

O que a Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu? Sobre tecnologias *psicossociais* e categorias *antimanicomiais*¹

Martinho Silva

Doutor em Antropologia Social
Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ

Resumo

Este ensaio sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira procura compreendê-la a partir de uma perspectiva foucaultiana, destacando o que esse processo sócio-histórico produziu, e não o que deixou de fazer. Principalmente com base nos resultados de pesquisas desenvolvidas pelo autor na última década, na interface entre saúde mental, justiça criminal e direitos humanos, são apresentadas algumas transformações tanto nas práticas em curso nos serviços quanto nas propostas elaboradas no âmbito das políticas públicas de saúde mental, particularmente as técnicas de poder nos Centros de Atenção Psicossocial e as nomeações oficiais criadas para abordar populações e estabelecimentos no Ministério da Saúde. Tecnologias psicossociais, tais como a referência do usuário e do familiar ao serviço, e categorias antimanicomiais, tais como a de pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei, ganham relevo neste tipo de análise, mais do que a presença ou ausência de serviços extra-hospitalares, leitos e lógicas manicomiais no território nacional.

Palavras-chave: Saúde mental, categorias sociais, políticas públicas.

Abstract

*What has the Brazilian Psychiatric Reform produced?
On psycho-social technologies and anti-asylum categories*

This paper addresses the Brazilian Psychiatric Reform on a Foucaultian perspective, i.e., instead of what it failed to accomplish, it highlights the effects it produced as a socio-historic process. Based on research carried out by the author over the past decade on the interface between mental health, criminal justice, and human rights, some of the transformations taking place at public services, and in public policy on mental health are presented. Rather than on the presence or absence of outpatient services, beds, and asylum logics in the country, the analysis is focused on the techniques of power involved at two particular sites: Psycho-Social Service Centers and official names created to address populations and national health institutions. At those, psycho-social technologies such as users' and family members' referrals, as well as anti-asylum categories such as 'adult person with a mental disorder in conflict with the law' gain relevance.

Keywords: Mental health, social categories, public policy.

1. Nota dos Editores: este artigo foi originalmente apresentado no II Seminário de Antropologia da UFSCar, realizado entre os dias 11 e 14 de novembro de 2013, na mesa redonda Reforma Psiquiátrica no Brasil e na Itália.

Introdução

Antes de mais nada, gostaria de agradecer o convite da Prof.^a Marina Cardoso para participar desta mesa-redonda, e assim conversar com vocês sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É importante destacar, desde já, que faço parte do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil, e que trabalhei alguns anos como psicólogo em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar de um Centro de Atenção Psicossocial. Também fui consultor técnico em um departamento do Ministério da Saúde, chamado saúde no sistema penitenciário, no qual participei da elaboração de políticas públicas voltadas para o atendimento de internos dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Meus estudos sobre o campo da saúde mental levaram em conta não apenas as perspectivas dos usuários e profissionais dos serviços, mas também as dos familiares, vizinhos e demais moradores das cidades nas quais acontecem descredenciamentos de hospitais psiquiátricos conveniados ao Sistema Único de Saúde, os fechamentos de hospícios.

Gostaria de começar a palestra retomando um assunto que o Maxmiliano mencionou, que é a visita do Franco Basaglia ao Brasil. Eu diria que ele continua entre nós, em um certo sentido, pois um livro chamado *Holocausto Brasileiro* (Arbex 2013) acabou de ser publicado, e o título parece inspirado justamente nas palavras de Basaglia, quando o mesmo conheceu a Colônia de Barbacena (MG) na década de 1970. Ele compara o hospício com um campo de concentração nazista. O livro também poderia ter outro nome, como *Trem de Doido*, já que o crescimento do número de internos no referido hospício tinha estreita ligação com um trem que passava por algumas cidades do estado de Minas Gerais, recolhendo pessoas rejeitadas por suas famílias e comunidades, despejando-as no estabelecimento e tornando-o um grande depósito de indesejados. Embora a autora mencione em seu livro o trem e as pessoas que transitaram por ele, ela optou por nomear sua obra a partir de uma alusão ao genocídio do povo judeu na Europa.

Sobre o *Trem de Doido* – esse fenômeno brasileiro e propriamente mineiro –, há um amplo trabalho de documentação realizado no citado livro, bem como em outros estudos (Jabert 2001). Já conhecemos a importância da Nau dos Loucos para a história da loucura, fenômeno descrito por Michel Foucault (Foucault 1978), bem como da noção de instituições da violência (Basaglia 1985) para a compreensão das reformas psiquiátrica do pós-Guerra. Contudo, há muito por se fazer para compreender a importância do *Trem de Doido* no interior da história da psiquiatria e do asilo no Brasil, já que grande parte dos estudos concentram-se nas instituições asilares, nos estabelecimentos, no surgimento das colônias, hospícios e manicômios no país, como por exemplo os estudos de Teixeira (1998).

Desta maneira, gostaria de sublinhar que falarei sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira neste contexto da produção acadêmica nacional sobre o tema, no qual dispomos de mais informações

sobre alguns assuntos do que sobre outros. Gostaria também de convocar vocês, estudantes desta universidade, para colaborar no processo de transformação desse contexto, empenhando-se no estudo desses assuntos que têm sido pouco alvo de investimento intelectual até o momento. Também nesta direção de estimulá-los a realizar as próprias pesquisas sobre a história da psiquiatria e do asilo no Brasil, como também de produzir outras interpretações sobre o processo de reforma psiquiátrica nacional além das que virão a escutar nesta palestra, eu gostaria de acentuar como as compreensões sobre o que acontece no campo da saúde mental atual são, muitas vezes, não só diferentes, mas também divergentes.

Uma das teses sobre a constituição deste campo aponta para a centralidade da psiquiatria biológica como saber, em disputa com outros de ordem 'psi' e 'social', sendo que estaria em processo uma biologização do mental nas últimas décadas, uma hegemonia de saberes fisicalistas. Essa tese é compartilhada por vários autores, entre eles Duarte (2010), Russo e Venâncio (2006). Ao mesmo tempo, quando nos afastamos das iniciativas centradas na metrópole carioca e deitamos nosso olhar sobre experiências locais no estado do Rio Grande do Sul, percebemos que outros autores indicam processos distintos que se encontram em curso neste mesmo campo, como a sociologização do sofrimento e a desbiologização da patologia (Biehl 2005). Neste último caso, o acolhimento de pessoas com suspeita de portar um transtorno mental nos estabelecimentos do SUS terminaria por colocar em primeiro plano as condições de vida e determinantes sociais da doença, ao mesmo tempo em que deixa de investigar outros agravos e doenças além daquelas consideradas de ordem psiquiátrica. Essas perspectivas sobre o campo da saúde mental são divergentes, embora não excludentes, já que ambos os processos, biologização do mental e sociologização do sofrimento, podem estar acontecendo em paralelo. Um exemplo do rendimento desta última perspectiva teórico-metodológica na descrição e análise etnográfica do atendimento em saúde na própria metrópole carioca pode ser conferido em Assis (2014), ao acompanhar o itinerário terapêutico de uma pessoa portadora de transtorno mental em situação de comorbidade, e notar o quanto o cuidado ofertado na rede de atenção em saúde local atende às necessidades de uma usuária diagnosticada como hanseniana e alcoolista.

O que estou procurando ressaltar é a possibilidade de levar em conta esses contrastes entre interpretações do campo da saúde mental nos estudos que porventura venham a ser conduzidos sobre a reforma psiquiátrica brasileira, bem como a possibilidade de não partir exclusivamente de uma das perspectivas apresentadas no desenho do projeto de pesquisa.

Enfim, vamos à minha interpretação sobre a reforma psiquiátrica brasileira (RPB), em grande parte inspirada nas obras produzidas pelo e no Instituto de Medicina Social da UERJ, no qual realizei meu mestrado em saúde coletiva, e onde atualmente sou professor. Vou começar por uma das conferências proferidas por Michel Foucault no Instituto em 1974, a única das quatro que não foi

publicada no conhecido livro 'Microfísica do Poder' (Foucault 1979), nomeada 'La Crisis de la Medicina o la Crisis de la Antimedicina' (Foucault 1976). Nela, o autor realiza um debate com outro autor muito relevante no campo da saúde coletiva, Illich, cujos estudos mostravam o quanto a medicina poderia ser iatrogênica, ou seja, produzir doenças mais do que curá-las. Illich, na leitura que Foucault faz dele, enfatiza o quanto a própria atividade terapêutica hegemonicamente hospitalar pode desdobrar-se em mortes mais do que preservar vidas. Ao contrário de Illich, Foucault defende que não é só pelos fracassos da medicina que devemos encontrar uma via privilegiada para compreendê-la, mas, principalmente, pelos seus sucessos: "(...) es el hecho de que la medicina podria ser peligrosa, no em la medida de su ignorancia y falsedad, sino em la medida de su saber, em la medida em que constituye una ciencia." (Foucault 1976: 156). Em outras palavras, não é pelo que a medicina deixa de fazer, mas pelo que faz que devemos nos preocupar com ela, é isso que Foucault vai chamar de uma "iatrogenia positiva da medicina", cujas conquistas – antibióticos, entre outros avanços citados – já estão alterando os seres humanos enquanto espécie, de certo modo tornando-nos mais frágeis na mesma medida em que aumenta nossa longevidade:

En cambio lo que resulta mucho más interesante y plantea el verdadero problema es lo que podria denominarse no la iatrogenia, sino la iatrogenia positiva, los efectos médicamente nocivos debidos no a errores de diagnóstico ni a la ingestión accidental de esas substancias, sino a ala propia acción de la intervención médica en lo que tiene de fundamento racional. (Foucault 1976: 157)

Pretendo realizar aqui o mesmo procedimento teórico-metodológico com a reforma psiquiátrica brasileira, de modo que possamos nos perguntar sobre o que ela produziu, mais do que sobre aquilo que deixou de realizar. Basicamente, proponho que nos concentremos nas tecnologias psicossociais em curso nos serviços de atenção diária, bem como nas próprias categorias antimanicomiais criadas ao longo do processo de implantação desses estabelecimentos para se referir aos mesmos, como o próprio termo "serviço de atenção diária", nem tanto um "ambulatório" ou mesmo um "hospital", ou, ainda, um "hospital-dia", entre outras expressões.

Essa perspectiva sobre a RPB diferencia-se de outras em vigor. Delgado (2013) apresenta os resultados de sua gestão na Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, grifando a diminuição dos leitos psiquiátricos e a expansão dos estabelecimentos que compõem a rede de atenção em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), bem como a inversão no financiamento das ações e serviços de saúde mental, do predomínio do investimento na modalidade hospitalar em direção ao ambulatorial. Os efeitos da RPB dizem respeito à presença ou ausência de leitos e serviços extra-hospitalares no estudo desse autor, de modo que a diminuição do porte dos

hospitais psiquiátricos – do número de leitos – é colocada em destaque como estratégia governamental para garantir uma transformação da assistência psiquiátrica pautada pela proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental. Embora consideremos muito relevantes esses efeitos reformistas no âmbito da formulação de políticas públicas, aqui apresentaremos os produtos da RPB a partir de outro ponto de vista, no qual a formulação e implantação de políticas públicas também têm lugar, embora tecnologias *psicossociais* e categorias *antimanicomiais* criadas nesse processo adquiram maior relevo na análise.

Tecnologias *psicossociais*

Em primeiro lugar, gostaria de falar sobre a atenção diária, diferenciada tanto da modalidade ambulatorial quanto da hospitalar de atendimento em saúde mental. Um dos marcos da RPB é a criação do CAPS Luiz Cerqueira em São Paulo (SP), no ano de 1987 (Golberg 1996). Neste momento, assim como a psicoterapia institucional francesa, as comunidades terapêuticas inglesas e a psiquiatria preventiva norte-americana, um dos principais modelos de reforma psiquiátrica cujos representantes encontravam-se em interlocução com os brasileiros envolvidos na RPB era a psiquiatria democrática italiana (Amarante 1995). Já na década de 1950, o debate era principalmente com a anti-psiquiatria inglesa, por meio dos ateliês no Museu de Imagens do Inconsciente no Rio de Janeiro (RJ) e da interlocução entre a psiquiatra Nise da Silveira e o psiquiatra Ronald Laing (Bezerra Jr. 1992).

Então, temos um diálogo entre representantes da psicologia analítica e da antipsiquiatria inglesa antes da ditadura militar no Brasil, resultando em uma prática nos ateliês dentro do Centro Psiquiátrico Pedro II no município do Rio de Janeiro, chamada pela própria Nise da Silveira de “terapia ocupacional”: nem propriamente uma internação, nem necessariamente uma consulta, embora dentro do hospício, foram designadas posteriormente por Melo (2012) de “atividades expressivas”. Após a ditadura militar, um diálogo entre representantes da psicanálise – muitas vezes, embora nem sempre, lacaniana – e a psiquiatria democrática italiana, desdobrando-se em uma prática nos grupos e oficinas dentro do CAPS Luiz Cerqueira no município de São Paulo, chamada pelo próprio Jairo Golberg de “clínica da psicose”, e reconhecida por Jurandir Freire Costa no prefácio do livro sobre essa clínica de modos de gerenciar a vida como uma alternativa entre a consulta no ambulatório e a internação no hospital psiquiátrico, agora fora dos muros deste estabelecimento asilar. Em ambos os casos, a convivência mais do que o confinamento ocupam um lugar fundamental, bem como o que passamos a chamar de “atenção diária”, inclusive chamando os estabelecimentos nos quais essa prática era realizada de “serviços de atenção diária” (Delgado e Weber 2003) mesmo quando a portaria 224/1992 já estava em vigor, ou seja, mesmo quando a terminologia “Centro de Atenção Psicossocial” já vigorava para nomear serviços extra-hospitalares de saúde mental.

Essa perspectiva da atenção diária, diferentemente da modalidade ambulatorial ou hospitalar, aponta para os graus de intensidade do cuidado, não para o tratamento e cura de doenças, sendo que isso está bem caracterizado na portaria 336/2002, na qual a “responsabilidade do serviço pelo território” – *presa in carico* segundo os italianos – apresenta-se como uma diretriz mais contundente no desenho da rede de atenção em saúde mental. Demanda espontânea não seria mais a lógica hegemônica, com as infinitas listas de espera, mas a garantia de acesso de todos os moradores de uma dada área geográfica ao serviço, com posterior definição da permanência ou não em atendimento, sempre dependendo do caso. Um alto grau de intensidade do cuidado pode se colocar no horizonte da atenção psicossocial em algumas situações, os atendimentos das pessoas com os ditos “transtornos severos e persistentes”, podendo envolver visitas domiciliares e acompanhamento de longo prazo, ou grupo de recepção e acolhimento apenas, inclusive com encaminhamentos para ambulatórios ou postos de saúde.

A atenção diária, portanto, é um desses produtos da RPB, ou seja, um acerto e não um erro, um sucesso e não um fracasso, uma conquista e não um desafio, algo que pode indicar a reforma em sua positividade, de uma perspectiva foucaultiana. E o que mais a reforma produziu? Quais foram os arranjos entre clínica e política construídos ao longo dessas últimas décadas, como propunha Bezerra Jr. (1992), conjugando diminuição do sofrimento com aumento das possibilidades de existência no tecido social? A reforma mudou o lugar social da loucura em nossa sociedade, como propunha Birman (1992)? E os avanços em cada uma das quatro dimensões do processo sócio-histórico de reforma psiquiátrica formuladas por Amarante (1995), a epistemológica, a técnico-assistencial, a jurídico-política e a sociocultural?

Sobre as articulações entre clínica e política sugeridas pelo professor Benilton Bezerra Jr, a reforma sanitária já produziu as suas, como sugerem os três “Is” do Sistema Único de Saúde, segundo Andrade (2006): interdisciplinariedade, integralidade e intersetorialidade, com a possibilidade de atuar em equipes multiprofissionais de modo que os saberes mobilizados colaborem para garantir o acesso da população às ações e serviços de saúde, para não dissociar a prevenção de agravos da assistência aos que já se encontram enfermos e, enfim, na direção de uma articulação com a assistência social, a educação e outros setores nos quais os usuários possam transitar ao longo de sua trajetória de vida. A reforma psiquiátrica também, como sugerem os três ‘As’ da avaliação de CAPS segundo Schmidt e Figueiredo (2007): acesso, acolhimento e acompanhamento, garantindo o direito à saúde para todas as pessoas portadoras de transtorno mental de uma maneira que sejam pelo menos recebidas nos estabelecimentos que compõem a rede de atenção em saúde mental, embora poucas delas venham a permanecer em atendimento regular nos serviços mais especializados, como os CAPS. Mas gostaria de falar particularmente de três “ências” nesse momento: a transferência, a

referência e a preferência no manejo dos casos em acompanhamento no regime de atenção diária nos CAPS.

Acho que a relevância do manejo da transferência na clínica da psicose é algo consensual no campo da saúde mental, pois penso que quando estamos no cotidiano de estabelecimentos extra-hospitalares como os CAPS e outros, lidando com os ditos “transtornos mentais severos e persistentes”, a organização do trabalho em equipe costuma caminhar na direção de colocar um dos membros nesse lugar de escuta do sujeito e condução do caso. Na perspectiva de estabilização de sintomas e inserção social, mais do que de extinção dos sintomas e cura, essa “ênica” é fundamental para que, além da observação do comportamento dos egressos de internação psiquiátrica, também se instale uma audição de sua fala, com os conflitos ditos “intrapsíquicos” também se tornando objeto de intervenção, e não apenas os ditos “sociais”. Eis uma das contribuições da psicanálise para a clínica antimanicomial.

Do mesmo modo, a instalação de equipes de referência articuladas às de apoio matricial (Campos 1999) também se tornou consensual não só no campo da saúde mental como também da saúde coletiva, já que a proliferação da função “técnico de referência” nos CAPS e a própria distribuição dos usuários entre os mesmos – e não exclusivamente entre os profissionais por conta de suas especialidades, tais como psiquiatria, psicologia, serviço social etc. – é uma demonstração do quanto se tornou comum essa forma de atuação, cujo objetivo é aumentar a adesão do usuário ao serviço e garantir a continuidade do cuidado. Pensada a partir da experiência do sanitarista Gastão Campos em Campinas (SP), a perspectiva de constituição de referências nos serviços difundiu-se por outros municípios e estados da federação. Ao chegar para trabalhar em um CAPS, inclusive um terapeuta ocupacional vai se ocupar de um determinado número de usuários, independente dos mesmos necessitarem de sua expertise ou mesmo de gostarem dele: um vínculo de confiança precisa ser estabelecido entre profissionais e usuários para que a continuidade do cuidado seja garantida e, deste modo, o destino do usuário não volte a ser a internação psiquiátrica de longa duração nos hospícios, embora possa continuar sendo uma internação temporária nos hospitais gerais, acompanhada por seu “técnico de referência”. Trata-se de um gerenciamento de caso, uma atividade de acompanhamento em longo prazo, de busca ativa do usuário no território, atividade bastante ligada à diretriz de responsabilidade do serviço pelo território, presente na portaria 336/2002. Essa “ênica” não depende de um endereçamento do sujeito ao analista como no caso da transferência, mas de uma disponibilidade do profissional em se ocupar do controle da circulação espacial dos usuários cadastrados nos serviços (Silva 2007), mantendo-os próximos dos CAPS e longe dos asilos.

Enfim, além da referência e a transferência também há que se levar em conta a preferência, a ideia segundo a qual um usuário pode se vincular a um serviço por gostar de vir conversar com o segurança, com a cozinheira, com algum agente administrativo, estejam esses funcionários

disponíveis ou não para atuar como técnico de referência ou mesmo tenham sido eles ou não convocados a manejar a transferência. Esta “ência”, pouquíssimo valorizada em muitos CAPS, mas, certamente, muito presente no cotidiano dos mesmos, aponta para a manutenção do usuário na convivência e da sustentação do mesmo em atenção diária, mais do que consultas, grupos e oficinas ofertadas pelas especialidades atreladas, na maioria das vezes, a uma modalidade ambulatorial de prestação de serviços.

Essas três “ências”, a articulação entre transferência, referência e preferência na organização do trabalho em equipe dos serviços extra-hospitalares de saúde mental, também é um produto da RPB, como a atenção diária.

Sobre a mudança no lugar social da loucura indicada como necessária no processo de RPB pelo professor Joel Birman, deve-se levar em conta que o estatuto de incapacidade, periculosidade e inimputabilidade do louco ainda se encontra vigente em nossos códigos civil e penal. Levando-se em conta as diversas iniciativas de geração de renda no país, bem como a tentativa de instaurar uma curatela parcial e não total na rotina dos tribunais (Diaz 2001), sem falar na dispensa do rito da curatela para receber o Benefício de Prestação Continuada por parte do governo federal, percebe-se que pelo menos a incapacidade foi colocada em xeque, bem como a própria instauração da bolsa auxílio-reabilitação no âmbito do Programa de Volta para Casa e convocação para que cada um dos beneficiados, egressos de internação psiquiátrica, adquiram um cartão em um banco e possa gerenciar sua própria conta.

A desestabilização do estatuto da incapacidade do dito “doente mental” é outra conquista da RPB, mas para conversarmos mais acerca da periculosidade e inimputabilidade precisaremos gradativamente nos afastar desse terreno da assistência nos quais a atenção diária e a articulação entre transferência, referência e preferência na organização do trabalho em equipe dos CAPS se colocam, em direção ao plano menos da implantação do que da formulação de políticas públicas. Das tecnologias *psicossociais* em direção às categorias *antimanicomiais*.

Categorias *antimanicomiais*

O próprio professor Paulo Amarante, um dos protagonistas do processo de RPB, ator e autor central no campo da saúde mental, veio a inovar na articulação das quatro dimensões formuladas por ele, particularmente entre a epistemológica, a jurídico-política e a sociocultural: dos “loucos de todo gênero” em nosso Código Civil para os “loucos pela vida” que é, justamente, o título de seu livro (Amarante 1995), e destes para o projeto Loucos pela Diversidade no Ministério da Cultura, efetivamente tornando a loucura uma questão de médico e de todo mundo um pouco, retirando a

exclusividade do setor saúde e inserindo-a no de cultura, do ponto de vista governamental mesmo. É aquilo que o jurista Salo de Carvalho vai chamar de “nova gramática da loucura”:

Dentre as mudanças estratégicas que redimensionam o trabalho dos profissionais e dos cientistas na área, a criação de uma nova *gramática da loucura* ultrapassa o mero simbolismo e se constitui como um importante mecanismo de mudança. As formas de nominar o *louco* e a *loucura* expõem o que é encoberto nas práticas psiquiátricas e a mudança da linguagem constitui um importante passo na desconstrução da lógica manicomial. A redesignação do *louco* – *louco de todo gênero* era a expressão utilizada pelo Código Civil de 1916 – como *sujeito portador de sofrimento psíquico* ou *usuário do sistema de saúde mental* carrega consigo, portanto, uma nova postura perante estas distintas construções de subjetividade. (Carvalho 2013: 518)

De paciente a usuário, de doente mental a pessoa portadora de transtorno mental, de manicômio a serviço de atenção diária, de tratamento a atenção psicossocial, entre muitas outras mudanças terminológicas em curso ao longo das últimas três décadas de movimento da luta antimanicomial no país, cunhando essas e outras categorias *antimanicomiais*. Uma iniciativa como Loucos pela Diversidade retoma justamente a utopia de uma sociedade sem manicômios, lema presente na emergência da causa antimanicomial no Brasil, momento no qual era a sociedade normatizada o alvo da crítica e não o indivíduo desviante o alvo da exclusão. A sociedade que não tolera a diferença agora seria aquela que não convive com a diversidade.

Enquanto convive com a diversidade, a sociedade da utopia antimanicomial também vai imergindo em vulnerabilidades, mais do que em periculosidades. Como pude recentemente sinalizar no debate sobre formulação de políticas públicas, uma série de categorias são criadas no governo federal com o intuito de ao mesmo des-institucionalizar e des-estigmatizar populações, como é o caso de “jovem em conflito com a lei” ao invés de “adolescente infrator” e mesmo “menor infrator”, justamente para distanciar-se da perspectiva que costuma identifica-los como “trombadinhas”, sendo que ao longo desse processo de mudança terminológica também se sugeriu como expressão adequada e politicamente correta “criança/adolescente autor de ato infracional” (Silva e Costa-Moura 2013). A combinação entre essa mudança e a nova gramática da loucura apontada anteriormente, segundo a qual na Lei 10.216/2001 – a lei antimanicomial - utiliza-se a expressão “pessoa portadora de transtorno mental” em vez de “louco de todo gênero” e mesmo “alienado mental”, desdobra-se em outra categoria: “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei” ao invés de “louco infrator” e mesmo de “paciente judiciário portador de sofrimento mental”. Sem falar na expressão “pessoa em uso nocivo e/ou prejudicial de álcool e outras drogas” em vez de “dependente químico” e o altamente pejorativo termo “viciado”.

Todas essas mudanças terminológicas acontecem na tensão entre o movimento antimanicomial e o governo federal, entre porta-vozes do movimento que atuam no sentido de

pressionar representantes da gestão e, assim, redirecionar o modelo de atenção em saúde mental e, principalmente, o financiamento das ações e serviços. É deste modo que podemos compreender uma certa mudança no lugar social da loucura em nossa sociedade: de incapazes a cada vez mais inventivos, os ditos “doentes mentais” são apresentados em cerimônias de premiação por exemplo, por meio do Loucos pela Diversidade e outras iniciativas, com esses espaços tornando-se fundamentais na consagração dessa nova gramática da loucura e na circulação das novas categorias para se referir às pessoas e aos estabelecimentos que conformam essa nova linguagem. Afinal, são pessoas e também estabelecimentos, como os “hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico” em vez de “manicômios judiciais”, até mesmo os “programas de atenção integral ao paciente judiciário” (PAIPJ-MG) e mesmo, mais recentemente, os “serviços de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei”.

Mas não só de incapazes a inventivos, como também de perigosos a vulneráveis, como é o caso das “pessoas adultas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei” no lugar de “loucos infratores” e dos anteriormente vistos como “degenerados”, “monstros”, “anormais”: cada vez mais necessitados de proteção e considerados privados de direitos, vítimas mais do que agressores no contexto da formulação de políticas públicas intersetoriais entre a saúde, a justiça e a assistência social, como no caso da Política Nacional de Atenção Integral em Saúde para Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Essas pessoas se mantêm inimputáveis certamente, ou seja, irresponsabilizados pelos seus atos perante o direito, mas levando-se em conta a perspectiva de responsabilidade diferenciada defendida até mesmo por juristas (Carvalho 2013), embora não se saiba até quando.

É por meio desse assunto que podemos voltar ao tema dessa mesa redonda, que é a reforma psiquiátrica no Brasil e na Itália, pois a questão do atendimento às pessoas diagnosticadas com um transtorno mental que cometem atos infracionais – estando ou não em cumprimento de medidas de segurança – também é um desafio na reforma psiquiátrica italiana, pelo menos na perspectiva de Venturini e Casagrande (2012). Embora comumente se considere apenas a influência da psiquiatria democrática italiana sobre a RPB, há assuntos nos quais mais do que uma relação assimétrica – tentar implantar no Brasil o que se encontra em curso na Itália –, torna-se mais importante estabelecer uma troca, como quando está em jogo uma relação entre saúde mental, justiça criminal e direitos humanos, ou quando políticas intersetoriais e não exclusivamente de saúde estão em construção. A articulação entre os setores saúde, justiça e assistência social no Poder Executivo e entre este poder e o Judiciário, algo que acontece há mais de uma década no estado de Minas Gerais por meio do PAIPJ-MG, é uma iniciativa nacional que aponta para a viabilidade do atendimento a essa parcela da população ao mesmo tempo psiquiátrica e penitenciária, sendo que não podemos nesse caso falar de uma influência da reforma italiana sobre a RPB, mas, certamente, de uma troca a ser estabelecida.

Voltamos, assim, ao *Trem de Doido*, que desembocava no hospício de Barbacena, também nesse mesmo estado da federação, Minas Gerais. Enfim, embora talvez tenha apresentado uma visão um pouco ‘cariocêntrica’ da RPB, espero que tenha estimulado todos a produzir uma visão da história da psiquiatria e do asilo, e também do processo sócio-histórico de reforma psiquiátrica, com base em outros pontos de partida, como é o caso dos citados estudos desenvolvidos em municípios dos estados do Rio Grande do Sul, de São Paulo e Minas Gerais. Assim talvez a interlocução entre Brasil e Itália no que tange à descrição e análise da reforma psiquiátrica possa variar e se diversificar também, mais do que reforçar as citadas assimetrias.

Bibliografia

- AMARANTE, Paulo. 1995. *Loucos pela Vida – A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ANDRADE, Luis Odorico. 2006. *O Dilema da Intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec.
- ARBEX, Daniela. 2013. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial.
- ASSIS, Aislán. 2014. *Viver livremente: Trajetos e Passagens de Uma Fuga do Cuidado*. Dissertação de Mestrado, IMS-UERJ.
- BASAGLIA, Franco. 1985. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal.
- BEZERRA JR., Benilton. 1992. “Da Verdade à Solidariedade: A Psicose e os Psicóticos”. In: Bezerra Jr., B. e Amarante, P. (orgs.) *Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, pp. 31-40.
- BIRMAN, Joel. 1992. “A Cidadania Treloucada – Notas Introdutórias sobre a Cidadania dos Doentes Mentais”. In: Bezerra Jr., B. e Amarante, P. (orgs.) *Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, pp. 71-90.
- CAMPOS, Gastão. 1999. “Equipe de Referência e Apoio Especializado Matricial: Um Ensaio sobre a Reorganização do Trabalho em Saúde”. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 4 (2): 393-403.
- CARVALHO, Salo de. 2013. *Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro: Fundamentos e Aplicação Judicial*. São Paulo: Saraiva.
- DELGADO, Pedro e Weber, Renata. 2003. “Configurações dos Serviços de Atenção Diária até 2001: Um Estudo com 295 serviços”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 52: 236-242.
- DELGADO, Pedro. 2013. “Mental Health Reform in Brazil: Changing Hospital-centered Paradigm to Ensure Access to Care”. *Souquaderni*, Milão.
- DIAZ, Fernando. 2001. *Loucos de Todo Gênero são Incapazes – Justiça e Saúde Mental no município de Angra dos Reis na década de 90*. Dissertação de mestrado, IMS-UERJ.
- DUARTE, Luiz Fernando. 2010. “O Nervosismo como Categoria Nosográfica no Começo do Século XX”. *História, Ciência e Saúde*, v. 17, supl. 2: 313-326.
- FOUCAULT, Michel. 1976. “La Crisis de la Medicina o la Crisis de la Antimedicina”. *Educación Médica y Salud*, Buenos Aires, vol. 10, n° 2: 152-169.
- FOUCAULT, Michel. 1978. *A História da Loucura na Idade Clássica*. Rio de Janeiro: Perspectiva.

- FOUCAULT, Michel. 1979. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- GOLDBERG, Jairo. 1996. *A Clínica da Psicose: Um Projeto na Rede Pública*. Rio de Janeiro: Te Corá / IFB.
- MELO, Walter (org) et al. 2012. Introdução. In: *Que país e este?* Rio de Janeiro: Espaço Artaud.
- JABERT, Alexander. 2001. *Da Nau dos Loucos ao Trem de Doido: As Formas de Administração da Loucura na Primeira República – O caso do Estado do Espírito Santo*. Dissertação de Mestrado, Fiocruz.
- RUSSO, Jane e VENÂNCIO, Ana. 2006. "Classificando as Pessoas e suas Perturbações: A 'revolução terminológica' do DSM III". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX (3): 460-483.
- SCHMIDT, Moema e FIGUEIREDO, Ana. 2007. "Os três As: Acesso, Acolhimento e Acompanhamento – Uma Proposta de Avaliação de Serviços de Saúde para o Trabalho nos CAPS". In: Couto, M. e Martinez, R. (orgs.) *Saúde Mental e Saúde Pública: Questões para a Agenda da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: NUPPSAM / IPUB / UFRJ, pp. 125-151.
- SILVA, Martinho. 2007. "O Técnico de Referência no Centro de Atenção Psicossocial: Uma Nova Especialidade no Campo da Saúde Mental?". *Vivência*, v. 32: 207-233.
- SILVA, Martinho e COSTA-MOURA, Renata. 2013. "Do 'Louco Infrator' à 'Pessoa Portadora de Transtorno Mental em Conflito com a Lei: Sobre Categorias Governamentais e Processos de Vulnerabilização". *Interseções*, v. 15, no 2: 301-328.
- TEIXEIRA, Manoel. 1998. *Deus e a Ciência na Terra do Sol: o Hospício de Pedro II e a Constituição da Medicina Mental no Brasil*. Tese de doutorado, IPUB-UFRJ.
- VENTURINI, Ernesto; CASAGRANDE, Domenico e TORESINI, Lorenzo. 2012. *O Crime Louco*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Recebido em 13/04/2014
Aprovado em 23/07/2014