



Da reforma à contra reforma psiquiátrica: os caminhos da loucura institucionalizada no Brasil

From reform to counter psychiatric reform: the paths of institutionalized madness in Brazil

Thaís Mendonça Resende¹

 orcid.org/0000-0002-0557-7680

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Juiz de Fora, MG, Brasil.

Autor para correspondência: Thaís Mendonça Resende. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, Juiz de Fora, MG, Brasil. E-mail: resendethais37@gmail.com

Como citar este artigo

ABNT

RESENDE, T. M. Da reforma à contra reforma psiquiátrica: os caminhos da loucura institucionalizada no Brasil. **Humanidades (Montes Claros)**, Montes Claros, v. 9, n. 2, p. 64-66, jul./dez. 2020. <https://doi.org/10.53303/humanidades.v9i2.69>

Vancouver

Resende TM. Da reforma à contra reforma psiquiátrica: os caminhos da loucura institucionalizada no Brasil. **Humanidades (Montes Claros)**. 2020 jul-dez;9(2):64-6. <https://doi.org/10.53303/humanidades.v9i2.69>

O paradigma assistencialista em que predomina a centralização profissional, ou seja, o controle terapêutico organizacional, é um problema que ainda atinge as instituições hospitalares psiquiátricas brasileiras, mesmo com novos revestimentos reformistas. Como consequência, permanece a sujeição do cliente em relação à criação de seu processo de cuidados “integral” à saúde, e a transferência institucional da responsabilidade sobre este, realizada pelos familiares e pela sociedade.

Se antes, tal centralização estava apontada estritamente para o médico, agora, diante da filosofia integralista, ela ganha um caráter multidisciplinar, em que diversos atores especializados disputam seus saberes no controle do rumo terapêutico ao qual o cliente fica sujeitado. Mas, ainda assim, o psiquiatra tem a voz de comando, mesmo à revelia de terceiros. Por isso, a integralidade real é questionada, uma vez que a abordagem neuropsíquica e a vontade médica tendem a predominar sobre as demais abordagens e vontades.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), instrumento proposto pela Reforma, visando estruturar o plano assistencial, individualizado e de construção múltipla, e sobretudo contando com a participação do cliente, tem evidenciado também, de forma pragmática, a multidisciplinaridade autocrática. O PTS vem servindo de instrumento de manobra para satisfazer os múltiplos intentos, quando não se transforma em um instrumento de duelo das vaidades, a fim de demonstrar qual método especializado é o mais eficaz. Aquele que deveria protagonizar tem ocupado o papel de figurante, ficando veladas suas vontades e recusas, assim como suas reais possibilidades e dificuldades.

Ainda dentro do paradigma do controle, encontramos algumas redes de serviços abertos e vinculadas às instituições hospitalares privadas. Dentre os tipos de serviços, citam-se: Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais Dia, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, Moradias Assistidas e Unidades Ambulatoriais.

Os serviços substitutivos, se por um lado fazem parte da proposta para desospitalizar e para reinserir socialmente o cliente há muito institucionalizado, por outro lado, servem para algumas instituições hospitalares encontrarem uma forma de contornar a longa permanência. Criou-se uma ciclicidade de internação de média e de curta permanência, intercalada pelos encaminhamentos aos serviços abertos. Ou seja, a internação em si permanece, só modificou sua natureza. Com isso, questiona-se: Tem havido comunicação efetiva entre as esferas assistenciais para a continuidade terapêutica? Pois, o que explica essas rupturas cíclicas, com necessidade de reinternações? Qual a finalidade dessa rede no contexto apresentado?

De forma geral, mantém-se o cliente submetido a um processo terapêutico cíclico e circunscrito. Outra forma de aprisionamento sem muros é estabelecida e, assim, assegura-se a tutela de corpos e de cabeças. A tutela ainda está presente, tanto de maneira subliminar, através do controle da frequência nas oficinas terapêuticas - sendo passível de desligamento o cliente que obtiver determinado número de faltas, por exemplo - quanto de modo explícito, por meio das internações involuntárias com respaldo médico e das remoções forçadas, sem nos esquecer das internações compulsórias por ordem judicial.

Tanto no setor público quanto no privado, ocorre o processo descrito nas linhas acima, com algumas particularidades próprias. Outras diferenças se desenvolvem de acordo com o perfil socioeconômico dos clientes que cada entidade recebe, interferindo significativamente na qualidade assistencial associada a cada perfil. Nas entidades privadas, são ofertadas infraestrutura de hotelaria de ponta e ações profissionais complementares, além da equipe básica - assistente social, psicólogo, enfermagem, médico clínico e psiquiatra - como educador físico, terapeuta

ocupacional e conselheiro nos casos de adicção. Ofertas muitas vezes respaldadas por sistemas de avaliação e de certificação de qualidade que visam promover uma imagem institucional de competência e de referência. A diferença entre o privado e o público reside na promoção ou não de condições assistenciais mais dignas e privilegiadas.

Mas, o trancamento ainda existe, seja modernizado ou não. Portas são trancadas à chave ou de modo eletrônico. Saídas voluntárias são impedidas. Todavia, existe a possibilidade mediante acordo com os profissionais, envolvendo ou não a família. Assim, as saídas são acordadas e o cliente fica submetido ao acordo que envolve algumas condições comportamentais. É a perpetuação do jogo de punição e de recompensa e da infantilização da relação?

Fugas são monitoradas, contidas e rechaçadas quando ocorrem. A fuga é entendida como momento de crise. O manejo à crise é uma questão muito perturbadora e quando o controle pode tornar-se mais evidente por meio do modo de realizar as contenções químicas e mecânicas. As contenções são necessárias, em muitos casos, quando o paciente apresenta risco para si e para terceiros. Contudo, a linha é muito tênue que separa a necessidade e o abuso.

A contenção é um dos métodos terapêuticos hospitalares que mais divide os profissionais no momento da decisão por sua escolha. Por carregar um caráter agressivo, ela divide, incomoda e empodera. Mas, é justamente por tal característica que ela revela diversos modos de ser.

Existem profissionais de todas as categorias, realmente diferenciados em relação ao sistema predominante controlador, que procuram encontrar espaços mais humanizados e horizontalizados de relações. Esses profissionais, por vezes, demonstram suas angústias e insatisfações quando os espaços são

limitados e tentam fazer a diferença, quem nem sempre é bem recebida pelos que ditam as regras.

Entretanto, é inegável a predominância do controle terapêutico organizacional. É visível aos olhos mais atentos e conhecedores. A questão delicada é que ele se faz de modo complexo e multifatorial. Pois o controle envolve o permitir passivamente, o associar-se conscientemente e o ignorar. Profissionais, clientes, sociedade e família colaboram com o controle. Existem clientes conscientes, profissionais permissivos, sociedade e família ignorante. E outras formas de combinações possíveis entre esses sujeitos e os modos de ser.

Ou seja, têm os que veem, mas fazem que não. Têm aqueles que veem e se mobilizam, cada um de uma forma - da exaltação à discrição. Têm os que enxergam e colaboram conscientemente. Têm aqueles que se contaminam. E têm os realmente cegos. É assim, de acordo com a possibilidade, a limitação e a escolha de cada um.

Enfim, mudar é um convite da vida, visto que esse é o movimento natural do mundo. Mas, no contexto da saúde mental, em especial no que diz respeito às instituições de caráter de internação, mudar tem sido uma exigência legal. Todavia, essa mudança pode ir até onde e até quando? Realizo esses questionamentos ao observar que, após quase 20 anos de legislação vigente, têm ocorrido avanços e retrocessos. E os vetos ocorridos recentemente, sobre a legislação 10.216\01, representam um significativo marco da regressão em relação à Reforma e, sobretudo, ao que ela preza.

Enquanto houver um poderio de aprisionamento, motivado pelos mais diversos fatores, podemos dizer que os donos dos antigos manicômios, hoje perpetuando diretamente ou indiretamente seus legados, encontrarão meios para manter o poder de

alguma forma, seja explícito ou não? Essa é a principal questão que surge, após as constatações acima realizadas. Parece haver uma força de manutenção histórica, política, social e subjetiva que teima, insiste e pressiona a perpetuar.

Coloco em xeque a capacitação profissional - fortemente preconizada pela Reforma - como força transformadora do modo de fazer saúde mental. Pois, parece que o modo de ser dita outros modos, como o fazer e o comportar. É na subjetividade que repousa o ímpeto de agir, e essa só pode ser trabalhada por meio de um mecanismo psicoterapêutico. Capacitar é ato objetivo que não alcança o subjetivo.

Acredito que sujeitos poderosos e desejosos pelo poder é uma marca de todos os tempos e em especial dos tempos em que o capital e o mercado imperam. Onde houver possibilidade de lucro e de exercer o poderio prazeroso, meios para tal serão facilitados. E, aí entra o jogo lucrativo sanidade x loucura, em que como em qualquer jogatina, deve haver o vencedor e o perdedor. Nesse tabuleiro, não há bem comum, mas privilégios e prejuízos. Todavia, espero que evoluamos para uma modalidade de jogo que estimule mais a cooperação e menos a disputa. Que não seja um desejo utópico, mas esperançoso no sentido de seguir os exemplos de países onde a Reforma tem-se refeito, como Inglaterra, França e EUA.

AGRADECIMENTOS

Dedico este artigo à Profa. Dra. Teresa Cristina Soares, que me iniciou nos caminhos da saúde mental por meio de olhos sempre éticos, realísticos e cuidadosos.