

Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil

Psychiatric Reform and Democracy in Brazil

Paulo Gabriel Godinho Delgado ¹

Abstract *In this article I reflect on the reasoning behind Law 10.216/2001. I highlight the role of the Anti-Asylum Movement as a determinant for the development of the Law. I hold up Dra. Nise da Silveira as being the true pioneer of Brazilian Psychiatric Reform. I point out that psychiatric reform is not hegemonic in Brazil. I stress the complexity of mental suffering and the humility necessary for anyone planning to attempt to treat it. I draw attention to the fact that the principles of psychiatric reform are the Unified Health Services (SUS), especially the universality and comprehensiveness of care. I reiterate the existence of international standards enshrining the rights of people with mental disorders and the necessary commitment to the duties imposed by Brazilian law.*

Key words *Psychiatric Reform, Law 10.216/2001, Legislative, Brazil*

Resumo *Neste artigo reflito sobre as razões da Lei 10.216/2001. Destaco o papel do Movimento da Luta Antimanicomial como determinante para apresentação do Projeto de Lei original. Lembro a Dra. Nise da Silveira como a verdadeira pioneira da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Situo que a reforma psiquiátrica não é hegemônica no país. Alerto para a complexidade do sofrimento mental e para necessária humildade a quem se propõe a cuidá-lo. Lembro que os princípios da Reforma são os do SUS, sobretudo a universalidade e a integralidade no cuidado. Reitero a existência de normas internacionais consagradas de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o necessário compromisso com os direitos decorrentes da lei brasileira.*

Palavras-chave *Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216/2001, Legislativo, Brasil*

¹ Universidade Federal de Juiz de Fora. Rua José Maria Mendes 7, Bairro São Mateus. 70.374-010 Juiz de Fora MG. contato@paulodelgado.com.br

Permitam-me iniciar lembrando dúvida clássica sobre o sentido da vida: o mundo é digno de riso ou de lágrima? Padre Antonio Vieira, interpretando lenda grega que envolvia dois filósofos, decidia: "Demócrito ria, porque todas as coisas humanas lhe pareciam ignorâncias; Heráclito chorava, porque todas lhe pareciam misérias; logo, maior razão tinha Heráclito de chorar, que Demócrito de rir; porque neste mundo há muitas misérias que não são ignorâncias, e não há ignorância que não seja miséria".

Uma lei fundadora? Não! Fundadora da lei é o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e seus fundamentos: humanismo, ciência, técnica, comunidade, afeto e história. Era preciso continuar o trabalho de todos aqueles, profissionais e leigos, que alertas e sensíveis, buscavam reorientar a medicina moderna na direção que aponta para a unidade corpo-espírito e querer, assim, encontrar a origem, a fabricação das doenças orgânicas, físicas e mentais.

I

Agradeço a Revista *Ciência e Saúde Coletiva* da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/Abrasco o convite para participar deste número especial e a oportunidade de escrever a respeito do que penso sobre a reorientação do modelo assistencial brasileiro em saúde mental, dez anos depois da promulgação da Lei 10.216. Vejo iniciativas como essa na área de Saúde sempre como uma saudável advertência: o retorno da verdade na falha de um saber. Continuamos em transição onde o modelo antigo não domina, mas o novo ainda não predomina. A sociedade ainda não se deu conta do alerta que nos fez Freud em *Análise Terminável e Interminável*: "na verdade, toda a pessoa normal é apenas normal na média. Seu ego aproxima-se do ego psicótico num lugar ou noutro, e em maior ou menor extensão, e o grau de afastamento de determinada extremidade da série e da sua proximidade da outra, nos fornecerá uma medida provisória daquilo que tão indefinidamente denominamos de alteração do ego". Há quem diga que são nossas neuroses que nos salvam das psicoses! (Wilfred R.Bion)

A impiedade do tratamento de pacientes com transtorno mental estava baseada numa legislação dos anos 30 e refletia o nível e o grau de compreensão que a medicina mundial entendia ser o modelo de atenção possível a ser oferecido - e como se revelou - imposto aos doentes mentais no mundo todo.

Não havia ainda nas Nações Unidas e sua Organização Mundial de Saúde uma compreensão e um consenso sobre o novo tratamento, nem mesmo sobre direitos de doentes mentais, pontos essenciais que iniciaram o debate mundial pela reforma. Muito embora, desde os anos 50, aqui no Rio de Janeiro já havia a experiência da Casa das Palmeiras, liderada por doutora Nise da Silveira, a quem presto homenagem neste artigo.

Doutora Nise foi uma pioneira ao não considerar o tratamento da época único, suficiente e capaz de compreender toda a complexidade da loucura. Foi ela quem mais nos ajudou a perceber no estudo da esquizofrenia "onde a gata encontra seus filhotes" (Lacan, sobre a psicanálise).

Além dela, também, é impossível desconhecer o Manual de Psiquiatria Social de Luiz Cerqueira e seu combate à "indústria da loucura".

O humanista e perseguido Ulisses Pernambucano dizer aos seus alunos para não deixarem de lado a cultura geral e... lerem Proust e Molière.

O Centro Médico Social de São José do Murialdo, RS, com a medicina comunitária do Dr. Ellis Busnello.

A primeira lei brasileira de assistência aos loucos, em 1902, do médico negro e baiano Juliano Moreira, que entrou na Universidade antes de acabar a escravidão e não admitia camisa de força nos serviços que dirigia.

A visita de Franco Basaglia a Barbacena e o filme "Em nome da razão" de Helvécio Raton.

A desconstrução do Anchieta em Santos pela ação do sanitarista David Capistrano.

A Declaração de Caracas, de 1990, propondo um novo paradigma de Atenção e Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, dentro dos Sistemas Locais de Saúde.

A Portaria 189, de 1991, de Domingos Sávio, coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que passou a financiar procedimentos e dispositivos de incentivo a outras formas de assistência.

O protagonismo do Ministério da Saúde na gestão de Pedro Gabriel Delgado, que conduziu com habilidade e determinação todo o processo de aprovação no Congresso e a sanção Presidencial da Lei que agora faz dez anos, consolidando e expandindo os princípios da Reforma.

II

A extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando a internação compulsória foi a primeira lei de desospitalização e desmani-

comialização em discussão em parlamento latino-americano.

Ela é *uma lei social*, a mais ampla e incompreendida da medicina, que envolve o maior número de pessoas na sociedade - usuários, técnicos, críticos, adeptos, entusiastas e pessimistas. *Uma lei da medicina*, se esta for vista como a mais social e comunitária das ciências, quando se orienta pela atenção preventiva, curativa, reabilitadora, continuada, personalizada e participativa.

Se compareço a qualquer serviço de medicina e não tenho perspectiva de cura, não sou eu que estou doente, quem adoece é o hospital, é ele o doente e a doença. A ideia de que existem pessoas sem perspectiva de cura é uma impotência da medicina que deveria fazer-se mais modesta. Mesmo o tratamento moral de Philip Pinel permitia ao alienado, estranho de si mesmo, ser capaz de ver-se tratado pelo seu resto de razão.

Mas essa idéia de um hospital fechado que encerra, estigmatiza, isola, não tem mais razão de ser. Só a reforma detém a má fé dos que utilizam o dispositivo psiquiátrico por razões não psiquiátricas para internar desprotegidos indesejáveis ou fazer poderosos inimputáveis.

Nem todos os problemas humanos são psiquiatrizáveis ou psicologizáveis. A humanização do tratamento do doente mental não convive com o tratamento psiquiátrico sem necessidade. Nem produz lei médico-social para competir com a prerrogativa das organizações e instituições de caráter social. A reforma tem forte sentido cultural, mas essencialmente tem sustentação técnica e científica, e na evolução da medicina compreendida socialmente.

A designação de doente mental ainda produz estigma sem estima, como são igualmente estigmatizantes as estratégias farmacológicas e hospitalocêntricas com seus procedimentos e dosagens brutais e inadequadas. Crimes e erros do mau tratamento que querem apaziguar a sociedade, recalando a personalidade e os ritmos de homens e mulheres diferentes. A psiquiatria não foi feita para confrontar e punir a personalidade e suas manifestações múltiplas, transformando-as em sintomas da loucura. Da mesma maneira o avanço técnico não deve servir para desintegrar o paciente diante do saber médico e de seus medicamentos. A camisa-de-força literal ou química deve ser abolida.

III

O sofrimento mental é incompreensível se sua abordagem não está ancorada em pelo menos

dois valores fundamentais: a *escuta do sofrimento* e o seu *modelo de financiamento*. Quem não gostar de doente mental não tem condições de trabalhar com sua angústia. Essa é a ideia essencial da reforma: construir um centro de gravidade baseado no paciente e em suas possibilidades terapêuticas. É no sistema aberto que se vislumbra o futuro da psiquiatria moderna. E as críticas e o combate que ainda se faz à reforma são, em muitos casos, mais resultado da obsolescência econômica do serviço que prestam do que de sua sustentação científica ou humanista. Pois sempre foi “muito mais difícil ocupar-se da saúde do que da doença” (D.W.Winnicott)

Um *novo modelo de financiamento* exige construir o federalismo sanitário e a humanização do SUS exigindo que os governos federal, estadual e municipal estimulem os novos serviços do sistema aberto. A Autorização de Internação Hospitalar tem que se transformar progressivamente em Autorização de Internação Domiciliar. E os recursos devem migrar do hospital para o paciente e para os novos serviços.

E estar atento ao conservadorismo clínico da psiquiatria tradicional e alerta para os movimentos restauradores do Congresso Nacional e no gestor local - que sempre podem fazer a lei recuar ao regulamentá-la contra o seu espírito. Combinar diálogo e regulação é sempre o melhor caminho. E expandir novos programas, como o *De Volta para Casa*, o *Consultório de Rua* e os *Centros de Convivência*, bons exemplos de vitalidade e eficácia da lei.

A reforma psiquiátrica é, pois, uma transição com um sentido mais diretivo do que imperativo que deve conquistar as famílias ainda iludidas com os preconceitos que a especialização médica instituiu. Pois se esta foi um avanço para a medicina, fez também muito mal ao lançar a fragmentação entre o corpo e a alma das pessoas que a psiquiatria biológica e a ultraespecialização elevaram a pensamento único. A desintegração entre o corpo e a mente, filosoficamente indivisíveis, que a sedação química permanente provoca.

A medicina psiquiátrica tem que se dar conta da existência da psiquiatria plural e humanista. Como não estudar Melanie Klein, Donald W.Winnicott, Michel Foucault, Franco Basaglia, Ronald Lang, Jacques Lacan, Julia Kristeva e tantos outros? E o mundo de redes multidisciplinares e intersectoriais o que pode sustentar a reforma.

Este é um trabalho para o qual precisamos de aliados nas Universidades, para abalar as certezas dos seus aparelhos acadêmicos, currículos ultrapassados e chefes que insistem em desco-

nhecer a Lei. E sufocam o vigor da juventude pela rotina que é perseguir traços da personalidade individual, encaixar um sintoma, capturar o sofrimento das pessoas e seus familiares para a visão carceral da psiquiatria biológica. Tratando a mente de forma positivista, como o físico vê a matéria, um órgão à parte, mutilado, para então prescrever medicamentos soldadores como se fossem goma-arábica. Uma psiquiatria conservadora, subjugada e cobaia da indústria de medicamentos... Se poupar a Universidade a reforma não se sustentará !

É preciso também criar espaços protegidos, ambientes onde possa emergir a história do paciente como cidadão com nome e sobrenome, protegê-lo da manipulação de sua identidade. Mudar o paradigma e transitar dos serviços de *recolhimento* de problemas para os serviços de *acolhimento* de pessoas.

E estar sempre atento às “estruturas abertas” de crianças e adolescentes que cada vez mais vivem dentro da inconsistência da interdição, da autoridade e da lei - e movidos pela paixão, o amor e suas formas de resolvê-lo - reativa, depressiva, eufórica ou maníaca. Agravadas pela evolução da família moderna, a ambiguidade dos papéis sexuais e parentais, a flexibilização dos costumes religiosos e morais, as perversões, o desejo-delírio cotidiano dos registros ligeiros da mídia, o aumento da depressão e do isolamento individual pela desconstrução do narcisismo criativo.

Atentos para não manicomializar os CAPS por conduzi-los em ordem unida. Estes devem estar abertos à renovação constante e atentos à agenda de quem chega, pede e precisa e não presas ao modelo interventor que não adormece nunca ou engessadas aos serviços que oferece. Um corolário da reforma é a *Lei das Cooperativas Sociais*, para ampliar os espaços de cooperação e de ação entre os agentes comunitários, os pacientes e seus familiares. São os princípios do trabalho assistido e da vida comunitária e local que podem permitir novas relações sociais, a sobrevivência extra-hospitalar e a vida útil dos usuários dos serviços.

IV

São os princípios do SUS que norteiam a reforma psiquiátrica

Primeiro deles, a *universalidade do atendimento*. Todos têm direito ao atendimento pleno. O segundo princípio é a *equanimidade*, a ideia da justiça. Não podemos estigmatizar, deixar de fora ninguém que por algum motivo não esteja a nos-

so alcance. Em terceiro, a *descentralização*. Evitar a desterritorialização e ter serviços descentralizados cada vez mais perto das pessoas. Alas psiquiátricas em hospital geral, portas de entrada universal, integração programada na saúde da família e ver a internação, quando necessária, como proteção e acolhimento pessoal, e não como horas leito, inadequada à natureza do cuidado psiquiátrico.

O quarto princípio é a *integralidade* dos serviços e dos dispositivos para o paciente e suas necessidades. Da vacina ao transplante, do velho calmante aos neurolépticos de última geração, todos têm que estar à disposição do paciente, para que ele crescentemente possa sair do tratamento compulsório e caminhar para o voluntário.

O quinto é o *controle social* derivado de discussões e decisões de Congressos, Conferências e Conselhos protegendo os Conselhos de Saúde da manipulação política e da desinformação.

V

O sentido mais profundo da Lei nº 10.216 de 2001 é o *cuidado*. Como substantivo, adjetivo ou interjeição é zelo dos preocupados, esmero, precaução, advertência para o perigo, vigilância, dedicação, encargo, lida, proteção. Atenção, tomar conta, acolher. Cuidado é o princípio que norteia essa lei. Evoluir a clínica, fazer do intratável o tratável. É essencial o apoio social e familiar que influencie comportamentos, mude hábitos, confronte preconceitos, classificações, nosologia, catálogos de interdições. Dedicada a cidadãos enfermos vistos como sem vontade, liberdade, autonomia porque foram colhidos pelo mal de viver. Não é a doença mental que a lei questiona, mas a maneira de tratá-la. A sociedade cria e recria normas para definir o que rejeita e o que consagra. Faz-se progressista na área de saúde mais por atitudes de bons profissionais, do que por atos de rotina médica. Assim, inscrever o doente mental na história da saúde pública é aumentar sua aceitação social, diminuir o estigma da periculosidade e incapacidade civil absoluta e contribui para elevar o padrão de civilidade da vida quotidiana. Já é hora do parlamento brasileiro se movimentar outra vez e avançar na elaboração de leis correlatas, essenciais e inadiáveis, sobre a inimputabilidade e as medidas de segurança para o louco infrator.

A doença mental não é contagiosa, dispensa isolamento. Não pode ser compreendida como estritamente orgânica apaziguada só pela quimioterapia e os remédios. Não há necessidade da

psiquiatria biomédica se agarrar à farmacologia para se fazer científica. Mas é claro que é o avanço da medicina e dos medicamentos que permite a reinserção social e a convivência, restituindo o indivíduo, sua alma e desejos, ao mundo dos vivos. O que não significa esquecer que muitas vezes água com açúcar dada com amor faz mais efeito do que remédio dado com indiferença. A medicina não deve ser carceral para não ampliar a solidão moral do paciente como se sua doença criasse para ele um mundo do não direito. Para o humanismo sanitário a técnica só pode ser um instrumento da medicina se usada com respeito e bondade. Pois a expectativa de cura ou melhora que pertence ao corpo é bem menor do que a esperança que pertence à alma.

Acolhimento e tratamento precoce melhoram a evolução e a direção da doença. Agir antes do surto para não ferir, ferir-se, quebrar. Sintomas físicos, queixas, mal-estar, sempre foram indícios de várias enfermidades. Melhorar a escuta geral dos sintomas aparentemente sem importância dores de cabeça, tremores, dores abdominais, cansaço extremo, falta de ar, agravado pelo embrulho e o ruído da adolescência: álcool, droga, conflito de gerações, esquisitices, vazios existenciais, impaciência com o diferente. E estar sempre aberto para os novos paradigmas que se impõem diante da urgência que é compreender o fracasso das estruturas simbólicas dos jovens no mundo do crack. Qual o código cultural no qual se assenta a regulação da existência de tantas pessoas em tão pouco tempo? Não adianta, pois, querer medicalizar problemas sociais e manipular a política pública para enfrentamento tão complexo. O Ministério da Saúde deve continuar resistindo aos que querem se apropriar do Plano Nacional de Combate ao Crack para ressuscitar o manicômio.

A tradição de tutela sobre pessoas doentes, agravada pela sedação e pelo isolamento, está culturalmente arraigada e é especialmente grave nas áreas da Saúde Mental, toxicomanias e alcoolismo. Mas a internação e o isolamento só encontram aceitação social se a sociedade não dispõe de serviços descentralizados, comunitários, abertos com a mesma facilidade que encontra o mal que a desampara. É inaceitável, assim, usar o terror e o pânico para buscar legitimidade para a internação prolongada própria da obsoleta cultura manicomial.

A instituição nova criada com a lei da reforma psiquiátrica não tem retorno e tem o nome do acolhimento, o tratamento em liberdade. A cidade da lei é a solidariedade e cidadania. Sustenta-se por ações múltiplas e intersetoriais, mais ade-

quadas ao entendimento mais rico e complexo das doenças de longo percurso. Saúde não é ausência de doenças. É um estado geral de bem-estar físico, psíquico e social como bem define a Organização Mundial de Saúde. A doença não é um fracasso. É um evento na vida da pessoa que não cria para ela um estatuto de exilado em relação ao que é ou que está normal. A doença é um processo que exige observação tolerante, advertência, preservação de direitos onde a internação é parte do tratamento, mas não seu sinônimo. A medicina da mente tem que se abrir a uma certa imprecisão e passar a duvidar que a cada comportamento corresponda um medicamento. Há muita depressão e sociopatia na sociedade que é impaciente com os seus doentes, tanto quanto com crianças, mendigos, idosos, pobres e deficientes.

A sofisticação do diagnóstico é que relativiza a classificação da doença, eis o paradoxo atual. É preciso modéstia diante do sofrimento. Não é porque não sabe, mas porque sabe que a psiquiatria, a psicanálise, a psicologia e a psicoterapia modernas, baseadas em valores humanos, a psicopatologia da experiência, fundam e conformam a reforma psiquiátrica. A internação como privação da liberdade, monoterapia, só prevalece em serviços despreparados. Tudo isso porém estará incompleto se daí não brotar uma nova economia solidária. Capaz de incorporar, no ritmo e na sabedoria própria da saudável competição pela vida, o talento e o esforço dos egressos dos serviços e, assim, contribuir para aumentar a vantagem dos estão em desvantagem. Oferecendo serviços e instituições novas que sejam parte integrante do universo terapêutico.

O doente mental é também beneficiário do ambiente jurídico oriundo da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, como qualquer outro paciente. Seu tratamento não é um ato cirúrgico desde que foi abolida a lobotomia. Só a avaliação permanente do tratamento livra a psiquiatria da ideologia. Não há sucesso médico-terapêutico sem afeto, cultura, história da doença, escuta do sofrimento, subjetividade. Como ainda não sabem – mas precisam ser conquistados para esse novo horizonte do saber e da justiça – muitos membros do Poder Judiciário e do Ministério Público, que com desabrida ousadia invadem o saber médico e sanitário, violam a integridade do indivíduo, protegidos pelo preconceito inconstitucional de tutelar. Ousadia para a qual não teriam coragem em outras áreas da medicina – e imaginando proteger direitos decidem, por verdadeiras cartas régias, mandar internar os incômodos e, na prá-

tica, vão reconstruindo hospícios contra a lei. Assim provocam mais mal, imaginando fazer o bem. O silêncio das Universidades e alguns excessos do Judiciário ameaçam a evolução do tratamento quando buscam legitimidade para suas críticas atravessando com desrespeito os fundamentos humanistas e técnicos da lei. Esta é uma lei da sociedade e de seus movimentos por progresso, liberdade, justiça e felicidade.

VI

Em todas as decadências, seja social, econômica, política ou afetiva, o primeiro sintoma que aparece é a depravação do sentimento de amizade e do respeito ao outro. O ódio e a destrutividade mais fortes do que o amor e o afeto. Muitas vezes sofrer é amar quem não se tem mais como amigo. A reforma psiquiátrica necessária só será feita por profissionais e gestores que sejam relíquias e tenham dedicação integral ao semelhante vendo a dor do outro como se fosse a própria dor. Dispostos a se criticarem e reverem posições, já que não há batalha vencida nem vigor que não arrefeça entre pessoas informadas e livres.

E a tarefa de todos nós é conquistar os incontestáveis para a reforma e ver a lei como se fosse uma luva: pelo lado de fora em contato com o mundo, por dentro sendo o próprio paciente. Os dois só existem a partir do momento em que vestimos a luva em nossa própria mão. *(parafraseando Lygia Clark sobre sua arte e a de Hélio Oiticica).*

Volto a Vieira: uma coisa é viver, outra é durar. O que deve pretender a medicina?