

# Descaminhos políticos de desconstrução da Reforma Psiquiátrica Brasileira

---

Rita Meurer Victor, Luciano Elia e Veline Simioni

## Resumo

Neste artigo, os autores, norteados pelo eixo da desinstitucionalização como essencial aos princípios e à implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, examinam seus determinantes histórico-políticos, sua forte marca de uma cientificidade crítica e transdisciplinar, a ser severamente distinta do que se apresenta falaciosamente hoje como critério de cientificidade, fruto de um neopositivismo “baseado em evidências” que, contudo, não considera os fatores mais decisivos na determinação dos quadros clínicos mais severos, incluindo sempre e indefectivamente a relação da loucura com o espaço social e político de cada época histórica. A pesquisa recorre também a alguns analisadores políticos, como o neoliberalismo que se desenvolveu no Brasil contemporaneamente à implementação da Reforma, ainda que em sentido contrário a ela, chegando até a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), demonstrando o quanto esta “rede”, ao se supor criar o que sempre existiu na lógica dos Centros Atenção Psicossocial (CAPS), acaba por contrariar princípios importantes da própria política de Atenção Psicossocial, genuína criação do nosso próprio movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica.

## Palavras-chave:

Reforma Psiquiátrica Brasileira; Desinstitucionalização; Ciência; Neoliberalismo; Política de atenção psicossocial.

## The alternative Political routes of deconstruction from Brazil's Psychiatric reform

## Abstract

In this article, the authors, guided by the axis of deinstitutionalization as essential to the principles and the implementation of the Brazilian Psychiatric Reform, examine its political-historical determinants, its strong character of a critical and transdisciplinary scientificity, that must be severely distinguished from what is

misleading today as Science, the fruit of an “evidence-based” neo-positivism which does not however consider the most decisive factors in determining the most severe clinical conditions, always including the relationship of madness with the social and political space of each historical period. The research also uses certain political analyzers, such as neoliberalism which developed in Brazil at the same time as the implementation of the Reformation, although in the opposite direction, reaching the RAPS (Psychosocial Attention Network), demonstrating how this “network”, while supposing to create what always existed in the logic of the CAPS (Centers of Psychosocial Attention), it ends up contradicting important principles of the policy of psychosocial care itself, genuine invention of our own Brazilian psychiatric reform movement.

### **Keywords:**

Brazilian Psychiatric Reform; De-institutionalization; Science; Neoliberalism; Policy of Psychosocial Care.

## **Descaminos políticos de deconstrucción de la Reforma Psiquiátrica Brasileña**

### **Resumen**

En este artículo, los autores, guiados por el eje de la desinstitucionalización como esencial para los principios y la implementación de la Reforma Psiquiátrica brasileña, examinan sus determinantes histórico-políticos, su fuerte marca de una científicidad crítica y transdisciplinaria, para ser muy diferente de lo que se presenta hoy falaz como Ciencia, el resultado de un neo-positivismo “basado en evidencia” que, sin embargo, no considera los factores más decisivos para determinar las condiciones clínicas más severas, siempre incluyendo la relación de locura con el espacio social y político de cada período histórico. La investigación también utiliza algunos analizadores políticos, como el neoliberalismo que se desarrolló en Brasil al mismo tiempo que la implementación de la Reforma, aunque en la dirección opuesta, llegando a la RAPS (Red de Atención Psicosocial), lo que demuestra cuánto esta “red”, Suponiendo crear lo que siempre ha existido en la lógica de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), termina contradiciendo principios importantes de la política de Atención Psicosocial en sí, una creación genuina de nuestro propio movimiento de Reforma Psiquiátrica Brasileña.

### **Palabras clave:**

Reforma Psiquiátrica brasileña; Desinstitucionalización; Ciencia; Neoliberalismo; Política de Atención Psicosocial.

## Déviations politiques de déconstruction de la Réforme Psychiatrique Brésilienne

### Résumé

Dans cet article, les auteurs, guidés par l'axe de la désinstitutionnalisation comme essentiel aux principes et à la mise en œuvre de la Réforme Psychiatrique Brésilienne, examinent ses déterminants politico-historiques, son fort caractère d'une scientificité critique et transdisciplinaire, à être sévèrement distingué de ce qui se présente aujourd'hui fallacieusement comme Science, fruit d'un néo-positivisme «fondé sur des preuves» qui ne considère cependant pas les facteurs les plus décisifs pour déterminer les conditions cliniques les plus sévères, incluant toujours le rapport de la folie avec l'espace social et politique de chaque période historique. La recherche utilise également certains analyseurs politiques, comme le néolibéralisme qui s'est développé au Brésil en même temps que la mise en œuvre de la Réforme, bien que dans le sens opposé, atteignant le RAPS (Réseau d'Attention Psychosociale), démontrant combien ce «réseau», tout en supposant créer ce qui a toujours existé dans la logique des CAPS (Centres d'Attention Psychosociale), il finit par contredire d'importants principes de la politique de soins psychosociaux elle-même, véritable invention de notre propre mouvement brésilien de réforme psychiatrique.

### Mots-clés:

Reforme Psychiatrique Brésilienne; Désinstitutionnalisation; Science; Néolibéralisme; Politique de Soins Psychosociaux.

Há, evidentemente, diversas maneiras de se abordar o tema da desconstrução da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sobretudo no sombrio cenário político que atravessamos hoje no Brasil, no qual todas as políticas públicas de interesse social, e não apenas as de Saúde e Saúde Mental, encontram-se em franco processo de desconstrução.

Neste artigo, escrito em co-autoria de três psicanalistas, sendo um deles o orientador de pesquisas em nível de doutoramento das duas outras co-autoras, adotamos como postura metodológica, de saída, partir da crítica epistemológica à onda que nos assola — cientificista, mas não científica, neoliberal, privatista, protocolar, baseada em metas, procedimentos e resultados, tecno-burocrática, gerencial. Ouvimos muito frequentemente que “isto está dado”, “aquilo está colocado”, como se a boa “política”, a “pragmática”, consistisse em saber *como se virar* com isso, abandonando à luta por *virar isso, virar a mesa*. Adota-se, assim, um *pragmatismo* conveniente com a ordem estabelecida, sem perceber que o *pragma* é precisamente o que faz obstáculo a toda *práxis* crítica e transformadora, que mantém, com os compromissos da ciência e do Estado com o capital, as mais importantes relações.

Começaremos por recolocar a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) em consideração, reintroduzi-la na consideração política, porque ela vem sendo frontalmente desconsiderada em quase todas as propostas e iniciativas que estão em pauta, em vigência nas políticas e práticas públicas atuais. Pensamos que o complexo conjunto de questões que a Reforma implica não é algo de que se possa tratar fora dos diferentes contextos políticos e dos respectivos ideários conceituais, éticos e clínicos que a fundamentaram, que determinaram seu êxito histórico como um fruto de seus princípios e os que agora a pretendem fazer naufragar.

Um primeiro ponto a destacar é que um movimento como o da RPB só é possível a partir de determinados princípios. Quais são esses princípios? E o que são princípios? Princípios são eixos norteadores, ideias mestras, faróis que iluminam determinando direção a tomar, e é próprio dos princípios que eles não se confundam com as ações que eles fundamentam e norteiam. Considerar a sério, e de modo consequente, portanto também objetivo, os princípios pressupõe que se tenha uma clareza epistemológica e política de que eles pertencem a um plano distinto do das ações, transcendendo-o.

Quando a Reforma começou, e isso durou por um bom tempo, havia princípios diversos das ações, e eles norteavam todas as ações, inclusive as que constituíam a pauta da desinstitucionalização. Por exemplo: desinstitucionalizar é muito mais do que retirar pessoas do interior de uma instituição e pode, inclusive, em alguns casos e por algum tempo, passar pelo recurso à instituição. Desinstitucionalizar é criar condições sociais, psíquicas, comunitárias, econômicas, logísticas, enfim, de várias ordens, todas elas entrelaçadas, para que as pessoas vivam dentro do espaço social, circulem, percorram circuitos na cidade, tenham acesso aos recursos da sociedade em que vivem ou deveriam viver (sim, porque, na maioria das vezes, não vivem efetivamente na sociedade de que geopoliticamente fazem parte). Desinstitucionalizar é sustentar uma prática antimanicomial, de segregação, exclusão deliberada, discriminatória, ativa, por parte do corpo social, sobre determinados indivíduos doentes, transtornados, loucos ou não. Desinstitucionalizar não é simplesmente não internar, mas criar condições para que os que já sofrem mais do que deveriam não sejam forçados a suportar o excedente de sofrimento causado pelo movimento segregatório da sociedade humana, permitindo que vivam dentro dos enlaces sociais possíveis.

Para intercalar a discussão de princípios com alguma referência concreta (mais do que objetiva) ao problema de que temos aqui que tratar, diremos logo que, se o processo de desinstitucionalização vinha se produzindo efetivamente no Bra-

sil ao longo dos primeiros 26 anos de implementação da Reforma Psiquiátrica,<sup>1</sup> em termos de uma significativa redução de internações, ela tem se transformado, em uma escalada preocupante, rápida e avassaladora, impossível de reverter, em uma nova forma de institucionalização, menos grosseira no sentido da reclusão do corpo em um lugar físico determinado, mas assumindo a forma mais sutil da malha da medicalização excessiva, do retorno da lógica funcionalista na psiquiatria e na psicologia tidas como “científicas”, porém norteadas pela ideologia organicista e reducionista mais retrógrada, enfim, bem ao modo como Foucault analisou genialmente em relação ao surgimento, na Europa, de formas mais sutis de disciplinarização, regulação dos modos de viver, gozar e morrer, controle fino do comportamento, em vez de contenção, encarceramento e violência física. Mas todas pautadas no mesmo fundamento que regeu as institucionalizações desde o seu surgimento: a condenação ética da ociosidade e da inutilidade social. A organização das sociedades capitalistas tem como fundamento a valorização do labor, por isso os inaptos a essa lógica são alvo de medidas corretivas, as quais se refinaram com o cientificismo.

Se o louco, na Idade Clássica, como descreveu Foucault, era banido por estar fora da razão ou, no nascimento do capitalismo, por não produzir, hoje é reintegrado pelo neoliberalismo justificado pelas pseudociências: é reduzido ao máximo à condição de doente e *consumidor* de medicamentos. A medicalização há tempos extrapolou os muros do hospital psiquiátrico, nos nossos tempos, a contenção química funciona “a céu aberto”, uma vez que a lógica manicomial circula nas instituições em geral, seja na área da saúde, na assistência social, nas escolas e até mesmo na rua.

Assim, mesmo não sendo fisicamente internadas em hospitais ou abrigos, as pessoas estão sendo mais medicalizadas do que nunca, processo que vai além da minitração de substâncias — que já atinge níveis escandalosamente altos —, mas inclui o esquadrinhamento dos cidadãos assim “medicalizados” em diversas avaliações ditas diagnósticas que seguem uma concepção funcionalista que retrocede ao século XIX e se reveste de uma roupagem de cientificidade ultracontemporânea.

Do ponto de vista epistemológico, vivemos uma estranha situação na qual vemos, com Cazusa, o “futuro repetir o passado em um museu de grandes novi-

---

1 Consideramos aqui o período compreendido entre dois marcos simbólicos opostos: a criação, em 27/09/1989, do primeiro NAPS 24 horas, na cidade de Santos, e 10 dezembro de 2015, data do anúncio do nome de Valencius Wurch Duarte Filho para a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. Com o golpe, perpetrado pelo Congresso Nacional e consentido pelos três poderes da República contra a presidenta Dilma Rousseff, tudo se tornou bem mais difícil, mesmo com a demissão de Valencius, em maio de 2016, apenas cinco meses após ter sido empossado, por força do movimento dos trabalhadores de Saúde Mental. Seu sucessor, Quirino, não mudou a direção de retrocesso político nas Políticas Públicas de Saúde Mental brasileira, mas agravou este retrocesso.

dades”. O que se apresenta hoje como ciência, no campo ultrarrecente intitulado medicina do comportamento — associação de neurociência com a psicologia cognitivo comportamental — e, portanto, no que se aplica aos fenômenos humanos e sociais e particularmente em termos de saúde e doença, no campo da psicopatologia reproduz modos de pensar do século XIX no nascimento da psiquiatria, da psicologia e da psicopatologia, que denominamos acima de funcionalismo.

O indivíduo é entendido como um conjunto de funções que, por mais articuladas entre si, têm uma autonomia funcional e, assim, também são autônomas em termos de seu desfuncionamento ou subfuncionamento. Não se interrogará uma criança, ou adulto, em seu estatuto de sujeito, ou seja, ele próprio uma função de um campo de linguagem e de complexas relações sociais — e psicossociais — cuja posição estrutural atravessará sua experiência em todas as suas dimensões e aspectos. Antes, conceber-se-á que a criatura é um indivíduo que contém funções “dentro de si”, de base cerebral e desenvolvimento ambiental, interativamente, e cada função terá que ser avaliada e diagnosticada individual e isoladamente. Com as vestes antigas das “faculdades mentais” ou as etiquetas ultramodernas de “transtornos funcionais”, estamos no mesmo patamar lógico-conceitual e ético--metodológico, regendo as práticas clínicas.

Assim, para vermos imediatamente as consequências disso na política e na prática pública de saúde mental: um usuário abusivo de drogas será considerado um dependente químico cujo funcionamento psicofísico (biológico e psicológico) será marcado por uma propensão orgânica a se tornar um dependente de drogas e que precisa, portanto, ser tratado medicamente (medicalizado), intoxicado pela medicalização no que se chama cinicamente de desintoxicação. Para isso, ele deve ser recolhido, retirado da rua, internado em clínicas especializadas e submetido a processos de tratamento químico e comportamental. Mas, fugindo a todo rigor científico, não se concebe nem se analisa que esse usuário tem uma experiência psicossocial inteiramente determinante do uso abusivo de drogas que se quer enfrentar e que é muito curioso, para dizer o mínimo, que um enorme número de indivíduos com trajetórias psicossociais idênticas apresente a mesma “propensão intraorgânica” à dependência química.

Medicaliza-se em nome do que, falaciosamente, seria um avanço de pesquisas científicas, totalmente desprovidas de qualquer crítica política e de qualquer rigor metodológico.

Essas práticas, mais uma vez, são o mero refinamento do que já constatamos em outros momentos nos quais o exercício do preconceito se travestiu de prática científica. Basta nos lembrarmos das proposições eugênicas da Liga Brasileira de Higiene Mental nas décadas de 1920 e 1930 — a qual se autofiliava à psiquiatria biologizante de Kraepelin —, que visavam à prevenção das doenças mentais e,

assim, chegaram a apregoar o saneamento racial, pois os atributos psíquicos dos indivíduos não brancos foram considerados patológicos.

Uma prática bem orientada por uma boa política e por uma concepção teórica crítica e rigorosa mostrará, contudo, que esse indivíduo, uma vez trabalhado psicossocialmente, sem ser removido da rua ou de seu circuito social, em pouco tempo deixará de usar drogas e revelará que a sua problemática está longe de ser orgânico-comportamental. Os que defendem essa falsa ciência alegarão que levam esses fatores em conta sim, pois usam uma perspectiva multifatorial. Mas é justamente nisso que reside a falácia. Não se trata de multifatorialidade, pois essa categoria preserva e mantém a lógica individualista (de negação da determinação social), biofísica (que pretende detectar tendências do indivíduo psicofísico) e funcionalista (que afirma que suas funções orgânico-ambientais precisam ser tomadas de forma autônoma). Ainda que se admita que a posição psicossocial do sujeito é considerada como um fator na multifatorialidade, a falácia se mantém e ainda piora, pois faz crer que isso é levado em conta quando, na verdade, é dissolvido em uma lógica estranha às categorias estruturais. Não há compatibilidade entre essas concepções, elas são excludentes: ou se toma o indivíduo em suas funções ditas multifatoriais, ou se toma o sujeito como estruturado por determinantes sociais e subjetivas em relação às quais ele é um polo ativo, ainda que determinado, e tem a possibilidade de vir a responder por essa posição que, no entanto, o determina.

Do mesmo modo, se pensarmos no campo da saúde mental infantojuvenil, uma criança que apresente sérias dificuldades (hoje em dia, essas dificuldades nem precisam ser tão sérias assim para determinar esse destino) em sua vida escolar, por exemplo, não será tomada como um sujeito às voltas com o que o determina, suas relações com o campo social (família, outras crianças, escola, enfim, os outros), com a linguagem, com o seu corpo, com sua sexualidade, e, enfim, cuja posição atravessará de modo estrutural suas possibilidades de aprender, estudar, interessar-se pelo mundo e pelo saber. Ela será tomada como um mosaico de funções que precisam ser diagnosticadas. Mesmo que se entenda que a criança é psicótica (e não é à toa que essa categoria deixou de ser usada nos manuais diagnósticos que são a bíblia da medicina do comportamento, os DSM), será exigido que ela se submeta a uma avaliação neurológica, “pois a função cognitiva poderá estar em um déficit específico”. Essa concepção multifatorialista que mina a lógica psicossocial se impõe de modo crescente aos serviços, o que pode ser verificado no atual processo de ambulatorização dos CAPS. Um empuxo à protocolarização dos atendimentos e tratamentos que visam unicamente à regulação das funções.

As escolas públicas e privadas fazem isso o tempo todo. A criança entra em uma carreira institucional, médica, é rotulada por um diagnóstico e passa a ser definida e tratada por esse rótulo. Isso é uma forma inequívoca de institucionalização

sem instituição física, predial, e é a tônica do mundo de hoje. Mas o pior é que isso é afirmado pelas políticas públicas, sob a aparência de que o governo defende o direito dessas crianças a um tratamento específico, do mesmo modo que os adolescentes usuários de drogas do exemplo anterior. Na verdade, o processo tem outras razões que nada têm a ver nem com o assessoramento das políticas públicas, do Estado, pela ciência rigorosa, nem com a garantia de tratamento. O que se garante com isso, uma vez mais, é a submissão integral da ciência e da política pública aos interesses do capital, dos psicofármacos e do controle comportamental sobre as pessoas, e é isso que estamos chamando aqui de re-institucionalização contemporânea. O Estado tem sido, cada vez mais, refém dessa submissão, e creio mesmo que ele nem sabe disso.

Estamos falando da mudança de paradigma que Marx, primeiro, e depois Freud introduziram no pensamento sobre o homem e que Husserl, pai da Fenomenologia, ao proclamar a exatidão científica de seu método contra a psicologia e a psiquiatria funcionalistas. Marxismo, psicanálise e fenomenologia são os grandes barrados da festa contemporânea promovida pelo Estado e pela ciência, sob o lema do avanço no cuidado à população com elevado grau de sofrimento mental.

Os princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica Brasileira são, em suma, essencialmente antissegregatórios. O tema da segregação é caro à psicanálise, em 1967, Lacan articula-o como um dos efeitos da universalização da ciência.<sup>2</sup> Não tomamos essa ciência referida por ele como sendo a inaugurada pela física galileana e por Descartes, pois esta última (a Moderna) se alicerça em preceitos fundamentalmente simbólicos para propor conhecimento; Lacan demonstrou que da depuração realizada no *Cogito* o sujeito da ciência emergiu e é justamente com este que a psicanálise opera (Lacan, 1965-1966/1998). A ciência universalizada que promove efeitos segregatórios é a que já nomeamos como falsa, a qual se assenta na mesma lógica discursiva dos mecanismos de dominação e exploração do capitalismo. No seminário 17, Lacan nos fornece uma frase cristalina sobre esse enlace entre a ciência e o capitalismo:

E quanto aos pequenos objetos a que vão encontrar ao sair, no pavimento de todas as esquinas, atrás de todas as vitrines, na proliferação desses objetos feitos para causar o desejo de vocês, na medida em que agora é a ciência que o governa, pensem neles como latusas. (Lacan, 1969-1970/1992, p. 172)

Se, em seu seminário 18, Lacan explica que o subdesenvolvimento é produzido pela extensão do império capitalista e que disso ele propõe extrair o que chama de

---

2 Nos textos "Breve discurso aos Psiquiatras", "Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola" e "Alocução sobre as psicoses da criança".

lógica subdesenvolvida, em “Televisão” (Lacan, 1973/2003), referiu-se à escalada do racismo, afirmando que a única possibilidade de deixarmos o Outro entregue ao seu modo de gozo seria não impondo o nosso, não o tomando como subdesenvolvido. Vemos aí uma articulação entre uma política de regulação dos gozos e o capitalismo, sendo justamente no avanço deste que a institucionalização se transformou em um dos pilares de organização das cidades no século XVII. A psicanálise é absolutamente democrática diante dos possíveis modos de um sujeito gozar, não opera com o conceito de normalidade e, assim, não propõe nenhuma medida ortopédica. Neste ponto, a atenção psicossocial e a psicanálise são especialmente convergentes, pois subvertem a lógica de subdesenvolvimento vigente no cientificismo atual. Desse modo, o que buscávamos efetivar com a desinstitucionalização era um outro modo de lidar com o louco, fora da premissa “correção ou exclusão”, um eixo de trabalho que não resultasse em prática de poder.

E a psicanálise opera no campo da saúde mental justamente como uma práxis que, longe de enquadrar ou corrigir o louco, segregando-o, produz laço, laço transferencial. A psicanálise é, por excelência, antimanicomial, uma vez que o que rege o discurso do analista é, como disse Lacan (1969-1970/1992), a abdicação de qualquer vontade de dominar. Partindo dessa posição, mesmo nos casos muito graves de sofrimento, o analista não tomará as manifestações do sujeito como signos da “doença mental”, e sim como recursos do sujeito na tentativa de estabilizar-se, como disse Freud (1912/1980) a respeito da função do delírio: um remendo, uma tentativa de cura.

Não é à toa que Lacan (1955-1956/1988), já na primeira hora de sua obra, recomendava que os analistas se colocassem diante dos psicóticos em uma posição de secretariado, tomando ao pé da letra o que diziam. No secretariado, conta-se com as respostas e com o trabalho que já existem por parte do psicótico, uma vez que tanto o surto quanto a autocura ou tentativa de cura são recursos próprios. Não se suprime o autotratamento, por mais bizarro que possa parecer em determinados atos, antes é preciso tomá-los no campo do sentido, como produção do sujeito na tentativa de estabilizar-se. Nas situações em que for necessário intervir e operar algum corte, antes é preciso estar incluído transferencialmente, ou seja, o analista intervém a partir dessa inclusão, não partindo de saber prévio, estanque, total, no qual o psicótico deveria se alojar e obedecer. Extirpar esses recursos, seja pela medicalização, por sessões de ECT ou mesmo através das tais neurocirurgias, é excluir o sujeito do inconsciente, aprisionando o louco mais uma vez, com novas camisas de força. A psicanálise é, portanto, uma práxis totalmente afinada com os princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial, e sua inclusão nesse campo produz efeitos clínicos eficazes sem qualquer necessidade de ações excludentes, invasivas ou violentas, próprias do modelo manicomial.

Quando uma determinada prática é elevada à dignidade de uma práxis, termo cujo vigor marxista lhe dá a dimensão de uma prática que produz consequências concretas no corpo social, é porque ela é norteada por princípios que não lhe são imediatamente coextensivos, não estão em continuidade de planos com ela, que não lhe são imediatamente transparentes, visto que exigem uma certa mediação para serem articulados, permanecendo em seu plano próprio, que é outro. Os operadores dessa prática precisam estar em larga e profunda medida articulados a esses princípios, e isso só se obtém por meio do desejo, da paixão, de um posicionamento político, crítico, e tudo isso compõe o que podemos chamar de sua formação. Mas, para que tudo isso se sustente (a dualidade de planos, os princípios, e a formação dos operadores), o fator decisivo é a política de Estado, a gestão central, a chamada vontade política, que convoca uma grande parte da sociedade, trabalhadores, usuários, familiares, estudiosos, formadores e cidadãos enfim interessados a um trabalho articulado em torno de determinados princípios. Se isso falta, ou sobretudo se isso muda de direção, parece-nos muito difícil que qualquer projeto tenha êxito somente em termos de micropolítica.

O Movimento da Reforma apresentava, inicialmente, exatamente esta estrutura de planos, esta dualidade entre concepções teórico-políticas e estratégias de ação. Nesse contexto e nesse período (sim, porque, mais do que nunca, hoje é preciso periodicizar essa história), articulavam-se gestores públicos, trabalhadores, usuários, familiares e até ONGs (como o Instituto Franco Basaglia, que em nada poderia ser comparado com as atuais OSs, pois era não apenas afinado com as políticas públicas do Estado como tinha em seus quadros os próprios gestores — os ex-gestores públicos e/ou os futuros), e ainda por cima vinha na esteira da Reforma Sanitária Brasileira, que criou o SUS e seus princípios, justamente, que foram inteiramente assumidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. O governo brasileiro, nesse momento, nada tinha de popular ou de esquerda, saíamos da ditadura, tínhamos Sarney, Collor, Itamar Franco...

Depois veio Fernando Henrique Cardoso. E nesse momento se iniciou um processo político que começou a abalar os princípios psicossociais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que, ainda assim, sobreviveu por muitos anos, tal é a sua força político-discursiva. Como se sabe, FHC transformou o Estado brasileiro em uma enorme estrutura gerencial. Fez aquele plano de reestruturação da administração pública, “modernizou” o Brasil ajustando-o à lógica neoliberal, criou o horror ao funcionalismo público entendido como ineficaz, emperrado, adotou a lógica empresarial no Estado, transformou *direitos sociais* em *serviços sociais*, que se inserem em uma lógica de mercado e são oferecidos pelo Estado à população como uma prestação de serviços, e não como uma garantia de direitos.

Nesse momento, vínhamos construindo algo que me parece absolutamente revolucionário, inventivo e transformador: a lógica e a política de *atenção psi-*

*cossocial*. Por que somos fervorosos adeptos dessa categoria conceitual, clínica e política? Pelas razões mais científicas e mais éticas que pudermos imaginar. Essa lógica, mais do que seus próprios inventores sabem, atualiza o que há de mais avançado em termos de uma teoria do sujeito moderno. Ela não é funcionalista, nem se adapta bem aos interesses de uma política neoliberal. Não afirma o tecnicismo, o especialismo, a tecnocracia. Ela é anti-institucional, porque é territorial, ela é antimédicalizante, porque é também antipsicologizante, é contra toda e qualquer redução especializante e sustenta o laço social territorial e intersetorial como campo em que todo e qualquer tratamento deve se processar. Ela convoca o usuário, aquele que sofre ou que faz sofrer, a um protagonismo na fala e sua escuta, no qual sua posição como sujeito psicossocial vai se delineando e no qual a responsabilização é possível, ocasionando mudanças reais de posição e, portanto, redução de sofrimento. Finalmente, a atenção psicossocial faz que a sociedade, as relações sociais que circunvizinham o sujeito usuário/sofredor tenham que se haver com as questões colocadas por ele, revelando em ato que essas questões não são individuais, isoladas, nem gozam de autonomia psicofísica e produzindo mudanças na posição da própria sociedade no convívio com a loucura, com o desvio, com o que tende a permanecer segregado.

O Estado brasileiro começou a funcionar numa lógica adversária a tudo isso, uma lógica eminentemente empresarial e gerencial, adaptada ao neoliberalismo e ao mercado, ao individualismo. Neste ponto, retornamos a um sanitarismo de conveniência, a uma redução das problemáticas psicossociais a um quadro de problemas ao mesmo tempo segmentados (cada um com sua especificidade funcional) e integrados, mas em uma integração que, longe de opor-se à autonomia funcional, a reafirma, fazendo que diferentes fatores interajam entre si, mantendo sua existência fatorial unitária. No aprimoramento neoliberal, assistimos à inundação de OSs na privatização da saúde, delegação da direção política ao setor privado, transferência de recursos vultuosos, judicialização da questão das drogas, crescente especialismo na própria saúde mental.

Neste ponto, cabe analisar o modo pelo qual, no Brasil neoliberal, que precedeu o atual cenário francamente fascista que se instalou no Brasil a partir das desastrosas eleições de 2018, as políticas públicas de Atenção Básica em Saúde foram concebidas, implementadas, e em particular que relações a Atenção Básica passou a ter com Atenção Psicossocial. Em um Estado cujas políticas públicas priorizam efetivamente as áreas sociais, as políticas sanitárias devem priorizar, por sua vez, a Atenção Básica, base de toda e qualquer política pública de saúde que se pretenda eficaz, acessível e democrática. Mas, para isso, essa priorização tem que ser feita:

1. pelo Estado, e não através da privatização das ações de saúde por organizações “sociais”, leia-se: privadas;
2. respeitando a multidisciplinaridade de saberes e práticas que compõem o campo da Saúde Coletiva, cientificamente complexo e não redutível a um sanitarismo ideologicamente norteado, tecnicista e organicista e centrado na lógica da medicalização;
3. em permanente articulação com outras modalidades de atenção, como é o caso da Atenção Psicossocial, que se faz reger pelos mesmos princípios da Atenção Básica e que, assim, por não ser “básica” no sentido de “primária”, tampouco se torna “especializada”: sua *especificidade* — aplicar-se ao campo da saúde mental, no caso — não deve ser confundida com *especialidade*.

É preciso ter clareza de que o imenso investimento estatal na Atenção Básica contraria, ponto por ponto, as três condições acima. O Programa de Saúde da Família não é acompanhado de uma verdadeira democratização do acesso à saúde e de uma concepção de saúde que dê lugar ao protagonismo do sujeito psicossocial. O que vemos é uma crescente medicalização: os médicos do PSF foram incentivados a medicalizar psiquiatricamente a população das clínicas de família sem nenhuma articulação com os CAPS; um crescimento impressionante da rede operado de forma privatizada; o dismantelamento dos quadros de funcionalismo público, com maiores salários na iniciativa privada estatal, retirada da estabilidade e, portanto, um franco ataque ao engajamento crítico dos trabalhadores de saúde mental; a transformação dos CAPS em verdadeiros entrepostos de distribuição de medicação, que não respondem mais pelo acolhimento em momentos de crise, e, *last but not least*, a adoção dos protocolos burocratizantes da famosa RAPS, adotada de modo acrítico como um “avanço”, mas que nada mais é do que a extinção da lógica de Atenção Psicossocial nos próprios CAPS. Isso produz consequências, como a própria inoperância da rede, então, volta-se a incluir o hospital psiquiátrico na rede, esse que encarnaria o “avanço” científico da “nova” psiquiatria e dos “novos” medicamentos. Reitera-se a segregação do louco nessas “novas tecnologias”, ou, como diria Basaglia (1968/2010, p. 24), mistifica-se por meio do tecnicismo a violência, “sem no entanto modificar-lhe a natureza, apenas fazendo com que o objeto de violência se adapte à violência da qual é objeto”.

A forma politicamente mais estratégica de dissolver a posição do CAPS na rede, que era inicialmente a de seu *ordenador* (embora saibamos que ele nunca ordenou a rede nem operou sua porta de entrada como deveria), foi transformá-lo em RAPS, uma rede de protocolos, dispositivos entrecruzados, serviços e procedimentos, na qual não mais se consegue identificar a dualidade de planos de que falávamos antes, ou seja, na qual os princípios se confundem com os próprios

protocolos e procedimentos, na qual, por exemplo, a crise, a urgência e a emergência, cujo enfrentamento sempre foi atribuição *princeps* do CAPS, passam a ser objeto de uma outra rede, a RUE (Rede de Urgência e Emergência), que, numa aparência de moderna articulação, entrecruza-se com a RAPS e situa o CAPS como segunda instância na resposta à crise. Tudo isso favorece uma política de institucionalização, não seu contrário.

Vivemos, em nome de uma falsa eficiência, a queda de um paradigma que é muito caro e de alta potência transformadora, da realidade social brasileira no que concerne ao campo da saúde e da saúde mental em particular. Esse paradigma é o da Atenção Psicossocial, que está sendo muito cedo enterrado, antes mesmo de ter dado seus melhores frutos, como acontece habitualmente na história da humanidade (aconteceu com o marxismo, dito superado quando sequer se tinham tirado suas consequências mais importantes em determinados contextos, como o da América Latina).

Queremos concluir dizendo que uma política de saúde mental, verdadeiramente desinstitucionalizante, antimanicomial em seus princípios (e, portanto, em seus fins concretos e em seus resultados) não é compatível com toda e qualquer modalidade de Estado, com todo e qualquer modelo de gestão, de concepção de recursos humanos, sua formação e sua sustentação, e que o “estado” brasileiro atual é de todos o mais incompatível com a política de saúde mental que queremos.

## Referências bibliográficas

- Basaglia, F. (2010). As instituições da violência. In P. Amarante (Org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (pp. 91-131). Rio de Janeiro: Gramond. (Trabalho original publicado em 1968)
- Freud, S. (1980). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia. In S. Freud, *Edição Standard das obras psicológicas completas* (vol. 12, pp. 15-89). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912)
- Lacan, J. (1998). A ciência e a verdade. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 869-892). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1965-1966)
- Lacan, J. (1988). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1955-1956)
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1969-1970)
- Lacan, J. (2009). *O seminário, livro 18: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1971)
- Lacan, J. (2003). Televisão. In J. Lacan. *Outros Escritos* (pp. 508-543). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1973)

**Recebido:** 16/07/2020

**Aprovado:** 01/10/2020