

REUNIÃO PERIÓDICA DO FÓRUM POPULAR DE SAÚDE – PARANÁ (FOPS-PR)

Realizada em 07 de maio de 2008, no auditório do SindSaúde (rua Mal. Deodoro, 314, 8. andar – Curitiba, Paraná – Tel.: (41) 3322-0921), entre 19:00h e 22:15h

PAUTA: Informes; apresentação do tema “Saúde Mental”, sua discussão e encaminhamentos do FOPS em relação ao tema; encaminhamentos relacionados as atividades da semana do dia 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

RELATOR: Prentici Rosa da Silva (haosokoken@yahoo.com.br).

PRESENTES: Ana Livia, Ana Paula, Ane, Bernardo, Cassiane, Caetano, César, Dafne, Diana, Diego, Eloísa, Helenice, Lísia, Lucas, Luiz Guilherme, Manoela, Marcos, Phillipe, Prentici, Reinaldo, Renata, Rhayane, Sasá, Thaís (os nomes completos de todos e suas respectivas entidades podem ser consultados na lista de presença da reunião, presente nos arquivos do FOPS-PR na sede do SindSaúde).

1) INFORMES

a) Bernardo divulga a assembléia de 13/05, do Sinditest (Sindicato dos trabalhadores em educação do terceiro grau público de Curitiba, Região Metropolitana e Litoral do estado do Paraná), com a pauta sobre a Portaria número 4 do Ministério da Educação e Cultura – MEC. A Portaria e a convocação da assembléia encontram-se no **Anexo 1**.

2) DISCUSSÃO DO TEMA “SAÚDE MENTAL”.

Apresentação introdutória e mediação: Diana (Psicóloga do CAPS Piraquara). Antes da apresentação, Diana distribuiu um texto de apoio, que pode ser conferido no **Anexo 2**.

SÍNTESE DA APRESENTAÇÃO INTRODUTÓRIA:

- Para elaborar uma concepção de *loucura*/Saúde Mental, não se pode deixar de pensar numa concepção de *ser humano*. A concepção adotada por Diana é aquela do materialismo histórico-dialético. Nesse método, o gênero humano cria suas relações sociais essencialmente em suas relações de trabalho, no sentido de transformação da *realidade*, ou seja, da natureza, que humaniza o indivíduo. A *loucura*, portanto, não pode ser considerada apenas em sua concepção organicista, mas também social;
- Concepção política de Saúde Mental: os distúrbios/sofrimentos mentais acontecem no indivíduo num *momento*, numa determinada situação de sua realidade, de sua vida, que tem causalidades externas;
- Prática usual de tratamento é o manicômio, onde o *louco* é considerado um alienado, e destinado ao isolamento. O *louco* é em primeiro lugar punido pelo seu estado de existência;
- Diana faz breve resumo da história dos tratamentos de *loucos* (a quem interessar possa, o **Anexo 3** apresenta um breve texto que resume a história da *loucura* e sua institucionalização, principalmente na perspectiva do filósofo Michel Foucault);
- O *louco*, no sociedade capitalista, é considerado como um ser *improdutivo*, e essa sociedade se apóia nisso para justificar sua condenação ao isolamento;
- Diana aponta que atualmente, na sociedade capitalista, é gradativo o aumento dos agravos em saúde mental devido as condições de relação de trabalho. Isso se deve principalmente porque o trabalho que a sociedade atual oferece, para a maioria das pessoas, não é aquele da perspectiva marxista, trabalho humanizador (*trabalho como transformação da natureza e da realidade, constitutivo de humanização e provedor de crescimento humano*). Visto esse preceito, quantos *trabalham* na sociedade capitalista? O trabalho nessa sociedade, na maioria dos casos, atua no sentido contrário, *desumanizando* (ou seja, o trabalho em verdade é o *não-trabalho*).

SÍNTESE DO DEBATE E APONTAMENTOS:

- Marcos apresenta que no modelo taylorista e fordista de produção, a essência da operacionalização do trabalho é o *aceleramento do tempo*, ou seja, “produzir” mais em menos tempo. Para ele esse fenômeno só vem aumentando, e é grande responsável pelo agravamento dos quadros em saúde mental na classe trabalhadora;
- Para Diego, a luta antimanicomial, não por acaso, surge no mesmo momento da fase de maior aceleração do capitalismo, hoje tendo sua maior expressão no modelo toyotista;
- Diana aponta que, nesse contexto do capitalismo, a função dos tratamentos de saúde mental, seguindo aqueles de outras áreas da saúde, é manter o trabalhador “de pé”, ou seja, em condições de trabalhar, de *servir* ao capitalismo;
- Marcos questiona: “*Como a classe trabalhadora pode responder politicamente a esse quadro, a esse cenário?*”. E complementa afirmando que o início poderia ser insistir na pauta da negligência a que os patrões se permitem, pois os mecanismos legais e executivos não os responsabilizam devidamente em relação aos danos em saúde que causam na classe trabalhadora;
- Lucas aponta os casos de tentativa de suicídio que são atendidos na rede pública (apenas no CMUM Cajuru são pelo menos três ao dia, em média). Complementa colocando a questão do papel protagonista do uso de medicamentos da perspectiva capitalista no trato dos problemas de saúde mental;
- Renata coloca que o consumo de álcool como costume nas sociedades, como a brasileira, serve de entorpecente a fim de melhor suportar a realidade. Apesar do avanço na discussão política da Saúde Mental, Renata afirma que, infelizmente, o curso de graduação em Psicologia na Universidade Federal do Paraná é hegemonicamente biologicista e medicalizante;
- Phillipe realiza uma fala levantando três grandes questões: a) que deve-se evitar o maniqueísmo nas discussões de Saúde Mental, evitando ser apenas marxista ou apenas biologicista/organicista. Os problemas/sofrimentos mentais causados eminentemente por distúrbios biológicos (por exemplo doenças mentais congênitas) fazem parte desse contexto também, e não são menos importantes; b) não concorda com a afirmação que no capitalismo do século XX tivemos um aumento dos quadros de *loucura*, e que isso parece ser pois em outras épocas essa questão era menos explicitada; c) termina por dizer que a luta antimanicomial, por mais que avance, persiste em atacar eminentemente os sintomas do problema, reformando seu tratamento, e não as causas sociais da *loucura*, que é o modo de produção capitalista e sua sociedade;
- Prentici reafirma a primeira questão de Phillipe, mas rebate as outras duas. Primeiro comenta que acha sim que o cenário capitalista agrava o número de casos de sofrimento mental, mas que, independentemente disso, a questão central é que comparar épocas em relação a isso é sempre um ato falho, pois utiliza-se de uma concepção de *loucura* que não é a mesma da época, da sociedade a qual estamos comparando a atualidade. E no próprio mundo atual coexistem diferentes concepções de *loucura* e formas como culturas distintas encaram o que eles consideram como *louco*. E em relação a sua terceira afirmação, Prentici comenta que a luta antimanicomial carrega a contradição da maioria das outras grandes lutas que não são reformistas, que consiste que, na prática, as condições objetivas e correlação de forças atual apenas permite que *sintomas* sejam atacados, e não as causas dos problemas sociais. Porém os movimentos acreditam que existe uma dialética aí relacionada, e

essas resistências aos sintomas refletem também em suas causas, e a criação de consciência que esses processos permitem são essenciais para se chegar num momento que existam condições objetivas de “atacar” diretamente as causas dos problemas da sociedade;

- Helenice alega que o caráter da Reforma Psiquiátrica não se restringe, de nenhum modo, a simples mudança da “cara do atendimento” dos problemas em saúde mental. Rhayane complementa que a Reforma Psiquiátrica carrega em si a briga por uma mudança de paradigma de concepção de homem, e isso consiste em “atacar” a causa raiz do problema, ou seja, a desumanidade a que a sociedade capitalista se permite no tratamento da *loucura*;
- Diana demonstra, com uma passagem do manifesto de Bauru (presente no corpo do **Anexo 2**), como o movimento da Reforma Psiquiátrica transcende o reformismo e a luta apenas pelas melhorias de tratamento “O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical. Contra a mercantilização da doença! Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988! Por uma sociedade sem manicômios!”. Para Diana, a inserção do caráter de classe nas discussões de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica impedem que a discussão não se conduza a superação do simples “atacar os sintomas”;
- Apesar de concordar que o movimento da Reforma Psiquiátrica é radical, “ataca causas”, ele pouco vê as mudanças de paradigma em relação a *loucura*, e que o movimento mais faz é cristalizar uma concepção de *louco* que também provém da razão capitalista. Ele também aponta que devemos saber diagnosticar quando o Estado apóia a Reforma Psiquiátrica por ter interesse eminente no barateamento de custos de tratamento possibilitados pelos regimes abertos;
- Marcos diz que nunca podemos ignorar que a pauta da Reforma Psiquiátrica, assim como pela saúde em geral, é contra-hegemônica, e por isso mesmo nunca vai ser constituída em sua totalidade enquanto ainda inserida em outra hegemonia. Ou seja, para chegarmos a Reforma Sanitária total, a única solução é a própria Revolução.

A partir desse instante, o debate seguiu articulado com a discussão das atividades da semana do Dia Nacional da Luta Antimanicomial no Brasil, que nesse ano de 2008 acontecerá no domingo.

3) ATIVIDADES DA SEMANA DO DIA 18 DE MAIO

- Manoela aponta que, apesar das parcerias com alguns Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) da rede metropolitana, não devemos esquecer que uma de nossas grandes pautas políticas é a privatização do setor público, e os CAPS da Região Metropolitana de Curitiba são grandes exemplos disso. Aqui na RMC apenas dois CAPS de toda a rede são completamente de investimento público;
- Caetano, Helenice e Diego resumem os planejamentos para a semana do dia 18 de maio, parceria do Núcleo de Direito Cooperativo e Cidadania (NDCC-UFPR) com a Associação Arnaldo Gilberti e alguns CAPS da RMC. a) Para o dia 18 de maio (domingo), a proposta é uma ampla intervenção cultural na Feira de Artesanato do Largo da Ordem, com apresentação de teatro (peça “FACES DA LOUCURA”), música (Associação Grande Roda de Tambores), distribuição de materiais escritos e diálogo com a população. Isso com participação dos próprios indivíduos que sofrem problemas de

saúde mental; b) realização de oficinas e debates em CAPS durante a semana;

- Marcos coloca que deve-se constituir uma estratégia de ação bastante rigorosa nessas parcerias com os CAPS e Associação Arnaldo Gilberti, pois elas possuem grau de atrelamento com a Prefeitura, “que não jogam nosso jogo”, de quem somos antagonistas;
- Lucas propõe que na semana as atenções maiores do FOPS sejam para essas atividades, e que discutamos na próxima reunião a articulação de atividades que dêem continuidade as ações em relação a pauta de Saúde Mental;
- Caetano coloca que já existe a pretensão entre NDCC-UFPR, Associação Arnaldo Gilberti e alguns profissionais dos CAPS em constituir um espaço permanente de articulação, discussão e ação política;
- Termina a discussão com Marcos apontando que devemos tirar um ou mais momentos para discutir modelo de atendimento em saúde mental, pois a maioria dos integrantes do FOPS carecem de acumulação no tema.

4) ENCAMINHAMENTOS

- Sasá convidou a todos a apoiarem seu envolvimento com a rearticulação do **Conselho de Saúde do Hospital Estadual Adalton Botelho**. O conselho já existiu no passado e foi extinto, e é necessário chamar uma Conferência Municipal de Saúde ao hospital para criação do conselho;
- Constituir um ou mais encontros para o FOPS promovendo a **discussão de modelo de atenção em saúde mental**;
- Pensar na organização de um **evento de discussão da Saúde Mental** posterior ao dia 18 de maio;
- **Constituição de um espaço permanente de articulação**, discussão e ação política entre NDCC-UFPR, CAPS da RMC, Associação Arnaldo Gilberti e demais interessados.

RECOMENDAÇÃO DE LEITURAS, FILMES E OUTROS MATERIAIS

MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria. **O alienista**. (*A obra é, entre outras coisas, um retrato irônico e cruel do sistema de internação psiquiátrica da década de 1880 no Brasil, muito semelhante a um presídio.*)

MOREIRA, Virgínia; SLOAN, Tod. *Psicopatologia e pobreza* In: **Personalidade, ideologia e psicoterapia crítica**. São Paulo: Editora Escuta, 2002, p. 207-229.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é loucura**. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985, 108 p. (Coleção Primeiros Passos vol. 18)

Sobre mecanização do trabalho, exigências de produtividade, Saúde Ocupacional, Saúde do Trabalhador e saúde mental do proletariado: A classe operária vai ao paraíso, filme dirigido por Elio Petri (1971); **Tempos Modernos**, filme dirigido e estrelado por Charles Spencer Chaplin.

Sobre escola formal para pacientes de saúde mental e aceitação social desses indivíduos: Escola II,

filme dirigido por Yoji Yamada (1996).

*Sobre a loucura e seu tratamento manicomial: **Bicho de sete cabeças***, filme dirigido por Laís Bodanzky (2000); ***Um estranho no ninho***, filme dirigido por Milos Forman (1975).

*Sobre opressão na sociedade capitalista e Saúde do Trabalhador: **O homem que virou suco***, filme dirigido por João Batista de Andrade (1980).

*Sobre o “surto” e sua complexidade de análise: **O mundo de Leland***, filme dirigido por Matthew Ryan Hoge (2003).

SÍTIOS RELACIONADOS:

<http://www.sinditest.org.br>

ANEXO 1

a) SUBSECRETARIA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO

PORTARIA Nº - 4, DE 29 DE ABRIL DE 2008

O SUBSECRETÁRIO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, no uso de suas atribuições legais, e;

Considerando as atividades regimentais desenvolvidas pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento por força do Decreto nº 6.320, de 20 de dezembro de 2007 e da Portaria MEC nº 1.891, de 29 de novembro de 2006;

Considerando o disposto na Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, Lei nº 10.180, de 06 de fevereiro de 2001, no Decreto nº 93.872, de 23 de dezembro de 1986, na Instrução Normativa STN nº 01, de 15 de janeiro de 1997 e no Manual SIAFI; e Considerando a necessidade de dar maior transparência para a execução orçamentária e financeira e patrimonial dos Hospitais Universitários Federais de Ensino, resolve:

Art. 1º. Os créditos orçamentários para OCC (outras despesas correntes e de capital) destinados aos Hospitais Federais de Ensino, deverão obrigatoriamente a partir de 1º de junho de 2008, serem empenhados diretamente nas Unidades Gestoras Executoras (UG) dos respectivos hospitais, no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal - SIAFI.

§ 1º. As Instituições Federais de Ensino Superior - IFES, que mantém em suas estruturas organizacionais Hospitais Federais de Ensino, para os quais ainda não foram criadas as respectivas Unidades Gestoras Executoras (UG) no SIAFI, deverão providenciá-las respeitando-se o prazo estabelecido no caput.

§ 2º. Os créditos orçamentários a que se refere o caput, englobam os créditos provenientes das receitas diretamente arrecadadas por meio da Conta Única do Tesouro de fontes próprias e fontes do tesouro, as descentralizações de créditos recebidas, os recursos provenientes de Sistema Único de Saúde, dos convênios e outros recursos gastos com as despesas dos hospitais.

§ 3º. Não se aplica o disposto no caput deste artigo somente para os empenhos das despesas de pessoal e encargos sociais, bem como para os empenhos relacionados às despesas de OCC, cujos contratos celebrados pelas Universidades não possibilitem a obtenção de informações segregadas, devendo os mesmos serem ajustados quando da renovação ou nova contratação.

Art. 2º. As Unidades de Recursos Humanos das IFES, deverão providenciar a criação de Unidade Pagadora (UPAG) no Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos (SIAPE), para cada Hospital Federal de Ensino, num prazo de 60 dias a contar da publicação desta portaria.

Art. 3º. A Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva do Ministério da Educação, deverá providenciar junto à Secretaria de Orçamento Federal a criação de Unidade Orçamentária (UO) específica para cada Hospital Federal de Ensino, para já constar da proposta orçamentária para 2009.

Art. 4º. Fica estabelecido o prazo de até 31 de dezembro de 2008, para que as IFES providenciem a efetiva transferência dos saldos contábeis registrados na UG da IFES relativos aos bens patrimoniais inerente aos Hospitais Federais de Ensino para as suas respectivas Unidades Gestoras Executoras (UG), visando demonstrar adequadamente o ativo permanente na contabilidade dos respectivos hospitais.

Art. 5º. As descentralizações de recursos constantes da dotação da Unidade Orçamentária (UO) 26101- Ministério da Educação, nas ações 6379 - Complementação para o Funcionamento dos Hospitais de Ensino Federais, ficarão condicionadas ao cumprimento do estabelecido no artigo 1º - desta portaria.

Parágrafo único. Os repasses financeiros referentes às descentralizações a que se refere este artigo, ficarão condicionados ao cumprimento do estabelecido no artigo 2º - desta portaria.

Art. 6º. Esta Portaria não importa em alteração da atual relação organizacional e administrativa dos Hospitais Federais de Ensino e as respectivas Instituições Federais de Ensino Superior - IFES.

Art. 7º. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

b) ASSEMBLÉIA GERAL DISCUTIRÁ ACORDO DE GREVE E PORTARIA DOS HUS

Assembléia Geral na próxima terça-feira, terá debate sobre a Portaria que desvincula o orçamento dos hospitais universitários e eleição de delegados para a Plenária

Na próxima terça-feira, o SINDITEST realizará Assembléia Geral na Sala 01/Anexo B do HC. O objetivo da Assembléia é realizar um debate sobre a Portaria Nº 4/MEC que desvincula o gerenciamento dos recursos do HC da UFPR, com a debatedora Janine Teixeira da FASUBRA. Após o debate, será realizada eleição de delegados para Plenária Nacional da FASUBRA, que tem como pontos de pauta o Acordo de Greve e a Portaria em questão.

A Gestão Sindicato Para Todos - Gestão Pra Valer enfatiza a importância da participação de todos, servidores UFPR e FUNPAR para participar do debate pois a Portaria Nº 4 tem implicações sérias sobre a vida dos trabalhadores do HC e sobre toda a população atendida por esse hospital.

A primeira chamada está marcada para às 10h, e a segunda chamada será às 10h 15min.

ANEXO 2

– Conceção de ser humano – ser que se constitui nas relações e pelo trabalho como mediador da relação com a natureza

Loucura:

Da desrazão à noção de sujeito portador

“A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”.

Comentário de Simão Bacamarte, personagem de O Alienista, de Machado de Assis.

A lógica de tratamento manicomial tem a função social de ser o espaço do sujeito considerado improdutivo, incapaz de vender sua força de trabalho e, portanto, de gerar lucro à nossa sociedade, capitalista (que se produz a partir de uma classe que produz a riqueza e outra que a acumula).

Histórico: como e para que surgiram as instituições manicomiais: para segregar parcelas de trabalhadores que não serviam para o desenvolvimento das forças produtivas e, em tempos de escassez, não podiam ser mantidos pela sociedade, assim fizeram com mendigos, prostitutas e pessoas consideradas “alienadas”.

Devemos observar que está em disputa não só uma concepção de cuidados, mas também há interesses privados em questão: a maior parte dos leitos psiquiátricos no Paraná (financiados pelo SUS) estão dentro de instituições privadas.

O trabalho de hoje - alienado – constitui-se como um fator de grande desenvolvimento de agravos da Saúde Mental. Agravos mais expressivos no mundo do trabalho: transtornos de humor e ansiedade (com tentativas de

suicídio), dependência de Substância Psicoativas – álcool, outras drogas ilícitas, benzodiazepínicos.

Ter saúde não é somente não estar doente, é também ter uma vida com boa qualidade, que nos permita realizar nossas atividades do dia-a-dia (comer, vestir, estudar, trabalhar, etc). A saúde mental é produzida nessas condições e pode ser entendida como a forma com a qual as pessoas vivenciam as experiências cotidianas, considerando algumas boas, prazerosas, e outras desagradáveis e até mesmo traumáticas. Quando acontece uma vivência que, de alguma maneira cause sofrimento intenso, dizemos que a pessoa está desenvolvendo um transtorno mental. Portanto, o desenvolvimento de um transtorno pode acontecer com qualquer um de nós, quando estamos sensíveis ou incomodados por causa de uma experiência que não conseguimos enfrentar ou um fato da vida que nos traga grande sofrimento.

EXEMPLO: Município de Piraquara – o desenvolvimento de agravos de SM está ligado a uma questão de classe, a classe trabalhadora adocece mais e mais gravemente, porque não tem trabalho (sustento) ou porque tem (trabalho alienado e muitas vezes física e mentalmente degradante).

Mudança de paradigma: A Desinstitucionalização

Questiona a dissociação entre a experiência humana de adoecer e a doença (a depressão, a esquizofrenia, a dependência de drogas) e traz a idéia de que as diferentes formas de experiência de sofrimento são sintomas que devem ser analisados considerando todos os aspectos do ser humano (sua relação com o meio social);

A Reforma Psiquiátrica é também um movimento constituído por trabalhadores da área de saúde mental, pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares, que buscam contestar a discriminação e o preconceito sobre a loucura para a sociedade em que vivemos. A necessidade de uma mudança na forma de cuidar do transtorno mental tornou-se uma necessidade por entender que apenas internar a pessoa doente e não cuidar das situações da vida dela, que causaram o adoecimento, não traz bons resultados. É mais importante tratar a doença mental num espaço onde a pessoa possa ter contato com sua vida normal, com o apoio diário dos familiares e amigos.

A Luta Antimanicomial questiona e denuncia a cronificação do modelo tradicional propondo um diálogo entre a loucura e a razão, colocando-a *entre* os homens e não *dentro* deles, ou seja, como produto das relações sociais entre seres humanos. Contesta o poder instituído a alguns sujeitos da sociedade para indicar quem está fora ou dentro dos limites da normalidade.

Os profissionais de Saúde interferem nesse processo tornando-se o que chamamos de técnicos-militantes, que atuam em serviços comunitários (de base territorial) estabelecendo práticas que promovem a autonomia. Participando de movimentos sociais que contestam a lógica hegemônica nos campos político-jurídica e sócio-cultural.

MANIFESTO DE BAURU

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao II Congresso Nacional dão um passo adiante na história do Movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de

sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida.

Organizado em vários estados, o Movimento caminha agora para uma articulação nacional. Tal articulação buscará dar conta da Organização dos Trabalhadores em Saúde Mental, aliados efetiva e sistematicamente ao movimento popular e sindical.

Contra a mercantilização da doença!

Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!

Por uma sociedade sem manicômios!

Bauru, dezembro de 1987 - II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental

APARATO LEGAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA:

LEI 10216 DE ABRIL DE 2001

PORTARIAS DO MS PARA CRIAÇÃO DE SERVIÇOS TERRITORIAIS – CAPS E NAPS

MODALIDADES DE CAPS: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi

ANEXO 3

In: SILVA, Kelly Regina Dias da. **A atuação da Terapia Ocupacional frente às mudanças na assistência psiquiátrica brasileira.** Monografia de conclusão do curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná, defendida em 2007, p. 3-18.

HISTÓRIA DA LOUCURA

Para compreensão de todo o paradigma que existe no tratamento psiquiátrico e na doença mental é necessário delinear o histórico da doença, revisando desde quando esta se torna um problema que interfere no social, justificando assim seu confinamento. Para isso, esse capítulo traçará as concepções de loucura desde as tribos primitivas até o início da Era Contemporânea, explanando o período e o motivo pelo qual os loucos passaram a ser segregados do meio social pelo confinamento.

Nos estudos de tribos primitivas é possível observar os primórdios de vários conceitos atualmente utilizados em Psiquiatria, que evidenciaram a influência modificadora da cultura

sobre expressões sintomatológicas das psicopatologias; assim permitiram esclarecer as deficiências de certas explicações teóricas do comportamento humano, que embora pretendessem ser universais, carregavam marcas dos padrões de uma determinada cultura e de um determinado período (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 23-5).

Para realizar uma pequena revisão da “História da Loucura”, é necessário percorrer um caminho que tem suas origens nos feiticeiros, sacerdotes e xamãs, desde períodos que antecederam o surgimento das primeiras civilizações da Antiguidade clássica, numa época em que a atenção se voltava para as manifestações das doenças mentais e nas maneiras de contê-las. A associação entre perturbação mental e influências malignas levou o homem a atribuir ao sobrenatural a causa da manifestação das enfermidades mentais e, conseqüentemente, a cura dos males do espírito era associada a rituais mágicos (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 41-3).

Segundo os mesmos autores (1966, p. 28-31) - estudiosos da História da Psiquiatria - o homem primitivo atribuía todas as doenças à ação de forças externas ao corpo humano: forças sobrenaturais, tais quais os maus espíritos, os bruxos, os demônios e os deuses. Essas teorias demonológicas eram particularmente usadas para explicar doenças que afetavam a conduta, ou seja, as doenças mentais. A observação de comportamentos insensatos, destituídos de sentido, impertinentes e destrutivos de indivíduos delirantes, bem como a apreensão causada por ataques convulsivos e o esforço para explicar o fenômeno podem ter fortalecido o conceito de possessão demoníaca como causa das mudanças peculiares ou assustadoras no comportamento. Nos tempos pré-históricos as pessoas com distúrbios de comportamento eram atendidas em rituais tribais ou simplesmente abandonadas à própria sorte: “O curandeiro primitivo logicamente lidava com esses seres e com os maus espíritos, torturando seu pacientes com recursos humanos, como apelo, reverência, súplica, suborno, intimidação, apaziguamento, confusão e punição, tais como se expressavam através de exorcismo, rituais mágicos e encantamento” (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 29).

Foi com o surgimento das civilizações organizadas, urbanizadas e cultas da Antigüidade que o estudo da loucura se aperfeiçoou e ganhou técnicas e conceitos sistematizados. Ainda assim era grande a influência da corrente de pensamento que relacionava as enfermidades, em geral, e as doenças mentais, em particular, a um poder místico e mágico de deuses, espíritos e demônios. Por isto os primeiros médicos dos babilônios, dos egípcios, dos hindus e de outras civilizações pré-clássicas eram também sacerdotes (médico-feiticeiros) (ALEXANDER, SELESNICK; 1966, p. 43).

2.1 OS DISTÚRBIOS MENTAIS NA ANTIGÜIDADE

A Antigüidade é o período que abrange o desenvolvimento das antigas civilizações orientais e clássicas (egípcia, mesopotâmia, hebraica, persa e principalmente greco-romana), terminando com a queda do Império Romano do Ocidente, compreendendo os séculos VII a.C. a IV d.C. ALEXANDER e SELESNICK (1966, p. 54) relatam que nos poemas de Homero, escritos em torno de 1000 a.C., se acreditava que as pessoas que ofendiam os deuses sofriam de insanidade mental, e que eram castigadas por eles, fazendo com que se comportassem de maneira estranha ao padrão. Porém, por volta de 600 a.C., ocorre a substituição dos cultos místicos e da superstição por uma compreensão mais racional e científica da doença mental.

ALEXANDER e SELESNICK (1966 p. 54-60) destacam que na Grécia e Roma antigas não existiam procedimentos e espaços sociais destinados especificamente aos loucos. Geralmente os loucos que faziam parte de famílias mais abastadas eram mantidos em suas residências, com a atenção de acompanhantes; já os pobres circulavam livremente pelas ruas, tendo sua subsistência garantida pela caridade pública ou pela realização de trabalhos simples para particulares. A loucura era experimentada em “estado livre” e a sociedade considerava as crises de agitação manifestações de cunho sobrenatural, decorrentes de possessões demoníacas, e não resultantes de doenças mentais. Na antigüidade grega os médicos, filósofos e outros estudiosos tinham grande consideração para com os doentes.

Na Grécia Antiga a loucura era considerada um privilégio: filósofos como Sócrates e Platão ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como divina. Era através do delírio que alguns privilegiados podiam ter acesso a verdades divinas, pois eram portadoras de uma desrazão (PESSOTI, 1999, p. 20-3).

Hipócrates, considerado o “pai” da Medicina, nascido em 460 a.C., foi o primeiro filósofo que buscou as causas das doenças fora do misticismo, sendo influenciado pela corrente racionalista dos filósofos gregos e das escolas médicas das nações vizinhas (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 43). Segundo PESSOTI (1999, p.17-23), Hipócrates classificou todas as perturbações psiquiátricas em três categorias gerais – mania, melancolia e frenite – e deu descrições clínicas minuciosas das perturbações. Há registros sobre doenças mentais tanto em textos de Hipócrates, quanto nos de filósofos como Platão e Aristóteles, sendo que Hipócrates criou os primeiros fundamentos científicos para diagnosticar doenças mentais.

Em Roma, a influência da civilização helênica foi notadamente significativa em todos os campos do saber. Na Medicina, em particular, os mais famosos médicos romanos tiveram sua formação nos grandes centros de cultura helênica, aprendendo conceitos, teorias e técnicas gregas; como os romanos desprezavam os povos que dominavam, devido ao preconceito, a ascensão do conhecimento médico grego em Roma foi lenta e difícil (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 71). Os mesmos autores (1966, p. 71) citam o médico grego Asclepiades, nascido em 124 a.C., como o precursor da intervenção grega legalmente aceita na Medicina romana, pois seus antecessores (como Arcagato, por volta de 219 a.C.) foram impedidos do exercício da prática médica oficial, devido ao desprezo e não reconhecimento da prática médica grega.

Contudo, magistrados supervisores tinham interesse econômico em impedir a ascensão de uma classe médica. Escravos ou barbeiros, que sempre praticavam em Roma uma forma não especializada de Medicina, pagavam taxas que recebiam. Além disso, como os gregos eram desprezados, somente uma alma muito intrépida viajava da Grécia a Roma na esperança de encontrar emprego como médico (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 70).

Segundo os mesmos autores o mais famoso médico romano foi Galeno (130-200 d.C.), que trouxe importantes contribuições em anatomia e fisiologia para a época. No estudo da loucura sua contribuição limitou-se à compilação do que já existia sobre as causas das doenças mentais, dando solidez e sistematizando os pensamentos de Hipócrates, Platão e Aristóteles (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 75). As formulações de Galeno exerceram influência até o século XIX. Quanto às formas de tratamento, ele e outros médicos da Antigüidade romana tratavam os doentes mentais com sangrias, purgantes e banhos sulfurosos. Galeno estudou ainda a anatomia e fisiologia do sistema nervoso, concluindo que o cérebro era a sede da alma (PESSOTI, 1999, p. 24).

Também o filósofo e político romano Cícero (106-43 a.C.) e o médico Sorano (93-139 d.C.) que estudou em Alexandria, proporcionaram contribuições para a Medicina em Roma, dando contribuições significativas às teorizações da doença mental e às formas de se tratar o doente. Em sua obra Cícero faz apontamentos sobre a origem emocional de doenças orgânicas e descreve diferenças entre doenças físicas e mentais. O médico Sorano tratava os doentes mentais com meios psicológicos utilizando um tratamento humanizado e sem uso de violência, valorizando a relação médico-paciente (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 79).

Quando o Império Romano desintegrou-se, os bárbaros e o cristianismo haviam se

espalhado pelos quatro cantos da Europa, trazendo transformações culturais e políticas, que afetaram também a Medicina e deram ao estudo da loucura características distintas das que o conhecimento racional trouxe, com os filósofos gregos, após o século VI a.C. Houve neste período um retrocesso quanto à forma de pensar a doença mental e a maneira de tratar os doentes, que se aproximaram do pensamento místico que existia na antiguidade pré-clássica (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 83).

Os cidadãos da Grécia Antiga, no apogeu de sua civilização, encontravam segurança interior no conhecimento e na razão. Os romanos adotaram a herança intelectual da Grécia mas, para assegurar sua paz de espírito, confiavam mais em instituições sociais e na organização racional de uma sociedade sustentada por lei igualitária, realizações tecnológicas e poderio militar. Quando estas instituições se desintegraram e o império declinou perante o medo, genuíno e nu, sentido igualmente por ricos e pobres, tornou-se a questão social dinâmica central. O colapso do sistema romano de segurança produziu um retrocesso geral à crença na magia, misticismo e demonologia da qual, sete séculos antes, o homem se libertara graças ao gênio grego (ALEXANDER ;SELESNICK, 1966, p. 83).

No final da Antigüidade, a expansão e a oficialização do Cristianismo e a promessa de uma vida melhor no reino dos céus, influenciaram modelos de vida e norma de conduta, prevalecendo ações de caridade, abnegação, fraternidade, perdão e ajuda samaritana. Aliadas à fé, estas virtudes cristãs foram responsáveis por um tratamento mais humanitário aos doentes mentais, que passou a ser visto como “pobre de espírito”. Esse tratamento tolerante aos doentes mentais durou longo período da Idade Média (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p.84).

2.2 A LOUCURA NA IDADE MÉDIA

A Idade Média é um imenso intervalo de tempo entre a Antigüidade Clássica e a Idade Moderna ou Modernidade. Alguns historiadores situam seu início entre o ataque dos bárbaros a Roma, após a morte de Teodósio (395 d.C.) e a tomada de Roma por Alarico (410 d.C.). Este período termina em torno do ano 1453 d.C., ano da tomada de Constantinopla pelos turcos. ALEXANDER e SELESNICK (1966, p. 84), retratam este período descrevendo que:

No século IV Constantino, procurando a ajuda dos cristãos contra seus inimigos, fez do Cristianismo a religião oficial. Estabeleceu-se a lealdade entre o Estado e a Igreja. O papa Leão III foi apoiado por Carlos Magno que, por sua vez, foi sagrado imperador do Santo Império Romano. Nos séculos XII e XIII, as Cruzadas marchavam para a Terra Santa contra os mouros e traziam de volta novas idéias e produtos do Oriente. Foi nesta época que as comunas prosperaram, o comércio se desenvolveu e o poder dos senhores feudais começou a declinar, enquanto monarcas conquistavam supremacia. Novas nações foram formadas com terras derrotadas. Não é de admirar que a Idade Média se tenha caracterizado como era de espantosos contrastes. Por outro lado, houve exemplos de tirania, de pestes

destruidoras, de fome que exterminou centenas de milhares de pessoas; de outro lado, construíram-se igrejas estupendas e desenvolveram-se os princípios da cavalaria, do heroísmo e da abnegação.

Nesse período, sob a influência do cristianismo, acreditava-se que o mundo era um todo organizado de acordo com os desígnios de Deus. Por isso, tudo e todos obedeciam à ordem divina. Os insanos, assim como os retardados e os miseráveis, eram considerados parte da sociedade e o principal alvo da caridade dos mais abastados, que assim procuravam expiar seus pecados (FOUCALT, 1972, p. 11-2).

No início da Idade Média, quando o espírito cristão de caridade foi responsável pelo oferecimento de conforto e apoio aos doentes mentais, escolásticos cristãos e médicos árabes prestavam considerável contribuição à assistência psiquiátrica humanitária. No princípio da Era Medieval a insanidade era de responsabilidade coletiva, mesmo quando considerada resultado de perturbação emocional ou possessão demoníaca. No período seguinte esse primeiro ideal cristão foi depreciado, instituindo a medicina monástica, onde a assistência psiquiátrica deteriorou-se de maneira a se tornar indistinguível do exorcismo demonológico. E, a partir do século XIV, a insanidade passa a ser vista como heresia, iniciando assim a perseguição às feiticeiras (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 86).

ALEXANDER e SELESNICK (1966, p. 94-108) relatam que depois de cinco séculos da queda de Roma, a função de médicos era exercida por monges, que ao mesmo tempo agiam como teólogos. Nos séculos XII e XIII as cruzadas levaram contribuições árabes de volta para a Europa Ocidental, sendo traduzidas as obras de estudos árabes. Os médicos leigos passaram a atender a função médica, e os monges começaram a dedicar-se exclusivamente a estudos filosóficos da mente. O demônio era exorcizado para curar a mente e métodos empíricos começaram a aliviar o sofrimento orgânico.

2.3 IDADE MODERNA E SEGREGAÇÃO

A Idade Moderna inicia-se com a tomada de Constantinopla pelos turcos em 1493 e tem fim com a Revolução Francesa de 1789. A partir do século XIV as instituições existentes e as idéias feudais começaram a apresentar sinais de decadência; iniciava-se então a fase conhecida como Renascimento ou Renascença. Nesta fase a filosofia escolástica e religiosa medieval foi substituída por uma retomada do pensamento e da cultura greco-latina nas artes, na literatura e nas ciências, significando a retomada de princípios racionalistas na observação e descrição das doenças mentais, em oposição ao misticismo religioso

(FOUCALT, 1972, p. 46).

Fatos históricos, como a conquista de Constantinopla, favoreceram que uma colônia de sábios gregos fugisse para os países ocidentais, onde foram traduzidos os escritos originais dos grandes sábios da antiguidade. A imprensa entrou em uso em meados do século XV e proporcionou meios de propagar as informações, e esse século é caracterizado como a transição entre os mundos medieval e moderno (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 110).

A partir do final do feudalismo, que caracterizou a Idade Média, e do desenvolvimento do mercantilismo, iniciou-se um processo de acelerada formação de cidades e o início da concentração de população em grandes massas. Por volta do século XVII problemas sociais e sanitários começaram a afligir as cidades que eram cada vez mais populosas e afastadas das fontes de abastecimento. Novos valores se impuseram, substituindo a prática da caridade pública. A situação para os doentes mentais já havia sido agravada a partir do século XVI porque, em meio às mudanças provocadas pela Reforma Protestante, mosteiros e igrejas deixaram de abrigar os insanos nas casas de caridade, casas de contrato ou asilos seculares. Os doentes mentais, violentos ou não, não podiam mais permanecer nas ruas das cidades, sendo trancados em prisões (FOUCALT, 1972, p. 58).

Outrora ele era acolhido porque vinha de outro lugar, agora será excluído porque vem daqui mesmo, e porque seu lugar é entre os pobres, os miseráveis, os vagabundos. A hospitalidade que o acolhe se tornará num novo equívoco, a medida de saneamento que o põe fora do caminho; de fato ele continua a vagar, porém não mais no caminho de uma estranha peregrinação: ele perturba a ordem do espaço social (FOUCALT 1972, p. 63).

Nesse período pobres e loucos passaram a ser vistos como desocupados e como séria ameaça a toda a sociedade: como não trabalhavam e não produziam riquezas, eram considerados marginais e improdutivos, não podendo compartilhar o espaço dessa nova sociedade. O fato da doença mental não ser uma enfermidade apenas orgânica dificultava ainda mais uma mudança de concepção sobre os loucos que, considerados doentes de “alma”, eram vistos como uma ameaça. Para eliminar a pobreza as cidades passaram a expulsar os mendigos. Os loucos, que vagavam em relativa liberdade pelas propriedades e vilas medievais, auxiliados pela caridade pública, passaram a ser considerados responsabilidade privada de suas famílias, a quem cabia mantê-los. Para os doentes mentais e os miseráveis sem família, restava o isolamento (FOUCALT, 1972, p. 49).

FOUCALT (1972, p. 8-12) demonstra que neste período a loucura substitui a lepra como principal objeto de exclusão e supressão de elementos desta sociedade. Segundo

FOUCAULT (1972, p. 50) os hospitais gerais surgiram instalados nos antigos leprosários, já que a lepra epidêmica praticamente desaparecera da Europa. Nesses hospitais eram internados não só os loucos, mas toda a população marginalizada pelos padrões da época. Henrique VIII, rei da Inglaterra de 1509 a 1547 e fundador do anglicanismo, tentou remediar a situação e criou, em Londres, o Hospital Bethlehem, um asilo exclusivo para lunáticos ou insanos (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 86).

Naqueles dias os pacientes eram tratados com muito mais interesse. Quando estavam em condições de deixar o hospital sob os cuidados dos parentes, recebiam braçadeira para usar, a fim de poderem voltar ao hospital se seus sintomas reaparecessem. Esses pacientes recebiam tanta atenção e simpatia da coletividade que vadios freqüentemente falsificavam braçadeira para serem tomados com ex-pacientes de Bethlehem (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 86).

Muitas resistências tiveram de ser vencidas para que se aceitasse a idéia de que feiticeiras, bruxos, magos e “possuídos” pudessem estar sofrendo de uma doença mental. Essa mudança de perspectiva em relação aos doentes mentais foi sendo construída com o passar do tempo e, com a contribuição da Reforma Religiosa, ficou marcada a passagem da Idade Moderna para a Idade Contemporânea. A partir de então é que a Psiquiatria se estabelece como ciência na França. Porém, apesar de a psiquiatria passar a ser considerada uma ciência médica e de os indivíduos portadores de patologias serem vistos como “alienados”, a proposta de tratamento continuava a ser o isolamento em celas ou cubículos, com os doentes quase sempre acorrentados (FOUCAULT, 1972, p. 53-58).

Apesar da pouca diferença quanto ao tratamento da loucura, durante a Renascença em que foram dados os primeiros passos do homem ocidental em direção a um modo realístico de encarar a doença mental. Graças ao esforço dos grandes cientistas, filósofos, homens de letras e artistas do século XVII, o século seguinte, conhecido como época do “Iluminismo”, será caracterizado pela herança do empirismo, racionalismo e da observação do século XVII. O século XVIII constituiu progressos nos estudos e modo de tratamento da doença mental, onde tendências velhas e novas misturam-se, tendo início as instituições psiquiátricas propriamente ditas (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 151-2).

NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA: SURGIMENTO E CRISE DA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA

Autores como FOUCAULT (1972) e CASTEL (1978) demonstram que na história do pensamento ocidental recente, houve uma construção da identidade da loucura e da doença mental. Esses autores relatam que até o início da Modernidade a loucura não era considerada necessariamente uma doença e não fazia parte do pensamento médico. Para compreender as conseqüências da construção dessa identidade é delineado neste capítulo o surgimento da instituição psiquiátrica e quando a loucura passa a ser “compreendida” e “tratada” pelo saber médico.

Foi a partir dos séculos XVII e XVIII, com a crise social instalada na Europa, que a população condensou-se nas cidades e a “falta de atividade” (como o trabalho) dessas pessoas que chegaram à cidade foi identificada como um problema. Assim se deu a associação entre loucura e doença. Nesse contexto o Estado criou uma medida de confinamento com intuito de adotar uma postura ética de trabalho, visando combater a pobreza e a ociosidade. Com isso o Estado justificou a exclusão social dos loucos, já que estes eram vistos como incapazes para o trabalho (FOUCAULT, 1972; CASTEL 1978).

A reclusão de loucos, ou chamada de “institucionalização”, teve no curso da história várias modalidades. A mais antiga era a prática de recolher os loucos, junto com outras minorias sociais, em edifícios mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos. Frequentemente tais edifícios eram os antigos leprosários, antes usados para segregar o leproso em defesa da saúde pública, agora para abrigar e dar alguma assistência aos marginalizados de todo tipo (PESSOTI; 1996, p.151).

Esses espaços de confinamento, conhecidos como asilos, não tinham a pretensão de tratamento e cura; também não estavam a princípio orientados por uma lógica médica. Nestes asilos eram recolhidos crianças, velhos, deficientes, doentes, mendigos e loucos, onde todos eram reclusos e subordinados ao trabalho. Foi com o processo da Revolução Industrial, em meados do século XVIII, que o pensamento econômico muda a forma de “ver” destas instituições, sendo essas populações reclusas vistas como valorosas no mercado de trabalho (PESSOTI, 1996, p.18-20).

FOUCAULT (1972, p.306) relata que na segunda metade do século XVIII abrem-se casas de saúde para os alienados, na Inglaterra e na França. Admite-se que os cuidados a serem dados nestes espaços devem ser ministrados pelos vigilantes e não pelos médicos, já que estes locais não visavam o tratamento da loucura. Apenas mais tarde, com medidas legislativas, é que o saber médico e o asilo são reconhecidos como meio e espaço para o

tratamento da loucura (FOUCAULT 1972, p. 306; CASTEL, 1978, p. 21).

No final do século XVIII, em 1793, com a nomeação de Pinel para a direção do hospital francês Bicetre, é que se difunde uma nova concepção de loucura. Pinel fundamenta a alienação mental como um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso, definindo o cérebro como a sede da mente, onde se manifesta a loucura como uma alteração das faculdades cerebrais, cujas principais causas seriam físicas (PESSOTI, 1996, p. 67-75).

A partir dessa reestruturação a loucura passa a ter o estatuto de doença mental, que requer um saber médico e técnicas específicas. A prática social então adotada foi a reclusão dos incapazes, com a conseqüente separação dos loucos dos demais marginalizados da sociedade (PESSOTI, 1996, p. 67-75).

FOUCAULT (1972, p.384), ressalta que:

O essencial do movimento que se desenvolve na segunda metade do século XVIII, não é a reforma das instituições ou a renovação de seu espírito, mas esse resvalar espontâneo que determina e isola asilos especialmente destinados aos loucos. A loucura não rompeu o círculo do internamento, mas se desloca e começa a tomar suas distâncias. Dir-se-ia uma nova exclusão no interior da antiga, como se tivesse sido necessário esse novo exílio para que a loucura enfim encontrasse sua morada e pudesse ficar em pé sozinha. A loucura encontrou uma pátria que lhe é própria, deslocação pouco perceptível: tanto o novo internamento permanece fiel ao estilo do antigo, mas que indica que alguma coisa de essencial está acontecendo, algo que isola a loucura e começa a torná-la autônoma em relação ao desatino com o qual ela estava confusamente misturada.

Pinel introduziu uma importante mudança nos asilos, que passaram a ser definidos como manicômios, não mais apenas um local onde se enclausurava o louco mas um espaço ou instrumento de busca da cura. A intervenção terapêutica buscava restituir o equilíbrio rompido pela doença, visando devolver o alienado à ordem da racionalidade e dos afetos, de modo a reintegrá-lo na vida social. Para isso, a instituição asilar se impõe como ambiente ideal de reordenação e reeducação (PESSOTI, 1996, p. 69-73).

Nestes espaços asilares, os manicômios, o tratamento proposto é o tratamento moral, que busca atuar sobre o conhecimento e sobre o comportamento resultante. O tratamento moral visa corrigir os excessos passionais dentro de uma norma ética e do grupo social dominante (PESSOTI, 1996, p.128-129).

É desta maneira que o médico passa a ser ordenador da vida psíquica do paciente e também agente da ordem social, da moral dominante. Assim a prática hospitalar, coluna mestra do tratamento moral, é caracterizada pelo poder do médico, defensor da razão, garantidor da ordem, depositário da norma social. E nisso reside um aspecto inquietante da práxis psiquiátrica desde então: o compromisso com alguma forma de ordem pública, alguma forma de conduta, socialmente aprovada e na qual o comportamento aberrante deve ser enquadrado (PESSOTI, 1996, p.128-129).

Para MÂNGIA e NICÁCIO (2001, p.65) essas reflexões nos fazem perceber que a

disciplina psiquiátrica ocupa uma região de fronteira em relação ao controle social, e o cuidado, seu desenvolvimento e a crise contemporânea estão ligados ao exercício de uma contradição.

Com o aumento do número de manicômios, proliferam aplicações inadequadas do tratamento moral, sem os cuidados originais e essenciais desse método. O sonho iluminístico de Pinel para o tratamento previa construir um ambiente ecológico, no qual o doente é subtraído da violência e das dinâmicas familiares, para encontrar suavidade e compreensão. Os recursos empregados nas instituições visavam a imposição da ordem e da disciplina institucional, visando o bem da instituição e de quem a controlava, não mais o bem do paciente (PESSOTI, 1996, p. 142).

Na primeira metade do século XIX o modelo institucional de Pinel se deteriora, devido ao abuso no emprego do tratamento moral de forma desvirtuada. Quanto menos o manicômio se demonstrava um recurso terapêutico eficiente, mais aparecia como instrumento de segregação social, como uma instituição de custódia do louco, demonstrando o dilema da psiquiatria entre o tratamento do louco com o rigor científico da medicina e da intervenção social entre louco e sociedade (PESSOTI, 1996, p.142).

Para PESSOTI (1996, p.155), o século XIX poderia intitular-se de século dos manicômios, devido à proliferação das instituições e a importância histórica do tratamento médico manicomial. Os manicômios se distribuíram neste século por diversos países da Europa, principalmente Itália e França. Neste período, a psiquiatria se institui e se legitima, como uma especialidade clínica e como uma área específica do saber médico. Nesse período houve também a contribuição para a efetivação da psiquiatria, do médico austríaco Sigmund Freud, que permitiu uma compreensão das enfermidades mentais a partir do ponto de vista psicológico. Freud inicialmente realizou estudos sobre histologia, anatomia e fisiologia, e percebeu a associação entre sintomas histéricos e sua etiologia psicológica. Desenvolveu também práticas de hipnose e foi estabelecendo as bases que sustentariam sua teoria no tratamento dos distúrbios mentais (ALEXANDER;SELESNICK, 1966, p.170-2).

Entre o ano de 1893 e 1938, Freud escreveu sua vasta obra, legando à humanidade uma contribuição enorme na área da psicologia e da compreensão dos fenômenos psíquicos. Além disso fundou o método terapêutico, denominado de Psicanálise, que foi revolucionária no tratamento de distúrbios psíquicos, que até então eram subentendidos apenas como de etiologia orgânica (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p.170-2).

Com os avanços de estudos da genética e da bioquímica do cérebro, aliados ao aperfeiçoamento dos medicamentos, que vieram a ser utilizados com eficácia na redução e

até remoção dos sintomas em doenças mentais, o ponto de vista orgânico para o entendimento dos distúrbios psiquiátricos consolidaram-se na área psiquiátrica. Por outro lado as psicoterapias também aperfeiçoaram suas técnicas e demonstraram eficácia no tratamento de doenças mentais, configurando assim os métodos de tratamento utilizados no século XIX (ALEXANDER; SELESNICK, 1966, p. 200-10).

O século XIX é marcado pela crise do sistema de tratamento manicomial, iniciada no final do século XVIII na França, onde surge um movimento que prega a necessidade de retirar o maior número possível de pacientes dos manicômios. Consideravam ser preciso permanecer internados apenas os pacientes mais perigosos, pois o movimento se fundamentava na idéia de que um contato com a vida normal poderia curar os doentes, além de que o número crescente de internações aumentava o custo para os cofres públicos. Na segunda metade do século XIX, os manicômios são questionados e contestados sobre sua legitimidade e utilidade, iniciando assim seu processo efetivo de reforma (PESSOTI, 1996, p.177-179).

SURGIMENTO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Neste capítulo é traçado o surgimento da assistência psiquiátrica no Brasil, contextualizando com as influências dos modelos de tratamento europeus, visando explicar o motivo que o louco, no país, passou a ser confinado e posteriormente assistido pela classe médica, percorrendo um caminho semelhante ao histórico da loucura europeu.

No século XVIII a Europa está dividida entre o domínio econômico da Inglaterra e o poderio militar da França de Napoleão. Portugal tenta manter-se neutro em relação às disputas entre Inglaterra, Espanha e França mas, após a invasão pelas tropas de Napoleão ao país, a corte portuguesa foge para o Rio de Janeiro. A partir daí o Brasil Colônia inicia sua transformação com a chegada, em 1808, da corte portuguesa ao Rio de Janeiro. A chegada da Família Real ao Brasil provoca transformações econômicas e políticas no país. Até sua independência em 1822 o Brasil passa por períodos de transição no qual são realizados vários benefícios (MÂNGIA, 1997, p.91).

O asilamento da loucura surge ligado a uma sensibilidade social que passa a ver o louco como um perigo à convivência urbana, e como já nos demonstraram autores como FOUCAULT e CASTEL, a psiquiatria emerge secundariamente à imposição do internamento, construindo um conjunto de justificativas que passam a legitimá-lo como terapêutico, seguindo o modelo europeu (MÂNGIA, 1997, p.91).

No Brasil, a emergência da instituição psiquiátrica, ainda no Império, é reconhecida a partir de 1830 quando a situação dos loucos depositados nas prisões e nas Santas Casas passa a ser denunciada pelos médicos do Rio de Janeiro, que colocam a necessidade de criação de uma instituição específica para o asilamento dos insanos; esse processo ocorre antes mesmo de existir discurso psiquiátrico no país (MÂNGIA, 1997, p.91).

Em 1841, é criado, por decreto do imperador, no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, o Hospício Dom Pedro II. Seguindo a tendência européia, a loucura passa a ser encarada como doença, e como tal sujeita a tratamento médico. A criação do primeiro hospício no Brasil fornece à loucura o estatuto de doença, que se torna objeto da nova especialidade médica – a Psiquiatria (DE CARLO; BARTALOTTI, 2001, p.19-31).

O Hospício Dom Pedro II foi inaugurado em 1852, e outras instituições são inauguradas durante este império, que a princípio não eram geridas pela classe médica, que irá ocorrer apenas no início do período Republicano, inaugurando assim a chamada “Psiquiatria Científica”. Progressivamente a psiquiatria passa a ampliar seu raio de ação em direção a uma série de questões sociais, tais como: a criminalidade, a prostituição, o

alcoolismo, a educação das crianças, etc. (COSTA, 1990, p.55).

Junto com o discurso científico de asilamento surge o discurso do tratamento moral de Pinel, iniciado no Brasil no Hospital Juqueri, em São Paulo. O asilo de São Paulo e o Hospício D. Pedro II já passavam por severas críticas por não dispor de condições mínimas para o tratamento de seus internos (MÂNGIA, 1997, p.91-2).

Ao assumir o cargo de médico em 1893, Franco da Rocha (1864-1937) passa a defender o projeto de construção do Juqueri, indo contra deliberações legislativas que visavam à criação de colônias para alienados em cidades do interior do estado, e também se opondo a outra proposta republicana que propunha a construção de um asilo na capital, vinculado a futura faculdade de medicina. Em 1898, Franco da Rocha, após conseguir a construção de seu projeto, assume a direção do recém construído Juqueri, iniciando assim seu funcionamento. Dessa forma é constituída a psiquiatria no Brasil e se dá o início da instituição psiquiátrica (MÂNGIA, 1997, p.91-92).

MÂNGIA (1997, p.92) relata que é dentro deste contexto de transição do velho asilo para o moderno que se encontram os primeiros autores brasileiros que defendem a ordem asilar mediante o uso de trabalho intenso aos internos, o que foi caracterizado pelo Tratamento Moral, herança das concepções de tratamento europeu. O trabalho era visto como produtor de uma nova sociabilidade e como promotor de saúde moral da população internada.

A abordagem utilizada por Franco da Rocha constitui-se como eixo central do que posteriormente será defendido pela psiquiatria, caracterizando os princípios do tratamento moral adotado nas instituições brasileiras, cuja influência pode-se perceber até os dias atuais na maioria das instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1995, p.41). Franco da Rocha traz, em seu discurso e textos, a discussão sobre o papel do trabalho na vida institucional, apoiando-se sempre na opinião de vários alienistas europeus, que defendem o valor do trabalho para os alienados. A primeira questão defendida parte da condenação da ociosidade, tanto para o homem sadio como para o doente. O trabalho é visto como uma maneira de afastar fantasias mórbidas, maus hábitos, tendências destrutivas, canalizar a energia, realizar exercícios físicos: sendo assim, o trabalho colocaria um freio na loucura e contribuiria para a ordem e economia institucional. Os trabalhos que foram mais indicados para atender as vantagens defendidas por Franco da Rocha foram os de agricultura - que para o médico exigia menos esforço intelectual - e o trabalho realizado em oficinas implantadas na instituição (MÂNGIA, 1997, p.92).

Assim, o trabalho, além de ser considerado mantenedor da ordem e tranqüilidade institucional, pois, estando uma grande parcela de internos ocupados pelo trabalho contínuo e produtivo diminui-se a agitação, as brigas e a desordem institucional. Também poderia gerar recursos significativos, desobrigando o Estado desse encargo (MÂNGIA, 1997, p.93).

A possibilidade de auto-suficiência institucional é uma das defesas do trabalho para todos os internos. A produtividade do trabalho nas colônias ocupa totalmente a atenção da psiquiatria viabilizando o asilo. Dentro do contexto global da produção teórica pouco se discute em defesa do tratamento moral e da exploração da força de trabalho da população internada, ao contrário dos textos e tendências europeias. O asilo se assemelha muito a prisão e como solução para essa contradição coloca-se o trabalho como meio de ilusão de liberdade, sempre argumentado como forma de condenação da ociosidade. Desta maneira o trabalho na instituição não cumpre o papel de reabilitar, incluir e educar os loucos para o trabalho na sociedade, ou fora da instituição, mas tem o papel de manter a própria instituição (MÂNGIA, 1997, p.93-96). “O trabalho aparece como a última e única alternativa para quem a psiquiatria não pode oferecer a cura, mas mantém o confinamento. Tem direito ao trabalho apenas parte dos habitantes das colônias, os homens calmos e moderados; os demais permanecem nos grandes pátios fechados” (MÂNGIA, 1997, p.95).