

Uma breve história da reforma psiquiátrica.

A brief history of the psychiatric reform.

Carlos Frederico de Oliveira Alves⁹; Valdenilson Ribeiro Ribas^{4}; Eliana Vilela Rocha Alves⁸; Marcelo Tavares Viana⁷; Renata de Melo Guerra Ribas⁶; Lamartine Peixoto Melo Júnior⁵; Hugo André de Lima Martins⁴; Murilo Duarte Costa Lima³; Everton Botelho Sougey²; Raul Manhaes de Castro¹.*

RESUMO

O objetivo deste estudo foi fazer uma revisão dos principais aspectos, envolvendo mitos, paradigmas e conceitos históricos que possibilitaram a construção da reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo. Abordamos os conceitos de loucura desde a Grécia Antiga até a visão contemporânea da nosografia médica atual, apresentando as mais variadas explicações construídas na mitologia, religião, sociedade e comunidade científica. A loucura como manifestação dos deuses, como expressão da força da natureza na Idade Média, como possessão de maus espíritos, marcada por práticas inquisitoriais, como transgressão da moral, associada à periculosidade, desviante, a partir da Revolução Francesa, com impulso dos ideais de Liberdade, Igualdade e Fraternidade, passando a ingressar no processo de reabsorção dos excluídos e por último a sua apropriação pelo saber médico com possibilidade de cuidados e tratamento. Em seguida, a formação de manicômios e a reforma psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: reforma psiquiátrica, loucura, psiquiatria.

¹Doutor em Farmacologia Experimental e Clínica da Universidade de Paris VI, Professor Adjunto do Departamento de Nutrição, UFPE; ²Doutor em Saúde Mental pela UNICAMP, Professor Adjunto, UFPE; ³Doutor em Medicina pela Universidad de Barcelona/Espanha, Professor Adjunto do Departamento de Neuropsiquiatria, UFPE; ⁴Doutorando em Neuropsiquiatria, Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE; ⁵Pós-graduando em Psicopedagogia pela UPE; ⁶Pós-graduanda em Nutrição de Produção, Auditora de Unidades de Alimentação de Hospitais Públicos, Secretaria da Saúde de Pernambuco; ⁷Doutorando em Bases Experimentais da Nutrição, Departamento de Nutrição, UFPE; ⁸Graduada em Pedagogia/UFPE; ⁹Mestre em Psicologia Clínica, UNICAP – PE.

Estudo realizado na Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento/UFPE, Recife, Brasil.

*Autor correspondente: Avenida Armindo Moura, 581. Quadra D – Bloco 02 – Apartamento 201. Conjunto WXL. Bairro: Boa Viagem. Cep.: 51.130-180. Recife-PE. Fones: (81) 9986-4399/9245-6031 ou 3339-5420. E-mail: ribaspsy@ufpe.br

ABSTRACT

The objective of this study was make a revision of the main aspects, involving myths, paradigms and historical concepts that facilitated the construction of the psychiatric reform in the Brazil and in the world. We approached the concepts of madness from Old Greece to the contemporary vision of the current medical nosography, presenting the most varied explanations built in the mythology, religion, society and scientific community. The madness as gods manifestation, as expression of nature force in the Medium Age, as bad spirits possession, marked by rigid acts of the church, as the morals transgression, associated to the danger, deviant, starting from the French Revolution, with pulse of the Freedom, Equality and Fraternity ideals, starting to enter in the excluded reabsorption process and last the medical knowledge appropriation with cares and treatment possibility. Soon after these explanations, we approached the insane asylums formation and the psychiatric reform.

KEY WORDS: psychiatric reform, madness, psychiatry.

INTRODUÇÃO

A loucura e o mundo ocidental

A loucura nem sempre foi vista sob o olhar médico, antes, era concebida como modo de manifestação do humano ⁽¹⁾. Um tema, hoje, tão controverso foi objeto das mais variadas explicações, passando desde o campo da Mitologia até o da Religião. Na Grécia Antiga, o “louco” era considerado uma pessoa com poderes diversos. O que dizia era ouvido como um saber importante e necessário, capaz de interferir no destino dos homens. A loucura era tida como uma manifestação dos deuses, sendo, portanto, reconhecida e valorizada socialmente. Não havia necessidade de seu controle e/ou exclusão.

No início da Idade Média, época marcada pela peste, lepra e medo de ameaças de outros mundos ⁽²⁾, a loucura era vista como expressão das forças da natureza ou algo da ordem do não-humano. Era exaltada, num misto de terror e atração. Mais tarde, ainda sem o estigma de sujeito de desrazão ou de doente mental, era tida como possessão por espíritos maus, os quais precisavam ser extirpados mediante práticas inquisitoriais, sob o controle da Igreja.

Com o emergir do Racionalismo, a loucura deixa de pertencer ao âmbito das forças da

natureza ou do divino, assumindo o *status* de desrazão, sendo o “louco” aquele que transgride ou ignora a moral racional. Neste contexto, surge a associação com a periculosidade, visto que, uma vez desrazoado, representa o não-controle, a ameaça e, por conseguinte, o perigo. A loucura ganha um caráter moral, passando a ser algo desqualificante, e que traz consigo um conjunto de vícios, como preguiça e irresponsabilidade. Atrelado a isto, no sec. XVII, com o Mercantilismo, dominava o pressuposto de que a população era o bem maior de uma nação, devido ao lucro que podia trazer. Daí, todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento de produção, comércio e consumo, começam a ser encarcerados, sob a prerrogativa do controle social a tudo que fosse desviante. Velhos, crianças abandonadas, aleijados, mendigos, portadores de doenças venéreas e os loucos passam a ocupar verdadeiros depósitos humanos:

Evidencia-se por toda a parte a preocupação dos governantes em encontrar solução para abrigar e alimentar a elevadíssima percentagem de incapazes, de mendigos, de criminosos, de anormais de todo gênero que dificultam e oneram pesadamente a parte sã e produtiva da sociedade ⁽³⁾.

A ociosidade passa a ser combatida como o mal maior, não havendo objetivo de tratamento, mas sim de punição:

Esquirol *apud* Foucault (1978): Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem coisas necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nos capitais ⁽⁴⁾.

Apenas cerca de um século mais tarde, com a Revolução Francesa (1789), cujos ideais de ‘*Liberdade, Igualdade e Fraternidade*’ tomavam força e impulsionavam transformações, inicia-se um processo de reabsorção dos excluídos, até então isolados em setores próprios dos Hospitais Gerais. Tais Hospitais se constituíam, ao mesmo tempo, num espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão, ou seja, onde cuidado e segregação se confundem. Os conceitos de saúde e doença situavam-se numa perspectiva social, subordinada às normas do trabalho industrial e da moral burguesa, com vistas à manutenção da ordem pública. Era a instituição médica, segundo Foucault (1978), apresentando-se como uma estrutura semi-jurídica, estabelecida entre a polícia e a justiça, com forte função normalizadora, constituindo a ‘terceira ordem de repressão’.

Segundo Foucault (1978, p. 49-50), O Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa (...)

Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – O Hospital é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: a terceira ordem da repressão ⁽⁴⁾.

Entretanto, mesmo com a efervescência das idéias humanistas e libertação de alguns excluídos, os loucos, devido sua associação com a periculosidade e ameaça à ordem, continuavam encarcerados.

No final do sec. XVIII, em 1793, é que Pinel, uma vez nomeado para dirigir o Hospital de Bicêtre, na França, define um novo *status* social para a loucura. Trata-se da apropriação da loucura pelo saber médico. A partir de então, loucura passa a ser sinônimo de doença mental. Pinel manda desacorrentar os alienados e inscreve suas “alienações” na nosografia médica. Desse modo, a loucura, enquanto doença, deveria ser tratada medicamente.

A iniciativa de Pinel abre duas questões importantes: se por um lado, tal iniciativa cria um campo de possibilidades terapêuticas, por outro, define um estatuto patológico e negativo para a loucura. As idéias de Pinel terminam por reforçar a separação dos loucos dos demais excluídos, a fim de estudá-los e buscar sua cura. O asilo passa a ser visto como a melhor terapêutica, onde aplica-se a reclusão e disciplina, sendo seu objetivo o *tratamento moral*.

Neste contexto, se estabelece um impasse: se a psiquiatria possibilitou que ao louco, agora como enfermo mental, fosse concedido o direito de assistência médica e de cuidados terapêuticos, em contrapartida retirou dele a cidadania, sendo assim, o universo da loucura foi excluído definitivamente do espaço social ⁽⁵⁾. Dentro da concepção de alienação, sendo o louco efetivamente destituído de razão, perde o direito se ser considerado sujeito igual aos demais cidadãos, restando-lhe apenas a interdição civil e o controle absoluto. Para a Psiquiatria e a Justiça, a questão da cidadania do

louco enuncia-se através da seguinte regra: eles não são puníveis e nem capazes. Ou seja, implícita na inimputabilidade está a noção de periculosidade e incapacidade absoluta.

A lei que regulamenta a tutela/interdição destina-se a menores, loucos, surdos-mudos, dentre outros. O problema, segundo o autor, é que as crianças crescem e os surdos-mudos aprendem a se comunicar, restando aos loucos uma interdição quase sempre definitiva. É evidente que tais critérios precisavam ser revistos, uma vez que tal mecanismo deveria visar a proteção do sujeito que, sofrendo por sua crise, encontrava-se temporariamente fragilizado, e, jamais, tornar-se um selo definitivo, implicando em sua estigmatização e exclusão do circuito da cidadania ⁽⁶⁾.

Desta forma, a instituição psiquiátrica, de inspiração manicomial^a, e toda lógica asilar que lhe fundamenta, configura-se como um lugar de segregação, expurgo social, onde são confinados, na maioria das vezes sem o direito de escolher,

^a A ênfase neste ponto recai prioritariamente sobre a lógica na qual se baseiam as instituições psiquiátricas asilares. Não se pretende, a princípio, assumir posição de julgamento do hospital psiquiátrico em si, embora seja nítida sua grande relação com todo o modelo segregador que está sendo apresentado. Digo isto, primeiramente por acreditar que pode tornar-se reducionista qualquer associação pura e simples a um só modelo institucional, sob o risco de pensarmos, que superando ou implantando um outro modelo alternativo, não incorremos no risco de repetir toda a lógica que permeia as ações no campo da Saúde Mental. Não se trata de condenar ou absolver o Hospital Psiquiátrico, mas, antes de tudo, questionar a sua lógica. É importante ressaltar que, nos últimos dias, tem surgido uma série de questionamentos no âmbito da saúde mental, acerca da possibilidade da existência e/ou manutenção de hospitais psiquiátricos, desde que estes se configurem em apenas um dispositivo de proteção ao sujeito em crise. Tal instituição, segundo estas discussões, se configuraria, enquanto, parte da rede de assistência à saúde mental, a ser acionado em momentos específicos: jamais como um fim em si mesmo. O tema é bastante polêmico. Durante as discussões posteriores, voltaremos a abordá-lo, tendo em vista a contextualização da rede atual de atenção à crise em Saúde Mental.

aqueles que, desviantes do padrão de razão ocidental, não correspondem às expectativas mercantilistas da sociedade. A institucionalização da loucura, que tem no Manicômio o seu maior expoente, através de uma cultura asilar, cujo tratamento moral, com seus ideais de punição, regulação e sociabilidade, promove o surgimento de verdadeiras 'fábricas de loucos', reprodutoras de uma concepção preconceituosa e totalitária, que discrimina, isola, vigia e tem, na doença, o seu único e absoluto objeto. Os Hospitais Psiquiátricos são comparados a grandes campos de concentração, devido à miséria e maus tratos a que são submetidos os internos. Se é possível afirmar que com Pinel o louco é libertado das correntes e dos porões, pode-se também dizer que este não é libertado do hospício. Esta é a liberdade intramuros, ou seja, o alienado é privado da liberdade para ser tratado, devendo ser dobrado, tutelado, submetido e administrado ⁽⁷⁾.

Algumas contribuições trazidas por Goffman (1961), em '*Manicômios, Prisões e Conventos*', a partir de uma análise micro-sociológica do Manicômio, revelam parte da dinâmica do Hospital Psiquiátrico, enquanto Instituição Total^b, onde há toda uma estrutura organizacional, que tem por objetivo o controle, a alienação e separação do indivíduo internado da vida social. Todo este processo de isolamento e controle, nomeado pelo autor de '*Mortificação do Eu*', promove uma espécie de desaculturação, devido à distância das rotinas e transformações culturais ocorridas no mundo externo, gerando dependência da instituição e medo de reinserir-se no convívio social. A prisão/isolamento, assim como as técnicas de controle, passam do aspecto físico para o simbólico, causando verdadeiras mutilações no ser, algumas delas irreversíveis. É um trabalho que se distancia da reabilitação,

^b Goffman (op.cit., p.16) define Instituição Total como aquela que promove uma espécie de barreira à relação social com o mundo externo, fechando-se e impedindo o contato de seus participantes com qualquer realidade que lhe seja exterior.

provocando sim uma degeneração, através do enfraquecimento da autonomia e da individualidade, coisificando o ser e iniciando o sujeito numa *carreira moral estigmatizada* ⁽⁸⁾.

Por mais paradoxal que possa parecer, somente com as duas Guerras Mundiais do século XX, cerca de duzentos anos depois de Pinel, é que surgiram os grandes questionamentos em todo o mundo acerca do objetivo da Psiquiatria, seu saber e seu poder, certamente influenciados pelas fortes repercussões das experiências nazistas, da bomba atômica, além de diversas outras barbáries ocorridas nestas circunstâncias. Tais fatos promoveram um intenso questionamento da visão romântica do homem, erigida no Iluminismo, bem como puseram em crise o ideal de sujeito de razão, provocando uma intensa ruptura nos ideais que sustentavam as relações humanas no século passado.

O homem vê-se jogado num abismo, onde se pode reconhecer como fruto, também de sua própria destruição e, não somente, de seu desenvolvimento positivo. Modifica-se, por isso, a própria cultura e o indivíduo aí imerso, dada a nova realidade, advinda de outra relação estabelecida na sociedade, originando-se uma forma de ser-no-mundo-com-outros perversa ⁽⁹⁾.

Neste contexto, surgem em diversas partes do mundo e nos diversos âmbitos do saber, tentativas de construção de uma nova ordem social, política e econômica, tendo em vista redimensionar a cultura e o passado fragilizado pelo trauma da guerra. Mostrava-se preciso o surgimento de práticas interventivas que, de algum modo, pudessem acolher os veteranos de guerra, que, pressionados, confusos e com seqüelas de diversas ordens, demandavam uma atenção especial. É neste instante histórico que se testemunha o surgimento do Aconselhamento Psicológico, do Existencialismo e da Fenomenologia, estes últimos, constituindo-se enquanto posicionamentos filosófi-

cos que *“retomam a inserção do homem no mundo, não somente como ser isolado, uma essência, e/ou biologicamente determinado(...) mas sim resgatando sua condição humana de ser situado no mundo* ⁽⁹⁾.

Em diferentes lugares, começaram a ser ensaiadas diversas tentativas de modificar os hospitais psiquiátricos. A princípio, os movimentos diziam respeito à busca pela humanização dos asilos. Partia-se de uma crítica à estrutura asilar, vista como responsável pelos altos índices de cronificação e que, por ser o manicômio uma instituição de cura, deveria ser urgentemente reformado, uma vez que *havia se afastado de sua finalidade*. Associada a esta tentativa de reforma asilar, também estava a necessidade de se promover a criação de espaços para a recuperação de feridos e vítimas de traumas de guerra, tendo em vista a necessidade de reorganizar o Estado e compensar as carências advindas dos fronts de batalha.

No início da década de 50, surgiu na Inglaterra o movimento das Comunidades Terapêuticas com Maxwel Jones, enquanto proposta de superação do Hospital Psiquiátrico. Este tipo de intervenção tinha sua lógica baseada na democracia das relações, participação e papel terapêutico de todos os membros da comunidade, com ênfase na comunicação e no trabalho, como instrumentos essenciais no processo de recuperação dos internos. Possuía por fundamento a tentativa de reprodução, no ambiente terapêutico, no *mundo externo e suas relações*, pois, para ele, o asilo havia criado um outro mundo diferente do real, impossibilitando assim o tratamento a que se propunha. Outras experiências como a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, ambas na França, tinham por objetivo, respectivamente, a promoção da restauração do aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico e a recuperação da função terapêutica da Psiquiatria, sendo que, esta última, não acreditava ser possível tal obra dentro de uma instituição alienante, promovendo as ações comunitárias, tendo na internação apenas uma das etapas do tratamento.

Nos Estados Unidos, desenvolveu-se, na década de 60, um movimento denominado de Psiquiatria Comunitária, constituindo, uma aproximação da Psiquiatria com a Saúde Pública, que buscava a prevenção e promoção da saúde mental. Embora não se possa negar a tentativa de melhoria na assistência ao doente mental, bem como as contribuições trazidas por estes movimentos, pode-se dizer que não criticavam a psiquiatria e seu modo de ver e tratar a loucura, apenas reformulavam sua prática sem promover nenhuma ruptura epistemológica ⁽²⁾.

Também na década de 60, iniciou-se, na Inglaterra, um movimento denominado de AntiPsiquiatria, com Laing e Cooper. Este movimento promoveu um forte questionamento não só à Psiquiatria, mas à própria doença mental, tentando mostrar que o saber psiquiátrico não conseguia responder à questão da loucura. Para eles, a loucura é um fato social, ou seja, uma reação à violência externa. Por conseguinte, o louco não necessitaria de tratamento, sendo este apenas acompanhado em suas vivências. Defendia que o delírio não deveria ser contido, procurando-se, como saída possível, a modificação da realidade social ⁽²⁾. As postulações da Antipsiquiatria situa-vam-se num ambiente de contracultura libertária e visava promover críticas às estruturas sociais, tidas como conservadoras. Segundo eles, a sociedade enlouquecia as pessoas e, em seguida, culpada, buscava tratá-las. Desta feita, o Hospital Psiquiátrico configurava apenas um mecanismo de *mea culpa* social.

Entretanto, é na Itália, na década de 60, que surge o movimento que promove a maior ruptura epistemológica e metodológica entre o saber/prática psiquiátrico, vivenciada até então. Ao contrário da Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática Italiana não nega a existência da doença mental, antes propõe uma nova forma de olhar para o fenômeno. Olhar que beneficia a complexidade da loucura como algo inerente à condição humana e que vai além do domínio da psiquiatria, dizendo respeito ao sujeito, à família, à comunidade e demais atores sociais.

O movimento de desinstitucionalização da psiquiatria italiana inicia-se a partir da experiência de Franco Basaglia na direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia (1961 a 1968). Com o trabalho nesta instituição, utilizando algumas contribuições do modelo das Comunidades Terapêuticas, torna-se-lhe evidente que o Manicômio é um lugar de segregação, de violência e morte e que, portanto, deve ser combatido, negado, superado e questionadas as suas finalidades num contexto mais geral das instituições sociais (BASAGLIA apud AMARANTE, 1992). Suas propostas encontram fortes reações do poder político local, sendo rechaçadas, fato que fez com que os técnicos do hospital, também convencidos da inviabilidade manicomial, optassem em dar alta coletiva e, em seguida, pedissem demissão em massa ⁽¹⁾.

Em 1971, Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, em Trieste, perfeitamente convencido da impossibilidade de reformar o Manicômio. Dá-se início a um projeto mais sólido de desinstitucionalização, que tem por objetivo a desconstrução do aparato manicomial, assim como de toda a lógica de segregação que lhe é implícita. A instituição psiquiátrica deveria ser negada, enquanto saber e poder, buscando-se substituir os serviços e tratamentos oferecidos pela lógica hospitalocêntrica, com toda sua cultura de exclusão, por intervenções que visassem a reinserção social do sujeito no pleno exercício de sua cidadania. Além disso, a própria estrutura social teria que promover a revisão de valores e práticas institucionais excludentes. Trata-se de uma tentativa de colocar a doença entre parênteses, voltando toda a atenção ao sujeito, considerando sua complexidade, através de um trabalho interdisciplinar e psicossocial.

Tal postura não visava negar a existência da doença, nem muito menos o sofrimento vivenciado pelo sujeito, mas retirá-la do primeiro plano, permitindo sua inserção como mais um dos diversos aspectos da vida do sujeito, que mais do que doente é uma pessoa, que não pode ser abordada em sua totalidade, se resumida a um de seus aspectos. Basaglia parte, fundamentalmente, da

premissa de que deveria ser produzido um novo imaginário social para a loucura, que a desvinculasse dos conceitos de periculosidade, preguiça, incapacidade, dentre outros, de forma a gerar uma nova relação entre o “louco” e a sociedade.

Estas noções influenciaram grandemente diversos outros países, de forma que hoje, no Brasil, vivenciamos, um importante momento histórico, no qual a loucura tem sido revisitada e novas construções têm sido feitas, tendo em vista a promoção da cidadania e bem-estar social àqueles que padecem de sofrimento psíquico.

O BRASIL E A LOUCURA: A TRAJETÓRIA DE UMA REPRODUÇÃO.

Além desta contextualização a partir do panorama mundial da história da loucura, é importante discorrermos algumas considerações históricas acerca do processo de assistência à saúde mental em nosso país. No Brasil, ocorre uma certa reprodução da trajetória mundial citada anteriormente, tendo a psiquiatria brasileira, uma história pautada sobre a prática asilar e medicalização do social⁽¹⁰⁾.

A chegada da Família Real ao Brasil, em 1808, constitui o marco inicial da aplicação de práticas interventivas voltadas aos desviantes. Assim como ocorrera em outras partes do mundo, dá-se no Brasil a necessidade de reordenamento da cidade, tendo em vista recolher os que perambulavam pelas ruas: desempregados, mendigos, órfãos, marginais de todo o tipo e loucos. Inicialmente, o destino desta clientela passa a ser a prisão, ruas ou celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casas de Misericórdia do Rio de Janeiro^{c (3)}.

^c Importante destacar que, mesmo se tratando de uma época na qual diversas transformações estavam ocorrendo na Europa, de onde provinha a Família Real Portuguesa, observa-se uma repetição dos modelos mais arcaicos de segregação/exclusão, sem maiores preocupações humanistas, estando a reclusão

Em 1830, a partir de um diagnóstico da Sociedade Brasileira de Medicina no Rio de Janeiro, que criticou o abandono dos loucos à própria sorte, é proposta a construção de um Hospício para os alienados, nos moldes europeus, com a substituição das alas insalubres dos hospitais e dos castigos corporais, por asilos higiênicos, arejados e com tratamento moral, iniciando no Brasil, o processo de medicalização da loucura.

Só a partir da segunda metade do século XIX é que se identificam as primeiras intervenções específicas no campo da saúde mental no Brasil. Em 1952, é inaugurado no Rio de Janeiro, o Hospício D. Pedro II. A partir daí, diversas transformações ocorreram no tratamento dos alienados. A Psiquiatria, enquanto especialidade médica autônoma toma forma e diversas instituições são criadas no intuito de prestar assistência asilar aos doentes mentais. Segundo Costa (op.cit.), o modelo de entendimento e tratamento da doença mental tinha como fundamento básico o biologismo organicista alemão, trazido por Juliano Moreira em 1903, e a prática asilar, cujo tratamento moral compreendia entre seus princípios básicos, o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo. Um fator histórico de extrema relevância é a fundação, em 1923, por Gustavo Heide, da Liga Brasileira de Higiene Mental, com características marcadamente eugenistas^d, xenofóbicas, anti-liberais e racistas, com grandes semelhanças com o pensamento nazista alemão. Era a Psiquiatria assumindo seu papel no controle social, da forma descrita por Foucault (1978), citada anteriormente, como a

dos desviantes, ligada diretamente a interesses outros, que não o cuidado e a atenção à saúde. Tal fato reforça a utilização da questão da loucura, enquanto dispositivo social de regulação e controle, tendo em vista o desenvolvimento econômico, motivado por aspectos de cunho exploratório-mercantilista.

^d “Eugenia é um termo inventado pelo fisiologista inglês Galton para designar o ‘estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física como mentalmente’” (Foucault, 1978, p.81).

Terceira Ordem de Repressão, que opera entre a polícia e a justiça, por via da penetração no espaço cultural, a qual passa a intervir, com 'métodos preventivos', na regulação não só dos doentes mentais, mas também dos "normais". A prática desta regulação pelo saber psiquiátrico se difunde na sociedade, e os fenômenos psíquicos e culturais começam a ser vistos como sendo explicados unicamente pela hipótese de uma causalidade biológica, o que, em tese, justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade (4).

Percebe-se neste modo de compreensão da sociedade, um desvio de foco de questões amplas e complexas, como co-responsabilidade na determinação do fenômeno social das questões sociais, para explicações simplistas e que eximiam de culpa as classes dominantes, geralmente formada pelos de 'raça pura' européia. Desta feita, passava-se a responsabilizar a *má herança genética das raças inferiores*^e, como motivo principal dos problemas enfrentados pela população. Era a eugenia nazista em busca de uma purificação da raça como solução para todos os problemas.

Baseadas nestas concepções, diversas práticas controladoras passaram a ser implantadas, no que ia desde o isolamento do desviante até medidas sutis e autoritárias como o exame pré-nupcial como forma de melhoramento da raça e manutenção da ordem:

Segundo Kehl *apud* Costa (1976, p. 98) urgia, pois, que o Estado-Providência assumisse o encargo de prover o bom resultado das uniões reprodutoras da espécie humana, tal como faz a respeito dos animais de corte (3).

Entre as décadas de 30 e 50, a Psiquiatria parece acreditar ter a cura da doença mental, com

^e "Os atributos psíquicos dos indivíduos não-brancos, negros, amarelos ou mestiços foram assim considerados patológicos em si, e o único remédio neste nível era o saneamento racial proposto pela eugenia" (idem, p. 92).

a descoberta da ECT (Eletroconvulsoterapia), da Lobotomia e com o surgimento dos primeiros neurolépticos.

Nos anos 60, um outro fenômeno passa a ser observado: o declínio da psiquiatria pública em detrimento do crescimento da psiquiatria privada em convênios com o Estado. É a institucionalização do lucro, como novo mediador entre as relações de "cuidado" em saúde mental. Este, por sua vez, passará a constituir um dos mais importantes elementos no movimento de degradação e desumanização da assistência aos doentes mentais.

É importante destacar o cenário em que se encontra, neste momento retratado, a atenção a saúde mental brasileira: a confluência de idéia eugenistas, juntamente à instalação do lucro com mediador das relações de saúde, o fortalecimento de práticas psiquiátricas tradicionais, apoiadas no pensamento clássico, ao qual nos reportamos anteriormente. Enfim, diante de tal configuração urgia o surgimento de novas propostas que viessem a oxigenar o processo de tratamento ao doente mental no Brasil.

Paralelamente a isto, começava-se a observar o surgimento de idéias advindas dos movimentos da Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Preventiva e Anti-Psiquiatria, as quais ocupavam espaço marginal entre os profissionais brasileiros. Dá-se início, assim como no resto do mundo, a um processo de questionamentos, fruto de diversas insatisfações e busca por transformações no modelo assistencial asilar predominante.

A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E A LOUCURA: EM QUESTÃO UMA DESCONSTRUÇÃO.

A década de 80 é marcada por um processo de redemocratização do país, após duas décadas de regime militar. Neste contexto, toma forma o Movimento pela Reforma Sanitária, tendo em vista a abertura e livre acesso da população à assistência à saúde. Tais ações culminam na inclusão na atual Constituição Federal, promulgada

em 1988, em seu artigo 196, da noção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado e, em 1990, na aprovação da Lei 8.080, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, a qual institui o Sistema Único de Saúde, que preconiza a criação de uma rede pública e/ou conveniada - de caráter complementar - de serviços de saúde, tendo em vista a atenção integral à população nos níveis de prevenção, promoção e reabilitação.

O SUS é norteado com base em princípios e diretrizes que visam balizar suas ações e contribuir para a conservação de suas bases fundamentais. Neste sentido, destacam-se temáticas como a *regionalização* - organização dos serviços de acordo com uma área geográfica e população delimitada, *hierarquização* - organização dos serviços nos diferentes níveis de complexidade, de modo a oferecer à população todos os níveis de assistência e *descentralização* - administração, controle e fiscalização das ações nas diversas esferas de governo (federal, estadual e municipal) e num mesmo sentido, com ênfase na gestão municipal das ações. Além das noções de *integralidade da assistência*; *equidade* - como forma de garantia de atendimento das demandas independentemente da condição de vulnerabilidade social de determinadas regiões e *participação popular* - tendo em vista o controle social das ações desenvolvidas.

Percebe-se um grande abismo entre boa parte das propostas e intenções do SUS e aquilo que, de fato, tem sido possível se efetivar no dia-a-dia da saúde pública. Tais considerações são importantes de serem pontuadas, pois o modelo em questão em nosso trabalho está inserido exatamente neste processo de construção da saúde pública brasileira, de modo a não podermos ignorar suas nuances e seus entraves sob o risco de comprometer nossa compreensão.

Com a aprovação do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1982, deu-se início à criação de uma política de saúde mental engajada no combate

à “cultura hospitalocêntrica” vigente. Se até então a assistência era predominantemente oferecida pela rede de Hospitais Psiquiátricos privados conveniados, a partir dos anos 80, observa-se o movimento de estruturação de uma rede pública de atenção à saúde mental.

Em 1987, acontece a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental. Influenciado pela Psiquiatria Democrática Italiana, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental lança o tema: “*Por uma Sociedade sem Manicômios*”. É neste contexto de busca de novos paradigmas que surge o Projeto de Lei 3657/89 do Deputado Federal Paulo Delgado, que dispõe acerca da extinção progressiva dos manicômios e da criação de recursos assistenciais substitutivos, bem como regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Tal Projeto representa apenas o início de uma série de mobilizações desencadeadas em todo país, que mais tarde culminou num conjunto de Leis Estaduais, dentre elas Lei nº 44.064/94 do Estado de Pernambuco, de autoria do então Deputado Estadual Humberto Costa, atual Ministro da Saúde. O debate atinge os mais diversos segmentos da sociedade, unindo em torno desta causa, não apenas as equipes técnicas, mas também entidades de usuários, familiares e simpatizantes.

O movimento nomeado de Luta Antimanicomial tem na superação do Manicômio, não apenas em sua estrutura física, mas, sobretudo, ideológica, seu grande objetivo. Busca-se a desconstrução da lógica manicomial como sinônimo de exclusão e violência institucional, bem como a criação de um novo lugar social para a loucura, dando ao portador de transtorno psíquico a possibilidade do exercício de sua cidadania. Neste sentido, a reinserção social passa a ser o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista potencializar a rede de relações do sujeito, através do resgate da noção de complexidade do fenômeno humano e reafirmação da capacidade de contratualidade do sujeito, criando assim um ambiente favorável para que aquele que sofre

psiquicamente possa ter o suporte necessário para reinscrever-se no mundo como ator social.

Dá-se início à construção de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico tradicional, a partir da criação de serviços de atenção à saúde mental de caráter extra-hospitalar. Neste contexto, são constituídos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSi^f e CAPSad^g), ambulatorios de saúde mental, hospitais-dia, centros de convivência, residências terapêuticas^h, dentre outros, os quais, a partir de uma abordagem interdisciplinar, visam atender à demanda psiquiátrico-psicológica de uma determinada região geo-político-cultural.

Segundo Amarante (1992), tais serviços de saúde mental, assumem o caráter complexo da denominada demanda psiquiátrica, que é sempre menos uma demanda apenas clínica e mais uma demanda social. Assim sendo, torna-se importante destacar a necessidade da existência de uma visão complexa por parte dos profissionais envolvidos nestas ações, sob o risco de se tornarem reducionistas em suas intervenções, incorrendo num processo de medicalização do social, evidente em todo o percurso histórico da Psiquiatria. Aliás, a história nos mostra o quão mais fácil é tamponar a angústia e o sofrimento de um povo, com soluções fugazes e promoção de um estado de *felicidade artificial*, quer seja este promovido pelo vinho, como em tempos remotos da história da humanidade, quer pelos ansiolíticos e antidepressivos sofisticados dos dias atuais⁽¹⁾.

Se, em algum momento, abrirmos mão da compreensão de que as intervenções precisam ter um caráter de promoção de saúde em seu sentido mais amplo, onde se inclui basilamente a

promoção da melhoria das condições de vida da nossa população, incorremos no risco de, além de reducionistas, nos tornarmos instrumentos de alienação.

CAPS: UM RECORTE, UMA APROXIMAÇÃO.

Como estrutura básica da nova rede de atenção à saúde mental, os CAPS são responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em seu território, ocupando o papel de regulador da porta de entrada e controlador do sistema local de atenção à saúde mental⁽¹¹⁾. As portarias ministeriais 189/91, 224/92 e, mais recentemente, 336/02 e 189/02, os define como sendo serviços comunitários ambulatoriais, com a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência. Para tanto, devendo garantir relações entre trabalhadores e usuários pautados no acolhimento, vínculo e responsabilidade de cada membro da equipe (*idem*). A atenção deve incluir ações voltadas aos familiares, objetivando a reinserção social do usuário. As ações distribuem-se a partir de três modalidades de assistência: o cuidado intensivo, o semi-intensivo e o não-intensivo.

Defini-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor⁽¹¹⁾.

A formação da equipe técnica tem por base o princípio da *multiprofissionalidade* (*idem*). Devendo ser constituída por médico psiquiatra, enfermeiro, outros profissionais de nível superior,

^f CAPSi refere-se ao Centro de Atenção Psicossocial voltado especificamente pra a clientela infantil.

^g CAPSad, voltado a ações de prevenção e tratamento ao Uso Indevido de Álcool e outras drogas.

^h As residências Terapêuticas são dispositivos voltados, exclusivamente, para pacientes psiquiátricos de longa permanência em instituições asilares fechadas e sem possibilidade de restituição dos vínculos familiares.

além de profissionais de nível médio e elementar, a depender de cada situação/população-alvo especificamenteⁱ.

Busca-se uma assistência caracterizada por um tipo de atenção diária, onde o usuário tenha a possibilidade de encontrar algum tipo de assistência, sem necessitar estar internado. A forma de atendimento procura ser específica, personalizada, respeitando as histórias de vida, a dinâmica familiar e as redes sociais, enfatizando-se a busca da cidadania, autonomia e liberdade.

Aos poucos, estas novas formas de assistência têm encontrado respaldo legal e adesão social, estando em pleno processo de expansão. As transformações ocorridas na assistência à saúde mental no Brasil *“têm atingido, de modo positivo, embora ainda longe do desejável, alguns de seus objetivos”*, como a diminuição progressiva do número de leitos em hospitais psiquiátricos, a introdução da questão da loucura nos diversos fóruns de discussão social, como conselhos de classe, Ministério Público, Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, organizações da sociedade civil, dentre outros.

Entretanto, por se tratar de um modelo em pleno desenvolvimento, pode dizer que se vive um complexo processo de transição, onde emergem diversas lutas de interesse, principalmente envolvendo o capital gerado por um verdadeiro mercado de adoecimento mental, cujo circuito configura-se como vicioso e gerador de dependência.

É inegável que a convivência entre serviços de lógicas e princípios tão divergentes, constitui um dos entraves do atual momento da Reforma. Entretanto, as contradições que se colocam não são apenas externas. Ao contrário, o próprio modelo vive um momento de redefinição de papéis, atitudes e prioridades. Cada vez mais se percebe uma preocupação com a não cristalização das ações, o que, definitivamente, culminaria na reprodução do modelo manicomial, excludente e discriminatório, mesmo dentro de instituições abertas.

ⁱ Os CAPS são estruturados de acordo com sua abrangência populacional, sendo nomeados de CAPS I, II ou III.

CONCLUSÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, talvez pelo fato de ser um movimento recente em pleno processo de construção, talvez por carregar sobre si uma herança repleta de desvios, uso ideológico e político-econômico da questão da loucura ou ainda, por estar inserido num contexto mais amplo, com uma configuração política e social pautada na exclusão e regida pela lógica do interesse das minorias mais favorecidas, é que se faz necessária um olhar permanentemente atento e cuidadoso em vistas a construção de um outro modo de lidar com o adoecimento psíquico, tendo em vista a não repetição dos equívocos e mazelas testemunhados historicamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Amarante PDC. algumas Notas sobre a Complexidade da Loucura e as Transformações na assistência Psiquiátrica. Revista de Terapia Ocupacional. V.3, n 1/2, p. 8-16, dez/jan. 1992.
2. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil/ Crazy about life – Trajectory of Brazils Psychiatric Reform. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 1998.
3. Costa JF. História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Documentário, 1976.
4. Foucault M. The history of sexuality. New York: Pantheon, 1978.
5. Birman J. A psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
6. Delgado P. As Razões da Tutela. Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil. RJ: Te Cora. 1992.

7. Amarante P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública, 1995.
8. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. Editora Perspectiva, 1961.
9. Morato HTP. Aconselhamento psicológico centrado na pessoa. Editora Casa do Psicólogo, 1999.
10. Amarante P. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. Saúde Debate, 1994.
11. República Federativa do Brasil. Portaria 336/GM, Art. 5º, § único, 2002.