregatício. Nesse caso trata-se da pura visão empreendedora da empresa privada, em busca de brechas para intensificação total da mais-valia, através da precarização do trabalho.

Alguns pontos são relevantes para entendermos o processo, inserido no Modo Capitalista de Produção (MCP): 1) Foco na produção: o objetivo maior é a produção de saídas, inclusive para manter o repasse dos recursos financeiros públicos, não importando muito como elas ocorram, assemelhando-se à cobrança por metas; 2) relação com o trabalhador: intensamente flexível, desgastante e pouco preocupado com sua saúde; 3) modelo de administração e lucro: terceirização através de OS; 4) produção de consumo: transformação dos internos em sujeitos do consumo (ver ensaio 4).

Consideramos que não seria possível entender as instituições de SM fora do processo produtivo capitalista, na medida em que fazem parte da realização do consumo, e portanto, da geração de mais-valia. Além do mais há uma consonância entre ideologia dominante e tecnologia dominante (COSTA-ROSA, 2013).

A nosso ver essas são as principais características que denunciam o sistema de trabalho e os ideais da RP alinhados ao sistema econômico hegemônico e não à crítica capitalista como se pretendia inicialmente, tanto por influência da Reforma Sanitária, quanto por Franco Basaglia.

Deparamo-nos com o trabalho alienado, na medida em que entendê-lo em sua totalidade passaria pelas perspectivas dos interesses econômicos e políticos, e dos modos de produção como produtores de subjetividade, uma vez que o objetivo da desinstitucionalização deveria estar alinhado à Atenção Psicossocial.

Zizek (2011) nos chama atenção para ao que vem responder o ‘fazer’, como uma compulsão supersticiosa, em um processo em que não temos influência real. Ele nos diz: “A velha frase ‘não fique aí parado falando, faça alguma coisa!’ é uma das coisas mais estúpidas que se pode dizer, mesmo para o baixo padrão do senso comum. (...) Talvez esteja na hora de

⁶³ Nas reuniões posteriores com os trabalhadores que organizariam a festa, essa decisão foi desconsiderada, de modo que puderam receber as horas extras.

dar um passo para trás, pensar e dizer a coisa certa” (ZIZEK, 2011, p. 22-23). Ou seja, como fazemos algumas coisas para não ter que pensar sobre elas. Além disso, o ato de fazer pode nos passar a sensação de que estamos no controle da situação, negando fatos da realidade e negando nossa impossibilidade de lidar com determinada conjuntura.

O fazer incessante do processo de desinstitucionalização negando o refletir pode ser entendido dessa forma. Quanto mais o imperativo se focalizava nesse fazer, menos os trabalhadores percebiam a conjuntura político-econômica que estava no comando do processo e que foi responsável por uma grande reviravolta nos últimos meses de 2014, enquanto a preocupação dos gestores e trabalhadores era a ‘produção’ incansável de saídas, sem mudanças nos sujeitos e sem mudanças estruturais. Manter um posicionamento que não contestasse a estrutura vigente e sequer discutisse sobre os modos de produção, uma vez que essa relação do MCP com a produção de subjetividade era forcluída, possibilitou que na troca do Manicômio arquitetônico as relações manicomial permanecessem hegemônicas na cidade. A SM tornou-se reduto das empresas terceirizadas, preocupadas somente com a apropriação dos recursos públicos. Em março de 2018, mês de fechamento do Polo Vera Cruz, algumas pessoas mais críticas expressaram seu descontentamento com a administração das OS, falta de materiais na rede, flexibilização do trabalho e incoerência na relação estabelecida com os usuários dos serviços.

Conforme os dias foram passando a pressão para se cumprir os objetivos da desinstitucionalização/desospitalização também foram se intensificando. Além da vontade de cada um em querer retirar as pessoas do Manicômio o mais rápido possível, a gestão considerava que vivenciávamos um momento político muito propício para isso, de forma que aproveitando esse momento teríamos a garantia de que as pessoas não seriam reinternadas⁶⁴, uma vez que os leitos extintos não poderiam ser preenchidos. Importante ressaltar que a ameaça do retorno manicomial sempre esteve presente, na medida em que os donos de Manicômios da cidade e da região sempre acumularam poder político.

A capacidade total do Polo de Desinstitucionalização Vera Cruz era de 512 pessoas, e esse limite não podia ser extrapolado. O primeiro hospital a transferir seus internos para o Polo foi o HP Jardim das Acácias, que já demonstrava interesse em “mudar de ramos”, conforme os próprios responsáveis diziam, voltando-se para o oferecimento de serviços em Spa de luxo, mas permanecendo na administração de serviços substitutivos (CAPS II e III).

Quando a transferência de um grande número de pessoas ocorria, o polo vivenciava grandes transformações, após essa primeira o limite total permaneceu sempre próximo da ocupação, quando não totalmente preenchido. Nesse movimento era necessário agilizar as RT e preparar os internos para a saída, liberando vagas para as próximas transferências. Foi assim que o processo ocorreu: sempre se correndo para retirada dos internos, para que novas pessoas entrassem.

⁶⁴ Infelizmente a rede substitutiva para onde os ex-internos foram encaminhados não conseguiu deixar de repetir as relações manicomial, sendo que em alguns lugares inclusive a possibilidade de ir e vir foi retirada, mesmo que a revelia do programa da RP vigente.

No meio desse processo muito intenso, ainda era necessário o cuidado com a população que nem sempre via com bons olhos a criação de uma RT em seu bairro, e o constante enfrentamento político daqueles que eram contra a saída das pessoas internadas (vereadores e sindicatos vinculados aos interesses manicomialistas e defensores de Comunidades Terapêuticas que reivindicavam parceria com o município).

À medida que a situação ficava mais tensa, as propostas de horizontalidade também foram se modificando. Muitas das dificuldades identificadas no processo foram atribuídas aos trabalhadores e a forma de organização do trabalho dentro da instituição, que em algum momento foi definida como confusa e sem a agilidade necessária para a ‘produção’ de saídas, uma vez que a horizontalidade requeria várias reuniões, discussões e consenso. Se inicialmente havia cinco alas, cada uma com uma equipe constituída por psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, psiquiatra e assistente social, além da equipe de enfermagem, após alguns meses entendeu-se que seria mais produtiva a centralização do serviço social. Essa decisão foi tomada após supervisão institucional e aconselhamento da gestão com um acadêmico e militante que esteve na cidade de Santos quando da reorganização da SM na década de 1980. Naquele momento defendeu-se a ideia de que nem todo especialismo era problemático. Entendia-se que os assistentes sociais fazendo parte das equipes nas alas dividiam demasiadamente suas tarefas, precisando participar de reuniões, compartilhando a referência dos internos, acompanhando o dia-a-dia das alas e não tinham sua capacidade total focada na produção de documentos daqueles que não os possuíam e no acesso aos benefícios sócio-assistenciais, em resumo, eram polivalentes demais e precisavam se focar em uma ação. Os trabalhadores foram retirados das alas e se concentraram no prédio administrativo, além disso, a equipe foi reduzida quase pela metade por imposição da OS e o trabalho passou a ser quantificado, para verificar o quanto o núcleo produzia, essa ação foi considerada importante para avaliar os avanços da desinstitucionalização/desospitalização. Em resumo, o núcleo de Serviço Social ficou responsável, após alguns ajustes, por providenciar a documentação daqueles que ainda não a tinham, agilizar o acesso aos benefícios sócio-assistenciais, auxiliar a administração e verificar as prioridades nos agendamentos dos carros da instituição. Trabalho bastante específico e burocrático, retirando o conteúdo político crítico próprio do Serviço Social. Aqui temos a primeira ação que evidencia a fragmentação do trabalho e a implementação de um processo com características do taylorismo.

Foi, também, essa supervisão que oficializou o parâmetro da desinstitucionalização: “nome, história, documento e dinheiro” e “ouvir é ouvir o concreto para fazer algo”.

Essas duas frases bastante emblemáticas marcam a especificidade do entendimento do processo de desinstitucionalização/desospitalização. Primeiro a necessidade de que cada interno fosse reconhecido por um nome e por uma história, isso colocaria sua “doença” entre parênteses. A documentação e o dinheiro seriam as formas de inserção social. Embora a história de cada sujeito tivesse lugar privilegiado, essa história não se referia ao subjetivo, à história que cada sujeito conta e reconta na clínica da palavra, e gradativamente vai descobrindo o saber que tem sobre si, tratava-se de uma história concreta para cada um deles,

pois o ouvir só poderia ocorrer sobre algo concreto, logo em seguida o imperativo do faça, um fazer pelo outro, intimamente ligado a certa concepção de cidadania.

Quando se retiram os assistentes sociais das equipes das alas e demite-se uma parte desses trabalhadores, para focalizar somente o acesso às documentações e benefícios, significa dizer que o trabalho será repetitivo e focalizado. Naquele momento do Polo Vera Cruz a intensificação do trabalho taylorista do núcleo de Serviço Social por parte dos trabalhadores ocorreu pelo receio de novas demissões e a necessidade de demonstrar trabalho para atingir as metas impostas pela gestão.

O posicionamento da gestão voltou-se para o fazer prático, descartando a reflexão e até mesmo criticando aqueles que tentavam suscitá-la. Uma vez que o tempo era curto e o trabalho era muito, a reflexão tornou-se sinônimo de ‘perda de tempo’.

A permeabilidade da gestão, caracterizada pelas discussões horizontais para decisões do trabalho também foram diminuindo, chegando a ser redefinida pela divisão social do trabalho, com aqueles que decidiam e aqueles que executavam. Quando se assume que essa forma de trabalhar seria mais eficiente, o posicionamento é claro: para a gestão, a submissão às ordens impostas torna-se sinônimo de maturidade do trabalhador.

A justificativa usada pela gestão para as mudanças estavam ligadas à necessidade de organização do processo de trabalho para aliviar a tensão vivida pelos trabalhadores, diante do excesso de horas extras e exigências. Naquele momento estava claro para a administração do processo que seria necessário ainda mais empenho dos trabalhadores para atingir as metas pretendidas, a ponto de que a quantidade máxima de horas extras para trabalhadores da saúde, 60 horas por mês, aparecia como empecilho.

4.1 O TAYLORISMO CONSTITUTIVO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Embora não estivéssemos em uma relação de produção e mais-valia clara, podemos dizer que o modelo de gestão do Polo se caracterizou, após um determinado momento, como uma fábrica fordista, uma vez que o cotidiano de trabalho era hierarquizado e as tarefas distribuídas, seguindo o modelo da divisão social do trabalho, uma clara distinção entre trabalho intelectual e braçal, base da distinção feita por Marx e Engels entre os detentores dos meios de produção e os detentores da força de trabalho (COSTA-ROSA, 2013).

Claro que poderíamos pensar que um trabalho com a intenção de desinstitucionalizar pessoas, que passaram por violências dentro da instituição não é o mesmo que trabalhar em uma fábrica, produzindo algo para receber o salário mensal. Uma vez que grande parte das pessoas que estiveram no processo, o fizeram por acreditar no projeto, supunha-se que a relação trabalhista deveria ser totalmente diferente. Primeiro porque dizia respeito à vida de centenas de pessoas, segundo por ser uma escolha dos trabalhadores, terceiro por se entender

que os processos de trabalho de um projeto tão complexo não poderia ser um trabalho alienado⁶⁵, no qual não se sabe o que se produz, mas justamente como tentativa de se negar o que foi produzido no modelo manicomial, de trabalho extremamente alienado, no qual as pessoas foram isoladas da sociedade para que poucos lucrassem.

Os trabalhadores e gestores da desinstitucionalização, aqueles que optaram por assumir seus lugares deveriam ser aqueles avisados do que se produz no MCP. No entanto, os processos de trabalho no decorrer dos meses de 2014 foram cada vez mais se aproximando do trabalho fabril e alienado, mas isso ocorreu causando bastante atrito entre trabalhadores e gestão.

Salientamos que um ponto essencial do processo de desinstitucionalização para os trabalhadores consistia em desconstruir que os internos do Manicômio eram “mercadorias”, uma vez que o internado era identificado ao recurso financeiro recebido do Estado, quanto mais pessoas internadas, mais os manicomiais ganhavam, tratava-se de uma suposta venda de serviço em saúde ao Estado, mas que mantinha apenas a reclusão. Dessa relação o sujeito não podia ser reconhecido nem pelos donos e sócios do Manicômio e nem pelos trabalhadores, tratava-se de indivíduos despossuídos de qualquer autonomia ou saber sobre si.

Na cadeia produtiva da sociedade capitalista a medicina e seus aparatos, como a conhecemos, ocupam o lugar de manutenção da força-produtiva dos trabalhadores (conforme vimos nos Ensaio 1 e 2), ela é responsável por manter os indivíduos saudáveis para que a produção não pare, ou seja ocupam um lugar importante na circulação do Capital, mesmo não produzindo mais-valia diretamente:

As atividades de serviços vinculados ao consumo criam ou assimilam a demanda e a circulação realiza a mais-valia extraída da produção; o trabalho em saúde habilita o trabalhador para que exista trabalho e, portanto, criação de valor. As atividades vistas como improdutivas cumprem funções centrais na reprodução social, sob os ditames do capital; o serviço de saúde é vital na hierarquia dessas atividades, ao lado dos serviços que estimulam o consumo e a circulação (SOARES; SOUZA; CAMPOS, 2016, p.49)

No caso do Manicômio, esse lugar foi transformado, uma vez que a instituição não se preocupava em oferecer um tratamento para recolocar os indivíduos novamente na esfera da produção, mas funcionou como um depósito para os improdutivos. No entanto, isso não significa dizer que a instituição manicomial não era importante para a própria circulação de capital, uma vez que muito bem remunerada pelo Estado, mantinha trabalhadores assalariados, assim como grandes contratos de compra de produtos (sobretudo alimentos e medicações). Também se tratava de uma instituição como instrumento para a acumulação de capital nas mãos dos donos e sócios.

⁶⁵ A alienação seria uma produção histórica do MCP, na medida em que a fragmentação do processo de trabalho produz estranhamento do homem com ao produto de seu trabalho e com o trabalho. A consequência do fato do homem estar alienado do produto de seu trabalho é o estranhamento com relação a si e aos outros homens (SILVEIRA; DORAY, 1989).

A organização dos Manicômios esteve muito pautada na prevalência do papel do médico, como detentor do saber intelectual (diagnóstico) e estabelecido no nível hierárquico mais alto, e logo em seguida pela enfermagem, responsável pela execução do cuidado prescrito pela medicina e pela organização prática cotidiana. O trabalho da enfermagem no contexto da divisão social do trabalho no sistema capitalista foi determinado pela execução, pelo fazer, enquanto a medicina pelo pensar.

A forma que a enfermagem encontrou para executar seu trabalho foi a partir da organização taylorista, fragmentando as atividades e utilizando instrumentos que possibilitassem o desconhecimento do processo geral (Soares; Souza; Campos, 2016). Assim como nas fábricas fordistas, nas quais a gerência e o controle eram primordiais para organizar o trabalho, o mesmo ocorreu com a enfermagem, de modo que alguns enfermeiros (nível superior) são responsáveis pela gestão dos processos estabelecidos pelo saber médico, e os técnicos de enfermagem (nível médio) pela execução. Essa divisão no interior da enfermagem é fundamental para entendermos a forma de organização do Polo Vera Cruz, uma vez que as características centrais do grupo de gestão era a formação em medicina, enfermagem e administração⁶⁶.

O taylorismo, ou “organização científica do trabalho” foi colocado em prática pela primeira vez nas fábricas automobilísticas da Ford e, por isso, denominado fordismo. Uma das principais inovações do fordismo, no início do século XX foi a extrema racionalização das tarefas executadas pelos trabalhadores e combate ao desperdício, principalmente de tempo. A racionalização na prática fragmentava o trabalho total, de modo que cada trabalhador realizava apenas uma pequena parte do trabalho, com gestos limitados e repetitivos, dessa forma não era necessária a qualificação do trabalhador (GOUNET, 1999).

A relação de trabalho organizada pelo modo taylorista é diretamente correspondente ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), conceito de Costa-Rosa (2013), que predominou nos manicômios de todo o Brasil. Nestas instituições o trabalho racionalizado determinava a hora do banho, do café da manhã, da medicação sem levar em conta qualquer relação com o sujeito e, foi assim, que se determinou em grande parte deles que os internos deveriam acordar às 5h da manhã para o banho frio, pois dessa forma a logística do manicômio teria tempo para ser organizada, cumprindo perfeitamente suas obrigações.

Em meados de julho de 2014, o Polo estava com sua capacidade máxima preenchida diante da transferência de cerca de 220 mulheres do Hospital Mental Medicina, lembrando que os internos do Hospital Psiquiátrico Jardim das Acácias já estavam acomodados no Polo. A cada transferência uma força-tarefa era montada, todos os trabalhadores se dispunham a

⁶⁶ O grupo de gestão do Polo tinha uma divisão interna, podemos dizer que no topo encontravam-se médicos e administradores, logo em seguida a enfermagem e abaixo a psicologia. Essa divisão só fica evidente com o passar do tempo, quando as decisões dos médicos, administradores e enfermeiros são predominantes na reorganização taylorista e os psicólogos, que exerciam papel de mediação com os trabalhadores e se posicionam contra as mudanças, são afastados do grupo.

realizar horas-extras, sem saber qual seria seu período de trabalho total. Nessas transferências não era incomum trabalhadores entrarem às 8h e saírem por volta da meia noite, horário estendido que os membros da gestão também se submetiam, fazendo parte do processo de transferência.

Todas as transferências realizadas foram acompanhadas de perto pela mídia e por grupos políticos de oposição, que buscavam por fatos a serem criticados. Esses grupos políticos também realizavam visitas surpresas buscando irregularidades na tentativa de impossibilitar o prosseguimento do processo de desinstitucionalização.

Ocorre que nesse período o Polo vivenciava falta de materiais básicos, não tão evidente e grave como antes da intervenção, contudo a reclamação dos trabalhadores era recorrente, tanto para materiais da enfermagem e medicações, quanto para roupas mais quentes e cobertores para os meses de frio. Uma campanha interna entre os trabalhadores solicitava agasalhos e calçados como doação.

O Hospital Mental Medicina era exclusivo para mulheres, a transferência das internas foi um momento muito conturbado politicamente, uma vez que o dono do hospital se recusava a liberá-las, mesmo estando sem contrato com a prefeitura e com indicação de desativação dos leitos financiados pelo SUS (BRASIL, 2011a), ele dizia informalmente que só possibilitaria a saída depois que mudasse de ramo. Somente com intervenção judicial a transferência foi possível, novamente em uma força-tarefa que ‘resgatou’ as internas.

Esse momento gerou bastante tensão política na cidade e a OS se preocupava com as retaliações política, por esse motivo os materiais que faltavam no Polo foram providenciados, pois era esperado que visitas surpresas e fiscalizações ocorressem logo após a transferência.

O dia-a-dia do Polo passa a ficar cada vez mais conturbado e a gestão entendeu que a verticalização poderia melhorar a situação. A estratégia nesse momento é a de encontrar argumentos para que a verticalização não seja contestada, uma vez que vários trabalhadores estavam dispostos ao trabalho mais horizontal, com tendências à cogestão. A transferência havia ocorrido no dia 23 de julho de 2014, no dia seguinte o principal sócio do Hospital Mental Medicina realiza uma visita ao Polo e encontra a situação muito confusa, as mulheres ainda não estão adequadamente acomodadas, muitas não tomaram banho desde a entrada no Polo, alguns pertences estão perdidos, falta papel higiênico (queixa recorrente não somente neste período), roupas de frio e cobertores. Os trabalhadores ainda não tinham tido tempo para conhecer a história de cada uma delas e não sabiam das necessidades individuais, embora tivessem se esforçado ao máximo, nesse momento há várias reclamações sobre a quantidade insuficiente de trabalhadores, embora a legislação de equipe *mínima* estivesse sendo cumprida.

Foi a partir dessa visita e da confecção de um relatório denunciando a situação, por parte do sócio do Hospital Mental para o Ministério Público, que a estratégia ideal havia sido encontrada. O temor das represálias, que poderiam colocar em risco o processo, e o possível retorno da elite manicomial ao comando dos HP era mais que suficiente para que a

verticalização fosse aceita pela grande maioria dos trabalhadores sem contestação, a partir desse momento a gestão decide, os trabalhadores executam e não há mais tempo para refletir, pois há muito trabalho para se fazer. Tratou-se de uma escolha da gestão, uma vez que entendeu que o objetivo principal do Polo era a saída dos internos daquela instituição, ou seja, a desospitalização, deixando que a desinstitucionalização fosse feita no território, como responsabilidade dos CAPS e da rede como um todo.

No entanto, essa situação gera uma série de consequências: começa a ficar evidente o sofrimento que os trabalhadores passam, as demissões solicitadas pelos técnicos de enfermagem são constantes, intensificam-se uma série de intrigas entre as equipes, as reuniões gerais tornam-se, sobretudo, informativas e não reflexivas.

Além das consequências mais aparentes da escolha de gestão, temos que refletir sobre a produção de subjetividade desse sistema de produção:

Especificamente na Atenção ao Sofrimento Psíquico a divisão do trabalho na versão taylorista engloba a um só tempo a fragmentação do processo de trabalho, a divisão entre trabalho dirigente e executor e a hierarquização das relações dos produtores entre si e desses com os sujeitos do sofrimento. O controle hierárquico da divisão do trabalho parece concorrer para o mesmo fim que na produção comum, porém tem diferenças importantes. Ele não opera a serviço da mais-valia como ampliação imediata do capital. Ao realizar a reprodução das relações sociais dominantes, sua ênfase produtiva recai na reprodução dos indivíduos em sua posição social e subjetiva. Em outros momentos da análise do Modo Psicossocial e de seus operadores temos referido essa reprodução como produção de subjetividade capitalística ou serializada (COSTA-ROSA, 2013, p. 138)

Em outras palavras, o sistema taylorista reproduz as relações sociais dominantes e produz uma posição subjetiva serializada. O mal-estar gerado entre os trabalhadores traduzia o seguinte: como provocar qualquer ruptura social reproduzindo as relações dominantes? Como produzir outro tipo de subjetividade naqueles que permaneceram tantos anos internados nos Manicômios se a própria instituição impõe a serialização?

5 DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ATRAVÉS DA CIDADANIA TUTELADA?

Em meados de julho, um novo supervisor institucional assume o lugar de discussões em reuniões gerais, pautando-se na visão de que a clínica da desinstitucionalização/desospitalização é baseada nos direitos e excluindo outras discussões que pululavam naquele contexto, mas que já não eram levadas às reuniões, como o sofrimento dos trabalhadores, o posicionamento da gestão, a falta de tempo, as constantes cobranças, a impossibilidade de uma clínica mais aprofundada, a perda gradativa dos objetivos iniciais, o distanciamento da Atenção Psicossocial e enfim, o fato de que para os trabalhadores não era tranquilo promover a desospitalização ao invés da desinstitucionalização. O novo supervisor definia assim a clínica: “Clínica é um direito. Dar documentação faz parte do entendimento de

clínica que temos”. Essa visão defendia a produção da documentação em um núcleo isolado do Serviço Social. Estava alinhada à otimização do tempo.

Essa supervisão esteve muito mais empenhada em esclarecer aos trabalhadores sobre os direitos garantidos aos internos e ex-internos dos manicômios, pautando-se no serviço social. Era uma espécie de tirar dúvidas e informar sobre como promover o acesso aos direitos, e não uma reflexão aprofundada sobre o processo. O direito de que se falava era o que se tinha como garantia na legislação, contudo temos que refletir como ele se constitui em nossa sociedade.

Habermas (2003) explicita como está organizada a relação dos indivíduos com o Estado: não ocorre pela participação política, mas por demanda. O papel do indivíduo resume-se no contato com o Estado através dos setores burocráticos, são cidadãos submissos, na medida em que não participam da construção e discussão contínua sobre o Estado e as políticas públicas.

Trata-se aqui de definir os direitos como acesso aos benefícios e serviços, que atravessado pela forma como o MCP produz subjetividade, resume-se ao acesso aos direitos como consumo. Não estamos envolvidos com os direitos a ponto de participar ativamente de sua construção, mas a partir da possibilidade de acesso escolher entre o que já está dado/construído por outros, que muito provavelmente não sabem de nossas necessidades. Trata-se de um acesso acrítico, proporcionado por um técnico, de forma tutelada.

Esse tipo de direito é o que Zizek (2011) define como permissão, na medida em que não gera qualquer mudança estrutural através da redistribuição de poder, como se espera quando se fala em direitos. Essa permissão contribui para facilitar a vida, o que é importante, contudo mantém a distribuição estrutural de poder.

Consideramos que facilitar a vida das pessoas que estiveram internadas nos manicômios brasileiros, que sofreram uma série de violações não é pouca coisa, e de fato nos parece que é isso que os direitos adquiridos nesse aspecto possibilitam, contudo o que a RP defendia inicialmente era o questionamento estrutural da sociedade, algo bastante presente na obra de Franco Basaglia.

O posicionamento da gestão em setembro daquele ano é o de assumir a verticalização porque ela traria rapidez e agilidade para a retirada das pessoas do Polo. No embate com os trabalhadores que questionavam esse modelo a resposta vinha como represália: a equipe técnica quer discutir a verticalização e isso seria uma perda de tempo, pois no fim das contas as ações designadas devem ser cumpridas de qualquer forma, com ou sem reflexão.

Uma vez que o trabalho não alienado diz sobre a compreensão daquilo que se produz, o que estaria em jogo para se entender em um processo de desinstitucionalização? Para Costa-Rosa (2013) existem algumas características que falam sobre as funções produtivas das instituições de Atenção ao sofrimento psíquico: 1) a produção de mais-valia, ainda que de forma indireta através do consumo; 2) a reprodução das relações dominantes,

verticais e de subordinação; 3) a capacidade institucional de se contrapor às relações sociais dominantes.

Sobre a produção de mais-valia, podemos dizer que no Polo Vera Cruz ela acontecia direta e indiretamente. De forma indireta, através do consumo de todos os materiais necessários para o dia-a-dia, medicações, comida, roupas, água, energia elétrica, etc. De forma direta através da terceirização que colocou uma empresa privada na gestão da instituição.

Com relação a reprodução das relações dominantes temos, a medida que o processo avança, a clara definição da hierarquia imposta, definida pelos lugares que poucos ocupam para pensar estratégias e que muitos executam, além de ser marcada pelo lugar da medicina e por representantes da OS.

No terceiro ponto, a capacidade de se contrapor às relações dominantes, encontramos a precariedade de iniciativas dessa ordem, sendo que a instituição não questionava tal composição social de forma aprofundada. O inimigo central eram os donos e sócios de manicômios, como se o afastamento deles resumisse o poder hegemônico. Não se levava em consideração a formação social com relação aos poderes político-econômicos estabelecidos e a busca pelo lucro fora do domínio manicomial. Consideramos aqui que a falta de reflexão sobre o MCP foi fundamental para esse posicionamento.

6 CURATELAS E CIDADANIA

Além do dinheiro que os sócios dos Manicômios de Sorocaba e região ganharam com as internações, havia também outra fonte de recursos financeiros apropriada indevidamente: as curatelas.

Tratava-se de uma medida legal que através da interdição de uma pessoa maior de idade considerada incapaz, outra é nomeada para responder por ela, o responsável é denominado curador. A interdição de pessoas em sofrimento psíquico intenso é bastante comum, uma vez que é entendida como alguém que não pode responder por si. Essa medida busca proteger os bens patrimoniais através de restrições de atos da vida civil, na prática representa a morte civil de uma pessoa.

Com a possibilidade de recebimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas incapacitadas para o trabalho, os serviços de assistência social dos Manicômios possibilitaram o acesso aos benefícios governamentais de direito da pessoa internada, contudo, muitas delas não sabiam que o recebiam ou que tinham um curador formal, em alguns casos os próprios sócios dos Manicômios, em outros casos uma pessoa designada pelo Manicômio, sem qualquer vínculo com o paciente, ou ainda, um membro da família que se

apropriava do dinheiro em nome da pessoa. Raros foram os casos encontrados em que os internos tinham acesso ao benefício integralmente.

No caso do HP Vera Cruz, havia uma pessoa indicada pelo próprio hospital que curatelava 23 moradores, isso significava dizer que recebia pessoalmente o benefício de 23 pessoas mensalmente em sua conta, a saber, um salário mínimo por curatelado. Essa pessoa deveria repassar o recurso para os internados em forma de bens materiais necessários, assim como providenciar a saída dessas pessoas para acompanhar as compras, possibilitando que escolhessem o que gostariam. No entanto não havia qualquer fiscalização desse curador nos gastos dos benefícios.

Assim que a intervenção foi realizada e a nova equipe assumiu seus cargos, as curatelas organizadas dessa forma foram um empecilho para a emancipação financeira dos internados beneficiários do BPC, de forma que se procurou modos diferentes para realizar o repasse, mas sem sucesso.

No caso citado, o máximo que se conseguiu fazer foi tentar acompanhar de perto os gastos realizados com cada paciente e disponibilizar técnicos que acompanhassem as saídas para compras. Houve uma pressão da direção do hospital para que o responsável abrisse mão das curatelas, tentativa que em um primeiro momento foi usada como barganha para se retirar ações judiciais, mas que depois não tiveram sucesso.

No caso do Hospital Mental Medicina, as curatelas estavam em nome da instituição, sendo que o representante legal era o diretor do HP, que distribuía parte dos recursos aos moradores do hospital como se fosse bem feitoria. As pessoas que recebiam agradeciam sem saber que o recurso era delas por direito.

No caso do HP Jardim das Acácias, não se tratava de curatela, mas de procuração em nome do diretor, que com ela conseguiu abrir uma conta em banco para onde os benefícios eram direcionados. Com o dinheiro atividades conjuntas eram realizadas, comprava-se material e realizavam-se pequenas festas com comida de qualidade, mas novamente as pessoas que recebiam o BPC não tinham conhecimento do fato.

Como estratégia da gestão do processo de Desinstitucionalização/Desospitalização e da Comissão de Acompanhamento do TAC, houve uma nova proposta para esse empecilho: a substituição das curatelas. Essa proposta foi elaborada sabendo que o ideal, a retirada das interdições e a organização dos recursos pelos internos, com apoio dos técnicos, não seria conseguida juridicamente. Representantes do Ministério Público Federal e Estadual consideravam que o levantamento das interdições era um sonho, e que era necessária uma proposta em curto prazo que viabilizasse mudanças.

Mas quem assumiria as curatelas na proposta de substituição? Para as pessoas internadas que possuíam vínculos familiares a curatela poderia ser repassada para um dos membros da família. Mas e para aqueles que não tinham esse vínculo? Como resolver a questão?

A saída encontrada pela gestão foi a seguinte, a abertura de um edital público destinado à sociedade civil para que pessoas interessadas assumissem as curatelas dos moradores do Polo Vera Cruz. A intenção era de que os trabalhadores militantes e militantes antimanicomiais sem vínculo com a instituição, assumissem essa responsabilidade, da mesma forma que a gestão do Polo e do processo também se prontificava a assumir. Isso significava que os curadores precisariam administrar o recurso recebido mensalmente, verificar as necessidades materiais de cada curatelado, acompanhar nas compras externas, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular, prestar contas do dinheiro gasto e responder legalmente em qualquer assunto jurídico na esfera civil, principalmente patrimonial. Na proposta apresentada, cada curador seria responsável por cinco pessoas interditadas. A primeira reunião foi uma exposição da proposta, sem abertura para o diálogo com as pessoas convidadas.

O modelo do edital, confeccionado pela Comissão de Acompanhamento do TAC e, principalmente, pelo Ministério Público Federal, trazia as seguintes características:

1.1 - O presente Edital visa convocar cidadãos e cidadãs interessados em figurar em cadastro de voluntários para serem nomeados e exercerem a atividade de curador judicial em autos de interdição promovidos pela Promotoria de Justiça da Comarca de Sorocaba (SP) visando a curatela de pessoas pacientes ou egressas de hospitais psiquiátricos das cidades paulistas de Sorocaba, Piedade e Salto do Pirapora, alvos do processo de desinstitucionalização do tratamento psiquiátrico no Estado de São Paulo, as quais não possuam familiares conhecidos/presentes (SÃO PAULO, 2013, p. 1).

Nenhuma pessoa cadastrada poderá ser nomeada curadora de mais de 20 (vinte) interditos por meio do procedimento estabelecido neste Edital (SÃO PAULO, 2013, p. 3).

As atribuições do curador estariam resumidas em:

- a) administrar os valores recebidos pelo curatelado a título de benefício previdenciário/assistencial utilizando-o em busca do bem estar e do tratamento adequado desse;
- b) acompanhar o tratamento hospitalar ou extra-hospitalar dispensado ao curatelado visando verificar sua adequação ao propósito de recuperação da saúde mental, adotando as providências necessárias à promoção do tratamento apropriado ao curatelado; (SÃO PAULO, 2013, p. 4)

Para tanto, seus deveres abarcavam prestar contas do recurso financeiro utilizado, manter seu cadastro atualizado junto à Promotoria, atender prontamente a convocações da Promotoria, notificar a Promotoria diante da necessidade de intervenção ministerial e apresentar relatórios bimestrais das atividades desenvolvidas (SÃO PAULO, 2013)

Para atrair pessoas interessadas e como forma de retribuir ao trabalho de curador, o edital previa ainda:

A pessoa cadastrada que for nomeada curadora judicial nos termos deste Edital será remunerada com até 15% (quinze por cento) [...] do valor auferido pelo curatelado a título de benefício previdenciário assistencial; (SÃO PAULO, 2013, p. 4)

Em resumo, a nova proposta apresentada, seria oficializada por meio do Edital de chamamento de cidadãos voluntários interessados em assumir curatelas de moradores de HP de Sorocaba e região, em processo de Desinstitucionalização/Desospitalização, podendo ser remunerado com até 15% do valor do benefício recebido pelo curatelado. Uma vez que a cidade demonstrava bastante preconceito com tais pessoas e muitos se diziam contra o processo, incentivadas pelo discurso de diversos políticos da cidade, os militantes e trabalhadores engajados seriam aqueles com maior possibilidade de aceitar tais condições, segundo aqueles que elaboravam a estratégia.

O início das discussões sobre curatelas ocorreu no mês de julho de 2014, nesse momento a relação entre trabalhadores e gestão já se encontrava bastante desgastada, e as cobranças pela produção de saídas já imperava no sistema de organização taylorista, de modo que a proposta também pareceu carregada de um imperativo de assumir o lugar de curadores, sem descartar que o medo das demissões naquele momento era constante.

Ressaltamos aqui, que a apresentação da proposta de substituição de curatelas se deu nos mesmos moldes do sistema de produção implementado no Polo. Tratou-se de uma estratégia pensada pela Comissão de Acompanhamento do TAC e pela gestão do Polo Vera Cruz, que seria executada pelos militantes, trabalhadores militantes, e pela própria gestão, não se tratou de uma construção conjunta na sua elaboração.

A reunião que apresentou formalmente a proposta também teve como convidados membros do movimento social antimanicomial FLAMAS, da Defensoria Pública de Sorocaba e do Conselho Regional de Psicologia da cidade, três grupos que haviam sido excluídos do processo desde a intervenção e elaboração do TAC, mas que foram os grandes responsáveis pelas denúncias em 2011 e por toda a movimentação antimanicomial na cidade desde 2009.

Na segunda reunião sobre o tema, o FLAMAS se manifestou contrário à proposta, apresentando uma carta que pontuava tal decisão, a saber:

6. Como movimento de luta Antimanicomial e pela dignidade de cada pessoa, o FLAMAS considera incompatível assumir lugar em um mecanismo jurídico de declaração da incapacidade do sujeito, de sua “falta de vontade”, da revogação de sua cidadania, autonomia privada, e de sua “morte civil”;
7. O FLAMAS reconhece a gravidade da situação de curatelas em massa e procura exercer seu papel de fiscalização, crítica, denúncia e controle social democrático, ético e autônomo. Assim, assumir o lugar de curador com eventual remuneração, ainda que em outras circunstâncias, seria incoerente e colocaria em cheque o exercício legítimo do controle social, por parte do movimento;
8. Quanto à perspectiva de remuneração dos curadores, entende que esta contrapartida, ainda quando considerada legítima, não pode ser descontada do benefício recebido pelo curatelado;
10. O movimento reforça seu apoio ao esforço dos gestores, trabalhadores e da militância, na solução do problema das curatelas, contudo defende que este ônus não pode ser assumido apenas pelos trabalhadores ou pelo movimento social. É um ônus de toda sociedade e é inegociável a responsabilização daqueles que assumiram as

curatelas em massa, bem como daqueles que por ação ou omissão, permitiram que a situação chegasse ao ponto que chegou.

11. O FLAMAS considera que depositar sobre os trabalhadores a responsabilidade da curatela não resolve a questão básica acima citada. Ainda, além de sobrecarregar os profissionais que são um dos elos frágeis da relação de cuidado, também implica em questões de ordem ética e terapêutica. De acordo com o código de ética profissional da Psicologia, “o psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais” (Princípios Fundamentais, inciso VII). Os profissionais assumirem a curatela de seus pacientes e reproduzirem as relações perversas de poder dos atuais “curadores em massa”, assumindo o lugar de quem administra e disponibiliza suas finanças, impacta prejudicialmente na atuação terapêutica.

12. Convidado à reflexão e debate sobre as curatelas, o FLAMAS aproveita esta oportunidade para defender que a gestão não assuma o caminho mais imediato, ainda que considerado estratégico. Nunca se afirmou que o processo de desinstitucionalização seria fácil, e o FLAMAS defende que as estratégias de enfrentamento não reproduzam lógicas manicomial, devendo a gestão lutar pelo caminho da mudança de paradigma. Neste momento propício a transformações institucionais do cuidado, é preciso lutar por políticas de Estado e não apenas por ações emergenciais ou circunstanciais cosméticas. Não é o momento de fazer concessões à lógica manicomial, é o momento de superá-la;

13. É preciso muito cuidado ao se pensar estratégias de desinstitucionalização, para não reproduzir práticas, lógicas e culturas manicomial, de anulação do sujeito e que, futuramente, levem a situações de abuso e exploração, violando os direitos elencados no artigo 2º da Lei 10.216/2001.

15. O FLAMAS segue o lema da Luta Antimanicomial, defendendo uma sociedade sem manicômios, sejam estes manicômios físicos, químicos, socioculturais ou jurídicos. Nada mais manicomial que a interdição, a anulação do sujeito e a declaração jurídica de sua “morte civil”. A tutela é inconciliável com a proposta antimanicomial de cuidado em saúde (FLAMAS, 2014, pp. 1-2).

As reuniões do FLAMAS naquele momento tinham a participação de vários trabalhadores do processo de desinstitucionalização e muito se discutia sobre as ações verticalizadas e os rumos do processo, de modo que o posicionamento do movimento social foi pela defesa do trabalhador e tentativa de retomar a discussão de mudança de paradigma, algo que naquele momento parecia esquecido diante da pressa da desospitalização.

A coordenação municipal de Saúde Mental recebeu muito mal o posicionamento do movimento, assumindo a carta como ofensa pessoal. Nesse momento estabeleceu-se de forma clara, que o movimento social não era o “braço armado” para executar o que a “direção” do processo pensava, havia a reivindicação de composição e reflexão em um modelo diferente do verticalizado.

Outras reuniões sobre o tema foram marcadas, com expresso posicionamento da Comissão de Acompanhamento do TAC em apoiar a estratégia de substituição de curatelas. Uma espécie de seminário para tirar dúvidas e rebater o posicionamento do movimento social foi realizado, com participação marcada do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado de SP, Secretaria de Saúde do município de Sorocaba e Ministério Público Federal, onde se defendeu a ideia dos trabalhadores assumirem responsabilidades de curadores. Nesse processo, alguns trabalhadores se colocaram a disposição para assumir as curatelas, embora o

posicionamento do movimento social e do CRP-Sorocaba tenha se mantido para uma composição da proposta de forma mais coletiva, inclusive para reflexão de outras experiências de compartilhamento de curatelas em uma espécie de conselho municipal.

7 FORMAS DE RESISTÊNCIA DOS TRABALHADORES

Como um trabalhador que está formado para exercer o trabalho cooperado em saúde reage diante da imposição de um trabalho taylorista? Retomamos aqui a escolha dos profissionais para a Desinstitucionalização: em grande parte trabalhadores engajados na defesa do SUS, formados em universidades públicas de referência, preocupados em exercer a práxis e não reproduzir execuções práticas.

O estranhamento com as mudanças que ocorriam na gestão não foram absorvidas de forma passiva, embora em um primeiro momento não tenha havido contestações públicas. Diante delas alguns trabalhadores passaram a viver também um conflito interno, levando a muitos questionamentos. Foi dessa forma que a resistência dos trabalhadores também pode ser organizada.

Foi no dia 01 de agosto de 2014, após uma semana da transferência das mulheres internadas no Hospital Mental Medicina para o Polo Vera Cruz que um grupo de trabalhadores começou a discutir de forma mais crítica as mudanças que estavam percebendo no dia-a-dia do Polo. Esse grupo se reunia sempre que sentia necessidade, nesse momento mais tenso cerca de uma vez por semana. Debatiam como estavam percebendo a organização do trabalho, as dificuldades do dia-a-dia e o sentimento gerado em cada um, nesse sentido também foi um lugar importante para aliviar as angústias geradas com o processo, que poderiam provocar paralisia, e com o lugar que esses trabalhadores ocupavam, extremamente sobrecarregados por assumirem-se trabalhadores contemporâneos (trabalhadores neoliberais de um sistema coletivizado).

Foi esse grupo que permaneceu na resistência frente à verticalização, uma vez que tinham mais claro que as formas de gestão diziam sobre a produção de subjetividade e, portanto, sobre a possibilidade de fazer desinstitucionalização ou desospitalização, e que pôde realizar algumas intervenções nas reuniões que cada vez mais se caracterizavam como pró-forma.

Esse grupo foi denominado ‘Fridas’, pela admiração dos integrantes à artista que através da arte pode sublimar as dificuldades vividas. Foi um espaço privilegiado de reflexão

e coletividade, que subsidiou seus membros para os meses mais difíceis do processo, até a demissão coletiva que ocorreu em outubro do mesmo ano⁶⁷.

Além das conversas informais do grupo, propôs-se também outro espaço de grupo de estudos, no qual se debatia a Estratégia da Atenção Psicossocial, este segundo grupo era aberto para quem quisesse participar.

Em retrospectiva podemos dizer que foi a partir do final de julho que os momentos mais tensos do processo ocorreram, tanto pelas questões políticas, quanto pelas situações cotidianas, principalmente com a mudança de postura da gestão. Nesse momento já estava claro que era uma gestão verticalizada e que passava, em alguns momentos, a perseguir trabalhadores, entendendo que a situação caótica do processo se estabelecia por falta de capacidade profissional e sugerindo, inclusive, punições coletivas.

8 A REDE PROMOTORA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Uma vez que o Polo de Desinstitucionalização assumiu a postura taylorista para a desospitalização, consideramos necessária a apresentação da rede que faria a desinstitucionalização, para refletirmos características importantes da RP no cotidiano.

Partindo do pressuposto que Sorocaba se constituía como Fortaleza Manicomial, ou seja, redutos nos quais dificilmente as propostas da RP tinham capilaridade mantendo a hegemonia manicomial, a rede de SM até 2013 era constituída de 4 HP e 11 CAPS, em sua maior parte diretamente vinculados aos HP, com exceção dos CAPS infantis.

Os CAPS vinculados aos HP tinham uma característica de funcionamento mais parecida com os ambulatórios de SM, sua centralidade estava na consulta psiquiátrica, mas ofereciam algumas atividades em grupo através da psicologia, da terapia ocupacional e da assistência social. Nessa forma de funcionamento tinham a capacidade de atender muitos usuários, já que a imensa maioria passava por consultas somente para retirar a receita dos medicamentos psiquiátricos em uso contínuo. Não havia discussões sobre a RP, suas bases e fundamentos, nem a preocupação do serviço estar minimamente em consonância. E mais, em um grupo de CAPS vinculado ao HP Jardim das Acácias, vivenciamos a proibição de falar a respeito da RP com os usuários do serviço.

A organização da rede consistia em internação para as pessoas em sofrimento psíquico intenso, o CAPS para o sofrimento moderado e os Ambulatórios funcionando para uma clientela bastante específica definida pelos próprios profissionais que atendiam, eram estabelecimentos que funcionavam como uma espécie de consultórios particulares.

⁶⁷ Todos os membros do grupo foram demitidos.

Com o processo de Desinstitucionalização/Desospitalização em curso essa rede precisou ser reorganizada, uma vez que os HP seriam fechados. Logo a clientela que ocupava os leitos psiquiátricos passaria a ocupar os CAPS e RT, e a população que utilizava os CAPS passaria a ser atendidas pelas UBS. Os ambulatórios seriam transformados em CAPS.

No início de 2014 os CAPS ligados aos HP mais precários perderam o convênio com a prefeitura e a população passou a ser atendida em caráter de emergência no único CAPS III recém inaugurado, administrado pela mesma OS do Polo de Desinstitucionalização/Desospitalização, e pelas UBS. Alguns psiquiatras do Polo também se disponibilizaram para realizar consultas emergenciais durante a transição.

A seleção dos profissionais do CAPS III havia ocorrido conjuntamente à seleção para o Polo, mas sua abertura dependia da escolha do local e sua estruturação, por esse motivo a inauguração ocorreu somente em maio de 2014.

A reorganização da Atenção Básica em Saúde (ABS) para o atendimento em SM foi mal vista pelos trabalhadores, servidores públicos. Importante contextualizar que nesse momento a prefeitura também estava reorganizando o trabalho nesses locais, transformando unidades tradicionais em Estratégia Saúde da Família, além de retirar as horas extras combinadas com trabalhadores, que já as consideravam como parte da rotina diária de trabalho, como possibilidade de melhorar o salário mensal. O processo de reorganização tanto da SM, quanto da ABS era visto como algo desacreditado logo em seu início, diante das diversas tentativas de modificação dos serviços encabeçada pela prefeitura, que não tinham resultados satisfatórios para os trabalhadores.

Para os servidores públicos todas as modificações anteriores tinham gerado mais trabalho, pouco reconhecimento e nenhuma melhoria salarial, diante do que a entrada da SM soava novamente como aumento de trabalho.

Na tentativa de resolver o impasse foram destinados para as UBS residentes de uma recém criada residência multiprofissional em SM, em parceria com universidades privadas e a prefeitura. Eles teriam o papel de acompanhar as equipes na qualificação dos atendimentos e nas reflexões, no entanto os trabalhadores entendiam que os residentes deveriam assumir as demandas de SM.

Poucas foram as UBS que conseguiram implementar oficinas e realizar discussões aprofundadas do seu papel diante do sofrimento psíquico da população do território.

Uma das estratégias organizadas para capacitar as equipes de Atenção Básica foi o matriciamento, ou seja, a troca de experiência entre equipes, uma delas da SM e a outra da ABS. Definidas as equipes de matriciamento e as equipes parceiras, reuniões eram marcadas com frequência para discutir a SM, refletir sobre os casos, aprofundar discussões teóricas, além da disponibilidade para inter-consulta, quando um profissional da SM atendia um paciente em dupla com um profissional da ABS.

Embora essa parceria tenha rendido bons frutos, tanto na aproximação das equipes das UBS para a questão da SM na cidade, também contribui para a expansão da medicalização na Atenção Básica.

Uma vez que os médicos também foram abordados para o redirecionamento das questões de sofrimento psíquico na rede, passaram a receber ‘treinamento’ de médicos psiquiatras que discutiam a medicação, a esse procedimento os médicos entendiam ser o matriciamento, visto que grande parte não participava de reuniões conjuntas de matriciamento, alegando falta de tempo. Era comum em algumas unidades marcarem reuniões privadas com um médico psiquiatra que ensinava como administrar psicotrópicos, sem discussão coletiva de casos ou qualquer discussão com a equipe. Vale ressaltar que os médicos que se dispunham ao trabalho de ensinar os clínicos gerais ou eram voltados somente para a medicação como tratamento, sem contar aqueles com vínculo institucional com os Manicômios que passavam pelo processo de fechamento. Essa prática nos expõe claramente a centralidade da psiquiatria DSM nessa nova organização, estritamente medicalizadora, que podemos também considerar como “manicômio químico”, uma vez que não possibilita outra forma de lidar com o sofrimento, tamponando o sintoma que aparece para dizer algo do sujeito do inconsciente.

Assim, muitos clínicos gerais que inicialmente se recusavam a receitar medicamentos psiquiátricos, com a justificativa de pouco conhecimento na área, foram treinados para administrar essas medicações, ocupando a função que outrora ocorria nos CAPS vinculados aos HP, bastante centrado na prática de “troca de receitas”, ou seja, a replicação de uma receita inicial, geralmente, dada por um psiquiatra.

Nesse ponto precisamos apontar que alguns médicos participaram de fato do matriciamento, com destaque para os médicos cubanos que integravam o projeto “Mais médicos” na cidade e entendiam a passagem do cuidado em SM para a UBS também como tentativa de desmedicalização.

9 A PSIQUIATRIA MANICOMIAL, A PSIQUIATRIA DSM E A OUTRA PSIQUIATRIA

Se por um lado algumas ações do matriciamento acabaram por reproduzir aquilo criticado pela Atenção Psicossocial, a saber, a psiquiatria baseada na medicalização e na objetificação do sujeito, por outro lado tivemos também o empenho de uma Outra psiquiatria que pouco vemos nas experiências de SM atualmente, nos lugares que circulamos.

Antes de 2013 a cidade era dominada pela psiquiatria manicomial e pela psiquiatria DSM⁶⁸, trabalhando em conjunto. Nessa relação uma pessoa em sofrimento psíquico seria, na melhor das hipóteses medicalizada, e na pior, institucionalizada.

Quando a intervenção ocorreu no HP Vera Cruz foi bastante difícil reavaliar os internos, devido ao elevado grau de medicalização. A opção escolhida foi a suspensão das medicações para entender qual era o quadro que apresentavam, para logo em seguida refazer um diagnóstico mais confiável e verificar a real necessidade de medicação.

Os médicos psiquiatras convidados para participar do processo de desinstitucionalização/desospitalização precisavam, primeiramente, compartilhar da ideia de que o asilamento não produzia saúde. O quadro de trabalhadores em psiquiatria era composto por pessoas de correntes teóricas variadas, passando pela própria pedagogia psiquiátrica, acreditando que diante de um comportamento socialmente negativo era necessário barganhar outros comportamentos, chegando à psiquiatria com forte influência psicanalítica lacaniana.

De forma geral, os psiquiatras eram dispostos a participar de todo o processo, integravam todas as reuniões em equipe e circulavam bastante pelo Polo, participando do cotidiano da instituição. Também participavam bastante do dia-a-dia do CAPS III, sendo que alguns realizavam atendimentos nas duas instituições.

Fato curioso reside na opção de supervisão institucional do primeiro CAPS III da cidade, intimamente ligado ao processo de desinstitucionalização/desospitalização, o qual foi realizado por um supervisor psiquiatra e psicanalista que propunha discussões muito mais aprofundadas do que aquelas que aconteciam no Polo Vera Cruz.

Na variedade de escolhas teóricas o Polo Vera Cruz vivenciou diversas formas da relação paciente-psiquiatra. Para exemplificar essas relações escolhemos alguns casos.

O primeiro diz sobre um senhor, internado quando ainda era um jovem adulto, seu delírio já bem estabelecido que suportava a realidade reconstruída tinha relação com computadores e objetos tecnológicos construídos por ele, com uma mistura de saber alienígena. Esse delírio se misturava à sua fala de maneira fluída e não causava demais problemas. Ele se relacionava bem com as outras pessoas da instituição e não apresentava outros sintomas. Estávamos diante de um delírio que cumpria seu papel, o da reconstrução da realidade, mas o fato de haver elementos diferentes do esperado socialmente em seu discurso era um problema para o psiquiatra que o atendia, de modo que esse psiquiatra o questionava publicamente do porque ainda repetia aquela história. Em outras palavras, não havia compreensão de que aquilo que a psiquiatria entendia como um problema era na verdade o êxito do sujeito, embora possamos considerar que foi o seu modo de responder bem às condições concretas que teve.

⁶⁸ Denominamos assim a psiquiatria hegemônica contemporânea baseada no diagnóstico através do DSM e a medicação, sem qualquer alternativa de tratamento que não seja a medicamentosa.

O segundo caso refere-se a um rapaz de vinte e poucos anos, internado ainda criança na instituição, quando existia a ala infantil. Taxado como caso grave passou grande parte da vida nas piores condições imagináveis, em uma ala que poucos profissionais entravam, precisando inventar estratégias para sobreviver à fome, ao frio e à violência. Já havia experimentado a violência familiar antes de chegar ao Manicômio Vera Cruz. Durante a intervenção pode reestabelecer conexões com os técnicos que chegavam, mas em alguns momentos seu comportamento recusava a rotina diária e expressava isso com agressividade. Em discussão de caso, o psiquiatra de sua ala sugere que seja tratado com uma espécie de “reforço positivo”: deveria cumprir algumas regras para conquistar a saída do HP, por exemplo, não ficar bravo, tomar banho, entre outras coisas. Uma das falas que deveria ser repetida para esse morador, na tentativa de modelar seu comportamento era “Quem é agressivo não vai para a RT”, na visão do profissional psiquiatra “os meninos precisavam aprender comportamentos”. Essa fala foi elogiada pela direção clínica e marcou um posicionamento dentro do hospital. A mini-equipe da ala aceitou a sugestão sem questionamentos.

Esse mesmo interno, tempos depois muda de psiquiatra e passa a ser acompanhado por um profissional com orientação teórica psicanalítica. A compreensão do caso muda, esse profissional propõe-se a realizar uma espécie de acompanhamento terapêutico em algumas breves saídas do hospital.

É dessa forma que encontramos psiquiatras que entendiam que seu papel era mais amplo que promover um bom comportamento ou extinguir um delírio, alguns deles propuseram oficinas como cineclube, faziam reflexões mais aprofundadas com relação ao diagnóstico e medicação, e tinham uma postura horizontalizada, saindo do pedestal médico, inclusive compartilhando com as equipes atividades braçais⁶⁹ em momentos de necessidade. Ao mesmo tempo outros profissionais diziam que participariam de atividades que entendiam não relacionadas diretamente com a psiquiatria, como por exemplo, auxiliar a organização do refeitório nos horários de café da manhã e almoço, somente se fossem contratados por mais tempo e tivesse o salário aumentado.

O terceiro caso que entendemos relevante ocorreu com relação a um interno que apresentava o seguinte comportamento: levantava a saia das mulheres e apertava suas mamas, fazia movimentos de masturbação, mas sem ereção, no momento de suposta ejaculação, urinava. A equipe de enfermagem alegava que o comportamento ocorria pela troca de medicação, de modo que o retorno da primeira medicação passou a ser demanda de toda a equipe. A postura da psiquiatria defendia a não medicalização, uma vez que o remédio solicitado não tinha relação com esse comportamento, apontava-se para questões psíquicas e outros referenciais para o entendimento do caso.

⁶⁹ Um desses casos ocorreu em um dia de muita chuva, em que os moradores não conseguiam ir ao refeitório para almoçar, um dos psiquiatras se disponibilizou a buscar as marmitas dirigindo uma combi do hospital, entre o refeitório e as alas.

A psiquiatria nos casos apresentados pode ser reprodutora das relações de dominação ou usada de outro modo para ruptura dessas relações. Enquanto reprodutora da ordem hegemônica, da relação social de produção, ela busca recolocar o indivíduo no lugar de produtor ou de consumidor:

Exemplifiquemos: se definirmos o ato produtivo em “saúde” como supressão do sintoma e do sofrimento, repondo o indivíduo na produção (ou consumo), um excedente pode ser definido como reprodução das relações sociais da produção desse ato produtivo. O excedente, nesse caso, são as relações sociais e intersubjetivas entre trabalhadores e sujeitos do sofrimento, no ato produtivo da Atenção, o modo de fazer. É a produção de subjetividade simultânea e inerente à produção de “saúde”. Não é difícil demonstrar que o Discurso Médico (Claveul, 1983) – núcleo do PPHM – reproduz as formas da subjetividade que são dominantes nas relações sociais, e de produção, que imperam no MCP, isto é, a nomeada subjetividade capitalística ou serializada (Guattari; Rolnik, 1986). Não há dúvida, então, de que há o recorte de um excedente e um destinatário bem definidos.

As relações “terapêuticas” operadas nos discursos sociais verticais, como é o caso do Discurso Médico, são reprodutoras dos “sentidos” sociais dominantes, que mantêm o sujeito alienado quanto aos possíveis fundamentos do sofrimento sintomático de que se queixa, e certamente quanto a seu posicionamento em relação a eles. Talvez haja quem possa conceber “saúde psíquica” em sintonia com formas da subjetividade alienada, porém esse é um aspecto crucial a ser superado para a ética do Paradigma Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013, pp. 43-44).

A citação de Costa-Rosa comparada a nossa experiência, nos mostra que é possível estar muito próximo do PPHM mesmo em um processo de Desinstitucionalização, que é considerado uma das principais ações de RP. Em outras palavras, as práticas da RP podem num primeiro momento reproduzir e atualizar o discurso manicomial, no entanto, diante da continuação dessa reprodução, as práticas não podem ser consideradas como RP propriamente dita, em um comparativo com os ideais iniciais e a ética da Atenção Psicossocial.

A reprodução das relações de dominância sobre o indivíduo viria como produção de excedente na própria relação, o que no Discurso Médico manteria o sujeito no lugar de alienação, construindo a inacessibilidade ao seu saber e desejo.

O psiquiatra ao operar através da psicofarmacologia e da relação verticalizada com o sujeito do sofrimento, na tentativa de reinseri-lo nas relações sociais dominantes, reproduz a alienação, a qual o sujeito já se queixava em seus sintomas (COSTA-ROSA, 2013).

A psiquiatria da Atenção Psicossocial deve seguir uma lógica oposta, de interesse dos sujeitos do sofrimento, dos trabalhadores e da população, desviando-se radicalmente das relações de dominância que regem o MCP. Estamos falando da Ética do sujeito (COSTA-ROSA, 2013).

Ética do sujeito como protagonista da produção das respostas de sentido capazes de fazerem frente aos sintomas, de modo a produzirem seu reposicionamento “entre” sentido, e em relação aos ideais socioculturais na vertente do desejo e do carecimento. Como chegar a isso sem operar uma revolução discursiva que desaloje o psiquiatra do Discurso Médico e o desloque para outro Modo de Produção? (COSTA-ROSA, 2013, p. 217).

A psicanálise torna-se fundamental para a compreensão da Atenção Psicossocial e para a ruptura necessária no modelo hegemônico na saúde, tanto pela consideração do sujeito, quanto pela compreensão do Laço Social (ver ensaio 3).

A diversidade de abordagens teóricas no interior do Polo trouxe um panorama mais geral da própria RP. Considerando que o profissional da medicina mental hoje continua sendo central nos serviços substitutivos ao HP e que a formação tem um caráter supostamente ‘apolítico’, embasado na neutralidade científica, podemos dizer que encontramos alguns poucos profissionais raros no processo de desinstitucionalização. Tratou-se daqueles que consideravam o inconsciente, que eram críticos com relação ao excesso de medicações e à cronificação que elas poderiam levar, além do posicionamento político através da própria praxis.

10 MODO COOPERADO DE PRODUÇÃO E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Se nossa crítica até aqui tratou do MCP na SM, o que a aproxima do PPHM e não da Atenção Psicossocial, quais seriam os caminhos de superação desse modelo?

Para Costa-Rosa (2013) o questionamento sobre o MCP, a partir das discussões em saúde, é bastante central na década de 1970 no Brasil, quando a Reforma Sanitária e a RP, ainda de formas indistintas, levantavam reflexões sobre políticas, instituições, teorias, técnicas e éticas. Mundialmente as experiências da RP que fazem os mesmos questionamentos são expressas nas experiências das Comunidades Terapêuticas inglesas e na Psicoterapia Institucional francesa, que introduziram reflexões sobre a verticalização e a necessidade de horizontalidade intrainstitucionais, em direção aos modos cooperados.

Embora a alienação no trabalho e a alienação psíquica sejam conceitos diferentes, entendemos que estão intimamente ligados, uma vez que para que o sujeito do desejo possa advir é necessário que sua relação com o trabalhador da SM tenha características específicas. Em uma relação vertical, como a que já foi definida aqui, não é possível que se encontre outra coisa que a supressão de sintomas.

O Modo Cooperado de produção baseia-se em uma forma diferente de se organizar, em que o sentido da cooperação se estabeleceria antes mesmo de mudanças significativas no modo de trabalhar. Trata-se de um conjunto de trabalhadores, no mesmo local, compartilhando meios e instrumentos de trabalho para uma mesma produção (SOARES; SOUZA; CAMPOS, 2016).

Em síntese, a cooperação é o agrupamento das capacidades individuais potencializadas pelo encontro com outras, forjando uma capacidade coletiva superior. Posteriormente, o desenvolvimento da cooperação desembocará em outros modos de produzir com características associativas entre os trabalhadores individuais (SOARES; SOUZA; CAMPOS, 2016, p. 46).

Marx (2013), falando do trabalho cooperado, ainda relata a capacidade de excitação do sujeito diante dessa forma de organização, o que faria elevar consideravelmente a capacidade de rendimento, algo resultante da natureza social do homem.

O todo supera a soma das partes, mas, da mesma forma que na atividade industrial, nos serviços de saúde, a cooperação como capacidade de organização do trabalho realizada pela humanidade em prol da coletividade é absorvida pelo capitalismo para intensificar o processo de valorização e a reprodução do capital (SOARES; SOUZA; CAMPOS, 2016, p. 46).

O fato de o trabalhador conseguir se organizar coletivamente, em si, não garante uma produção fora do capitalismo, senão a apropriação do processo. Ele também não garante a superação da divisão social do trabalho, visto que os trabalhadores permanecem exercendo trabalhos diferenciados e com desequilíbrio de poder.

No entanto, o modo cooperado de produção remete ao período pré-capitalista e a uma relação diferente do trabalhador com seu trabalho e com o produto, na medida em que ele conhece todo o processo. Essa forma de produção não causa o estranhamento característico do MCP, uma vez que a produção material diz sobre o próprio reconhecimento do homem consigo mesmo e com outros homens. Estamos diante de um processo que não produz alienação.

Os modos pré-capitalistas conservam a imanência do trabalho e dos outros meios de produção e a relação desses com a criação da subjetividade concebida como transformação de si em um movimento de absoluto devir. Essa relação específica entre o processo de produção da vida material e sua repercussão na subjetividade merece ser destacada desta vez a propósito das transformações que necessitam ser impressas pelos trabalhadores da saúde na sua relação com os processos de trabalho específicos desse campo para recolocar a possibilidade de exercício do paradigma da Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013, p. 31).

A produção de subjetividade está diretamente ligada ao modo de produção material, por isso, ele não pode ser desconsiderado no trabalho em SM, uma vez que a própria subjetivação serializada é produtora de mal-estar.

Veremos que a ética da implicação subjetiva, do indivíduo que se queixa, nos conflitos e contradições que o atravessam e nos quais é atravessador – e a sua implicação como sujeito na produção de sentido para os sintomas e demais impasses psíquicos – exigirá do trabalhador da instituição idêntica implicação subjetiva traduzida, antes de tudo, na própria relação do trabalhador, isto é, no seu posicionamento no processo de produção de que se trata (COSTA-ROSA, 2013, p. 32)

Para que o trabalhador da saúde possa trabalhar em consonância a ética do sujeito, ele próprio precisa de uma relação de não estranhamento consigo e com os outros homens, e, portanto, seu posicionamento com relação ao trabalho precisa ser de não-alienação, produzindo uma subjetividade singularizada.

O Modo Cooperado de produção estaria para o Paradigma Psicossocial (PPS), assim como o MCP está para o PPHM. Sabendo disso, o Paradigma Psicossocial seria a “tentativa

de designar as formas da produção das instituições de Saúde Mental capazes de se contraporem dialeticamente à lógica do PPHM” (COSTA-ROSA, 2013, p. 48).

De forma didática, relacionamos ao que está consonante cada modo de produção:

1) Modo Capitalista de Produção – Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medializador – Discurso Médico (Discurso do Mestre e Discurso da Universidade) e medicalização

2) Modo Cooperado de Produção – Paradigma Psicossocial – Discurso da Histeria e Discurso do Analista – protagonismo no processo de saudessubjetividade⁷⁰

No item 1 o sujeito é objeto da relação médica, à ele é imposto o saber científico, pode ser o objeto da pesquisa ou o objeto da atenção. Na fase atual do capitalismo esse sujeito é consumidor massivo de medicamentos como única alternativa possível para o tratamento diante do diagnóstico através do DSM. No item 2, o sujeito do sofrimento é aquele tomado pelo sujeito dividido e a relação dele com o trabalhador da SM deve visar o reposicionamento com protagonista da produção de saúde, ou seja, o sujeito do sofrimento assume o lugar de trabalho (no Discurso do Analista), produzindo o saber inconsciente que pode provocar o deslocamento de sua posição com relação ao impasse sintomático (COSTA-ROSA, 2013).

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a compreensão desse ensaio não pode ser completa sem a leitura dos ensaios anteriores, uma vez que foi a experiência contata aqui em um pequeno fragmento que suscitou as reflexões mais profundas dos ensaios 1, 2, 3 e 4. No entanto, o presente texto buscou trazer mais as experiências cotidianas do processo de Desinstitucionalização/Desospitalização de Sorocaba como experiência concreta.

Podemos dizer que o processo de Sorocaba, conduzido pelo Polo Ver Cruz focou-se na produção de ‘saídas’, quando, para estar alinhado à Atenção Psicossocial, deveria ter se focado na produção de subjetividade, e isso implicaria na revisão total de seu modo de produção. No entanto, tratou-se de uma consonância ao que se entende por RP contemporânea, uma questão técnica e de acesso, ao mesmo tempo em que continua focalizando o Manicômio arquitetônico e seus mantenedores como o grande problema.

⁷⁰ “Esse significante condensa saúde e subjetividade e, ao redobrar a letra s, pluraliza as possibilidades da saúde, sempre relativa. No campo psíquico ele é sinônimo de subjetivadessaúde, em que o mesmo redobramento da letra s pluraliza as diversidades subjetivas, indicando também que a subjetivação e a subjetividade, como a saúde, estão sempre em movimento. Propomos que o termo saudessubjetividade indique ainda que, no âmbito da saúde psíquica, subjetividade e saúde são absolutamente homólogas” (COSTA-ROSA, 2013, p. 23).

Na experiência que relatamos aqui nos parece bastante claro o perigo desse pensamento, na medida em que entendemos que são os donos de Manicômios a serem combatidos e não o MCP reproduzimos em nossas práticas aquilo que queremos combater. Se em um primeiro momento a classe dominante com poder político e econômico eram os manicomialistas, no momento atual essa lógica se repete encarnada nas OS. Trata-se de uma questão de expansão do mercado e apropriação de discursos para se obter lucro.

Ao longo dos meses de 2014 ficou bastante evidente para quem esteve no processo de Sorocaba o quanto a OS se apropriou do discurso da RP, tanto para defender publicamente seus interesses, quanto para aumentar a exploração do trabalhador através da militância voluntária.

A escolha da privatização pela Comissão de Acompanhamento do TAC e pela prefeitura de Sorocaba foi decisiva nos rumos do processo. Uma vez que se assume declaradamente sem qualquer reflexão o MCP na SM, mantêm-se os trabalhadores alienados, produzindo o estranhamento com o produto de seu trabalho, com os outros homens e consigo mesmo. Contudo as consequências têm um peso diferente quando se trabalha com subjetividades e não com peças de carros.

A mudança do sistema de produção do toyotismo para o taylorismo marcou profundamente o modo de trabalho e o afastamento da Atenção Psicossocial, focando-se na produção de saídas com menor desperdício de tempo, além de entender que esse modelo de trabalho diminuiria a tensão vivida pelos trabalhadores. Intensificou-se a divisão social do trabalho (pensar x executar) e redefiniu-se o lugar do trabalhador. Uma das consequências dessa ação foi a falta de apoio à gestão destituída do cargo em outubro de 2014 por grande parte dos trabalhadores e a própria justificativa da OS de que a demissão ocorria por incompatibilidade da diretoria com os trabalhadores, diante de algumas queixas de perseguição. Um sistema taylorista reproduz a alienação do trabalhador, e esse aspecto estende-se para além da linha produção.

Frente a essa situação a iniciativa de alguns trabalhadores em criar um grupo no qual era possível refletir, esteve em consonância à citação de Zizek (2011):

Immanuel Kant não contrapôs a injunção “não obedeça, pense!” ao lema conservador “não pense, obedeça!”, mas sim a “obedeça, mas pense!” Quando ficamos paralisados diante de fatos de chantagem, devemos ter em mente que, já que se trata de uma forma de chantagem, não devemos ceder à tentação populista de pôr nossa raiva para fora e, assim, nos ferir. No lugar desse gesto impotente, devemos controlar a fúria e transformá-la em fria determinação de pensar – pensar sobre a situação de maneira radical e nos perguntar que tipo de sociedade é essa que possibilita tal chantagem (ZIZEK, 2011, p. 27).

Obedecer à verticalização imposta, pensar sobre o contexto que possibilitou tal fato e criar brechas para reflexão coletiva, esses foram os objetivos do grupo de trabalhadores que se reunia constantemente a partir de julho de 2014. No entanto devemos dizer aqui que o fato do grupo tentar manter sua existência em sigilo, não evitou que a gestão soubesse de sua existência e produzisse um movimento paranóico com relação ao grupo e seu trabalho, de

modo que alguns membros passaram a ser vistos com bastante desconfiança pela direção do Polo VC.

Embora a gestão do processo de Desinstitucionalização em 2014 tenha cometido alguns enganos, o fato da OS ter assumido a totalidade do processo no final daquele ano fez com que a organização manicomial e a psiquiatria DSM imperassem novamente. Alas foram fechadas, limitando a circulação dos internos pelo pátio, as saídas foram diminuídas, inclusive para uso da rede de saúde do município. Nesse último caso, para evitar utilizar hospitais gerais da cidade em caso de necessidade, foi construída uma ala com leitos de UTI. Mudanças também ocorrem na rede substitutiva organizada pela OS, como o CAPS III e as RT, com gestões abertamente verticais e aplicação da psiquiatria pedagógica pela própria coordenação. Em resumo, a direção do processo de Desinstitucionalização/Desospitalização nas mãos da OS significou uma grande aproximação do PPHM.

Retomamos nossa linha de pensamento do primeiro ensaio: a RP baseada na Reforma Sanitária defendia uma mudança estrutural da sociedade, que começasse pela saúde, mas que transbordasse para a sociedade como um todo. Talvez essa visão tenha sido defendida apenas pelos militantes dos dois movimentos, uma vez que sabemos que o Estado tem seu compromisso com o Capital. No entanto, não encontramos qualquer resquício desse mote no processo de Desinstitucionalização no Polo Vera Cruz, uma vez que a crítica sobre o sistema capitalista e seu modo de produção era inexistente e desincentivada.

A RP constituída hoje não busca por mudanças estruturais, trata-se de uma reforma de adequação aos novos moldes do capitalismo, de abertura de mercados e de uma adequação dos novos equipamentos com a saída da elite manicomial. No lugar dos donos de manicômios as Organizações Sociais. No entanto, conserva-se o nome “Reforma Psiquiátrica” para aquilo que no decorrer dos anos perdeu suas características da própria RP. No entanto, isso não significa que os militantes da RP contemporânea não acreditem que sua estratégia não seja correta, a tecnoburocracia inserida no processo administrativo focado no acesso dos serviços de SM parece trazer a ilusão de responder à qualquer impasse político.

O modo de organização do trabalho na Desinstitucionalização/Desospitalização sorocabana não conseguiu romper com as relações hegemônicas de dominação, e embora inicialmente pareceu tender à essa reflexão, em seguida reproduziu aquilo que deveria combater se estivesse alinhada à Atenção Psicossocial. Não se trata somente da relação interno-manicomial, mas das relações sociais de forma mais ampla, ou seja, a relação de dominação-subordinação presente no próprio trabalho, nas relações econômicas e políticas, na divisão social do trabalho, no pensar e executar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Relatório de fiscalização Hospital Psiquiátrico Mental**. 27 abr 2011a. Disponível em: <<http://osm.org.br/osm/wp-content/uploads/2011/06/Relatorio.pdf>>. Acesso em 01 out, 2017.

_____. Presidência da República. **Relatório de inspeção – Hospital Psiquiátrico Vera Cruz**. 10 mai 2011b. Disponível em: <<http://flamasorocaba.files.wordpress.com/2011/12/relatc3b3rio-legista-vera-cruz.pdf>>. Acesso 28 set, 2017.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

FLAMAS. **Considerando a situação das curatelas de pacientes egressos de manicômios**. São Paulo, Sorocaba: 2014. No prelo.

_____. **Levantamento de indicadores sobre os manicômios de Sorocaba e região**. São Paulo: SinPsi, 2011.

GARCIA, M. **A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de Direitos Humanos no campo da Saúde Mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos**. *Psicologia Política*, São Paulo, vol 12, n 23, pp 105-120. Jan – Abril 2012.

GOTO HAINZ, C.; DUARTE, C.; G, GARCIA JR, S. A. Movimento em Flamas: o Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba. In: Martins, M. F. (Org.) **História dos movimentos sociais da região de Sorocaba: origens, conquistas e desafios**. Holambra, SP: Editora Setembro, 2012, p. 159-162.

GOUNET, T. **Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel**. São Paulo: Boitempo, 1999.

HAN, B.C. **Agonia do Eros**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da Esfera Pública: investigações quanto a uma categoria da sociedade burguesa**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**: Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013.

SÃO PAULO. Ministério Público do Estado. Procuradoria Geral de Justiça. **Termo de Ajustamento de Conduta**. São Paulo, SP, 2012.

_____. Ministério Público Federal. Edital. São Paulo: 2013. No prelo.

SILVEIRA, P. DORAY, B. (Org.) **Elementos para uma teoria marxista da subjetividade**. São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1989.

SOARES, C. B. SOUZA, H. S. CAMPOS, C. M. S. Processos de trabalho e enfermagem: uma contribuição a partir da Saúde Coletiva. In: SOUZA, H. S. MENDES, A. (Org.) **Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo: enfermagem em foto**. Rio de Janeiro: DOC Content, 2016.

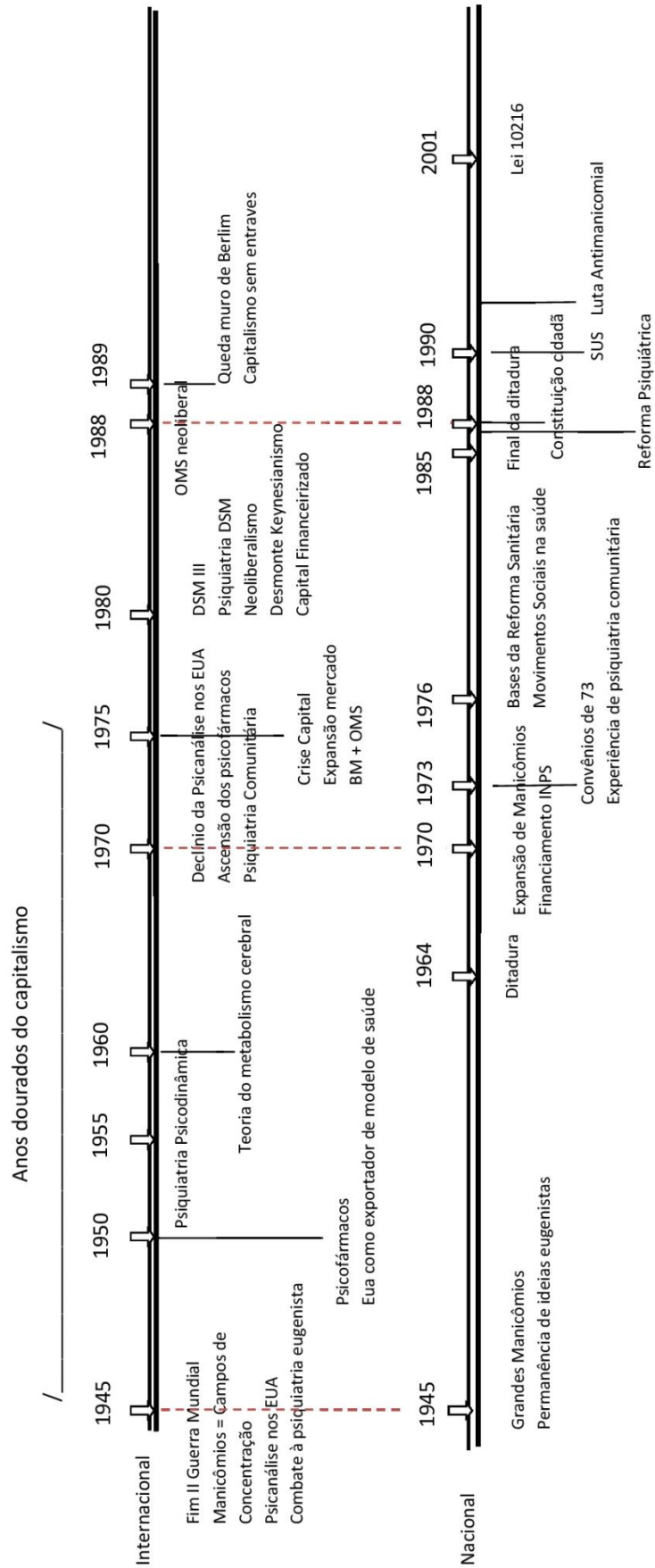
SOROCABA. Prefeitura Municipal. **Contrato de Gestão**. CPL 2024/2013. Dez, 2013.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Auditoria nº 28**. 08 jan, 2015.

ZIZEK, S. **Primeiro como tragédia, depois como farsa**. São Paulo: Boitempo, 2011.

LINHA DO TEMPO

Linha do Tempo: principais fatos político-econômicos x Saúde Mental



CONSIDERAÇÕES FINAIS: A VELHA REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA CONTEMPORÂNEA

Após nosso percurso de escrita, gostaríamos de salientar alguns pontos que talvez não tenham ficado muito claros no exercício de aprofundamento das questões. Tomamos agora certo distanciamento para fazer um esboço geral, não menos importante na apreensão da totalidade.

Nossa dissertação ficou bastante focada em responder a seguinte questão: qual motivo levou a Reforma Psiquiátrica inicial a distanciar-se tanto de seus ideais, a ponto de não mais se reconhecer na Reforma Psiquiátrica contemporânea?

Apostamos nas mudanças sociais que ocorreram no decorrer do tempo, principalmente nas transformações político-econômicas, uma vez que são organizadoras da vida social e produtoras de subjetividades. Se estivemos durante muitas páginas falando da intensificação do capitalismo, que agora vive a predominância de seu modelo financeirizado, também é importante salientar que o cenário político neoliberal, mesmo estando no governo federal um partido de esquerda, foi ponto central para a transformação da Reforma Psiquiátrica. Do lugar de oposição social ao modelo político-econômico hegemônico e crítica à sua produção (material e subjetiva), passamos a simpatizar e compactuar para a manutenção do poder hegemônico, deslocando nossa crítica de uma conjuntura política para o acesso e a gestão, pautas consideradas bastante tecnocráticas. A burocratização governamental foi fundamental para essa transformação. A esse respeito o próprio Franco Basaglia se refere quando diz que as transformações formais surgem como resposta técnica a uma demanda econômica, na conjuntura em que a estrutura não é sequer tocada, resumindo esse processo em transformação, racionalização e controle (BASAGLIA, 1975). Também cabe aqui a perspectiva Derivacionista, que vem denunciar que um Estado criado pelos ideais capitalistas não pode pura e simplesmente ser ocupado por outras classes para se produzir algo diferente, o Estado não é neutro e isto está marcado nos seus mecanismos de ação. Seguindo esse pensamento, podemos, então, refletir sobre as mudanças no interior da RP, respondendo à demanda capitalista neoliberal em uma guinada em sua mudança de posição, de oposição à simpatizante.

Apesar da Reforma Psiquiátrica brasileira ter iniciado com forte influência norte-americana, através da Psiquiatria Comunitária, que não ingenuamente aparece como modelo de exportação estadunidense para a Saúde Mental diante da necessidade de reorganização das instituições em consonância às mudanças do próprio capitalismo, foi com a Reforma Psiquiátrica Italiana que ela ganhou bases para ser considerada de fato alternativa.

O movimento de reflexão de profissionais da Saúde Mental que se dispuseram a pensar outras formas de psiquiatria que negasse aquela organicista e manicomial parece ter sido um momento breve em nossa história, mas subsidiou o discurso e as propostas antimanicomiais, e em alguns pontos localizados do Brasil, algumas práticas importantes.

Nesse momento começa a se configurar uma Reforma Psiquiátrica que não está preocupada em se moldar como medicina mental, essa que se baseia na chancela médica dos exames e medicações. Podemos dizer que essa psiquiatria alternativa era uma psiquiatria reformada na direção da Atenção Psicossocial.

Foi também esse movimento que formou profissionais para operarem na RP colocada em ação, mas que no momento de formalização governamental perdia suas características iniciais, transformando-se como necessidade de acompanhar o próprio movimento social e, mais importante, demonstrando sua submissão à política econômica neoliberal.

Com as transformações no ensino da medicina e áreas da saúde, aproximando a formação do modelo DSM, diagnóstico-medicação, a Saúde Mental também não pode avançar em direção à Atenção Psicossocial por falta de pessoal que a discutisse e minimamente a entendesse.

Dessa forma, consideramos que entre a Reforma Psiquiátrica inicial e a Reforma Psiquiátrica contemporânea, uma série de transformações denunciam a inclinação social às pautas econômicas neoliberais, de modo que não há ruptura entre uma e outra, mas um importante e complexo processo de reorganização institucional mantenedor da estrutura sócio-econômica.

Assumiremos para fins didáticos que a Reforma Psiquiátrica se divide em dois momentos: 1) o momento inicial, fortemente marcada pelo movimento social vinculado à Reforma Sanitária, que questionava a organização social e seu modo de produção, defensora de mudanças estruturais com pontapé inicial na saúde, foi ela que subsidiou a Atenção Psicossocial; 2) Reforma Psiquiátrica atual, pouco crítica com relação ao sistema de produção e simpática aos ideais capitalistas, que não almeja transformações estruturais, mas apenas reorganizações institucionais que tornem as instituições condizentes com ideais não violentos e que encarna sua luta no manicômio arquitetônico.

Dizemos aqui que esta divisão é didática porque essa distinção não ocorreu como ruptura, mas como um processo histórico-social, uma complexa sucessão de fatos e luta hegemônica que vivemos sobre a influência da intensificação do capitalismo, por esse motivo, não podemos considerar, ou deixar brechas para que um leitor desavisado entenda que o processo que descrevemos ocorreu de forma abrupta. Esperamos que ao longo dessa dissertação tenhamos conseguido trazer um pouco do desenvolvimento desse processo de mudanças.

Como resquício da Reforma Psiquiátrica inicial continuamos com o mote de fechamento dos manicômios, mas não como Desinstitucionalização, uma vez que o essencial não é questionado. Na Reforma Psiquiátrica atual a Desospitalização transformou-se em sinônimo da Desinstitucionalização sem que a reflexão necessária para distinguir os dois conceitos seja alcançada.

Importante salientar que para Basaglia o manicômio estaria ligado às perspectivas de modelo econômico (Modo Capitalista de Produção), uma vez que se guia na formação do pensamento crítico em Saúde Mental pela obra de Karl Marx, ele afirma nas palestras que proferiu no Brasil, na década de 1970:

[...] Eu acho que o problema está nos limites do interior, que o problema do louco está no interior do problema da organização de trabalho. Se nós resolvermos esse problema de trabalho poderemos também enfrentar muitos outros problemas. Eu penso que devemos encontrar, e nisso estou de acordo com a pergunta, não somente a prática, mas uma teoria para prosseguir na nossa luta. Para falar a verdade, nós não temos ainda ideias muito claras sobre isso. O capitalismo hoje domina ainda a cena e nos coloca numa condição muito difícil para enfrentar os problemas teóricos da nossa luta. Eu acredito no triunfo do socialismo, mas não sei quando ele virá. Creio que hoje o bom marxista coloca o problema da prática marxista, que toma como prioridade a subjetividade na luta do dia-a-dia, em meio às contradições do capital. Eu acho que hoje poderia ser essa a tarefa. Por exemplo, se todos os profissionais aqui presentes comessem a fazer um trabalho de transformação institucional independentemente do seu poder institucional já seria um grande passo para a conquista do socialismo. Por outro lado, se muitos de nós, amanhã, depois desta reunião, retornarmos nosso trabalho como se nada houvesse acontecido, aí eu acredito que o capitalismo sempre vencerá (BASAGLIA, 1979, p.25).

Esperava-se que os países libertados pela revolução socialista desenvolvessem a psiquiatria de uma maneira diferente, mas, infelizmente, nestes países, não só os manicômios normais são prisões semelhantes ao Juqueri como foi criado outro tipo de manicômio: o manicômio político (BASAGLIA, 1979, p. 44)

Percebemos aqui, que para além da crítica feita aos países socialistas da época, Basaglia nos sinaliza que pressupõe que organizações sociais diferentes da capitalista seriam condição para mudanças na Saúde Mental, uma vez que se baseiam em um modo diverso do Modo Capitalista de Produção, e mais, o socialismo seria um pré-requisito para essas mudanças, uma vez que trazem a subversão no modo de produção. Basaglia considera que os manicômios servem para marginalizar os excluídos sociais, que são as pessoas consideradas improdutivas em uma sociedade voltada para a produção.

É também nessa desconstrução institucional que Basaglia expressa a possibilidade de superação manicomial, uma vez que uma nova instituição poderia ser formada. Trata-se de um questionamento profundo sobre as instituições criadas e organizadas no modo capitalista.

Basaglia fala de Desinstitucionalização como questionamento das instituições, em consonância a uma leitura marxista. Diante dos questionamentos institucionais, a instituição se desfaz para se reinstituir, esse movimento tenderia à horizontalidade, e por isso, tem como horizonte ético o desembocar em uma auto-gestão. Nesse contexto, desinstitucionalização não seria simplesmente mudar de instituição, ou mudar a instituição sem mudar a estrutura. Vemos essa mesma reflexão nas experiências das Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional:

As Comunidades Terapêuticas (CT) inglesas e a Psicoterapia Institucional (PI) francesa introduziram a crítica à forma da organização institucional, indicando a necessidade lógica de um funcionamento em termos da horizontalização das relações intrainstitucionais, portanto, na direção dos modos cooperados; particularmente a PI demonstrava que o essencial da terapêutica psíquica incluía o

protagonismo dos sujeitos do sofrimento; protagonismo que por sua vez, decorria do próprio modo do funcionamento sociossimbólico da instituição, que determinava as relações dos sujeitos do sofrimento, entre si e entre esses e os trabalhadores da instituição (COSTA-ROSA, 2013, p. 47).

Frisando a contestação às instituições vigentes no período manicomial, alternativas são alvo de reflexão, sobressaindo-se as Comunidades Terapêuticas inglesas e a Psicoterapia Institucional francesa. Diante da possível desconstrução da instituição manicomial e o acúmulo de forças para abrir brechas ao instituinte que negasse as velhas instituições, o caminho lógico é o da horizontalização e da cooperação, tomaremos essa características como uma das propostas da velha Reforma Psiquiátrica, esquecida pela Reforma Psiquiátrica contemporânea, ou no melhor dos casos impossível de se compreender em nosso cenário contemporâneo, diante das características do laço social.

Esse “esquecimento” necessário de se decifrar pode nos ser bastante útil. Na medida em que a horizontalidade é representada da forma mais genuína no modo cooperado, estremece as estruturas estabelecidas, e está em consonância com mudanças sociais que vão além da saúde. Como já vimos a Reforma Psiquiátrica em um determinado momento passa a simpatizar com o que é hegemônico, em uma luta bastante complexa, e por isso, empenha-se em manter as estruturas de forma estáveis, provocando mudanças superficiais e cosméticas, mas capturam o processo de pensamento. O fato de serem reflexões rasas, na perspectiva de que não se aprofundam no essencial da questão, não quer dizer que seja fruto de processos de pensamento banais.

No questionamento que Basaglia faz sobre as instituições psiquiátricas, vemos claramente a desconstrução e reconstrução: enquanto desmorona a psiquiatria asilar, são construídos processos de auto-gestão, em parceria dos trabalhadores, da comunidade e dos internos dos manicômios, e isso fica evidente nas experiências de Gorizia e Trieste. Como exemplo, citamos a decisão da equipe em dar alta aos internos de Gorizia e se despedir em massa.

É desse modo que aproximamos os conceitos de Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização, uma vez que a última é a principal ação representante da primeira, como pontapé inicial de um processo de desconstrução e reconstrução. O termo complexo da Desinstitucionalização pressupõe inicialmente esse questionamento da instituição psiquiátrica e não a simples retirada dos internos do manicômio. Precisamos compreender que o ato radical de Basaglia, de alta aos pacientes, foi fruto desse questionamento inicial. Portanto, toda retirada de internos que não pré-estabeleça o questionamento à psiquiatria, está muito mais próximo da Desospitalização. Desinstitucionalização só pode ser considerada quando é produto do questionamento ao instituído psiquiátrico, e em nosso tempo, não estamos falando somente do questionamento à psiquiatria manicomial, mas à nossa psiquiatria hegemônica.

Nesse sentido, as assembleias nos Hospitais Psiquiátricos e nos CAPS deveriam ser espaços dessa nova formulação dos laços auto-gestionários das novas instituições, servindo

para discutir as relações de poder, embora não tenhamos notícias de um processo de Desinstitucionalização que tenha se tornado totalmente auto-gestionário, no entanto muitas iniciativas de grupos auto-organizados foram referências em Gorizia (SLAVICH, 1985).

Foi também neste mesmo caminho que a Reforma Sanitária e a velha Reforma Psiquiátrica propuseram a discussão da gestão dos serviços de forma compartilhada, com a participação dos usuários e da população. Sobre isso, Basaglia diz:

Numa cidade como São Paulo, enquanto os técnicos não entenderem a lógica de morte do Juqueri... A nova técnica de gestão da loucura saíria da transformação do Juqueri. Nada se destrói transportando as pessoas para outros lugares, ou outros manicômios.

É mistificação, é absurdo. Mas a transformação virá quando, dia após dia, destruímos os mecanismos da instituição mesma. E isto deve acontecer com a participação da comunidade (BASAGLIA, 1979, p. 48).

Aproximamos a Desinstitucionalização ao conceito de autogestão (informação verbal⁷¹), a própria desconstrução institucional é realizada em parceria da comunidade. Esse exercício apresenta-se como prévia para as novas configurações institucionais que assumirão a lacuna institucional hierárquica.

Embora a Reforma Psiquiátrica contemporânea seja subsidiada pela legislação e pelo programa nacional de Atenção Psicossocial, ela é muito mais sustentada no discurso que nas práticas, no entanto o próprio contexto social – capitalismo, terceirizações, medicalização, formação a-crítica e científica – impõe seus limites. Mesmo assim, alguns lugares conseguiram fazer as ações avançarem minimamente.

A popularização da Reforma Psiquiátrica através do programa do Ministério da Saúde, centralizada no acesso da população aos CAPS, ocorreu em um momento de domínio da psiquiatria DSM, portanto essa expansão não tinha suas bases em um movimento de crítica institucional, como definiu Basaglia. A expansão proporcionada pelo Ministério da Saúde já esteve vinculada à nova Reforma Psiquiátrica, que da proposta inicial herdou apenas uma rasa crítica.

As terceirizações aparecem como um sintoma da Reforma Psiquiátrica contemporânea, vindo denunciar o casamento entre Saúde Mental e capitalismo. Consideramos que as terceirizações são um fator dificultador extremo para qualquer possibilidade de retomada dos ideais da Reforma Psiquiátrica.

⁷¹ Informação fornecida pelo professor doutor Abílio da Costa-Rosa em reunião de orientação no dia 23 de novembro de 2017, na Unesp, campus Assis.

A experiência de Sorocaba ocorreu nesse momento onde a Reforma Psiquiátrica está completamente transformada, na qual não se faz críticas profundas, não há preocupações com as estruturas sociais, com a crítica social para além da exclusão, e mesmo essa é pensada de forma bastante rasa, pois não há questionamentos em que lugar esse sujeito será incluído. Oras, nesse caso estamos falando da saída do manicômio e o reposicionamento no lugar de consumidor, com seu gadget encarnado na medicação e, desse modo, a liberdade é aquela descrita pelo capitalismo intensificado, como uma ilusão. Como vimos, o lugar reservado para ele continua sendo o da medicalização como advento do consumo.

As críticas que fizemos nesse trabalho podem fazer o leitor se questionar sobre a melhoria de condições da pessoa em sofrimento psíquico. Sobre esse respeito reproduziremos a fala de Basaglia: “Eu que diante de um manicômio que mata as pessoas é melhor estar vivo, mesmo se nos tiram as cuecas” (BASAGLIA, 1979, p.48). O contexto dessa citação diz sobre as mudanças no sistema de Saúde Mental norte-americano, quando a Lei Kenedy de 1961 fechou os manicômios e em seu lugar abriu centros de saúde. Basaglia descreve como a organização desses centros continuava sendo de controle da população, de uma forma que parece mais sutil, mas ao mesmo tempo muito mais abrangente, como exemplo, fala de uma visita domiciliar realizada pelo serviço social, que tinha a função de acompanhar pessoas que recebiam uma pensão por desemprego, - potenciais internos dos manicômios uma vez que essas instituições se destinam aos improdutivos - em uma dessas visitas a assistente social encontra na casa de uma mulher desempregada uma cueca de homem, a lógica que se impõe é a seguinte: se há um homem na casa, a mulher está sendo sustentada por ele e, logo, não precisa da pensão. Assim a pensão é cortada, diante da evidência da cueca, ao que Basaglia nos diz, que se o manicômio mata, é melhor estar vivo, mesmo que com o controle mais “refinado” do Estado.

Do nosso ponto de vista, diremos algo semelhante: se os manicômios brasileiros foram substituídos pela lógica dos manicômios químicos (ainda no marco de um controle dos corpos) e abertura de um mercado imenso de pessoas consumidoras de psicofármacos (em um marco diferente, como consumo da medicação enquanto gadget) – seja para dar conta de um sofrimento mais intenso, do vazio estrutural ou do aprimoramento de si –, ainda assim pode ser considerado melhor que morrer no manicômio, mas isso não significa que é um bom modelo.

Diante desse fato o pensamento crítico para os trabalhadores da Saúde Mental não pode deixar de lado o contexto geral do capitalismo, assim como a própria configuração do laço social que coloca o sujeito como consumidor voraz. Compreender o caminho percorrido pela Reforma Psiquiátrica brasileira, as distintas características iniciais e contemporâneas e as transformações sociais que levaram a essas mudanças é fundamental.

Precisamos, ainda, dizer que a Reforma Psiquiátrica não supunha a psiquiatria DSM, embora ela já existisse nos movimentos iniciais de contestação junto à Reforma Sanitária, talvez com menos força, mas que na medida em que o tempo passa vai se transformando em hegemônica e com maior subsídio do discurso científico. A atuação da psiquiatria DSM diz de

uma incapacidade de avanço da Reforma Psiquiátrica ou ainda, de uma inexistência de sua implantação, em contextos particulares.

Nos momentos finais de escrita dessa dissertação tivemos acesso a documentos importantes que ilustram nosso desenvolvimento, ao mesmo tempo em que ainda servem no deciframento da Reforma Psiquiátrica contemporânea. Trata-se de três apresentações do Ministério da Saúde à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), do mês de agosto de 2017 que propõem mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (BRASÍLIA, 2017a, 2017b, 2017c), e a primeira resolução aprovada na CIT, produto das três apresentações anteriores, em 14 de dezembro de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Precisamos caracterizar a composição do Ministério da Saúde para entender melhor o contexto: o ministro Ricardo Barros nomeado pelo atual presidente da República Michel Temer, após o golpe parlamentar que retirou a então chefe de Estado Dilma Rousseff, escolheu para ocupar o cargo de coordenador nacional de Saúde Mental Quirino Cordeiro Júnior, psiquiatra apoiado pela Associação Brasileira de Psiquiatria, que em seu histórico salienta sua atuação no SUS e a proposta de “trabalhar junto com as associações de familiares, de pacientes, junto aos movimentos de trabalhadores pela saúde mental, junto a todos os atores que atuam em prol da saúde mental, sendo psiquiatras ou não” (ABP, 2017). O ministro antecessor foi Marcelo Castro, ainda no governo Dilma, que assumiu o cargo como barganha em troca de apoio político do PMDB na conturbada crise que ameaçava destituí-la da Presidência. Castro, médico, havia nomeado como coordenador de Saúde Mental Valencius Wurch Duarte Filho, seu ex-aluno e que apresentava um histórico de alinhamento das práticas manicomialistas, uma vez que foi diretor do Manicômio de Piracambi, no Rio de Janeiro, conhecido oficialmente como Casa de Saúde Doutor Eiras, entre 1993 e 1998, na época o maior Manicômio da América Latina, conhecido por diversas violações de Direitos Humanos. Wurch manteve-se no cargo por 5 meses, sob muitos protestos dos grupos antimanicomialistas e defensores da Reforma Psiquiátrica, que chegaram a ocupar salas do Ministério da Saúde, em ação que ficou conhecida como “Ocupação Valente”, fazendo referência à própria Presidente da República que em campanha eleitoral era denominada “Dilma, coração valente”. A nomeação de Quirino veio em tom de apaziguamento depois da conturbada nomeação de Wurch, e de fato, não sofreu a oposição dos movimentos.

Voltando, a primeira apresentação, “Política Nacional de Saúde Mental” verificamos a reorganização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), caracterizada da seguinte forma: 1) Nível Primário: Unidades Básicas de Saúde; 2) Nível Secundário: *Ambulatórios*, CAPS e serviços de urgência e emergência; 3) Nível Terciário: Hospitais Gerais e *Hospitais Psiquiátricos Especializados*; 4) Serviços com fins à saúde: Unidade de Acolhimento, Serviço de Residência Terapêutica e *Comunidade Terapêutica* (CT) (BRASÍLIA, 2017a).

Nossos destaques apontam para as novidades dessa política, ainda como proposta nesta apresentação: incentivo para criação e desenvolvimento de Ambulatórios, perpetuação do HP, que agora recebe o sobrenome “Especializado” e incentivo para as parcerias com CT.

Nos Ambulatórios o alvo seriam as pessoas com “transtornos mentais moderados” e se caracterizariam como serviço intermediário entre a UBS e o CAPS, mas não como porta de entrada na rede, sendo que a pessoa necessita de encaminhamento para poder utilizar seus serviços (BRASÍLIA, 2017a).

A diferença entre os leitos de SM em Hospital Geral e o Hospital Psiquiátrico Especializado é descrita da seguinte forma: para o primeiro reserva-se o leito para pacientes graves agudizados *com* presença de comorbidade⁷² clínica, já o HP Especializado destina-se à pacientes graves agudizados *sem* presença de comorbidade clínica. Para os dois equipamentos pressupõe-se a internação breve, com posterior encaminhamento para outros pontos da RAPS (BRASÍLIA, 2017a).

Essa nova definição nos traz as seguintes reflexões: há a readequação do HP que tenta negar o Manicômio, uma vez que agora tem o aval do Discurso Científico que lhe possibilita utilizar o sobrenome “Especializado” e negar a cronificação causada anteriormente pela instituição manicomial. É a instituição hospitalar científica e estritamente técnica. Estamos diante da formalização da instituição psiquiátrica hospitalar como lócus oficializado da Psiquiatria DSM. Notem aqui que não se fala em retorno do Manicômio, como local de depósito e cronificação, mas de tratamento psiquiátrico no seu melhor estilo científico, em internações breves. É a recusa da Psiquiatria DSM em se reconhecer na Psiquiatria Asilar.

As CT, por sua vez, são destinadas aos usuários com transtornos mentais graves relacionados ao uso de álcool e outras drogas, com recaídas anteriores e insucesso nos tratamentos prévios, nesse caso, apresentariam a necessidade de acolhimento de *longo prazo*, mas sem especificação do tempo necessário.

Chamamos a atenção ao que propõem as CT: aqui não há tentativa de recusar a cronificação, parece tratar-se do ressurgimento do modelo asilar com algumas especificidades, a principal é a mudança do ‘alvo’, ao invés de pessoas com “transtornos mentais”, agora trata-se de pessoas com “transtornos mentais” relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Podem encaminhar para a internação em CT os CAPS, o Hospital Geral e o Hospital Psiquiátrico Especializado. Em resumo, a pessoa que não consegue a tal “cura” nos componentes substitutivos da RAPS, é enviada ao modelo asilar.

Consideramos importante destacar a proposta de criação de um novo tipo de CAPS, o AD-R, ou seja o CAPS AD de Referência, que tem como local de atuação a cena de uso de drogas. Os CAPS AD passam a ter relação privilegiada no encaminhamento para internações, sejam em HG, HP Especializado ou CT.

Na apresentação “Linhas de ação - Gestão e monitoramento – Política Nacional de Saúde Mental”, temos duas propostas: 1) Linhas de ação política, subdividida em a) Prevenção e b) Assistência e Reabilitação Psicossocial; 2) Gestão e monitoramento da

⁷² Presença de duas ou mais doenças, que estão relacionadas entre si. No caso, entende-se que há um “transtorno mental grave” que se relaciona à um diagnóstico clínico distinto, mas que se relacionam.

política, subdividida em a) obras, b) incentivos não-executados, c) produção e equipe mínimas dos CAPS e d) programas de convênios.

Primeiro chamamos a atenção para o fato de que essa apresentação exclui o nome “Atenção Psicossocial”, renomeando por “Assistência e Reabilitação Psicossocial”, muito mais próximas da visão psiquiátrica.

É nesse arquivo que encontramos propostas de financiamento para os equipamentos: financiamento dos leitos em HP de forma padronizada, sem diferenciação com relação ao número de leitos (quanto mais leitos, menos financiamento, anteriormente), configurando o valor de R\$70,00 a diária, sendo reservados para isso 60 milhões de reais, anualmente, a justificativa apresentada diz que o baixo financiamento, de até então, define a má qualidade dos leitos; CT financiadas com o valor anual de 240 milhões de reais, dos quais metade será proveniente do Ministério da Saúde; leitos de SM em HG pagos por produção, no valor de R\$185,00, contrapondo o modelo de financiamento anterior, quando o repasse era realizado independente da taxa de ocupação dos leitos e representava um impacto financeiro de 78 milhões de reais. Nesse último caso, o repasse independente da produção buscava não incentivar a permanência da pessoa no leito de SM de forma desnecessária (BRASÍLIA, 2017b).

Essa reorganização financeira nos chama a atenção por alguns aspectos: 1) manutenção dos leitos existentes em HP; 2) o valor quatro vezes maior para o financiamento das CT, equipamento caracterizado como internação de longo prazo, pela apresentação anterior.

Destacamos, ainda, que a desinstitucionalização de moradores de HP continua prevista na política, além do incentivo para construção de novos equipamentos já previstos na RAPS e de novos Ambulatórios chamados de Assistência Multidisciplinar de Média Complexidade em Saúde Mental (AMENT) (BRASÍLIA, 2017b).

Na terceira apresentação “Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental” é realizada a apresentação da RAPS, nos marcos da Política Nacional de Saúde Mental, mostrando a quantidade de equipamentos substitutivos no Brasil, seguido de questionamentos sobre os recursos financeiros sem comprovação de execução, cerca de 30 milhões de reais. Outro ponto destacado é a ocupação de leitos de SM em HG, que em resumo foram pouco utilizados: 2013 – 12,99%; 2014 – 27%; 2015 – 29,70%, 2016 – 27%, enquanto 44 HP ficaram com taxa de ocupação acima da capacidade instalada (BRASÍLIA, 2017c).

Essa disposição dos dados pode ser lida tanto como a existência de uma demanda do sofrimento psíquico que não chega ao HG, como pela defesa da existência dos HP.

O Termo de Ajustamento de Conduta de Sorocaba também é debatido, apresentando os seguintes dados com relação ao número de moradores: HP Vera Cruz (Sorocaba) – 253 moradores; Clínica Psiquiátrica (Salto de Pirapora) – 179 moradores; Hospital Santa Cruz

(Salto de Pirapora) – 221 moradores; Hospital Vale das Hortências (Piedade) – 231 moradores; totalizando 849 moradores (BRASÍLIA, 2017c).

Além disso, são apresentadas as seguintes denúncias, realizadas pela Prefeitura de Sorocaba e pelo Conselho Municipal de Saúde de Sorocaba:

- . Desvio de Recursos enviado pelo Ministério da Saúde
- . Desvio do Benefício do Programa de Volta para Casa
- . Hospitais com funcionamento Irregular
- . Maus Tratos e Violação de Direitos nos Hospitais e nas SRTs
- . Mortes nos Hospitais e SRTs
- . Problemas Técnicos na Condução da Desospitalização
- . Município com Sobrecarga Financeira
- . Sobrecarga ao Sistema de Saúde Municipal (BRASÍLIA, 2017c, p. 34).

Essas três apresentações subsidiaram a Resolução da CIT, publicada em 14 de dezembro de 2017. Nela destacamos alguns pontos que condizem com as apresentações e definem a nova Política Nacional de Saúde Mental:

1) Fazem parte da RAPS: Atenção Básica, Consultório na Rua, Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos I e II, Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais, Centros de Atenção Psicossocial nas suas diversas modalidades, *Equipe de Assistência Multiprofissional de Média Complexidade em Saúde Mental, Hospitais Psiquiátricos Especializados*;

2) Acompanhamento e monitoramento da RAPS definidos por metas, indicadores qualitativos e quantitativos;

3) A impossibilidade de ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, reafirmando o modelo de base comunitária;

4) Criação do CAPS AD-R;

5) Fortalecimento e apoio técnico e financeiro para o processo de desinstitucionalização;

6) Maior flexibilidade aos gestores municipais para organização das SRTs;

7) Ampliação da oferta de leitos hospitalares qualificados para internação de pacientes com quadros mentais agudos, tanto na ocupação dos leitos de SM em HG, quanto na reestruturação do HP com o reajuste do valor da diária, não especificado na resolução;

8) Fortalecimento e parceria com CT.

Tomando a resolução como documento oficial, podemos dizer, até agora, que o HP Especializado garantiu sua existência em contraposição à proposta anterior, que previa o fechamento gradativo. Hoje no Brasil temos cerca de 25.000 leitos em HP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Uma vez que o processo de Desinstitucionalização continua como proposta, os leitos serão redirecionados para pacientes em quadros agudos e internações curtas, embora

não especificado em seu tempo. Parece-nos que a grande mudança nessa nova política diz sobre as CT e seu acúmulo de poder político, uma vez que são instituições defendidas pela bancada evangélica.

A resolução ainda precisa tornar-se portaria e será regulamentada por outros documentos, saberemos em breve a real face dessa política, mas já temos algumas pistas.

Essa resolução foi bastante comemorada e apoiada pela ABP, que em nota dizia-se preocupada com a condução da Política Nacional de Saúde, principalmente pelo escasso embasamento técnico-científico nas ações do Governo Federal.

Como vimos, vivemos a ascensão do Discurso Capitalista através do Discurso da Ciência de forma mais enfática. A psiquiatria DSM agora poderá desenvolver sua proposta para a SM, a aplicação de uma ciência médica, baseada em exames de ponta e medicações modernas, tendo como retaguarda o HP Especializado como local privilegiado da medicina DSM intensiva. Não há pactuação com o Manicômio, lugar de violação de Direitos Humanos, mas a direção técnico-científica. Esse é o panorama defendido.

No entanto não é o que se apresenta no discurso sobre as CT, essas nos parecem o retorno puro e simples do modelo asilar, arcaico, retrógrado e sem fundamentação que justifique sua entrada na RAPS. Aqui se apresenta a conquista de um espaço de lucro através do poder político, mas que na melhor das hipóteses será regulamentada pela sua aproximação ao Discurso da Ciência.

Nosso trabalho se focou em captar as transformações do Campo da Saúde Mental, buscando entender a partir da análise das questões organizativas dessa sociedade, principalmente pelo Modo Capitalista de Produção, o porquê dessas mudanças tão significativas, a ponto de que a velha Reforma Psiquiátrica já não se reconhece na sua versão contemporânea. Talvez por vivenciarmos os contrastes da reforma inicial e as ações nos equipamentos substitutivos ao Hospital Psiquiátrica na atualidade, tenhamos focado insistentemente nos motivos que levaram a essa transformação, deixando um pouco de lado a caracterização da velha Reforma Psiquiátrica. No entanto, essa insistência nos revelou um processo que ocorreu em consonância com a própria intensificação do capitalismo, e isso se apresenta para nós como algo de bastante importância, pois diz de mudanças sociais como um todo, mas apreendidas através da experiência da Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. Nomeação do novo Coordenador-Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde é celebrada pela ABP. fev. 2017. Disponível em:

<<http://www.abp.org.br/portal/nomeacao-do-novo-coordenador-geral-de-saude-mental-do-ministerio-da-saude-e-celebrada-pela-abp/>>. Acesso em 17 dez. 2017.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

_____. Rehabilitacion y control social. In: BASAGLIA et al. **Psiquiatria, antipsiquiatria y orden manicomial**. Barcelona: Barral editores, 1975.

BRASÍLIA (Brasil). Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: [s.n.], 2017a.

_____. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES; Secretaria de Atenção à Saúde. **Linhas de ação/Gestão e monitoramento – Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: [s.n.], 2017b.

_____. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES; Secretaria de Atenção à Saúde. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: [s.n.], 2017c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados 12**. Ano 10, n 12, setembro 2015.

_____. **Saúde Mental veta ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais especializados e amplia rede de atenção**. dez. 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42176-saude-mental-veta-ampliacao-de-leitos-psiquiatricos-em-hospitais-especializados-e-amplia-rede-de-assistencia>. Acesso em 14 dez. 2017.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

_____. Orientação [nov. 2017]. Assis: Unesp, 2017. Orientação de mestrado.

SLAVICH, A. Mito e realidade da autogestão. In: BASAGLIA, F. (Org.) **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.