



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACES

CURSO: PSICOLOGIA

**DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS AOS SERVIÇOS
SUBSTITUTIVOS: EM BUSCA DA SUPERAÇÃO DO
PARADIGMA MANICOMIAL**

MARCELLA SAMPAIO TIBERY CASTEJON

BRASÍLIA

JUNHO/2008

MARCELLA SAMPAIO TIBERY CASTEJON

**DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS AOS SERVIÇOS
SUBSTITUTIVOS: EM BUSCA DA SUPERAÇÃO DO
PARADIGMA MANICOMIAL**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília como
requisito básico para obtenção do grau
de Psicólogo da Faculdade de Ciências
da Saúde. Professor - Orientador: Dr.
Marcos Abel.

Brasília/DF, Junho de 2008.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACES

CURSO DE PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Professor Marcos Abel

Professora Cláudia Feres

Professora Tânia Inessa Resende

A Menção Final obtida foi:

Brasília/DF, Junho de 2008.

Dedico este trabalho aos meus pais:
Adriana e Marcelo, a minha querida avó,
Mariolga pela oportunidade de realização
de mais uma etapa em minha vida e aos
meus avós, Dionina e Pedro pela imensa
saúde que deixaram.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo amor, carinho, dedicação e orientação rumo ao caminho do estudo.

A minha avó, Mariolga pela grande oportunidade de realizar esse grande sonho.

As minhas amigas e companheiras Bruna, Paty, Raquel, Rita e Rose presentes em todos os momentos durante minha caminhada e pela verdadeira amizade construída.

A professora Tânia Inessa pela oportunidade de ser sua estagiária no Hospital São Vicente de Paulo e através de sua paixão despertar em mim o interesse por esta delicada área de atuação fonte de inspiração do presente trabalho.

Ao professor e orientador Marcos Abel pela orientação e apoio ao longo do trabalho.

A todos pacientes do Hospital São Vicente de Paulo que tive a oportunidade de conhecer, de compartilhar experiências, aprendizado e por me proporcionar um crescimento profissional e principalmente pessoal.

É sempre tempo de dizer não ao manicômio. E para além da ideologia, poder construir alternativas concretas, um projeto de saúde mental que, para além dos técnicos, se possa ancorar no tecer uma cultura da cidadania, ancorada nos corações de cada um, no intenso movimento de desejo e necessidade, necessidade e liberdade. Parece sempre tempo de dizer “Por uma sociedade sem manicômios” não como ponto de chegada, mas de partida.

(Fernanda Nicácio)

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
INTRODUÇÃO.....	7
CAPÍTULO I: A HISTÓRIA DA LOUCURA.....	11
1.1 A Contextualização Histórica da Loucura.....	11
1.2 A Loucura no Brasil.....	26
CAPÍTULO II: O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA.....	30
REFORMA PSIQUIÁTRICA	
2.1 Movimentos pela Reforma Psiquiátrica no Contexto Internacional.....	30
2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	38
CAPÍTULO III: A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	43
CAPÍTULO IV: A POSSIBILIDADE DE MUDANÇA ATRAVÉS DOS CENTROS.....	53
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

RESUMO

O presente trabalho trata da Atenção à Saúde Mental no Brasil, mais especificamente no tratamento dispensado aos portadores de sofrimento psíquico em instituições psiquiátricas. O tema proposto vem de encontro à realidade de como a Saúde Mental no Brasil ainda está ligada à exclusão e a maus tratos dos usuários dentro instituições psiquiátricas. Esse tema traz para reflexão o tratamento dispensado aos portadores de sofrimento psíquico, através da internação em instituições psiquiátricas, em sua natureza de confinamento, retirando do sujeito sua autonomia, sua participação social, seus hábitos e se mostrando ineficaz para alcançar o objetivo da intervenção psicossocial, que é o de reinserir o portador de sofrimento psíquico novamente em seu contexto social. Almejando a valorização do indivíduo, nota-se a importância da possibilidade de tratamentos mais humanizados e mais integradores. O presente trabalho tem como objetivo promover a reflexão acerca da história da loucura e da exclusão social dos portadores de sofrimento psíquico ao longo das épocas, refletir transformações pelas quais o cuidado em saúde mental vem passando nas últimas décadas, analisar a Legislação Psiquiátrica Brasileira através de um levantamento no que tange suas ementas, os regimes de internações, os modelos assistenciais propostos e os principais direitos assegurados aos portadores de sofrimento psíquico para enfim mostrar a importância dos serviços substitutivos, em específico os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) quanto ao processo de transformação e superação do paradigma manicomial. Assim pretende mostrar através do modelo psicossocial a existência de uma nova perspectiva de prática psiquiátrica que promove a abertura para propostas e dispositivos terapêuticos de Atenção em Saúde Mental. Portanto, percebe-se que tratamentos inadequados dispensados aos portadores de sofrimento psíquico dentro das instituições psiquiátricas é agravado pelo modelo de internação, uma vez que, nestes espaços, o doente encontra-se privado do contato com o mundo e sem defesas, tendo a sua capacidade de autonomia comprometida. Assim, se faz de grande importância o questionamento do paradigma psiquiátrico, já que é a partir deste que se legitimam a loucura enquanto doença e irracionalidade, conceitos que justificam a exclusão e um tratamento que visa à tutela.

Palavras-chaves: Saúde Mental. Hospitais Psiquiátricos. Centros de Atenção Psicossocial

O interesse pela escolha do tema da presente monografia surgiu a partir da experiência de estágio na área de Saúde Mental no Hospital São Vicente de Paulo no Distrito Federal. Trata-se de uma instituição psiquiátrica que dispõe de serviços médicos-assistenciais na qual a experiência se deu na ala de internação. Esta experiência foi determinante para a realização do presente trabalho, pois retratou a realidade de como a Saúde Mental no Brasil, ainda está ligada à exclusão e a maus tratos dos usuários dentro das instituições psiquiátricas que contam com estes serviços.

Por muito tempo as doenças mentais foram alvo de exclusão e segregação. Na maior parte da história conhecida, sobretudo nas sociedades ocidentais, a loucura, esteve associada à possessão demoníaca, marginalização, má conduta e à imoralidade. Faz-se necessário ressaltar que quando nos referimos à história da loucura nas sociedades, na maior parte das vezes nos referimos às sociedades ocidentais, uma vez que esta é a história que nos está mais acessível.

A prática de retirar os doentes mentais do convívio social para isolá-los em um lugar específico, foi durante séculos, visto pela sociedade e pela própria medicina como sendo a melhor alternativa de tratamento. Suas denominações e as formas de tratamento variam de acordo com os diferentes contextos históricos.

Há alguns séculos a loucura vem sendo tratada com o isolamento dos portadores de sofrimento psíquico em hospitais psiquiátricos, excluindo-os definitivamente de sua vida em sociedade. Assim, o tratamento dispensado aos portadores de sofrimento psíquico, através da internação em instituições psiquiátricas, traz em sua natureza a realidade de um confinamento, retirando do doente sua autonomia, sua vivência social, seus hábitos e se mostrando ineficaz para alcançar o objetivo da intervenção psicossocial, que é o de reinserir o portador de sofrimento psíquico no contexto social.

Nota-se que a maioria dos usuários em saúde mental acabam perdendo toda e qualquer relação com seus contextos sociais e culturais, transformando-se em sujeitos cronificados e

institucionalizados. Assim, a internação psiquiátrica como tratamento mostra-se como uma forma de exclusão que não garante nem protege os direitos humanos dos doentes internos, e que, apesar dos esforços para que haja uma mudança concreta no tratamento dispensado por estas instituições, ainda convivemos com uma realidade de maus tratos e descaso dentro dos espaços reservados à cura e à saúde.

Almejando a valorização do indivíduo, nota-se a importância de tratamentos mais humanizados quando se trata da Atenção em Saúde Mental. Por essa visível necessidade, faz-se necessário a implementação de serviços substitutivos como forma de tratamentos mais humanizados e mais integradores.

Diante desta questão, a proposta desta monografia é fazer uma revisão bibliográfica para promover uma reflexão acerca da história da loucura e da exclusão social dos portadores de sofrimento psíquico ao longo das épocas, refletir sobre as transformações pelas quais o cuidado em saúde mental vem passando nas últimas décadas no Brasil, sua trajetória histórica e a progressiva incorporação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, analisar a Legislação Psiquiátrica Brasileira através das primeiras Leis Federais específicas destinadas aos portadores de sofrimento psíquico, para enfim mostrar a importância da reabilitação psicossocial e da inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico. Desta forma, o enfoque será dado na possibilidade de mudança através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A tese defendida é a de que o tratamento realizado através de internação em instituições psiquiátricas de caráter asilar gera exclusão social do portador de sofrimento psíquico, onde ficam sob a tutela da instituição psiquiátrica e de seus agentes, contribuindo assim para a violação de seus direitos, à integridade pessoal e ao direito à vida.

No primeiro capítulo serão utilizados de autores que trataram da história da loucura, do nascimento da psiquiatria, das instituições psiquiátricas, sua segregação institucional, e das

práticas médicas sobre a loucura instituída desde a idade média até os dias de hoje. Em especial a obra de Michel Foucault que descreve como a exclusão dos portadores de sofrimento psíquico se mostrou como a principal alternativa de retirá-los do convívio social em uma sociedade que se deparou com grandes mudanças econômicas e sociais e que por isso se mostrava intolerante a qualquer tipo de demonstração humana de improdutividade social e econômica.

Buscou-se ainda contextualizar a Saúde Mental no Brasil, apresentando suas raízes ligadas à exclusão dos doentes mentais, quadro este que foi agravado durante décadas e que, recentemente, passa por um processo de mudanças trazidas pela chamada Reforma Psiquiátrica, que visa, principalmente, um tratamento mais humanizado, com a diminuição gradativa de leitos psiquiátricos nas instituições psiquiátricas, procurando superar as raízes excludentes da doença.

Já no segundo capítulo, o caminho percorrido é o da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Desta forma, ao retratarmos as transformações que o cuidado em saúde mental e à assistência psiquiátrica vem passando nas últimas décadas no Brasil e na progressiva consolidação da Reforma Psiquiátrica é importante tomar conhecimento de alguns dos principais movimentos críticos à assistência psiquiátrica no contexto internacional. Neste sentido, objetivamos, no primeiro momento, resgatar um breve histórico dos principais movimentos críticos à assistência psiquiátrica Pós-Segunda Guerra para uma melhor compreensão da trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica no Brasil e sua progressiva consolidação.

No terceiro capítulo será feito uma análise da Legislação Psiquiátrica Brasileira, dando o enfoque às primeiras Leis Federais específicas para os portadores de sofrimento psíquico tais como o Decreto n° 1.132/1903, o Decreto n° 24.559/1934, e a atual Lei n° 10.216/2001 e, a partir delas, serão levantados alguns aspectos no que tange suas ementas, os regimes de

internações, os modelos assistenciais propostos e os principais direitos assegurados aos portadores de sofrimento psíquico.

E assim, o trabalho discorre no quarto capítulo sobre a idéia da reabilitação psicossocial e inclusão como elementos fundamentais para o resgate da cidadania dos portadores de sofrimento psíquico como um processo de transformação e de superação do modelo manicomial. Desta forma, pretende-se mostrar o modelo psicossocial como uma nova perspectiva de prática psiquiátrica que promove a abertura para propostas e dispositivos terapêuticos de Atenção em Saúde Mental. Assim, no presente capítulo o enfoque será dado especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a possibilidade de mudança da lógica assistencial através deste dispositivo terapêutico.

CAPÍTULO I

A HISTÓRIA DA LOUCURA

1.1 A Contextualização Histórica da Loucura

Ao longo da história, é possível identificar construções sociais acerca de doenças que resultam em processos de estigmatização e segregação. A relação entre aquilo que é desejável e aceitável em uma sociedade, seus costumes, sua economia, e a forma como a doença se manifesta no sentido de impedir que o indivíduo venha a desempenhar papéis que lhe são impostos socialmente, é o que pode determinar o modo como esta doença será representada pela sociedade.

Segundo Holmes (2001), a maneira como uma sociedade reage à anormalidade, depende dos seus valores, suposições sobre a vida e dos comportamentos dos indivíduos. Conforme o autor relata, os comportamentos anormais sempre estiveram entre nós, sendo que em cada época e em cada sociedade assumiram uma conotação diferenciada. Mesmo com o aparecimento de novas concepções e métodos de tratamentos, muitas das primeiras concepções ainda desempenham papéis importantes na compreensão dos comportamentos anormais e não necessariamente foram substituídas. E sim, acrescentadas as novas explicações e tratamentos.

Constata-se que toda sociedade tem seu padrão de normalidade, ou seja, aquilo que é considerado aceitável dentro de padrões estéticos, de comportamentos e atitudes, entre outros. De acordo com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio [EPSJV] (2003), estas normas podem variar em relação ao gênero (um padrão de comportamento para homens e outro para mulheres), ao poder aquisitivo e até a ocupação do indivíduo. Portanto, as pessoas que não estiverem dentro destes padrões é vista como sendo diferente ou anormal (não-normal, fora da norma).

Para Holmes (2001), chegar a uma definição aceitável do que vem a ser comportamento anormal é um pouco difícil uma vez que estes comportamentos são definidos sob vários pontos de vista. Desta forma faz-se necessário mostrar alguns pontos de vista que comumente definem os comportamentos anormais.

Para o autor, quando se define os comportamentos anormais sob o ponto de vista do indivíduo, o enfoque é dado no sofrimento do sujeito, ou seja, “. . . são definidos como anormais quando estão ansiosos, deprimidos, insatisfeitos ou de outro modo seriamente perturbados” (p.31). Em segundo, a atenção é focalizada na incapacidade do indivíduo, ou seja, os indivíduos são considerados como anormais quando não são capazes de “. . . funcionar pessoal, social, fisiológica ou profissionalmente” (p.31). E ao se definir os comportamentos anormais do ponto de vista cultural, nota-se que “. . . a atenção se volta ao desvio da norma, ou seja, o grau no qual o indivíduo se desvia de normas culturais” (p.31).

Pontua ainda que apenas os comportamentos que a cultura considera como sendo “ruins” são definidos como sendo anormais. Desta forma, tanto os aspectos pessoais quanto os culturais dos comportamentos são levados em conta ao determinar o que vem a ser normal e anormal. É importante observar que o que é normal em uma cultura pode não ser em outra. Assim, “. . . é possível que a anormalidade difira de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura e de época para época” (p.32).

Diante disto, segundo Goffman (1988, citado em EPSJV, 2003), os indivíduos considerados fora da norma são chamados de ‘estigmatizados’ porque apresentam alguma característica física, social ou cultural que os diferenciam do restante do grupo, ou seja, possuem uma marca ou um estigma. Esta característica os faz serem percebidos como sendo diferentes do restante do grupo e por sua vez dificultam, quando não inviabilizam, a sua integração na sociedade.

Desta maneira, verifica-se que um aspecto comum a todos os grupos é que o indivíduo que apresenta um estigma se relaciona com a comunidade através dele, ou seja, a característica física, cultural ou familiar que o diferencia dos demais tidos como normais obscurece todas as suas outras características pessoais (EPSJV, 2003).

Por muito tempo as doenças mentais foram alvo de exclusão e segregação. Na maior parte da história conhecida, sobretudo nas sociedades ocidentais, a loucura, esteve associada à possessão demoníaca, marginalização, má conduta e à imoralidade. Segundo Holmes (2001), os comportamentos anormais eram considerados uma consequência de possessões demoníacas causadas por forças sobrenaturais que assumiam o controle da mente e do corpo e os indivíduos eram vistos como uma ameaça a sociedade, muitas das vezes mortos na tentativa de protegê-la. Há evidências na forma de rolos de papiro, monumentos e antigos livros religiosos que a concepção demonológica é anterior a Idade Média. Assim, os antigos egípcios, árabes e hebreus acreditavam que os comportamentos anormais eram decorrentes de possessões causadas por forças sobrenaturais como deuses irados, maus espíritos e demônios.

Somente no início dos tempos modernos é que a loucura passa a estar vinculada, não apenas às categorias marginalizadas da sociedade, mas também ao saber médico que lhe concede o *status* de doença.

Posteriormente, segundo Holmes (2001) deu-se o início a primeira tentativa de explicar os comportamentos anormais como sendo decorrentes de causas naturais. Hipócrates (460-377 d.C), considerado o Pai da Medicina, sugeriu que os comportamentos eram governados por níveis de quatro humores (líquidos) no corpo e ensinou que o cérebro é o órgão responsável pelos transtornos mentais. Destaca-se então, a teoria dos quatro elementos ou a também conhecida teoria dos humores na qual o fogo, a terra, a água e o ar estão relacionados aos quatro humores do corpo, ou seja, sangue, fleuma, bile amarela e bile negra localizados respectivamente, no coração, no cérebro, no fígado e no baço. Segundo a

explicação fisiológica acerca dos comportamentos anormais, as formas de tratamentos envolviam o equilíbrio ideal entre os humores, através de dietas, exercícios, ingestão de álcool ou modo de vida. Mesmo considerada precária a explicação de Hipócrates, a abordagem ajudou a ver o comportamento anormal numa outra perspectiva, como sendo um mau funcionamento ou doença fisiológica além da concepção demonológica existente. Neste momento, o conhecimento racional sobrepõe às concepções demonológicas.

Durante a Idade Média (500-1500 d.C), a religião tornou-se a força dominante de todos os aspectos da vida europeia. O início da Idade Média é intensamente marcado pela presença do Cristianismo, que vai influenciar a sociedade de modo geral, em suas práticas, nas diferentes formas de pensar e agir, inclusive, sobre as doenças. A abordagem naturalista de Hipócrates foi abandonada e a ciência médica que vinha sendo desenvolvida interrompida por forças do Cristianismo. Do ponto de vista religioso, o comportamento anormal tem também uma concepção demonológica. Assim, a Igreja e a sociedade condenavam os indivíduos, e estes eram muitas vezes apedrejados e torturados das mais diversas formas, submetidos a tratamentos brutais por serem considerados uma ameaça à sociedade. Com isso, a idéia de que os comportamentos anormais eram causados por forças sobrenaturais em consequência das possessões demoníacas reaparece durante a Idade Média pela força dominante da religião, onde a vida era percebida como uma verdadeira luta entre as forças do bem e as do mal (Holmes, 2001).

Ao longo da história, a loucura foi entendida e abordada das mais diversas formas. O marco inicial do estudo médico da loucura segundo Foucault (2007) é o desaparecimento da lepra no Ocidente no final da Idade Média e o consequente esvaziamento das instituições onde os portadores desta doença eram segregados.

Na alta Idade Média até o fim das Cruzadas a lepra era considerada o mal que devastou a Europa dando início a um processo de segregação social dos leprosos, que foram

reclusos nas periferias das cidades. A lepra foi na época alvo de repulsa e aversão pela sociedade, representando uma das principais razões de segregação e de aplicação de medidas de distanciamento do convívio social. A partir do século XIV, se alastrava na Europa uma das principais instituições de segregação da Idade Média: os leprosários. Os leprosários eram grandes instituições de confinamento dos doentes, tendo como finalidade o isolamento dos portadores desta doença do restante da sociedade controlando assim o alastramento da doença. Por a lepra ser uma patologia que naquela época não tinha cura, o isolamento era a melhor alternativa para evitar a disseminação da doença e proteger a sociedade (Foucault, 2007).

Mais tarde, a doença vai sendo controlada e aos poucos desaparecendo, mas a imagem de exclusão social aos leprosários se mantém. Diante do controle e da diminuição desta doença no final do período medieval, gradativamente os leprosários passaram a reunir outros tipos de pessoas que, assim como os leprosos, compartilhavam o estigma daqueles que não deveriam conviver em sociedade: os portadores de doenças venéreas e os loucos.

Ao final da Idade Média, a lepra desaparece do mundo ocidental sendo assim substituída inicialmente pelas doenças venéreas. As doenças venéreas vêm suceder à lepra no final do século XV por direito de herança considerando-se assim o surgimento de uma nova lepra, onde os doentes passam a ser recebidos por diversos leprosários. Mesmo com o desaparecimento da lepra na Europa, os leprosários ainda carregavam o estigma de um ambiente destinado aos portadores de doenças consideradas “incuráveis” que ameaçavam a integridade física da sociedade e como lugares de exclusão (Foucault, 2007).

No decorrer do século XVI, as doenças venéreas se instalam, na ordem das doenças que exigem tratamento. Segundo Foucault (2007) é sob a influência do modo de internamento e de como ele se constituiu no século XVII, que as doenças venéreas isolaram-se de seu contexto médico e integraram-se, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. O século XVI para Holmes (2001) foi marcado pela introdução do chamado cuidado humanitário,

reconhecendo que ao invés de exorcismos ou condenações, os indivíduos necessitavam de tratamento.

Segundo Foucault (2007), “antes de a loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, . . . ela tinha estado ligada obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença” (p. 8). Com o apogeu da Idade Média, um grande movimento de mudanças culturais atingiu a população urbana da Europa Ocidental entre os séculos XIV e XVI.

O autor relata que na paisagem imaginária da Renascença surge as “Naus dos Loucos”, uma composição literária de Brant, que teve uma existência real. Estas “Naus dos Loucos” eram embarcações que transportavam sua “carga insana” de uma cidade para outra, onde os loucos eram confiados aos mercadores e peregrinos sendo assim excluídos sistematicamente das cidades.

Como é sabido, o Renascimento é um período marcado por diversas transformações culturais, sociais, econômicas, políticas e religiosas, pela retomada das letras, das artes, das escolas filosóficas e pelo retorno da cultura aos padrões clássicos. Período no qual algumas instituições sociais entravam em declínio, tal como a Igreja Católica.

Segundo Amaral (2006), a Renascença vem marcar o início da busca de uma verdade sobre os homens, de um conhecimento empírico fundamentado na observação e na experiência, mesmo que do outro lado estivesse a Igreja e as superstições que ainda se mostravam muito fortes nesse período. Sobre a loucura, esta permaneceu por quase todo o período ligada ao imaginário supersticioso que a justificava em uma concepção demonológica. Ainda assim, alguns estudiosos e médicos da época se posicionavam contrariamente às crenças de que a loucura seria de caráter sobrenatural.

De acordo com a autora, o século XVII vem marcar o surgimento do conhecimento do método científico. Surge assim uma preocupação em estabelecer um conhecimento

racional sobre a loucura para que possa ser compreendida e dominada, independente das influências religiosas.

Em meados do século XVII bruscas são as mudanças, a loucura vai tornar-se o mundo da exclusão. Foucault (1994) reconhece que o século XVII vem para menosprezar, desvalorizar e silenciar a loucura, esta que por sua vez era experimentada em seu estado livre, fazendo parte de um cenário e de uma linguagem comuns a sociedade. Criam-se as primeiras instituições, destinadas a internação que não foram simplesmente criadas para receber os loucos e sim uma série de pessoas bastantes diferentes uma das outras.

Segundo Resende (2001), a criação dessas instituições, as casas de correção e trabalho, os asilos, as Santas Casas e os chamados Hospitais Gerais que, apesar do nome, nesse momento ainda não tinham função curativa, destinavam-se também a limpar as cidades dos mendigos, a promoção do trabalho para os desocupados, a punição à ociosidade e à reeducação.

Para Foucault (1994), os loucos, tidos na época como possuídos, sem condições de conviver em sociedade, foram confinados nos porões das Santas Casas e nos Hospitais Gerais, juntamente com os inválidos, os mendigos, os desempregados, os portadores de doenças venéreas, resumindo todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade demonstravam estar “alterados” segundo critérios de percepção da sociedade.

Do mesmo modo que a Idade Média havia segregado os leprosos, o Classicismo inventa o internamento, período conhecido como “Grande Internamento” e o vazio deixado pelos leprosos passa a ser ocupado por novos personagens, os “internos” (Foucault, 2007). Segundo Amarante (1996), a época do “Grande Internamento” se deu quando os indivíduos marginalizados pela sociedade foram reclusos em um Hospital Geral.

Para a EPSJV (2003) nesta época, a repressão, antes predominantemente religiosa, passou a ter um cunho marcadamente econômico, ou seja, todos aqueles que não podiam

contribuir para o movimento de produção, de comércio ou de consumo eram destinados a internação.

De acordo com Foucault (1994), o local de internação surge como um espaço no qual residem todos aqueles considerados incapazes de produzir ou de contribuir para a circulação ou acúmulo de riquezas, ou seja, a origem da internação está ligada à idéia de reestruturação do espaço social e seu objetivo principal focado em silenciar a loucura. O internamento é, sem dúvida, considerado na época uma medida de assistência, no entanto, sob forma de um sistema cujo ideal, é estar inteiramente fechado sobre si mesmo, no sentido em que o paciente deveria ser tratado de forma isolada, para que pudesse reaprender a vida.

É importante ressaltar que na época clássica segundo Foucault (2007) os Hospitais Gerais, assim como outros locais destinados a internação não eram considerados estabelecimentos de caráter médico, eram antes de tudo uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que ao lado dos poderes já existentes, e além dos tribunais, decidiam, julgavam e executavam. Os locais de internamento tinham por sua vez o propósito de “recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária” (p.49) e de “zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam ali estar” (p. 49).

Para Melman (2001) dentro das instituições psiquiátricas:

. . . o desejo de normatização é explícito, escancarado: a arquitetura, a separação entre sexos, a onipresença do regulamento, a ruptura dos laços familiares e de vizinhança, o controle rígido do tempo, as relações de poder, tudo está a serviço da reprogramação completa de existência, em virtude das exigências da ordem e da disciplina. O isolamento do sujeito doente é a peça-chave do dispositivo institucional que, além de neutralizar o recluso estabelecendo uma relação

pedagógica e disciplinadora, circunscreve uma espécie de laboratório social e sanitário (p.56).

A prática de retirar os doentes mentais do convívio social para colocá-los em um lugar específico, foi durante séculos, visto pela sociedade a melhor alternativa de tratamento. Suas denominações e as formas de tratamento variam de acordo com os diferentes contextos históricos. Para Foucault (1994), essas práticas não tinham caráter médico e nem o objetivo de tratamento, e sim, por estes indivíduos não poderem ou não deverem mais fazer parte da sociedade.

O autor afirma que “o internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebem na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos” (p.79).

A partir da metade do século XVIII, com base nas idéias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa, e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, a sociedade viu crescer um movimento de denúncias contras às internações arbitrárias dos doentes mentais, questionamentos sobre seu confinamento, formas de torturas e inquietou-se com a existência dessas instituições (Foucault, 1994).

Desta maneira, o século XVIII caracteriza-se não apenas pelo medo da característica violenta dos loucos, mas do mal misterioso que nasceu dentro das casas de internação. Com o objetivo de resolver este problema, a solução encontrada na época foi de desativar as casas de internação e reservá-las aos loucos, mas desta vez somente a eles. Dessa forma a partir da segunda metade do século XVIII, Phillippe Pinel teve o mérito de libertar os doentes mentais das correntes, separá-los dos demais e colocá-los em um lugar específico: o hospício. Há a idéia de que os loucos restituídos à liberdade podem tornar-se perigosos em seu contexto

familiar ou no contexto social, daí a necessidade de ainda mantê-los nas instituições (Foucault, 1994).

O autor enfatiza ainda que o internamento diante disso toma uma nova significação. Aboliu-se o caráter assistencial que estas instituições mantinham atribuindo agora um caráter médico, ou seja, as práticas referentes ao tratamento da loucura adquirem um caráter médico no final do século XVII.

Considerado o pai da psiquiatria, Pinel liderou durante a Revolução Francesa uma reforma dos Hospitais Franceses provocando no século XVIII o nascimento dos asilos manicomiais. Acreditava que os doentes mentais necessitavam de um tratamento mais humano e de cuidados médicos. Segundo Tenório (2001), “foram os “reformadores” da Revolução Francesa que delegaram a Pinel a tarefa de humanizar e dar sentido terapêutico aos Hospitais Gerais nos quais os loucos se encontravam recolhidos, junto com outros marginalizados da sociedade” (p.19). No entanto, os primeiros asilos eram considerados mais prisões do que hospitais, pois além de nada ser feito pelos doentes, eram em sua maioria confinados sob péssimas condições, e submetidos a tratamentos cruéis e desumanos.

A possibilidade de reunir os doentes mentais em um lugar específico, para conhecer e tratar, permite o nascimento da psiquiatria e o crescimento de estudos e tratados médicos. O século XVIII é marcado pela transição do saber filosófico para o saber médico (Amarante, 1996). Segundo Foucault (1994), “. . . apesar da extensão muito grande das medidas de internamento, a idade clássica tinha deixado subsistirem e desenvolverem-se até certo ponto as práticas médicas referentes à loucura. Havia nos hospitais ordinários seções reservadas aos loucos, era-lhes aplicado um tratamento” (p. 82). Tratamentos e práticas que mais tarde foram retomadas por Pinel e seus sucessores como forma de repressão e controle moral.

Outros médicos além de Pinel, como Tuke na Inglaterra e na Alemanha Wagnitz e Riel estiveram seus nomes ligados a estas mudanças, contudo também não romperam com as

antigas práticas de internação consideradas por eles úteis ao tratamento dispensado a loucura. Iniciavam-se as técnicas e tratamentos cruéis e desumanos, controles sociais e morais em que os doentes eram submetidos constantemente. Os loucos se tornam assim os verdadeiros herdeiros naturais do internamento e titulares das velhas medidas de exclusão social. (Foucault, 1994).

Segundo Amarante (1996) é com Pinel que a loucura passa a receber o estatuto teórico de alienação mental, o que vem implicar em consideráveis mudanças nas representações acerca da loucura, na forma como a sociedade vai lidar com ela e nas possibilidades terapêuticas para o seu tratamento. Surge assim uma nova concepção de loucura, a loucura adquire então o estatuto de “doença mental”, que requer um saber médico e técnicas específicas. De acordo com as idéias de Pinel, os conteúdos da mente dependeriam das percepções e das sensações, e modificando-se estas, se modificava todo o estado mental. Logo, o ambiente desempenhava um papel essencial no tratamento. O paciente era isolado numa instituição especial para ser afastado de suas percepções habituais e ser acompanhado. Na instituição, o doente era submetido a uma disciplina severa e paternal, num mundo inteiramente regido pela lei médica.

De acordo com Pessotti (1994), Pinel defendia a liberdade para os doentes mentais, mas que embora livres das correntes, deveriam ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de isolamento e tratamento médico. O isolamento proposto não significava perda da liberdade, e sim uma forma de restituir ao doente a liberdade subtraída pela alienação.

Para Foucault (1994), Pinel ao libertar os doentes mentais das correntes fez nada mais que:

. . . ruir as ligações materiais (não todas entretanto), que reprimiam fisicamente os doentes. Mas reconstituiu em torno deles todo um encadeamento moral, que transformava o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: o louco

tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta moral. E isto sob a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica. . . (p.82).

Para Holmes (2001), o fato de libertar os doentes das correntes e a construção de mais e melhores hospitais, sem dúvida os tornou mais confortáveis, contudo os efeitos terapêuticos de tais transformações foram muito exagerados. O autor descreve que os “relatos escritos e desenhos da época sugerem que os pacientes tornaram-se tranqüilos, até mesmo normais, quando as correntes foram removidas” (p. 27) e que “embora isso possa ter sido verdade para alguns pacientes, na maioria dos casos parece improvável que as mudanças tenham resultado em melhoras significativas” (p. 27).

Focault (1994) descreve que o chamado tratamento moral que estes pacientes recebiam tinha por objetivo submeter o indivíduo a um controle social e moral ininterrupto, por meio de “. . . ameaças, castigos, privações alimentares, humilhações, em resumo, tudo o que poderá ao mesmo tempo infantilizar e culpabilizar o louco” (p. 82).

O autor ressalta que antes os doentes mentais eram apenas excluídos e segregados do convívio social, contudo com a forma de tratamento “humanizado” que Pinel propunha, o doente além de excluído, foi forçado a submeter-se a tratamentos com o intuito de se adaptar de qualquer forma aos padrões de “normalidade” e fazer calar os seus delírios e perturbações.

Segundo EPSJV (2003), o tratamento moral “compreendia o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo” (p.18). O isolamento tinha como objetivo separar o doente do meio familiar e social que eram considerados em parte responsáveis pelo desenvolvimento da doença mental. A organização do espaço terapêutico previa a separação entre os sexos e entre os vários tipos de doentes. E a

distribuição do tempo previa a terapêutica do trabalho, baseando-se na imposição do trabalho, este considerado o principal elemento do tratamento moral proposto por Pinel. Acreditava-se que o trabalho como terapia seria um remédio eficaz contra o delírio e resgataria o alienado à realidade. A obrigação do trabalho no interior das instituições psiquiátricas relaciona-se com o próprio custeio de seu funcionamento, mas também tinha esta função coercitiva e de controle moral.

De acordo com Amaral (2006), as transformações das representações da loucura no início da Idade Moderna deixam de estar simplesmente ligadas às categorias marginalizadas da sociedade, e passa a se relacionar a constituição de um saber médico-psiquiátrico que dará a loucura significado de doença mental. Somente em meados do século XVIII que as instituições psiquiátricas e a medicina deixam de estar separadas, e o saber médico é incorporado nas instituições, passando a ser percebidas como um espaço terapêutico.

Segundo Amarante (1996), Pinel inscreve os loucos em uma nosografia médica, o que vem marcar a forma na qual a psiquiatria enxerga o fenômeno da loucura até os dias atuais, e a partir desta classificação nosográfica a psiquiatria pode determinar o que vem a ser normal ou patológico.

Mesmo diante a medicalização dos hospitais psiquiátricos, as instituições asilares ainda se identificavam com as instituições da Idade Média, mais com a função de recolher e segregar os doentes do que como um local de tratamento, onde a presença do controle e disciplina ainda presentes (Amaral, 2006).

Desta forma, segundo a autora, o final do século XVIII foi marcado pelo surgimento de denúncias contra a internação, a marginalização das pessoas acometidas por transtornos mentais e as formas de tratamento médico semelhantes às torturas.

Foucault (2007) acredita que mesmo após o advento da psiquiatria enquanto saber médico, não houve mudanças substanciais na atenção dispensadas aos portadores de

sofrimento psíquico. Para o autor, o saber médico-psiquiátrico era utilizado apenas como um instrumento de poder.

O século XIX é marcado pela transformação do fenômeno da loucura em doença mental. Neste contexto, o hospício que na idade clássica tinha como função principal servir de hospedaria, passa a constituir-se em instituição de enclausuramento e internação que assume a conotação do hospital moderno e medicalizado respondendo às exigências econômicas, políticas e sociais da modernidade. Ao longo do século XIX, chamado por Pessotti (1994) de o “século dos manicômios”, as instituições se multiplicaram rapidamente nos mais diversos países.

Mesmo após Pinel, Amaral (2006) enfatiza que o tratamento dispensado aos doentes mentais ainda eram desumanos. Além disso, o tratamento médico faz surgir uma vasta tecnologia de dominação física como as conhecidas camisas de força, as amarras, camas com cintas, quartos incomunicáveis, camas chumbadas e etc. Juntamente com as correntes teóricas e os mais variados estudos, surgem também os meios e métodos de tratamentos manicomial nas mais diversas práticas físicas e psicológicas.

As doenças mentais passaram a ser compreendidas não apenas pelos sintomas e características do adoecimento, mas partindo do entendimento da formação sócio-econômica, cultural e histórica de cada sociedade. É interessante observar que mesmo diante das transformações nas explicações acerca dos comportamentos anormais, sendo por métodos mágicos e religiosos ou pela explicação fundada nas causas naturais, em todas elas à loucura era conferida uma causa, assim como um tratamento. Ao contrário do que vem aparecer em momentos posteriores, onde a loucura se revela como motivo principal de perseguição, segregação e marginalização (Amaral, 2006). Esta aparição dotada de significado moral é resultado de um processo social e histórico que só vai ocorrer tempos depois, conforme

pretendemos demonstrar a frente. Assim, a história das sociedades vai delineando a história da loucura.

1.2 A Loucura no Brasil

Enquanto na Europa, segundo Resende (2001), ao final do século XV, a loucura foi encarada enquanto problema social, no Brasil o cenário ainda era um pouco diferente. O doente mental faz sua aparição no cenário das cidades em meio à desordem e a ameaça a paz social assim como na Europa, em plena vigência do sistema econômico rural pré-capitalista, onde a discriminação da sociedade perante os loucos ainda era pouco difundida. Desta forma, conforme o autor verifica-se que as condições que atribuíam à loucura um status de problema social na Europa, industrialização e urbanização, ainda não estavam presentes no Brasil. Entretanto, a circulação dos doentes mentais pelas cidades já necessitava de cuidados.

Assim, nas sociedades pré-capitalistas, a aptidão e inaptidão para o trabalho não eram um critério importante na determinação do que viria a ser normal e anormal, pois as formas de trabalho nestas sociedades eram pouco discriminativas para as diferenças individuais. No entanto é visto mais tarde como um fator de muita importância para a determinação do que viria a ser normal e anormal. Desta forma, no Brasil Colônia, a loucura não representava uma ameaça à sociedade, pois o país experimentava um regime escravocrata, onde predominava a força-de-trabalho escrava que era reconhecida como uma mercadoria de valor de uso e troca perante a sociedade da época (Resende, 2001).

Segundo Ribeiro (1999), o Brasil foi colonizado e povoado após o século XVI, sendo assim um país novo quando comparado aos países da Europa. Durante todo o período colonial não verificava qualquer atenção específica no cuidado com a saúde mental, dando indícios

que esta permanecera silenciosa durante um longo período e que os doentes mentais desfrutaram de certa tolerância social.

No contexto brasileiro, segundo Resende (2001), ao final do século XVIII, percebe-se que as cidades ainda eram pouco habitadas, dotadas de uma economia primitiva com base no trabalho escravo. A sociedade da época encontrava-se polarizada, de um lado, os senhores, donos de terra, de outro, a multidão de escravos e entre estes, pessoas consideradas inaptas ao trabalho.

Neste cenário, conforme pontua o autor, a loucura é notada como sendo uma incapacidade para o trabalho e pela impossibilidade de integração na sociedade, onde a ociosidade e a mendicância precisavam ser retiradas das ruas das cidades. Desse modo, juntamente com a massa de vadios e desordeiros das cidades os doentes mentais receberam o mesmo tratamento repressivo dispensado à desordem, à mendicância e à ociosidade.

Desta forma, a loucura somente vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real no início do século XIX, período este marcado por mudanças culturais, sociais e econômicas que exigiam medidas eficientes para controlar e ordenar o crescimento das cidades. Diante da necessidade destas medidas, a medicina surge com o propósito de ordenar as cidades (Amarante, 1994).

Segundo Ribeiro (1999), até o século XIX não havia “nem um esboço de estruturação, organização ou disposição para se cuidar dos doentes mentais como indivíduos enfermos que careciam de cuidados especiais” (p. 18). Os atendimentos hospitalares eram feitos nas Santas Casas das Irmandades de Misericórdias. Embora existissem desde 1543, os doentes mentais não recebiam nenhum tipo de tratamento nestas Santas Casas, tinham mais uma função de amparo social do que de assistência médica-psiquiátrica sendo por sua vez caracterizadas como entidades filantrópicas e religiosas que acolhiam os doentes.

De acordo com o autor, somente por volta do final do século XVIII e início do século XIX que as Santas Casas passaram a ser espaços destinados ao tratamento dos portadores de sofrimento psíquico. Contudo verifica-se que até a metade do século XIX, os doentes mentais não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica.

Resende (2001) enfatiza que as Santas Casas de Misericórdias acolhiam os doentes mentais, no entanto davam a eles um tratamento diferenciado dos demais, amontoando em porões, sem assistência médica, entregues a guardas e carcereiros, onde seus delírios e agitações eram reprimidos. Os tratamentos que os doentes mentais recebiam ainda visavam mais afastá-los da sociedade do que realmente tratá-los e amenizar o sofrimento.

Segundo o autor, as primeiras instituições psiquiátricas foram criadas em resposta a uma exigência sócio-urbana para que os doentes fossem retirados das ruas e a situação em que se encontravam os doentes internados nestas primeiras Santas Casas. Em 1830, após uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizarem um diagnóstico da situação dos doentes mentais nas cidades deu-se início aos primeiros protestos perante a situação das internações nas instituições. A partir desse momento os loucos passam a ser considerados como doentes mentais, que mereciam um local específico para sua reclusão e tratamento. Antes, eram encontrados em todas as partes: nas ruas, entregues à sorte, nas prisões e casas de correções, em asilos, nos porões das santas casas.

Conforme Ribeiro (1999), o grande marco da institucionalização da assistência psiquiátrica no Brasil se deu com a criação do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852 na cidade do Rio de Janeiro, que em 1890 passou a se chamar Hospício Nacional dos Alienados, ocorrendo assim à separação de sua administração confiada aos religiosos da Santa Casa passando a ser administrado pelo Estado. A sua criação abriu portas para a criação de várias instituições destinadas à internação nas demais cidades.

Segundo o autor, as instituições criadas destinadas aos portadores de sofrimento psíquico visavam mais afastá-los do convívio social do que de fato tratá-los, em sua maioria com construções provisórias e precárias, mantendo uma condição de exclusão. A função destas primeiras instituições se constituiu numa maneira de controlar, excluir e segregar o doente mental como forma de preservar a ordem social e evitar que os efeitos da desordem se irradiassem pela sociedade. Por sua vez, as denúncias de maus tratos e agressões dentro destas instituições já chamavam a atenção da sociedade sendo criticadas por serem apenas um espaço filantrópico, de acolhimento, sem tratamento médico especializado.

No entanto, segundo EPSJV (2003), apesar da criação do primeiro Hospital Psiquiátrico, Hospício D. Pedro II, continuou por parte dos médicos, as críticas aos maus-tratos, à superlotação e à ausência de cura aos doentes. É neste contexto que se dá a substituição do poder dentro das primeiras instituições psiquiátricas, que antes pertencia às instituições religiosas passando a pertencer ao saber médico.

Rosa (2003) pontua que é neste contexto que as instituições são medicalizadas e configuradas como espaço de cura. Os médicos por sua vez consideravam-se os únicos capazes de levar adiante a proposta terapêutica do hospital psiquiátrico. Conforme Basaglia (1985), o que caracteriza esta assistência psiquiátrica é a divisão entre os que têm poder e os que não têm. O saber médico é visto assim com um símbolo de autoridade única dentro das instituições e que detém o poder, enquanto que o doente, cuja falta de poder o coloca à mercê das decisões da instituição. Desta forma, o modelo hospitalocêntrico difunde-se por todas as regiões do Brasil.

Desta maneira, verifica-se que a assistência psiquiátrica no Brasil foi e continua sendo centrada no modelo hospitalocêntrico surgindo assim no final da década de 70, do século XX, críticas a este modelo de assistência psiquiátrica (Oliveira, Farias, Silva & Souza, 2006).

CAPÍTULO II

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

2.1 Movimentos pela Reforma Psiquiátrica no Contexto Internacional

Ao retratarmos as transformações que o cuidado em saúde mental e à assistência psiquiátrica vem passando nas últimas décadas no Brasil e na progressiva consolidação da reforma psiquiátrica é importante tomar conhecimento de alguns dos principais movimentos críticos à assistência psiquiátrica no contexto internacional, ao longo do século XX.

Segundo Melman (2001), as duas guerras mundiais e seus desdobramentos produziram nos Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental um grande debate acerca da redefinição da política, da economia, da organização institucional e da assistência à saúde. Barros (1994) demonstra que tais desdobramentos representaram importantes propostas de mudanças às assistências psiquiátricas, possuindo algumas características em comum, sendo, no entanto, marcadas por propostas distintas quanto às práticas realizadas.

Em meio a esse ambiente marcado por guerras e debates, a situação das instituições psiquiátricas gerou inquietação na sociedade. Contudo foi após a Segunda Guerra Mundial que movimentos de críticas às instituições psiquiátricas e ao modo de atendimento manicomial ganharam força, implicando na busca de alternativas de tratamentos mais adequados aos portadores de sofrimento psíquico. Surgem assim, durante o século XX diversos movimentos de crítica à tradição psiquiátrica (Barros, 1994).

Segundo Amarante (1996), o campo da saúde mental tem sido fortemente marcado por debates e discussões no que se tem denominado de reforma psiquiátrica. É importante primeiramente esclarecer o que vem a ser um processo de reforma psiquiátrica.

Conforme o Ministério da Saúde (2005) a reforma psiquiátrica é denominada como:

. . . um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (p.6).

Para Tenório (2001) a reforma psiquiátrica é retratada como “. . . a tentativa de dar à loucura uma outra resposta social, ou seja, dar ao louco um outro lugar social” (p. 20). Kantorski (2004) acrescenta que a reforma psiquiátrica implica em um processo contínuo de “transformar saberes e práticas em relação à loucura, perceber a complexidade do objeto de intervenção, recompreender o sofrimento psíquico e efetivamente destruir manicômios externos e internos que têm permitido a constituição de determinadas formas de pensar e agir” (p.15).

Birman (1992, citado em Amarante, 1996) descreve o movimento pela reforma psiquiátrica como “uma maior maturidade teórica a política . . . que transcendem à busca de soluções exclusivamente técnicas ou administrativas, para remontarem a questões a um só tempo teóricas, políticas, culturais e sociais” (p. 14).

Os primeiros movimentos pela reforma psiquiátrica surgiram sem uma perspectiva de superação do manicômio como espaços de tratamento, destacam-se as comunidades terapêuticas na Inglaterra e nos Estados Unidos e a psicoterapia institucional na França. Barros (1994) enfatiza que cada país elaborou respostas próprias com base em suas histórias e visão acerca à doença mental e loucura.

Segundo Melman (2001), as comunidades terapêuticas desenvolvidas por Maxwell Jones, “baseada na democratização das relações institucionais, na liberdade de comunicação e

na revitalização da relação médico e paciente” (p.57) procuravam melhorar as condições de vida dos usuários de saúde mental ainda dentro das instituições psiquiátricas, procurando uma democratização entre as relações existentes nas instituições, mais como uma proposta de reestruturá-las internamente do que o rompimento do modelo manicomial.

Para Maxwell Jones citado por Amarante (1998), “através da concepção de comunidade, procura-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora: o hospital deve ser constituído de pessoas, doentes e funcionários, que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição” (p. 29).

Segundo EPSJV (2003), uma comunidade é vista como terapêutica porque é entendida como contendo princípios que levam a uma atitude comum, não se limitando somente ao poder hierárquico da instituição. Desta forma, na proposta das comunidades terapêuticas, todos os participantes tinham função terapêutica, sejam eles técnicos, usuários, familiares e a própria sociedade.

Segundo Rotelli (1994), a experiência inglesa da comunidade terapêutica foi “. . . uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e que, portanto, não poderia ir além do hospital psiquiátrico” (p.150).

Na França, a psicoterapia institucional vem questionar a instituição psiquiátrica, considerando que o próprio manicômio tem características doentias, ou seja, que a própria instituição psiquiátrica deve ser tratada, mas ainda assim, tem uma atuação dentro do espaço institucional. Conforme EPSJV (2003), a psicoterapia institucional tinha como objetivo principal restaurar o aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico.

Entretanto, tanto as comunidades terapêuticas quanto a psicoterapia institucional, continuaram focadas no espaço asilar, ou seja, existe a preocupação com o bem-estar e o tratamento digno que deve ser dado aos portadores de sofrimento psíquico, contudo não

enfrentam a raiz do problema da assistência psiquiátrica, qual seja a inserção do louco na sociedade. Segundo Tenório (2001), tais experiências não vigoraram por não contestar o asilo e o saber médico-psiquiátrico.

Em um segundo momento, outros dois movimentos pela Reforma Psiquiátrica marcaram as transformações da assistência psiquiátrica, pois de certa forma superaram as propostas dos movimentos anteriores, expandindo as reformas para além da instituição psiquiátrica. Destaca-se a psiquiatria de setor na França, no início da década de 60 e a psiquiatria comunitária ou preventiva nos Estados Unidos (Amarante, 1998).

Segundo Melman (2001), na psiquiatria de setor as equipes psiquiátricas passam a tratar os pacientes com a perspectiva de garantir aos portadores de sofrimento psíquico o mínimo de proteção e cuidado. Lobosque (2001) acrescenta que o movimento da psiquiatria de setor se organizou segundo uma hierarquização e regionalização dos serviços institucionais, propondo a construção de estruturas psiquiátricas externas aos hospitais psiquiátricos, tais como os ambulatórios, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, hospitais-dia, dentre outros serviços que se articulariam entre si, com a idéia de oferecer aos portadores de sofrimento psíquico uma continuidade terapêutica entre o hospital e as unidades extra-hospitalares.

Devido ao alto custo dos tratamentos nas instituições psiquiátricas, de acordo com EPSJV (2003), este movimento tinha como proposta um tipo de terapia na qual o tratamento do doente seria realizado dentro do seu próprio meio social, na sua própria comunidade, e a internação no espaço institucional seria apenas uma etapa transitória do tratamento. Desta forma, procurava-se dividir a comunidade em setores geográficos, onde cada setor contaria com uma equipe de psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais.

Daí surge à idéia de levar a psiquiatria à população, evitando a segregação e o isolamento. Para Rotelli (1994), “a experiência francesa de setor não apenas deixou de ir além

do hospital psiquiátrico, porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos, e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria” (p.150).

As propostas do movimento da psiquiatria comunitária ou preventiva segundo Tenório (2001) são baseadas na crença de que as doenças mentais poderiam ser prevenidas através da identificação dos possíveis doentes, visando evitar o adoecimento mental como também à organização do espaço social. Para Amarante (1998), as doenças mentais poderiam ser prevenidas a partir de intervenções precoces no contexto social a fim de evitar a ocorrência das chamadas “condutas patológica”, organizando o espaço social de maneira a evitar crises. Segundo EPSJV (2003), dentro desta experiência o conceito básico é o de “crise”, pois é considerado o momento crucial para que se evitasse ou não o desenvolvimento da doença.

As reformas de base comunitária ou preventiva, segundo Amarante (1996) “consistem, por um lado, em medidas saneadoras e racionalizadoras, tais como na diminuição de leitos e de tempos médios de permanência hospitalar, no aumento do número de altas ou na criação de serviços intermediários” (p. 16). E por outro, “na implantação de uma rede de serviços e ações de cunho sanitário, preventivo/promocional e comunitário que intercederiam no surgimento ou desenvolvimento das doenças” (p. 16).

Amarante (1998) complementa ainda dois outros movimentos pela Reforma Psiquiátrica que também vão colocar em questão a legitimidade das instituições psiquiátricas como espaços de tratamento contrapondo-se as experiências norte-americanas e à proposta da psiquiatria de setor francesa por questionarem “. . . o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados” (p.29). Destaca-se a Antipsiquiatria e o Movimento de Reforma Psiquiátrica Italiana.

A Antipsiquiatria surge na Inglaterra nos anos 60, liderada por Ronald Laing e David Cooper, questionando o próprio saber médico-psiquiátrico, as instituições, os dispositivos terapêuticos e sua eficácia no trato com a loucura (Melman, 2001).

Para Amarante (1998), este movimento vai propor um diálogo entre a razão e a loucura, entendendo que a loucura está entre os homens e não dentro deles, assumindo uma posição crítica focada na psiquiatria, caracterizando-se por propor o rompimento com o modelo de assistência psiquiátrica e a reabilitação do portador de sofrimento psíquico na sociedade. Considera que o saber médico-psiquiátrico e suas práticas médicas são incapazes de tratar a loucura, reconhecendo a loucura não como um estado patológico, mas como uma questão social, sendo o louco “uma vítima da alienação geral tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica” (p.44).

Melman (2001) acrescenta ainda que “para os antipsiquiatras a loucura não podia se considerada uma doença passível de intervenção científica. A loucura era considerada um fato fundamentalmente social e político . . .” (p.67). De acordo com EPSJV (2003), a loucura era considerada como um fato social, político e mesmo como uma forma de libertação, onde a questão da família era a chave principal neste processo, por a loucura ser considerada uma reação a um desequilíbrio familiar. Desta forma, o louco não era encarado pelos antipsiquiátricos como portador de uma doença, não necessitando assim de um tratamento.

É por fim, na Itália que se deu início a reforma de maior relevância que veio influenciar o Movimento Antimanicomial no Brasil. De acordo com Melman (2001), o Movimento de Reforma Psiquiátrica Italiana tem origem nos anos 60 no Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, sob coordenação do psiquiatra italiano Franco Basaglia.

Segundo Amarante (1996), Franco Basaglia ao ingressar na Direção do Hospital de Gorizia em 1961 inicia mudanças, buscando melhorias nas condições de hospedaria e nos

cuidados técnicos dispensados aos internos. O autor lembra que Basaglia pretendia transformar as práticas e as instituições psiquiátricas com a redução dos leitos psiquiátricos, priorizando a desconstrução destas instituições e sua substituição por novos dispositivos em saúde mental, que não trouxessem a herança de controle social e segregação associadas ao modelo manicomial, abolindo completamente os métodos coercitivos e violentos e resgatando os direitos e a dignidade dos internos. Basaglia, parte do modelo de comunidade terapêutica com o propósito de transformar o hospital em uma comunidade humana e democrática.

Em 1968, Basaglia lidera a iniciativa do fechamento do Hospital de Gorizia por constatar que os hospitais psiquiátricos não serviam como espaço de tratamento e sim como um meio de controle social e exclusão, onde a violência institucional, a segregação e o autoritarismo eram características muito presentes. Em consequência da rejeição do poder local a esta iniciativa, a equipe dá alta a todos os internos e logo em seguida se demite em massa (Amarante, 1996).

Segundo o autor, no ano de 1970, Basaglia busca profundas transformações onde inicia uma nova experiência, em 19 de agosto quando é nomeado diretor do Hospital Psiquiátrico Provincial em Trieste. Contudo, é somente em 1976 que o Hospital Psiquiátrico de Trieste é oficialmente fechado e os atendimentos passaram a serem feitos na rede de serviços territoriais substitutivos aos hospitais psiquiátricos implantados na época.

O movimento liderado por Basaglia não pretendia extinguir a psiquiatria, mas entende ser necessário um novo olhar perante o modelo terapêutico das instituições psiquiátricas, reconhecendo que o saber médico-psiquiátrico não responde ao problema da loucura em sua totalidade, sendo preciso olhar para além da doença, para a pessoa em seu sofrimento. Basaglia afirma que dentro das instituições psiquiátricas os doentes têm sua personalidade negada, o que não é próprio da sua condição de doente, mas da

institucionalização, desta forma considerava que o problema não era a doença, mas sim o tipo de relação estabelecida com o doente (Basaglia, 1985).

O autor afirma segundo sua experiência em Gorizia que:

. . . aqui, por trás dos muros dos manicômios, que a psiquiatria clássica demonstrou sua falência, no sentido em que resolveu negativamente o problema do doente mental, expulsando-o de seu contexto social e excluindo-o, portanto, de sua própria humanidade... Coagindo a um espaço onde mortificações, humilhações e arbitrariedades são a regra, o homem, seja qual for o seu estado mental, se objetiviza gradualmente nas leis do internamento, identificando-se com elas. Assim, sua couraça de apatia, desinteresse e insensibilidade não seria mais do que o seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila: é o último recurso pessoal que o doente, assim como o internado, opõe, para proteger-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído (p. 120).

Em 1973, surge o Movimento da Psiquiatria Democrática. Lobosque (2001) acrescenta que a experiência democrática italiana caracteriza-se pela ruptura com as práticas que se baseavam somente numa reforma institucional, optando pela desconstrução dos manicômios, desmistificando a doença mental e propondo novas formas de convívio entre sociedade e portadores de sofrimento psíquico.

Melman (2001) lembra que esse processo não se reduzia simplesmente ao fechamento das instituições psiquiátricas, e sim a desinstitucionalização das estruturas mentais, em uma desconstrução dos manicômios externos e internos, ou seja, para além das paredes, muros e grades como também perante as formas de olhar a loucura. O processo envolvia “repensar, transformar o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais e as relações de poder que se articulam no manicômio e lhes dão

sustentação” (p.59). Tendo assim como o maior objetivo de fazer do hospital uma comunidade humana e democrática.

A reforma psiquiátrica italiana avança na medida em que os leitos dos hospitais psiquiátricos tradicionais eram fechados e novos dispositivos de atenção a saúde mental eram criados. Tal reforma estende-se ao Legislativo em 13 de maio de 1978 com a efetiva aprovação da Lei n° 180 ou Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, popularmente conhecida como Lei Basaglia. A referida Lei dispõe o redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental em todo o país (Amarante, 1996).

Os movimentos críticos as instituições psiquiátricas Pós Segunda Guerra possuem características próprias e mantém suas diferenças, contudo tiveram importantes influências nos movimentos de transformação a assistência psiquiátrica no Brasil. Apesar da existência no contexto internacional de movimentos sociais em saúde mental que propunham tratamentos mais humanizados e menos segregadores, no Brasil, a atenção aos portadores de sofrimento psíquico era quase sinônimo de internações em instituições psiquiátricas e de tratamentos ineficazes onde condições de maus tratos, superlotação e exclusão eram mantidas até meados do século XX.

2.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Na década de 60, segundo Amarante (1994), com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Estado por sua vez começa uma compra incessante de serviços psiquiátricos privados. Chegando ao ponto de ser destinado pela Previdência Social cerca de 97% dos recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar. Segundo Resende (2001), entre 1965-1970 ocorreu um fenômeno de afluxo maciço dos doentes para os hospitais psiquiátricos da rede privada,

enquanto as internações nas instituições públicas permaneciam estáveis, nas instituições privadas conveniadas, houve um aumento nas internações.

Conforme Amarante (2006), no Brasil, depois do golpe militar de 64 o setor da saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo. Desta forma, a psiquiatria foi a área mais explorada e escolhida pelas empresas privadas. Assim, a “indústria da loucura”, como ficou conhecida, fez o número de leitos psiquiátricos passar de 3 mil para quase 56 mil.

A doença mental passa a ser considerada definitivamente um objeto de lucro, uma mercadoria. Enquanto no contexto mundial ocorriam movimentos críticos e propostas reformistas à assistência psiquiátrica em busca de transformações dos dispositivos e técnicas de intervenção, com tratamentos mais humanizados e menos segregadores, no Brasil, a rede de leitos psiquiátricos era expandida, com um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, internações estas na sua maioria de longa permanência, em instituições precárias de atendimento, onde os pacientes psiquiátricos acabam perdendo toda e qualquer relação com seus contextos sociais e culturais, desencadeando em um processo de institucionalização e cronificação desses sujeitos (Amarante, 1994).

No final dos anos 1960 e a década de 1970 a realidade da assistência psiquiátrica brasileira foi marcada por críticas e propostas reformistas. Segundo Amaral (2006), debates em torno do redirecionamento da assistência psiquiátrica no Brasil remota às décadas de 60 e 70, quando trabalhadores da área da saúde mental se mobilizaram em torno das péssimas condições de trabalho e da assistência dada aos portadores de sofrimento psíquico dentro das instituições psiquiátricas.

É assim, durante a década de 70 que os primeiros movimentos em busca da assistência psiquiátrica começam a surgir. Segundo Lobosque (2001) é no final da década de 70, ao fim da ditadura militar, que trabalhadores de Saúde Mental de vários estados brasileiros

se organizaram em torno de propostas de reformulação do sistema de assistência psiquiátrica, marcando os primeiros passos pela reforma psiquiátrica no Brasil.

Desta forma, a reforma psiquiátrica no Brasil, segundo Tenório (2001), começou, efetivamente, no final dos anos 70. Surgindo assim em 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (Ministério da Saúde, 2005) marcado pelo início de movimentos sociais de transformações da assistência psiquiátrica e dos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, o MTSM, leva a público denúncias das condições precárias de trabalho, maus-tratos e agressões, tratamentos violentos que os doentes sofriam no interior das instituições psiquiátricas e suas péssimas condições, como também denúncias ao modelo hospitalocêntrico e a necessidade da elaboração de alternativas no sentido de desospitalização (Lobosque, 2001).

Segundo Amarante (1994) em 1987 o movimento dos trabalhadores em saúde mental abandona sua especificidade de movimento dos trabalhadores de saúde mental, tornando-se um movimento social pela reforma psiquiátrica brasileira.

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil sofreu forte influência do Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana uma vez que a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e críticas às instituições psiquiátricas são inspiradoras, revelando assim uma possibilidade do rompimento do modelo manicomial. Em ambos ressalta-se a necessidade da superação do manicômio como lugar de tratamento e, sobretudo, a desinstitucionalização do portador de sofrimento psíquico como algo além da desospitalização, mas como a superação de saberes e práticas excludentes e a conquista de novos espaços sociais para as pessoas em sofrimento mental (Ministério da Saúde, 2005).

Conforme Tenório (2001), o primeiro movimento a surgir em crítica aos *modus vigentis* dentro do campo de atenção a saúde mental foi o movimento sanitarista. Movimento este que tinha como objetivo principal levar a público denúncias de maus tratos e violência que os doentes eram submetidos, aperfeiçoar o sistema de saúde, seu planejamento e financiamento e ampliar o acesso à saúde para a sociedade.

Segundo o autor, dentro do movimento sanitarista, acreditava-se que as instituições asilares eram o melhor instrumento terapêutico para o tratamento da loucura, precisando assim somente ser melhor gerenciado e ampliado para que toda a sociedade pudesse ter acesso. O MTSM desdobra-se segundo Amaral (2006) no então denominado Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), integrado por profissionais, familiares e portadores de sofrimento psíquico, protagonizando um processo pela luta da desinstitucionalização e humanização dos serviços em saúde mental, bem como a reconstrução das relações sociais em torno da loucura, dentro e fora das instituições, como também pelos direitos e cidadania dos doentes.

Em 1989, a luta do movimento da Reforma Psiquiátrica avança nos campos legislativo e normativo dando início ao Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), propondo a regulamentação dos direitos dos portadores de sofrimento psíquico e a extinção progressiva das instituições psiquiátricas de caráter manicomiais. Contudo é a partir de 1992 que os movimentos sociais, inspirados neste Projeto de Lei, aprovam em vários Estados brasileiros as primeiras Leis que determinam a progressiva substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada no cuidado com a atenção em saúde mental (Ministério da Saúde, 2005).

De acordo com Amaral (2006), desde a década de 80 vários estados vem remodelando suas diretrizes visando uma adequação aos princípios da reforma psiquiátrica,

assim como a redução gradativa dos leitos psiquiátricos, a construção de uma rede extra-hospital e de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

A autora ressalta que:

. . . a desinstitucionalização proposta pelo movimento da luta antimanicomial não se limita ao fechamento dos manicômios e à criação de serviços alternativos, mas pretende desconstruir o paradigma da exclusão e segregação social que se institucionalizou sobre a loucura e a doença mental. Neste sentido, desinstitucionalizar é transformar as relações de poder que residem nas instituições e excluir as noções de incapacidade, irrecuperabilidade e periculosidade que se sobrepõem às pessoas acometidas por transtornos mentais. Devemos acrescentar, ainda, que deste processo participam não somente profissionais, gestores e médicos, mas como o próprio usuário da assistência psiquiátrica que devem atuar como sujeitos de sua própria história, de modo que o acesso aos serviços sejam garantidos, mas também os direitos sejam resgatados. Desta forma, pretende-se reconstruir as relações de cidadania e pertencimento entre o usuário e sociedade, bem como as representações sociais sobre a loucura e a doença mental (p. 17).

CAPÍTULO III

A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O Movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil provocou a criação de várias Leis que surgiram no intuito de garantir os direitos humanos aos portadores de sofrimento psíquico e o redirecionamento das práticas de caráter manicomiais para ações substitutivas a este modelo. Ao serem aprovadas, elas fortalecem o movimento e provocam a reestruturação da rede de atenção à saúde mental no país (Machado, 2006).

No atual momento o Brasil conta com uma vasta legislação em Saúde Mental. A autora enfatiza que muitos são os países que já possuem uma legislação específica, como por exemplo, o Distrito Federal, com a Lei n° 975/1995, porém verifica-se ainda a existência de Estados que ainda não possuem uma legislação em saúde mental.

No entanto, na presente análise da Legislação Psiquiátrica Brasileira, o enfoque será dado às primeiras Leis Federais específicas para os portadores de sofrimento psíquico, tais como o Decreto n° 1.132/1903, o Decreto n° 24.559/1934, e a atual Lei n° 10.216/2001 e, a partir delas, serão levantados alguns aspectos no que tange suas ementas, os regimes de internações, os modelos assistenciais propostos e os principais direitos assegurados aos portadores de sofrimento psíquico.

No Brasil, de acordo com EPSJV (2003), a primeira iniciativa da implantação de uma legislação referente aos portadores de sofrimento psíquico se deu com o Deputado João Carlos Teixeira Brandão na primeira década do século XX através do Decreto n° 1.132 de 22 de dezembro de 1903, do qual foi relator sendo este promulgado no governo do Presidente Rodrigues Alves.

O Decreto n° 1.132/1903 trazia em sua ementa a proposta de “Reorganizar a Assistência aos Alienados”. Logo em seu primeiro artigo nota-se a regra de que os indivíduos

que possuíam moléstia mental (congénita ou adquirida) e que viessem a comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas seriam recolhidos em estabelecimentos destinados a alienados, se efetivando esta reclusão quer em estabelecimento público ou privado, após a comprovação da alienação.

Quanto ao regime de internação, conforme explicitado em seu artigo 3º, os enfermos de alienação mental como eram chamados, poderiam ser tratados em domicílio, desde que lhe fossem dispensados os cuidados necessários. Ressalta que quando a ordem pública requisitasse a internação de um indivíduo que por sua vez possuísse moléstia mental ou que viessem a comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, a internação deveria ser de caráter provisório em asilos públicos ou particulares.

O artigo 12º do Decreto nº 1.132/1903 assentava a regra de que todos os estabelecimentos de alienados, públicos ou privados, deveriam ser inspecionados por uma comissão a fim de se constatar se os estabelecimentos efetivamente preenchiam as condições legais. Infelizmente a legislação se utilizou de condições que colocavam a sorte dos alienados nas mãos daqueles que deveriam inspecionar os estabelecimentos, já que se utilizou de certo subjetivismo ao tratar das condições dos estabelecimentos, como por exemplo, “. . . a separação e classificação dos doentes, segundo o numero destes e a natureza da moléstia de que sofram”. Neste exemplo, não se determinava à quantidade de alienados que poderiam ser reunidos em um mesmo quarto ou ambientes juntos.

Quanto aos direitos assegurados aos portadores de sofrimento psíquico, o Decreto nº 1.132/1903 trouxe em seu artigo 10º a importante proibição de manter os portadores de sofrimento psíquico em cadeias públicas ou entre criminosos.

Em meio às modificações impostas pelo governo de Getúlio Vargas, a assistência e a relação entre poder público e o doente mental também foram alteradas. O Decreto de nº 24.559 de 03 de julho de 1934 vêm revogar o anterior de 1903 e “dispõe sobre a profilaxia

mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos . . .”.

O Decreto nº 24.559/1934 tinha características predominantemente hospitalocêntricas, preventivistas e voltadas para a segurança pública. Nota-se que o termo alienado passou a se referir aos psicopatas, termo que na época era utilizado para designar os portadores de sofrimento psíquico considerado uma denominação mais ampla (EPSJV, 2003).

Quanto ao regime de internação o Decreto nº 24.559/1934, conforme se verifica em artigo 3º, ao se referir aos cuidados com os psicopatas (termo que na época era utilizado para designar os portadores de sofrimento psíquico) considerava que: “os psicopatas deverão ser mantidos em estabelecimentos psiquiátricos públicos ou particulares, ou assistência heterofamiliar do Estado ou em domicílio, da própria família ou, de outra, sempre que nestes lhes puderem ser ministrados os necessários cuidados”.

Assim, com base neste Decreto era proibido manter os doentes em hospitais gerais e não era permitido manter mais de três pacientes em um mesmo estabelecimento. Os estabelecimentos psiquiátricos querem de caráter público ou particular deveriam ser dirigidos por profissionais habilitados. Neste caso, os profissionais habilitados eram professores de psiquiatria ou os médicos que exerceram o papel de psiquiatra ou de assistente de serviço psiquiátrico por pelo menos dois anos. Assim, fica claro que não há neste decreto nenhuma alusão à formação da equipe multiprofissional.

Dessa forma, a internação era entendida como regra e o tratamento extra-hospitalar por sua vez a exceção, bastando mera suspeita de existência da doença mental para que o indivíduo fosse recolhido aos asilos, com a subsequente supressão de seus direitos civis e submissão à tutela do Estado.

De acordo com a EPSJV (2003), fica claro que os aspectos repressores ou disciplinares das instituições de que fala o Decreto são evidentes nos parágrafos que dizem:

“sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, o mesmo será removido para estabelecimento psiquiátrico”. Além disso, pode-se ler: “o psicopata ou o indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou de outrem, perturbar a ordem ou ofender a moral pública deverá ser recolhido a estabelecimentos psiquiátricos para observação ou tratamento”.

Apesar de considerar a possibilidade de internação voluntária, o decreto apontava que o pedido de internação poderia ser feito: “por ordem judicial ou requisição de autoridade policial, pela solicitação de parente (cônjuge, pai ou filha) até o quarto grau e por curadores, tutores, diretor do hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social ou por algum interessado, declarando a natureza de suas relações com o doente” (EPSJV, 2003).

Desta forma, segundo a EPSJV (2003), “o caráter repressor da psiquiatria fica patente na não enumeração de direitos e na não consideração de garantias legais quanto aos aspectos de um possível aproveitamento da fragilidade do portador de sofrimento psíquico, diante da sociedade” (p. 46).

No que concerne à proteção da pessoa e seus bens declara que os “psicopatas são absoluta ou relativamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil”. Assim partir de dois anos sem assumir “a direção de sua pessoa e seus bens”, o paciente ficaria sujeito à interdição promovida obrigatoriamente pelo Ministério Público.

Logo em seu primeiro artigo o decreto deixa claro que a assistência a psicopatas e a profilaxia mental tem por fim proporcionar tratamento e proteção legal, bem como dar amparo médico e social a tais pessoas. Evolui significativamente a referida Lei ao instituir um Conselho de Proteção aos Psicopatas, antes inexistente. Tal Conselho tinha a atribuição, dentre outras, a de estudar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas.

Segundo Amaral (2006), as regras quanto ao local de internação sofreram acréscimos. Primeiro observa-se a inovação em relação aos menores, havendo de separá-los dos maiores, quer em seções especiais, quer em estabelecimentos especialmente a eles destinados. Assim, o legislador passa a se preocupar com o tratamento das crianças portadoras de doença mental, preocupação esta que não existia no decreto anterior.

Assim, segundo a autora, houve contudo, um acréscimo que não parece razoável nos dias de hoje, mas que, talvez seja compatível com o desenvolvimento da época. É o caso de se admitir nos estabelecimentos psiquiátricos toxicômanos e os intoxicados por substâncias de ação analgésicas ou entorpecentes.

De acordo com o Decreto n° 24.559/1934, há também uma diferença quanto à classificação dos estabelecimentos de internação, que passaram a ser classificados em abertos, fechados e mistos. A diferença básica existente entre os abertos e os fechados reside na periculosidade do doente mental, toxicômanos ou intoxicados habituais. Os estabelecimentos mistos abrigavam em partes separadas os com maior ou menor grau de periculosidade.

Observa-se que o legislador deixou transparecer uma mínima preocupação de não se excluir totalmente os doentes do meio social, existindo no artigo 8° do decreto, a possibilidade de assistência hetero-familiar aos psicopatas tranqüilos e capazes de viver em regime de família, com o intuito de readaptá-los à vida social. Contudo, como dito, parece uma preocupação mínima, que destoa dos artigos seguintes do decreto, a exemplo do 9° que dispõe o seguinte: “Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico”. Nota-se que por qualquer motivo se poderia internar um doente mental. Tal regra não se mostra igualmente preocupada com a socialização, com a vida do doente, como a assentada no artigo 8°.

Ademais, têm-se praticamente os mesmos requisitos da legislação anterior para a internação dos doentes mentais, fazendo-se a ressalva que agora o doente poderia ser

internado a seu próprio pedido ou por ordem judicial. Neste passo, a lei determina que aqueles que forem internados voluntariamente e posteriormente requererem a alta, terá esta concedida, salvo nos casos de eminente perigo à ordem pública ou ao doente. Do mesmo modo, também será concedido à alta ao doente quando requerida pela pessoa que pediu sua internação, salvo nos casos em que se comprometa a ordem pública, a vida do paciente ou de outros.

De acordo com Amaral (2006), a década de 1980 no Brasil é um referencial marcado pela intensificação de debates e discussões em torno dos direitos humanos e da cidadania, como também por ser apresentado à Câmara dos Deputados pelo Deputado Paulo Delgado (PT-MG) um projeto de lei que tratava da política de desospitalização e dos direitos dos portadores de sofrimento psíquico.

O Projeto de Lei nº 3.657 apresentado em 12 de setembro de 1989 ao Congresso Nacional, “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”. Projeto este que mais tarde viria a ser conhecido como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, depois de ser aprovado pela Câmara dos Deputados em 1991, tramitou no Senado e somente em janeiro de 2001, foi aprovado seu substitutivo. É assim, somente em 06 de abril de 2001, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que o projeto foi sancionado e convertido em lei, sendo aprovada a Lei nº 10.216 de autoria do Deputado Paulo Delgado do PT-MG (Tenório, 2001).

A Lei nº 10.216/2001, conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. O Projeto original sofreu, ao longo dos anos, diversas modificações, contudo, esta Lei representa uma vitória importante para o Movimento Antimanicomial, na medida em que é um instrumento que efetiva a modificação do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil.

De acordo com Tenório (2001), a referida Lei regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial aos portadores de sofrimento psíquico, destacando-se o processo de desospitalização a ser implantado através da criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os centros de atenção psicossocial.

Segundo EPSJV (2003), ao contrário aos Decretos n° 1.132/1903 e n° 24.559/1934, a Lei n° 10.216/2001 relaciona os direitos dos portadores de sofrimento psíquico, característica esta que a coloca em um campo oposto aos decretos anteriores. Confere ainda ao Estado, a responsabilidade de desenvolver políticas de saúde mental, de prestar assistência e promover ações de saúde aos portadores de sofrimento psíquico, com a participação da sociedade e de seus familiares.

Em relação aos principais direitos assegurados as pessoas portadoras de sofrimento psíquico destacam-se conforme explicitado em seu artigo 2°, parágrafo único, alguns deles tais como: “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde consentâneo às suas necessidades”; “ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade”; “ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração”; “ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária”; “ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis”; “receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento”; “ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis” e “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”.

Quanto ao regime de internação, a Lei prevê que a internação somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. De acordo com Tenório (2001), a Lei traz como objetivo, a humanização do tratamento dispensado aos portadores de

sofrimento psíquico, sendo assim a internação considerada como o último recurso, e ainda assim, cercada dos devidos cuidados visando o respeito à cidadania do paciente.

Desta forma, conforme explicitado no artigo 4º, em seus parágrafos 1º e 2º, a Lei delibera que o tratamento em regime de internação visará a reinserção social dos portadores de sofrimento psíquico, que será dado de forma a oferecer assistência integral aos portadores de sofrimento psíquico, incluindo atendimentos médicos, de assistência social, psicológica, ocupacionais, de lazer, dentre outros visando como finalidade permanente à reinserção social dos usuários na sociedade.

Todavia, em seu artigo 6º, parágrafo único, as internações podem ser consideradas de três tipos: a internação voluntária (consentida pelo usuário), a internação involuntária (sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros) ou a internação compulsória (determinada pelo Poder Judiciário). No entanto, somente poderão ser feitas mediante o laudo médico tendo assim a preocupação de evitar as internações prolongadas e em reduzir as compulsórias.

Desta forma a Lei determina a proibição da internação dos portadores de sofrimento psíquico em instituições de caráter asilares, ou seja, instituições que não possam oferecer atenção integral aos usuários, tais como serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer dentre outros que visem à reinserção do paciente no seu contexto social e que não assegurem os direitos previstos em Lei. A proposta é privilegiar o convívio do paciente com a família e com a comunidade.

Segundo Tenório (2001), neste novo modelo, a sociedade é chamada a assumir sua responsabilidade com os portadores de sofrimento psíquico, o que certamente implica na conscientização de que o regime aberto não oferece risco à sociedade, e que o doente mental não é um ser incapaz sendo a inserção social uma medida mais eficaz para a sua recuperação. Desta forma, a reforma psiquiátrica elegeu os agentes fundamentais neste processo: a equipe multidisciplinar, a sociedade e a família, que passam a ser peças fundamentais neste processo.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), a Lei n° 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamentos em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de sofrimento psíquico, mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. E não define a origem dos financiamentos e o modo de operacionalização.

Amaral (2006) acrescenta ainda que a Lei n° 10.216 não propôs a extinção progressiva dos manicômios, como estava previsto em seu Projeto original, e sim a “proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”. Desta forma, a Lei traça os princípios básicos, define os objetivos, avança ao assegurar os direitos individuais e reforça a inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico.

Desta forma, verifica-se que se trata de uma legislação que preza a humanização da assistência psiquiátrica, que defende os direitos, mas que também mantém abertas as fontes geradoras da institucionalização e não define a origem dos financiamentos e o modo de operacionalização.

Assim, o modo como a Lei é percebida, um instrumento no sentido de orientar novas práticas e de determinar que transformações aconteçam, demonstra-se a percepção de que para haver mudanças é preciso que se tenham, prioritariamente, ações governamentais. Além disso, as mudanças dependem também da participação da sociedade, das mobilizações e reivindicações sociais de familiares e usuários de saúde mental, do interesse dos profissionais em mudar e ações que tenham um alcance cultural, que possam efetivamente intervir no imaginário social e criar novas possibilidades de existência para a doença mental na sociedade (Amaral, 2006).

Desta forma, conforme os pensamentos da autora é necessário considerar ainda a questão das representações acerca de um fenômeno social, ou seja, a dimensão cultural que é ainda predominantemente manicomial.

Em vista disto verifica-se que:

. . . a cultura manicomial ainda está presente entre os profissionais, nas instituições, nos órgãos formuladores de políticas, entre os gestores, nas famílias e entre os próprios usuários, que ainda não têm uma consciência plena de como viver fora das instituições. Isto porque a sociedade permanece imersa em uma cultura manicomializante, onde os padrões são valorizados, assim como a igualdade, mas onde as diferenças são vistas com receio e extrema desconfiança (Amaral, 2006, p.171).

Assim, a Lei se faz uma condição necessária, mas não suficiente para que ocorram mudanças. Em vista disto, o Ministério da Saúde vem elaborando portarias que dão as instruções necessárias ao cumprimento da Lei.

CAPÍTULO IV

A POSSIBILIDADE DE MUDANÇA ATRAVÉS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Na metade do século XX, segundo Machado (2006), foram descobertas as primeiras medicações psicotrópicas, trazendo assim um grande alívio aos sinais e sintomas dos transtornos mentais aos portadores de sofrimento psíquico. Surge desta maneira a possibilidade do aparecimento de novas abordagens terapêuticas para o contexto assistencial. Assim profissionais como psicólogos, assistentes sociais dentre outros ficaram lado a lado com os médicos e a equipe de enfermagem dentro destes espaços de tratamento e aos poucos, os portadores de sofrimento psíquico passaram a ser notados em sua totalidade, com o enfoque dado ao sujeito integral e ao seu sofrimento, e não mais apenas ao doente e a remissão de seus sintomas. Perante este novo olhar, deu-se início a discussões acerca da legitimidade do espaço asilar como um espaço terapêutico e sua desconstrução.

Nas últimas décadas, a atenção à saúde mental vem passando por transformações tão profundas que chegaram a fundar dois paradigmas antagônicos: o paradigma manicomial e o paradigma psicossocial. O paradigma manicomial predomina uma abordagem terapêutica hospitalocêntrica e medicamentosa, tendo assim como principal consequência à exclusão social dos portadores de sofrimento psíquico. E o paradigma psicossocial que predomina uma abordagem voltada para a integralidade da pessoa em sofrimento mental, com respeito à sua dimensão subjetiva, sua singularidade e para o seu processo de inclusão (Machado, 2006).

De acordo com Tenório (2001), os hospitais psiquiátricos ainda têm sido vistos como espaços ineficazes de tratamento, onde predomina o modelo de atendimento hospitalocêntrico e sintomatológico apontados assim como um dos principais responsáveis pela cronificação dos portadores de sofrimento psíquico.

O autor enfatiza que:

. . . nesse modelo a fala do paciente e aquilo que se oferece ao olhar médico servem apenas ao reconhecimento dos sintomas que inventariados, determinarão uma conduta estabelecida a priori por sua adequação ao sintoma e não à particularidade de como esse sintoma se articula naquele caso e para aquele sujeito. O tratamento psiquiátrico, inclusive fora das crises, seja em internação, seja ambulatorial, resume-se ao monitoramento dos sintomas e ao ajuste da medicação (p. 57).

Para Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), “. . . a cronicidade continua a ser o objeto por excelência, o problema e o sinal mais evidente da impotência da Psiquiatria em alcançar a solução-cura (e os manicômios são a evidência concreta de tudo isto)” (p.26).

Desta forma, muitas das vezes, os hospitais psiquiátricos não são vistos como um espaço onde se possa ser trabalhado a inserção social do portador de sofrimento psíquico, pois o paciente uma vez internado nestas instituições são retirados do seu contexto social recebendo assim um estigma de doente mental, ou seja, é anulado qualquer valor que o assegure enquanto sujeito social (Kinoshita, 2001).

Segundo Machado (2006), em contraposição ao paradigma manicomial, surge o paradigma psicossocial de atenção em saúde mental. O modelo psicossocial implica em uma perspectiva de inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico que por sua vez perdeu sua cidadania, deixando de ser parte integrante da sociedade, em razão de seu percurso de institucionalização e de cronificação dentro das instituições de caráter asilar.

Assim, segundo a autora, o modelo psicossocial almeja pela estruturação de serviços substitutivos que favoreçam uma abordagem interdisciplinar de atenção a saúde mental, privilegiando a manutenção das relações familiares e sociais dos portadores de sofrimento psíquico, sendo desta forma considerados como os primeiros passos para que o processo de

desinstitucionalização ocorra. Este modo de atenção em saúde mental tem suas perspectivas de atenção voltadas para um investimento em uma maior autonomia e independência dos portadores de sofrimento psíquico, com sua ressocialização e reabilitação psicossocial para uma efetiva inclusão social. A autora pontua a importância de lembrar que o paradigma psicossocial não propõe somente a extinção das instituições psiquiátricas e sim a extinção de toda a lógica assistencial.

Nos últimos anos no campo da saúde mental muito se fala de atenção psicossocial e reabilitação psicossocial. Tais expressões são usadas no cotidiano dos profissionais de saúde mental e configuram-se como novas modalidades de atendimento e estão sendo consideradas como novas visões que norteiam o paradigma da reforma psiquiátrica brasileira (Ferreira Filha, Fraga, Silva, Lazarte & Andrade, 2005).

Para Machado (2006), ao falar do modelo psicossocial de atenção à saúde mental, muito se fala sobre a reabilitação psicossocial e na inclusão como elementos fundamentais para a construção de uma nova cidadania aos portadores de sofrimento psíquico.

Segundo Pitta (2001), fala-se em reabilitação psicossocial há no máximo quatro décadas, no entanto, muitos são os usos que se têm feito em seu nome. De acordo Saraceno (2001) a reabilitação psicossocial é considerada uma abordagem que implica muito mais do que no simples fato de passar o portador de sofrimento psíquico de um estado de “desabilidade” a um estado de “habilidade” ou de um estado de incapacidade para o estado de capacidade. Implica em uma mudança de toda a política dos serviços de atenção a saúde mental, de forma que englobam todos os atores envolvidos no processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários, as famílias, os profissionais e a comunidade. Para o autor, o processo de reabilitação seria, então, “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania” (p. 16).

Em seu sentido instrumental, segundo Pitta (2001), a reabilitação psicossocial representa: “um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes” (p. 19). Para Kantorski (2004) a reabilitação psicossocial permite estruturar saberes e práticas de atenção em saúde mental alicerçados nas mais variadas possibilidades reabilitadoras, almejando a valorização do portador de sofrimento psíquico, o trabalho de seu lado sadio e a melhoria da sua qualidade de vida.

Desta forma, segundo Pitta (2001), busca-se reduzir o poder cronificador tanto dos tradicionais tratamentos realizados dentro das instituições psiquiátricas quanto como fora. É fundamental que a reabilitação psicossocial inicie pela desconstrução dos dispositivos que produz e mantém esta desvalorização do sujeito, ou seja, a desconstrução do dispositivo manicomial, que é por sua vez considerado como um lugar de troca zero (Kinoshita 2001).

Entre as propostas da reforma psiquiátrica, ressaltam-se a implantação de uma rede integrada de serviços, composta por diversas modalidades de recursos assistenciais e comunitários, práticas centradas na convivência com as diferenças e no respeito ao direito de cidadania, na utilização de serviços de urgência e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, pela mudança no financiamento dos serviços de saúde mental, divulgação pela mídia das condições desumanas em que são submetidos os portadores de sofrimento psíquico dentro das instituições psiquiátricas, pela revisão das legislações destinadas aos portadores de sofrimento psíquico, a organização de usuários e familiares de doentes mentais e a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental (Alves, Seidl, Schechtman, & Silva, 1994).

Para Lobosque (2003) a proposta dos Serviços de Atenção Diária consiste justamente em romper com que casos muito graves vão para o hospital, ou seja, por mais grave que se apresente um caso, ele não há de beneficiar-se de uma hospitalização. Lobosque (2001) enfatiza a existência da possibilidade de tratar os portadores de sofrimento psíquico em crise

sem que haja a necessidade de uma internação em hospitais psiquiátricos, em um regime que não visa à exclusão, oferecendo a chance de o sujeito reconstruir sua vida e seu lugar na sociedade através de um “acompanhamento sem tutela e um apoio sem assistencialismo” (p. 29).

Esta nova perspectiva de prática psiquiátrica promove uma abertura para propostas e dispositivos terapêuticos, dentre os quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), apesar da existência de outros serviços substitutivos ao modelo manicomial de atenção à saúde mental (Lobosque, 2003).

Segundo EPSJV (2003), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), assim como os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria n° 336 de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, no presente capítulo o enfoque será dado especialmente aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), os serviços de saúde mental foram regulamentados a partir da Portaria GM 224/92 sendo definidos inicialmente como “unidades de saúde locais/regionalizadas, que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” tendo mais tarde suas normas atualizadas pela Portaria/GM n° 336 de 19 de fevereiro de 2002 e pela Portaria/SAS n° 189 de 20 de março de 2002.

Para o Ministério da Saúde (2004), a referida portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, cujos objetivos são “substituir o modelo hospitalocêntrico e evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e suas famílias” (p. 12).

Conforme EPSJV (2003), a portaria estabelece ainda a distinção entre os CAPS e dividem as modalidades do serviço classificando-os segundo suas características físicas, abrangência populacional do território e complexidade.

No Brasil, os primeiros CAPS começaram a surgir na década de 80. Segundo Amarante (1998), o primeiro serviço de atenção diária em saúde mental criado foi o Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, no ano de 1987. De acordo com Goldberg (2001), desde a sua criação é um serviço de assistência, ensino e pesquisa e que a partir de sua criação exerceu grande influência na criação dos demais serviços de atenção em saúde mental no Brasil.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), os CAPS são instituições destinadas a “acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (p. 9) que possuem como característica principal a tentativa de integrar os portadores de sofrimento psíquico a um ambiente social e cultural. Assim, o objetivo dos Centros de Atenção Psicossocial é “. . . oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (p.13). É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Para atingir estes objetivos, os CAPS oferecem aos usuários em saúde mental um atendimento feito através de uma equipe multidisciplinar. No Brasil, segundo Oliveira e Alessi (2003), a partir da década de 70, o trabalho em equipes multiprofissionais tem sido muito enfatizado. Conforme EPSJV (2003), neste trabalho em equipe “as várias disciplinas, os vários profissionais trocam idéias e informações sobre sua prática” (p. 60) e “. . . reúnem-

se regularmente, debatem os seus pontos de vistas e complementam os seus conhecimentos sobre o problema em questão, indo além dos limites restritos às suas profissões” (p. 60).

Embora cada profissional utilizem as ferramentas de sua profissão e se limite aos métodos e técnicas características de cada uma, a equipe multidisciplinar vai além, vendo o paciente por inteiro, ou seja, o sujeito em sua totalidade e singularidade, que precisa de ajuda e quer ser compreendido como sujeito único, atuando para o bem-estar do indivíduo. Assim, os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial devem trabalhar a fim de promover saúde mental e o resgate da cidadania dos portadores de sofrimento psíquico, com atendimentos individuais, atividades em grupo, atendimento às famílias, visitas domiciliares e atividades comunitárias (EPSJV, 2003).

O CAPS é um dispositivo aberto à comunidade e que deve promover a reinserção de seus usuários na sociedade. Assim, este serviço deve ter em sua programação atividades conjuntas com os familiares e com a comunidade. Segundo Silva (2005), o sucesso da atenção psicossocial conta justamente com o envolvimento destes atores sociais para alcançar seus objetivos. Isto significa que além de promover atividades conjuntas com a comunidade, os CAPS devem também incentivar que as famílias participem do cotidiano dos serviços, pois a sua efetiva participação na vida do usuário será uma ferramenta fundamental do sujeito reconstruir sua vida e seu lugar na sociedade. Desta forma, toda a comunidade deve estar envolvida – dentro e fora do CAPS – para que haja a promoção do respeito à diferença.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inseridas na sociedade. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana.

Desta forma, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), segundo o Ministério da Saúde (2005), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm um valor estratégico para a consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil, pois é devido ao surgimento destes serviços que passa a ser demonstrada a possibilidade de organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos no país. Esta nova perspectiva exige uma rede de serviços articulada, onde os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) mantêm um papel central, sendo por sua vez as principais instituições desta atenção (Tenório, 2001).

Para EPSJV (2003) é neste contexto que os serviços de saúde mental surgem em vários estados do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Babinski e Hirdes (2004) acreditam que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam mais do que uma simples alternativa de substituição do modelo manicomial, com o objetivo de evitar possíveis internações e a diminuição de reincidências, mas principalmente por tornar possível o desenvolvimento dos laços sociais e interpessoais dos portadores de sofrimento psíquico, onde a família e a sociedade estão inclusas no processo de reabilitação psicossocial.

Sampaio e Santos (2001) ressaltam que os CAPS atuam na produção da qualidade de vida dos portadores de sofrimento psíquico, na promoção de saúde e nos tratamentos das doenças. Desta maneira, gradativamente, foram se tornando uma referência para o atendimento aos portadores de sofrimento psíquico.

A criação dos CAPS, como a de outros serviços substitutivos, fez parte de um intenso movimento social, iniciado por trabalhadores em saúde mental que visavam à melhoria dos serviços assistenciais e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos que ainda eram considerados como sendo o único recurso destinado ao tratamento dos portadores de sofrimento psíquico (Ministério da Saúde, 2004).

Lobosque (1997) lembra que o trabalho desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial é uma das principais conquistas da reforma psiquiátrica, porém mesmo que os portadores de sofrimento psíquico não permaneçam trancados e isolados em instituições psiquiátricas, há o risco de que esta seja uma mudança somente ilusória. Desta forma, o Ministério da Saúde (2005) enfatiza que estes serviços devem ser substitutivos e não complementares aos hospitais psiquiátricos.

Segundo Farah e Barbosa (2000), a maioria dos CAPS funcionam em casas e possuem um cronograma de atividades que orienta seu funcionamento. Conforme o Ministério da Saúde (2004), os CAPS devem “. . . oferecer acolhimento diurno e, quando possível e necessário, noturno. Devem ter um ambiente terapêutico e acolhedor, que possa incluir pessoas em situação de crise, muito desestruturadas e que não consigam, naquele momento, acompanhar as atividades organizadas da unidade . . .” (p. 17). Acrescenta que o “. . . sucesso do acolhimento da crise é essencial para o cumprimento dos objetivos de um CAPS, que é de atender aos transtornos psíquicos graves e evitar as internações . . .” (p. 17).

Conforme Lobosque (1997) faz-se necessário, portanto, uma atuação persistente para que estes centros não se tornem outras instituições disfarçadas, e para isso, deve ocorrer um trabalho eficaz de ruptura do enquadramento manicomial que considera a loucura como mero objeto do saber e trabalho. A autora enfatiza ainda a importância que o usuário em saúde mental permaneça o tempo que for preciso e não mais do que o tempo necessário, para que não se caracterize uma institucionalização, já que o CAPS é basicamente um serviço de atendimento-dia no qual o paciente passa o dia e retorna à noite a sua casa.

Sadigursky e Tavares (1998) ressaltam desta forma a importância de se atentar ao fato de que somente fechar as portas das instituições psiquiátricas sem antes garantir a existência de outras alternativas de assistência aos portadores de sofrimento psíquico, com

capacidade suficiente de atendimento a demanda existente e de fácil acesso, não se mostra como sendo uma alternativa coerente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que, assim como os hospitais nem sempre estiveram constituídos na qualidade de instituições médicas, as doenças mentais nem sempre integraram o rol das doenças, objeto de tratamento médico. Também é sabido que, até recentemente, a assistência destinada aos portadores de sofrimento psíquico, se caracterizava, principalmente, pela prática de retirá-los do convívio social e interná-los em instituições psiquiátricas, ou seja, uma assistência caracterizada pela exclusão e reclusão dos indivíduos, contribuindo assim para a institucionalização e cronificação do sujeito.

Ao abordar a problemática da internação e da exclusão, através da teoria de Foucault, percebe-se que esta foi historicamente construída ao longo das épocas. A forma como Foucault descreve a história da loucura deixa bem claro qual foi o papel dos portadores de sofrimento psíquico nas sociedades ocidentais ao longo dos anos. Desta forma, consideramos indispensável esta retomada histórica, por entendermos ser fundamental para a compreensão do processo histórico que resultou na percepção da doença mental presente na atualidade. Assim, a exclusão e a reclusão são fatores que explicam sistematicamente de que forma se deu a institucionalização da loucura, e o processo de estigmatização pelo qual passou, que se reproduziu em toda a história até a atualidade.

Com isso, verificou-se o surgimento de várias manifestações sociais com vistas à desinstitucionalização. E que, apesar da existência no contexto internacional de movimentos sociais em saúde mental propondo tratamentos mais humanizados e menos segregadores, no Brasil a atenção aos portadores de sofrimento psíquico continua sendo associada a internações em instituições psiquiátricas e tratamentos ineficazes onde condições de maus tratos, superlotação e exclusão são características. Assim, o hospital psiquiátrico ainda constitui uma das respostas mais frequentes ao sofrimento psíquico, mesmo que considerado um espaço

ineficaz, onde predomina o modelo de atendimento hospitalocêntrico e sintomatológico, e apontado como um dos principais fatores responsáveis pela cronificação e institucionalização dos portadores de sofrimento psíquico.

O movimento nomeado de Reforma Psiquiátrica surge como consequência da preocupação social, após diversos episódios de confinamento, tortura e maus tratos, divulgados pela mídia. A partir de então, buscou-se alcançar um modelo de assistência onde o tratamento fosse mais humanizado, e que objetivasse a redução dos leitos psiquiátricos, fazendo com que o paciente permanecesse mais tempo com a família e convivesse no meio social.

Desta forma, pode-se concluir por este estudo que a atenção à saúde mental no Brasil ocupou, e ainda ocupa, na sociedade, um lugar demasiado restrito e pouco amparado pelo Estado que, de forma ainda deficiente, busca desvincular a idéia de maus tratos e exclusão do portador de sofrimento psíquico. E, apesar de não se ter mais, teoricamente, o objetivo de punição ou reeducação, estas instituições ainda apresentam estas características. A exclusão se torna exacerbada, a ponto de encobrir maus tratos e tratamentos desumanos e cruéis, que por vezes só vêm à luz quando extremados.

Diante do exposto, percebe-se que tratamentos inadequados dispensados aos portadores de sofrimento psíquico dentro das instituições psiquiátricas são agravados pelo modelo de internação, uma vez que, nestes espaços, o doente encontra-se privado do contato com o mundo e sem defesas, tendo a sua capacidade de autonomia comprometida.

De acordo com o que foi explorado acerca da reforma psiquiátrica, pode-se perceber que para se alcançar os objetivos principais de inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico e o resgate de sua cidadania, se faz de grande importância o questionamento do paradigma psiquiátrico. Já que é a partir deste paradigma que se legitimam a loucura enquanto doença e irracionalidade, conceitos que justificam um tratamento de exclusão e tutela. Pois

que este modelo assistencial dispensado às pessoas com transtornos mentais, baseado na internação, leva à exclusão, e conseqüentemente a violações dos direitos humanos.

Assim, tal reforma deve ser feita de forma mais contundente e eficaz por parte do Estado e seus agentes. É importante lembrar que a proposta da reforma psiquiátrica não consiste apenas em uma transformação meramente assistencial, mas sim em uma mudança de paradigma no que se refere ao modo de conceber o outro, o diferente. Isso implica em uma progressiva mudança de mentalidade e comportamento da sociedade e dos profissionais de saúde para com os usuários de saúde mental, requerendo também um investimento nos aspectos sadios dos portadores de sofrimento psíquico, com vistas à sua reinserção na sociedade, resgatando sua dignidade e respeito que foram negados. Dessa forma, as transformações devem ocorrer não apenas na estrutura, mas também e principalmente no espaço social, uma mudança do olhar sobre o sofrimento psíquico.

De outra parte, os serviços substitutivos foram surgindo e desenvolvendo-se de forma razoável e estão entre as maiores conquistas da luta antimanicomial. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial, como um novo dispositivo terapêutico da reforma psiquiátrica, se deparam com um grande desafio que é o de não retroceder e repetir a lógica asilar ao se colocar apenas como mais um meio terapêutico que proporciona aos seus usuários de saúde mental um ambiente acolhedor e facilitador, e que oferece diversas atividades e modalidades terapêuticas.

Verifica-se a existência da possibilidade de mudança através dos Centros de Atenção Psicossocial, desde que, nestes serviços sejam preservados os princípios de desconstrução dos modelos institucionais de exclusão e de resgate de cidadania. Contudo, deve-se tomar muito cuidado para que, embora os doentes não permaneçam mais trancados e isolados, não ocorra o risco de uma mudança apenas ilusória, atendendo sua clientela com horários e atividades pré-estabelecidas dando assim continuidade às antigas práticas. Práticas estas que apresentam

somente uma roupagem nova. E se estes Centros de Atenção Psicossocial não estiverem articulados com outras redes sociais tais como: as cooperativas de trabalho, instituições de ensino, associações de defesa de direitos dos usuários e parcerias com empresas públicas, privadas e ONGs, correm o risco de se acomodarem promovendo nesses usuários a dependência do assistencialismo e não da construção da cidadania.

Faz-se necessário, portanto, uma atuação persistente para que estes centros não se tornem instituições manicomiais disfarçadas, e para que isso não ocorra deve existir um eficaz trabalho de ruptura com esse modelo que considera a loucura um mero objeto de saber e trabalho. Pode-se dizer que esta forma de tratar a doença mental exige dos profissionais uma grande flexibilidade de ação, moldando sua forma de agir de acordo com cada sujeito que se apresenta, respeitando suas diferenças e limitações. E é neste sentido que o psicólogo tem papel primordial de incentivo à constante reflexão entre os membros da equipe e entre equipe e família, ou seja, de cuidar das relações que são estabelecidas entre os profissionais e as famílias, assim como acolher os profissionais em seus conflitos, muitas vezes suscitados pelo convívio direto com a loucura.

É importante ressaltar que, em todo corpo deste trabalho, a crítica à psiquiatria esteve ancorada no modelo tradicional e reducionista de olhar a loucura enquanto doença orgânica, modelo este que a própria psiquiatria hoje busca também combater. Vale lembrar que na reforma psiquiátrica, o psiquiatra é um profissional de fundamental importância, visto que a medicação pode se constituir como apoio para alívio do sofrimento intenso do sujeito. Alívio este que, em muitas situações, favorece o sujeito a retomar o contato com o social e com a equipe que o acompanha.

Apesar dos progressos, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados, seja através de transformações institucionais, como também de investimentos na implantação de práticas e serviços substitutivos para garantir um atendimento digno aos portadores de

sofrimento psíquico. Pois, no caminho rumo à superação do paradigma manicomial, uma providência importante a ser tomada é o investimento em serviços substitutivos, sendo estes essenciais no processo de extinção dos manicômios, visto que a falta de recursos extra-hospitalares dificulta a consolidação das mudanças propostas. Para o alcance dessas transformações, este processo de superação deve contar com a participação dos entes estatais, da sociedade civil, e de todas as entidades populares e de produção artística e cultural.

Esperamos que as reflexões apresentadas nesta monografia sejam contribuições para a teorização do campo da saúde mental, fontes de incentivo para a construção de novas iniciativas, que resultem em práticas mais humanas a todos que trabalham e necessitam desses cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, D. S. N., Seidl, E. F., Schechtman, A., & Silva, R. C. (1994). Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In Amarante, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1994). Asilos, alienados, alienistas: uma pequena História da Psiquiatria no Brasil. In Amarante, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (Org.). (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2006). Rumo ao fim dos Manicômios. *Revista Viver mente e Cérebro*, 164, 9, 3.
- Amaral, M. C. M. (2006). *Narrativas de Cidadania no Contexto da Reforma Psiquiátrica em Brasília*. Dissertação de mestrado – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Babinski, T., & Hirdes, A. (2004). Reabilitação Psicossocial: A perspectiva de profissionais de Centros de Atenção Psicossocial do Rio Grande do Sul. *Texto e Contextos em Enfermagem*, 4, 4, 568-576.
- Barros, D. D. (1994). Cidadania versus Periculosidade Social: A desinstitucionalização como desconstrução de uma saber. In: Amarante, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Basaglia, F. (1985). *A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.

Brasil. *Lei n° 1.132, de 22 de dezembro de 1903* (1903). Reorganiza a Assistência a Alienados.

Brasil. *Lei n° 24.559, de 03 de julho de 1934* (1934). Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.

Brasil. *Lei n° 10.216, de 06 de abril de 2001* (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS.

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio [EPSJV]. (Org.). (2003). *Textos de Apoio em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Farah, M., & Barbosa, H. (Org.). (2000). *Novas Experiências de Gestão Pública e Cidadania*. Rio de Janeiro: FGV.

Ferreira, M. O., Fraga, M. N. O., Silva, A. T. M. C., Lazarte, R., & Andrade, F. B. (2005). Atenção e Reabilitação Psicossocial: uma revisão bibliográfica conceitual. *Revista Nursing*, 85, 8, junho, 277-81.

Foucault, M. (Org.). (1994). *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Foucault, M. (2007). *História da loucura: na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.

Goldberg, J. (2001). Reabilitação como processo – o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

- In Pitta, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Holmes, D. S. (2001). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Kantorski, L. P. (2004). O cuidado em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. In Valladares, A. C. A. *Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental*. São Paulo: Vetor.
- Kinoshita, R. T. (2001). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In Pitta, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Lobosque, A. M. (1997). *Princípio para uma clinica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiência da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Machado, D. M. (2006). *A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental*. Dissertação de mestrado – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Melman, J. (2001). *Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras.
- Oliveira, A. G. B., & Alessi, N. P. (2003). A reforma psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. *Revista Paulista de Enfermagem*, 22, 1, jan/abr, 31-41.
- Oliveira, F. B., Farias, M. C. A. D., Silva, M. F. P., & Souza, J. J. A. (2006). Serviços de Reabilitação Psicossocial: prática cotidiana do (a) enfermeiro (a). *Revista Nursing*, 96, 9, maio, 822-827.
- Pessotti, I. (1994). *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: 34.
- Pitta, Ana. (Org.). (2001). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Resende, H. (2001). Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In Tundis, A. S.,

- & Costa, N. R. do (Org.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Ribeiro, P. R. M. (1999). *Saúde Mental no Brasil*. São Paulo: Arte & Ciência.
- Rosa, L. (2003). *Transtorno Mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.
- Rotelli, F. (1994). Superando o manicômio – o Circuito Psiquiátrico de Trieste. In Amarante, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rotelli, F., Leonardis, O., & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Sampaio, J. J. C., & Santos, A. W. G. (2001). A Experiência dos Centros de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In Pitta, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Saraceno, B. (2001). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In Pitta, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Silva, M. (2005). Atenção Psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis*, 15, 1, jan./jun, 127-150.
- Tenório, F. (2001). *A Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.