



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS

CURSO DE PSICOLOGIA

A RELAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR EM UMA
INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL, COM ÊNFASE NA
ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO E DO PSIQUIATRA NA VIDA DOS
USUÁRIOS

SIMONE ZIEGELMANN LAHM

BRASÍLIA
DEZEMBRO/2007

SIMONE ZIEGELMANN LAHM

**A RELAÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR EM
UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE MENTAL, COM ÊNFASE
NA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO E DO PSIQUIATRA NA
VIDA DOS USUÁRIOS**

Monografia apresentada como requisito para conclusão de curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília. Prof^a Orientadora: Tania Inessa Martins de Resende.

Brasília/DF, dezembro de 2007.

À minha mãe, ao meu pai e ao meu irmão, pelo incentivo, amor, ensinamentos e por estarem ao meu lado em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelas bênçãos e por estar sempre junto a mim, me protegendo e me iluminando.

Especialmente, aos meus pais e irmão, pelo exemplo a ser seguido, pelo apoio nos momentos difíceis e pelos incontáveis momentos de alegria. Amo muito vocês.

A minha mãe, pela ajuda fundamental neste trabalho. Obrigada pelas conversas, pelos puxões de orelha, pela companhia sempre agradável e principalmente pela amizade.

Ao Skol, meu cachorro, que faleceu em junho deste ano. Sentimos muito a sua falta.

Ao Thiago, meu namorado, que teve muita paciência e me ajudou muito com suas palavras de carinho, amizade e sempre me dando muita força.

Agradeço com carinho a minha orientadora Tania Inessa Martins de Resende pela paciência, atenção e dedicação, que tornaram possível a conclusão desta monografia.

A todos os professores e amigos do curso, e todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a minha formação.

Aos queridos amigos Giovana Abreu, Nayara Garcez, Maria Fernanda, Letícia Fernandes, Gisele Pasquali e Eunice Alvez, por estarem sempre perto. Aos amigos que muito me ajudaram neste momento, seja com palavras ou ações: Ana Lívia Fernandes, Hayane Sauáia, Karen Ribeiro, Fátima Gondim, Fernanda Regina, Joseana Buzeto, Luiz Ziegelmann.

Aos usuários do ISM, que me fizeram crescer tanto profissionalmente como pessoalmente, com suas histórias de vida, seu jeito carinhoso, suas palavras e gestos de carinho, seus elogios.

A todos, os meus sinceros agradecimentos!

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Sumário.....	iii
Resumo	iv
Introdução.....	01
Do Nascimento da Psiquiatria à Reforma Psiquiátrica.....	05
Abordagem Histórica da Loucura.....	05
A Reforma Psiquiátrica	16
A História da Loucura no Brasil e a Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	25
A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	29
Do Nascimento da Psicologia à Saúde Mental.....	35
Breve história da Psicologia e seu objeto de estudo.....	35
A história da Psicologia na Saúde Mental no Brasil	39
O Psicólogo e o Psiquiatra e seus respectivos papéis na equipe de uma Instituição de Saúde Mental.....	45
O Papel do Psicólogo dentro de uma Instituição de Saúde Mental.....	46
O Papel do Psiquiatra dentro de uma Instituição de Saúde Mental.....	50
A relação Psicólogo/Psiquiatra nas Instituições de Saúde Mental	54
A relação do Psicólogo, do Psiquiatra e da Instituição na vida dos usuários de saúde mental	57
Conclusão	66
Referências Bibliográficas.....	71

RESUMO

O presente estudo propõe-se a abordar a relação dos profissionais em uma instituição de saúde mental, dando ênfase à atuação do psicólogo e do psiquiatra na vida dos usuários. Buscou-se relatar o trajeto percorrido pela história da loucura desde os primórdios até ser reconhecida como doença mental. A psiquiatria nasce como a ciência responsável pelo tratamento da doença mental, tendo como base, pressupostos reformistas. Criticava a situação vigente em que a loucura era tratada pela sociedade e propunha novas soluções de tratamento. A reforma psiquiátrica questiona o modelo hospitalocêntrico e a medicina enquanto o único saber responsável pelo tratamento da loucura. A partir do questionamento de conceitos já naturalizados sobre a doença mental como incapacitadora e alienante que o usuário pode ter a sua cidadania retomada. Por ser conhecedor da importância das relações para a construção de sentidos e pela sua disponibilidade para a escuta, o papel do psicólogo será, dentro da equipe, de auxiliar na mudança relacional. Incitar uma reflexão na equipe sobre a atenção dada aos usuários, ampliando as possibilidades de vínculos e humanização nas trocas. Promovendo um convívio entre os usuários e os que cuidam deles sem violência, negligência ou abandono. Trabalhar pela autonomia e independência do usuário. E se reconhecer ele próprio como cidadão, identificando a dimensão política da sua atuação profissional, comprometida com a realidade.

Palavras-chave: Loucura; Psiquiatria; Humanização; usuário.

Introdução

A leitura nos ensina que o homem começou a escrever sua história há mais de dois milênios e desde os tempos mais primitivos, quando sua principal atividade era a caça, já procurava se expressar por meio de desenhos rústicos, encontrados em seu habitat de origem, onde revelava seu cotidiano através de desenhos figurativos do mundo em que vivia.

A história do desenvolvimento do homem é a história da sua busca pela compreensão do mundo em que vive dos mistérios da natureza tentando o entendimento e com o tempo o domínio dos fenômenos que o cercavam.

Os grandes pensadores deixaram um precioso legado sobre suas impressões através de escritos que hoje compõem a história da evolução do pensamento ocidental, que na sua diversidade deixam claro a busca incessante dos homens pela compreensão dos fenômenos que o cercavam e da sua própria evolução, ou seja, sempre à procura de respostas de quem somos.

Difícilmente em qualquer época em qualquer contexto cultural não tenha surgido a pergunta: Quem é o ser humano? Como surgiu o mundo em que vivemos? São basicamente essas perguntas que os pensadores tentam responder desde 600 a.C, na Grécia, berço da filosofia, antes deles as respostas eram dadas por diferentes religiões através de uma gama de explicações mitológicas. A Filosofia sedimentou o alicerce do pensamento humano e as ciências já responderam muitas das nossas perguntas.

A evolução do pensamento produzido através dos séculos é admirável, as conquistas do homem em todos os ramos do conhecimento são inquestionáveis culminando na evolução tecnológica e na quantidade de informações disponibilizadas principalmente nas últimas décadas.

São tantas as novidades e tão rápidos os avanços que ainda precisamos, muitas vezes de algum tempo para assimilarmos a quantidade de novas opções e novos dados que nos são quase

impostos no cotidiano. Somos todos iguais? Queremos e estamos prontos para recebermos tanta tecnologia, tanta informação? Elas são uniformemente disponibilizadas? São múltiplas as questões que poderiam ser formuladas sobre esse tema, mas não é o propósito deste trabalho respondê-las.

A reflexão que se quer fazer tem como base os resultados do impacto que toda essa revolução tecnológica impôs ao homem principalmente na sua adaptação ou não, às grandes transformações. A passagem do período colonial para o de produção mercantil, com o início da industrialização, de todas as grandes transformações assimiladas pelo homem, através da história, foi talvez a mais significativa.

O berço e início do modo de produção capitalista e o surgimento como consequência dos novos meios de produção e consumo, significou a sedimentação da esfera econômica e política, do seu poder e sua influência no comportamento humano, estabelecendo novos padrões, expectativas, perfis, regras que adaptassem o homem às exigências dos novos tempos. (Bock, 1999).

A nossa proposta é fazer um breve relato dessas novas exigências vinculadas ao nascimento dos estudos psicológicos, sua conexão com a visão da psiquiatria e o uso que se tem feito desses conhecimentos no tratamento da saúde mental.

Apoiado na leitura das obras de grandes pensadores e teóricos dos séculos XIX e XX que esclarecem de forma muito clara e transparente a influência do poder gerado pelas grandes transformações no modo de produção no comportamento do homem sob todos os aspectos e aqui o que nos interessa é o aspecto da saúde mental.

Este trabalho tomará por base a vivência prática de sua autora em um estágio realizado no Instituto de Saúde Mental, no Distrito Federal. Esta vivência prática faz parte de um projeto

maior em Saúde Mental do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicopatologia e Processos de Subjetivação, sob a supervisão da professora Tania Inessa Martins de Resende.

A construção teórica exposta neste trabalho tem como principal ponto de reflexão a prática no ISM. Com isso, o método de pesquisa presente neste trabalho é o de pesquisa-ação, já que, a partir de uma prática vivenciada, reflete-se a partir das teorias reforçando-as ou as criticando, construindo conhecimento.

Esta monografia tem como objetivo discutir a necessidade da criação de uma nova relação profissional que resulte em um melhor desempenho dos trabalhadores que atuam no campo da saúde mental, focando sua atenção principalmente na conduta do psiquiatra e do psicólogo. No capítulo 01 e 02 serão discutidas as construções históricas do conceito de loucura, e como estão intimamente relacionados ao contexto social em que são criados. Tratará os pressupostos básicos da reforma psiquiátrica, para melhor entender que tipos de ações devem ser tomadas para que o trabalho possa ser definido enquanto reformista. O que difere os capítulos é que no segundo será abordada a história no Brasil, similar aos países da Europa e Estados Unidos, se diferenciando pelo seu contexto social, econômico, político e cultural.

No capítulo 03 será tratado, o trajeto percorrido pela psicologia em busca de sua autonomia e sua conseqüente emergência sócio-histórica como ciência e profissão. Com a consideração de que a psicologia colabora com o estudo da subjetividade e contribui para a compreensão da totalidade da vida humana. Auxiliando para reforçar a importância de sua atuação e comprometimento como instrumento e agente de transformação, contribuindo, para que todos possam viver e conviver de maneira mais saudável, onde o direito à cidadania seja por todos exercido e respeitado.

O capítulo 4 trata da importância da adequação dos procedimentos adotados no ambiente institucional bem como da atuação dos profissionais no trato da subjetividade das pessoas, principalmente do psicólogo e do psiquiatra, bem como sobre os resultados de escolhas terapêuticas. Da relação horizontal do saber na atenção psicossocial. Aborda-se a experiência obtida através do estágio numa instituição de saúde mental, sobre o que se apreendeu com a convivência entre usuários e técnicos, participando de suas atividades e compartilhando do mesmo ambiente.

A partir daí pode-se perceber o quanto que a reforma psiquiátrica está muito além de uma resolução formal, de uma nova norma vinda de “superiores”, e que deve ser feita a partir da auto-reflexão, do questionamento de valores construídos culturalmente, e no qual todo ser humano está alicerçado.

A relevância teórica está no sentido de construir conhecimentos a respeito do tratamento dado ao paciente psiquiátrico, incluindo a equipe multidisciplinar em saúde mental, aqui destacadas a do psiquiatra e do psicólogo, e sua importância para o alcance dos objetivos da reforma. Construir novas ações, ter novos modelos de como se trabalhar dentro da equipe e como esta deve trabalhar com os usuários. Promover novas discussões teóricas sobre o assunto, enriquecendo os trabalhos acadêmicos e, também, uma maior promoção de pesquisa na área é nosso ensejo.

Capítulo 1. Do Nascimento da Psiquiatria à Reforma Psiquiátrica

Este primeiro capítulo terá como objetivo situar o leitor a respeito da história da psiquiatria. Com isto, é impossível não retomar a história da loucura, pois é necessário para se compreender o surgimento da Psiquiatria e para auxiliar na compreensão do caminho percorrido pela humanidade, através dos séculos, em sua relação com a doença mental. Afinal, os cuidados dedicados às pessoas com transtornos de comportamento variaram no decorrer dos tempos e sempre foram fortemente influenciados por crenças, costumes, culturas, rituais, religião, política e pela mentalidade e pensamento de cada época.

1.1 - Abordagem Histórica da Loucura

A loucura é tão velha quanto a condição humana, ela existe desde sempre, é algo que pertence ao homem, assumindo diversos sentidos ao longo da história.

Segundo Stone, desde os tempos mais remotos, pessoas de comunidades particulares têm observado que alguns indivíduos dentro do seu grupo se comportam, pensam e demonstram emoções e formas distintamente bizarras e mal-adaptativas e, em alguns casos, até perigosas em relação ao bem estar das próprias pessoas ou do grupo. Estes indivíduos que apresentavam comportamentos desviantes da maioria tornaram-se campo de estudo da psiquiatria (palavra que significa a “cura da mente”). Tais sujeitos foram descritos com termos simples, como: “selvagem”, “excêntrico” ou “louco”. Coletivamente, essas pessoas ficaram conhecidas como “insanas” (cujo significado original remete meramente a “não-saudáveis”). Principalmente se

seus comportamentos fossem tão aberrantes a ponto de tornar a vida dentro de seu ambiente familiar intolerável. (Stone, 1999).

A definição da loucura percorreu uma longa trajetória até chegar ao sentido patológico que se conhece atualmente. Na Antiguidade clássica era vista como algo misterioso, divino, místico, ou até mesmo milagroso, como o sonho.

O filósofo Platão (427-347 a.C.), considerado o maior pensador da tradição ocidental, adotava uma teoria dualística, em que mente e matéria eram fenômenos separados. A alma foi subdividida em duas porções: uma racional e outra irracional. A primeira era imortal, divina, e localizada no cérebro. Era a sede da vida, sendo aquilo que anima e mantém o corpo. A alma irracional era mortal, repleta de paixões terríveis e fatais situada no tórax. Relacionada à coragem, mas também à cólera e alocada na região abdominal, sendo relativa a apetites, desejos, prazeres e dor. (Stone, 1999).

A psicopatologia de Platão consistia em várias formas de loucura – melancolia, mania e demência – que ocorriam em situações nas quais há um bloqueio na ação da alma racional, a qual não consegue mais exercer domínio sobre a alma mortal. A loucura podia adotar a forma de emoções anormais, tais como covardia, tristeza ou constrangimento. (Stone, 1999, p.26).

Conforme o mesmo autor, as teorias de Hipócrates (500-428 a.C.) incorporavam aspectos de anatomia, fisiologia e temperamento. Ele inaugurou a hipótese de que a loucura acontecia por influência de alterações orgânicas, vinculadas aos humores (terra, ar, fogo e água)

que respondiam por medos, vergonha e pesar, prazer e paixões em geral. Compreensão esta que perdurou até a medicina dos séculos XVIII e XIX.

Aristeu da Capadócia (30-90 d.C) não seguiu integralmente a teoria dos humores, sendo favorável a uma linguagem que enfatizasse os traços de personalidade. Afirmava que a doença mental tinha sua origem na cabeça e no abdômen e que tanto a melancolia quanto a mania eram expressões distintas da mesma doença. Em sua teoria, pessoas mais jovens eram mais propensas à mania; pessoas mais velhas à melancolia. Essa visão se aproxima de nossas modernas concepções, mas não foi solidamente aceita até metade do século XIX. (Stone, 1999).

Na última metade do século II, o célebre médico romano Cláudio Galeno (131-200 d.C.), apresentado como eclético, certificou que as sensações (audição, visão, etc.) constituem a base de todas as nossas faculdades, e que se não houvesse dor ou prazer, não haveria sensações. Concluiu que o cérebro era a sede da alma e o centro das funções psíquicas. Para Galeno a alma era divisível em componentes. A alma externa que era composta pelos cinco sentidos e a alma interna era constituída pelas várias capacidades cognitivas (imaginação, memória, raciocínio/pensamento, julgamento). Galeno defendia o conceito de que a depressão era causada pelo excesso de bile negra, formulação que exerceu influência até o século XIX. (Stone, 1999).

Na Idade Média, a hegemonia do cristianismo se impôs. Na Europa a mentalidade foi desviada: a fé tornou-se mais importante do que a lógica e a preocupação com a doença mental foi substituída pelas forças malignas. As condições mentais eram atribuídas à possessão do demônio. (Stone, 1999)

Algumas experiências insensatas passaram a representar simbolismo do mal, ou seja, a loucura como sinônimo de possessão demoníaca. (Pessoti, 1994).

Os alienados que eram tratados pela família sofriam várias formas de crueldade, muitos deles se não estavam acorrentados em casa, poderiam ser amarrados a um poste num albergue ou asilo. Se expulsos das suas casas os loucos engrossavam os fluxos de mendigos que vagueavam pelas estradas. (Shorter, 2001).

Entretanto, nesta época já existiam lugares para detenção dos alienados. Para os que não tinham lar, organizaram-se instituições para alojá-los, às vezes no contexto de centros para os doentes, criminosos e os vagabundos, outras vezes em prisões ou asilos. Todas as instituições tinham puras funções de guarda. (Shorter, 2001).

No século XV, inúmeros eventos, tais como: a grande peste que contribuiu para o enfraquecimento da autoridade romana; a difundida concessão de indulgências, em parte para levantar fundos para Cruzadas irritou os fiéis e deu origem aos movimentos reformatórios que foram antipapais; a queda de Constantinopla levou à fuga em direção ao oeste de muitos eruditos cristãos que tinham aprendido Grego e Latim, incluindo aprendizado médico. Isso promoveu uma renovação de interesses, um renascimento da cultura e investigação diante dos dogmas da Igreja. (Stone, 1999).

Entretanto somente a partir do século XVII que a loucura foi relacionada como reações de divisão, exclusão, purificação, mas ainda não considerada doença mental.

É a época do grande internamento, onde todos os indivíduos marginalizados pela sociedade, incluindo a loucura, foram reclusos em um hospital geral (Amarante, 1996). De acordo com Foucault (2000, p.99) “o internamento dos alienados é a estrutura mais visível na experiência clássica da loucura”.

A partir do século XVII, o progresso e pensamento original estavam restritos a quase exclusivamente a França, Inglaterra e Alemanha e posteriormente multiplicou-se por toda

Europa, onde foram criados grandes espaços de internamento, denominados Hospitais Gerais. Este espaço era ao mesmo tempo um lugar de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão. Estas instituições ainda estavam bem longe do conceito que hoje temos da palavra hospital, pois estas não ofereciam quase nada de sentido médico. “Em seu funcionamento, ou em seus propósitos, o Hospital Geral não se assemelha a nenhuma idéia médica” (Foucault, 2000, p.50). Não se tinha função de tratamento, mas de isolamento e controle social. Foram instituições criadas pelo Estado com o objetivo de combater os males sociais e de acolher loucos, marginalizados, pervertidos, miseráveis, delinquentes, etc. No entanto sua importância para a história da psiquiatria se remete ao fato de que foi a partir desse momento que o louco se viu separado da sociedade de forma sistemática. (Amarante, 1995).

De acordo com Lobosque (1997), a loucura é equiparada a todos os outros comportamentos desviantes da sociedade, todo comportamento que não cabia na moral da época lhe era tomado, enquanto um castigo pela sua escolha, a liberdade. Ainda neste momento, para a sociedade, o louco era punido por ser desviante.

Esta reclusão do louco pode, também, ser explicada pela construção que a sociedade tinha de que todos aqueles desviantes eram perigosos, agressivos e improdutivos. Esta exclusão derivava de uma inadequação às normas de comportamento de uma sociedade rígida, que dava importância aos papéis sociais herdados, aos costumes predestinados pela tradição, a qual não havia espaço para diferenças. Isto é, a toda espécie de pessoas que não se incluíam no modelo social estruturado.

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. [...] Como medida econômica e precaução social, ela tem

valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade (Foucault, 2000, p.78).

Porém no século XVIII o louco ainda não era observado exclusivamente sob o ponto de vista clínico, não havia nenhum tipo de acompanhamento médico aos loucos.

Se a pessoa estivesse suficientemente doente para justificar uma hospitalização, era necessária muita confiança nos hospitais ou em alguma outra forma de santuários. Esses “santuários” variavam na qualidade de tratamento das mais humanas até locais superlotados, frequentemente improvisados, onde os pacientes eram comumente brutalizados, negligenciados e mantidos acorrentados. A revolução francesa provocou mudanças salutarenes nesses hospitais (...) (Stone, 1999, p.62).

Caracterizado pela Revolução Francesa, o surgimento da Era Moderna, trouxe novas concepções nas formas de organização econômica e social. Todos os indivíduos excluídos passaram a ter importância em um novo mercado de trabalho emergente e na concepção de cidadania, liberdade e igualdade.

A psiquiatria nasce desta reforma, isto é, nasce como produto das reformas operadas em instituições sociais na França revolucionária. “E, nesse exato momento, passa a ser ela mesma, motivo de críticas e objeto de outras reformas”. (Amarante,1996, p 37).

As instituições da Idade Clássica, diferente da Idade Moderna, eram baseadas em uma prática de “hospedagem” e “proteção”. Nas instituições da Era Moderna passaram a predominar o saber do médico científico, a loucura ganha o status social de enfermidade, passível assim, de um tratamento. Segundo Amarante (1996, p.37), “a loucura é apropriada conceitualmente pelo discurso médico, tornando-se, a partir de agora, única e exclusivamente, doença mental”.

(...) O louco coloca um problema diferente. Nenhum vínculo racional une diretamente a transgressão que ele realiza com a repressão a que é submetido. Não poderia ser sancionado mas sim, deverá ser tratado. Sem dúvida o tratamento será, frequentemente, uma espécie de sanção. Mas ainda que seja sempre assim com louco, doravante a repressão só pode progredir disfarçada. Ela deve ser justificada pela racionalização terapêutica. É o diagnóstico médico que se supõe impô-la, ou seja, que lhe fornece a condição de possibilidade. Diferença essencial: em um sistema contratual, a repressão do louco deverá construir para si um fundamento médico, ao passo que a repressão do criminoso possui imediatamente um fundamento jurídico. (Castel, 1978, p. 37).

Esse movimento de apropriação da loucura pela medicina tinha na figura de Pinel sua principal expressão. Segundo Amarante:

(...) Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. (...) Dessa forma, o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes, não possibilita sua inscrição em espaço de liberdade, mas, pelo contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental. (Amarante, 1995, p. 26).

Philippe Pinel (1745-1826) rejeitava a teoria humoral, na opinião dele a doença mental derivava de hereditariedade ou de “paixões” intoleráveis, tais como medo, raiva, ódio, exaltação ou tristeza. Pinel acreditava literalmente nos princípios de Rousseau: “o homem nasce livre; contudo, está acorrentado em todo lugar”, defendia e praticava também a remoção das correntes dos loucos hospitalizados. Retratava homens e mulheres como desafortunados, merecedores de respeito e compaixão (Stone, 1999).

No século XVIII, Pinel funda o asilo manicomial, sua prática mais marcante foi a separação dos loucos dos outros marginalizados, os diferenciando enquanto pessoas que precisam de um tratamento. O manicômio se tornou parte essencial do tratamento da loucura, sendo um instrumento de cura e não apenas de proteção, enclausuramento e depósito de pessoas desviantes.

“Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio do tratamento moral”. (Amarante, 1996, p. 42).

Nos manicômios, os alienados deveriam ser submetidos a um processo de aprendizado, de reeducação, respeito aos regulamentos e às normas, ou seja, ter disciplina e deixar de ter comportamentos considerados imorais.

“A loucura é entendida como alienação, como o estado de contradição da razão, portanto com estado de privação de liberdade, de perda do livre-arbítrio. Se alguém é alienado, isto é, se não lhe pertence, não há razão, não há liberdade”. (Amarante, 1996, p.44).

Para Foucault, o que marca o nascimento do asilo consiste essencialmente num rearranjo então ocorrido nas relações entre loucura e culpabilidade. A perda da liberdade no internamento era uma consequência irreparável (Lobosque, 1997).

Compete ao manicômio promover para o louco a interiorização da culpabilidade que lhe falta, pois sua cura só pode constituir numa retomada de consciência da culpabilidade. Então para retornar a razão, o louco deve readquirir sua consciência de sujeito livre e responsável. A punição deve ser repetida quantas vezes forem necessárias para o surgimento do remorso no espírito do adoentado. (Lobosque, 1997).

O tratamento visa devolver ao louco a consciência moral perdida, porém esta devolução só pode ser feita por castigo. De acordo com Amarante (1996), Pinel, apesar de propor liberdade aos loucos, que foram liberados das correntes, deviam ser submetidos a um tratamento asilar de isolamento. Com este saberes o século XVIII é marcado pela transição do saber filosófico para o saber médico, transição esta que findará no século XIX com o aparecimento da ciência positiva. “Um modelo centrado na medicina biológica que se limita em observar e descrever os distúrbios nervosos intencionando um conhecimento objetivo do homem” (Amarante, 1995, p. 26).

Segundo Amarante (1996, p.40) a obra de Pinel que aborda a primeira incursão especificamente médica sobre a loucura, relata que se esta “é considerada um rompimento com a racionalidade, rompimento que se expressa pelo meio de determinados sinais, preciosos e constantes, então pode ser classificada e agrupada, de acordo com suas aproximações e distanciamentos, em classes, gêneros e espécies, enfim, numa nosografia”.

A medicina mental vai constituindo o seu lugar na ciência médica, graças ao prestígio e encargo social que Pinel adquiriu pela sua obra médico-filosófica e pelos resultados terapêuticos objetivos. Que possibilitou a transformação de Bicêtre em um hospital especial, o qual foi o pioneiro na história da medicina, e começam a formar-se os primeiros médicos especiais denominados: alienistas. (Amarante, 1996)

Esquirol (1772-1840), aluno de Pinel, teve um grande destaque na reforma institucional. Foi o criador do termo *alucinações* e as diferenciou de *ilusões*. Esquirol foi fundamental nas reformas que levaram a melhorias nas condições dos asilos, denunciava as péssimas condições de tratamento dado aos doentes mentais (Stone, 1999).

Essas almas infelizes, como se fossem criminosos de Estado, são atirados em fossos ou em calabouços onde o olho da humanidade nunca penetra. Os deixamos definhar em seus próprios excrementos, sob o peso de correntes que dilaceram suas carnes. Suas faces são pálidas e emaciadas. Eles esperam apenas o dia que dará fim à sua miséria - e a nossa vergonha... Amontoados e atirados uns sobre os outros em desordem, eles são mantidos sob controle pelo terror: chicotes, correntes e calabouços são os únicos

meios de persuasão usados pelos guardas que são tão bárbaros quanto ignorantes. (Esquirol, 1819, citado em Stone, 1999, p. 93).

Esquirol defende a idéia que o hospital de alienados é um local apropriado de cura, onde internação e tratamento eram indissociáveis:

O projeto de um hospício de alienados não é de modo algum, uma coisa indiferente e que pode confiar apenas aos arquitetos, o objetivo de um hospital ordinário é tornar mais fáceis e mais econômicos os cuidados dedicados aos indigentes doentes. O hospital de alienados é um instrumento de cura. (Esquirol, 1838, citado em Pessotti, 1996, p. 168).

No entanto, na mudança do século XVIII para o século XIX, começou a haver uma predominância do pensamento ligado à teoria organicista. O apego aos tratamentos físicos resultou das dificuldades práticas do tratamento moral e as urgências causadas pela superpopulação nos manicômios. O desenvolvimento da anatomia patológica influenciou profundamente o pensamento da psiquiatria da época, fazendo com que os alienistas buscassem causas orgânicas da loucura, e desenvolvessem, conseqüentemente, procedimentos terapêuticos físicos. Especialmente para que houvesse aceitação da psiquiatria enquanto uma área da medicina. (Stone, 1999).

A forma de se pensar as causas da loucura mudou, mas o manicômio se perpetuou, agora de uma forma ainda mais violenta, justificada por um aparato teórico. O manicômio deixou de ser um “instrumento de cura” e passou a ser local de depósitos de diferentes formas de

loucura, onde qualquer atitude que era tomada, seja ela violenta ou não, passa a ser explicada em nome da ciência.

As principais críticas ao caráter fechado e autoritário, que permanecia presente nas instituições da época, terminaram por consolidar a proposta de criação de colônias de alienados, a qual tem por objetivo reformular o caráter fechado do modelo pineliano, ao trabalhar em regimes de portas abertas, de não restrição ou maior liberdade. Locais onde se criaria uma “ilusão de liberdade”, de acordo com Maradon, citado por Juliano Moreira (1905), as colônias tinham como objetivo por um lado, neutralizar as denúncias de superlotação, aprisionamento e violência presentes nos hospícios, e por outro lado, transformar o modelo assistencial. (Amarante, 1995).

Após o período da 2ª Guerra Mundial, surgiram, nos Estados Unidos e na Europa, os primeiros movimentos que buscavam uma transformação mais efetiva do modelo em vigor. Na visão de Resende (2000, p.29), “a assistência psiquiátrica mergulha novamente no longo sono do período pré-pineliano, e não considero exagero afirmar que deste pesadelo só começará a despertar na época da segunda grande guerra”.

Após o triunfo dos Aliados na guerra, com a reconstrução econômica e de reorganização política dos países da Europa, os asilos passaram a sofrer críticas a seus atos violentos e excludentes no tratamento dos loucos, e em alguns locais buscaram-se formas de transformação que pudessem se ajustar à nova ordem vigente, uma sociedade mais livre igualitária, mais solidária, isto é, onde o pensamento de participação democrática e do bem estar social do doente mental se tornaram presentes.

1.2 - A Reforma Psiquiátrica

De acordo com Tenório (2001), a psiquiatria, desde que nasceu com Pinel, tinha como base, pressupostos reformistas. Reformistas no sentido em que criticavam a situação vigente em que a loucura era tratada pela sociedade e propunha novas soluções de tratamento. A grande diferença do movimento de reforma psiquiátrica atual é que este tem como principal enfoque a crítica ao paradigma psiquiátrico moderno, questionando o modelo hospitalocêntrico e a medicina enquanto o único saber responsável pelo tratamento da loucura (saúde/doença).

O período de reconstrução da Europa do pós-guerra fez surgir também sentimentos mais justos em relação às diferenças e às minorias, com reflexos nos paradigmas psiquiátricos vigentes, que somados a descoberta de novos medicamentos, à adoção da psicanálise e da saúde pública deram início aos primeiros passos da reforma psiquiátrica. Essa teria o seu desenho e abrangência influenciados pelas características sociais e políticas e principalmente pelo nível de organização da saúde e ao papel desempenhado pela psiquiatria. (Desviat, 1999)

Segundo Birman & Costa (1994) a reforma psiquiátrica pode ser dividida em três grupos, como forma de organização: os movimentos que davam prioridade as críticas à estrutura asilar, pacientes com postura mais ativa, participativa, ainda hoje suas propostas tem grande influência, estão incluídos os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Estados Unidos e Inglaterra) e a Psicoterapia Institucional (França). Os movimentos que dava importância a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria, nesse grupo incluem-se a Psiquiatria Preventiva e a Psiquiatria de Setor. E os movimentos instauradores de rupturas na constituição do saber médico sobre a loucura, encontra-se presente neste grupo o movimento da Antipsiquiatria e

a Psiquiatria Democrática Italiana, está última referencia da experiência psiquiátrica no Brasil. (Amarante, 1995).

O termo Comunidade Terapêutica foi utilizado por Maxwell Jones, apenas em 1959, para definir as experiências desenvolvidas em um hospital psiquiátrico, baseados nos trabalhos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman. Suas experiências eram baseadas na adoção de medidas administrativas, democráticas e participativas dos pacientes tendo como objetivo resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional asilar. (Amarante, 1995).

A idéia da Comunidade Terapêutica vinculava-se à idéia de “tratar grupos de pacientes como se fossem um único organismo psicológico”. (Jones, 1972, citado em Amarante, 1995, p.29). Afirma que o hospital deve ser constituído de doentes e funcionários, que executem de forma igualitária as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição. A comunidade é vista como terapêutica, pois contém princípios que induz a uma atitude comum, não sendo limitada somente ao poder hierárquico da instituição.

Jones trabalha com o termo "aprendizagem ao vivo" para definir a possibilidade do paciente aprender novos métodos de superar as dificuldades com o auxílio de outros e relacionar-se positivamente com pessoas que podem o auxiliar. A Comunidade Terapêutica surge como processo de reforma institucional interno do manicômio. Seu objetivo era resgatar a função terapêutica do hospital, fazendo que todos: pacientes, equipes, parentes, e estabelecimentos externos tivessem maior cooperação e compreensão para um aperfeiçoamento das comunicações entre hospital e comunidade. E a inclusão da existência de um contato maior por parte dos técnicos com os problemas, no próprio cenário da comunidade em que a pessoa está inserida. (Amarante, 1995).

É importante que os impasses suscitados pelo convívio com a loucura sejam também discutidos nas comunidades, já que, dentro do processo de reforma psiquiátrica, estas vão ser uma das responsáveis pelo acolhimento do sofrimento psíquico grave (Lobosque, 1997).

A partir da liderança de François Tosquelles no hospital de Saint Alban, onde pôde reunir vários ativistas freudianos, marxistas, ou surrealistas, iniciou-se uma experiência de transformação do espaço asilar. Tosquelles acreditava que com a reforma no hospital, dedicado à terapêutica, os doentes mentais poderiam alcançar a cura e ser inseridos novamente à sociedade. Existiam vários questionamentos sobre a instituição relacionada a um espaço de segregação, da crítica ao poder hierárquico do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais. Com forte influência da psicanálise e do pensamento marxista, a psicoterapia institucional buscava tratar das próprias características doentias das instituições.

Segundo Basaglia (1985, citado em Amarante, 1995, p.76) “a instituição tornou o doente um objeto de estudo, da mesma forma que a instituição tornou-o objeto da estrutura manicomial”.

Ainda para o mesmo autor:

A psiquiatria depara-se hoje a confrontar-se com uma realidade que está colocada em discussão desde quando – superado o impasse da dualidade cartesiana – o homem se revela objeto em um mundo objetual, mas contemporaneamente sujeito de todas as suas possibilidades. (...) A psiquiatria clássica de fato está limitada à definição das síndromes nas quais o doente, extraído da sua realidade e retirado do contexto social em que vive, vem etiquetado,

“constrangido” a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica (Basaglia, 1985, p.309).

A expansão psicanalítica, ocorrida no pós-guerra, leva a existir um forte movimento para a introdução da psicanálise nas instituições psiquiátricas. Em 1953, Jean Oury, funda a Clínica La Borde, na França. Citado por Vertzman (Amarante, 1995) define a Psicoterapia Institucional da seguinte forma:

O objetivo da Psicoterapia Institucional é criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, limpeza dos sistemas alienantes sócio-econômicos, etc.) para que o psicótico aceda a um campo onde ele possa se referenciar, delimitar seu corpo numa dialética entre partes e totalidade, participar do corpo ‘institucional’ pela mediação de ‘objetos transacionais’, os quais podem ser o artifício do coletivo sob o nome de ‘técnicas de mediação’, que podemos chamar de ‘objetos institucionais’, que são tanto ateliês, reuniões, lugares privilegiados, funções, etc., quanto a participação em sistemas concretos de gestão ou de organização. (Oury, 1976, citado em Amarante, 1995, p. 28).

A psiquiatria de setor apresenta-se como um movimento de contestação da psiquiatria asilar, é inspirada nas idéias de Bonnafé, que nos pós-guerra buscavam uma transformação imediata dos manicômios franceses. Para Fleming:

(...) um projeto que pretende fazer desempenhar à psiquiatria uma vocação terapêutica, o que segundo os seus defensores não se consegue no interior da estrutura hospitalar alienante. Daí a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se portanto de uma terapia *in situ*: o paciente será tratado *dentro* do seu próprio meio social e *com o seu* meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento. (Fleming, 1976, citado em Amarante, 1995, p. 36).

O hospital passou a ser dividido em vários setores geográficos, isto é, cada setor correspondia a uma região da comunidade, mantendo assim o seu próprio meio social e cultural. Possibilitaria deste modo a conservação dos hábitos e costumes de cada região na população interna, e possuiria uma continuação no tratamento, com a mesma equipe, constituída por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, após a saída do doente do hospital.

A psiquiatria preventiva ou comunitária nasce nos Estados Unidos. “A psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental.” (Amarante, 1996, p. 36).

Segundo Lancetti (1989, citado em Amarante 1995), para Caplan as três ordens prioritárias da psiquiatria preventiva são: ordem para reduzir (não curar), numa comunidade, os transtornos mentais, promovendo a “sanidade mental” dos grupos sociais (Prevenção Primária). Ordem cujo objetivo é encurtar a duração dos transtornos mentais (Prevenção Secundária). E

aquelas cuja finalidade para reduzir a deterioração que resulta dos transtornos mentais (Prevenção Terciária).

A Prevenção Primária foi proposta de Caplan, considerada a grande inovação, pois as duas outras já existiam na prática assistencial. (Amarante, 1995).

É assim que a relação Saúde-Doença, polarizadas entre adaptação e desadaptação sociais, de acordo com critérios estabelecidos, passa a fazer parte do circuito homeostático da “Comunidade”, que lança mão da Psiquiatria Preventiva como um dos seus instrumentos para restabelecer o equilíbrio das tensões. (Birman e Costa, 1994, p. 56).

A Antipsiquiatria surge junto à grande corrente de contestação cultural e política que acontecia na Inglaterra, na década de 60. Seus principais autores eram Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, entre eles predominava o consenso em relação à inadaptação do saber e práticas psiquiátricas no trato com a loucura. A este movimento coube o papel de questionar o modelo de tratamento médico-psiquiátrico, pois a relação entre loucura e “doença mental” foi colocada em dúvida. O movimento antipsiquiátrico busca destituir o médico de todo saber/poder sobre a loucura. (Amarante, 1995).

Em Londres, no período de 1962 a 1966, põe-se em prática um novo tipo de trabalho independente em uma ala denominada de "Pavilhão 21", seguindo uma nova forma de comunidade terapêutica, com uma clientela que não havia sido tratada em nenhuma ocasião

anterior. Organizavam reuniões que buscavam subverter a hierarquia e disciplina hospitalar, buscando quebrar possíveis resistências às mudanças. (Amarante, 1995).

Em 1967, Cooper, Laing, Berke e Redler denunciam toda forma de violência humana. A crise agora é referida como crise capitalista e não mais crise humana, a loucura é um fato social, político e econômico. O louco passa a ser visto como 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”, segundo Amarante (1995, p. 44) e ainda:

A antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo que se sente isolado na sociedade. (Amarante, 1995, p. 47).

O movimento Psiquiatria Democrática é um movimento político constituído, a partir de 1973, com o objetivo de construir bases sociais para a viabilização da reforma psiquiátrica basagliana em todo território da Itália, que não só aboliu a internação no hospital psiquiátrico, mas tornou-se, segundo Rotelli (1990, citado em Ornellas, 1977), um processo social complexo que tende a mobilizar os sujeitos sociais envolvidos: que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições; que tende a produzir estruturas de saúde mental que substituam inteiramente a internação no hospital psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.

A desinstitucionalização constituiu-se numa palavra de ordem, adotada como bandeira, atribuída aos reformadores, que foi utilizada para vários e diferentes objetivos:

(...) para os reformadores ela sintetizava precisamente os objetivos de reformar o modelo: para os grupos de técnicos e políticos radicais, ela simbolizava a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social e se emparelhava à perspectiva antipsiquiátrica: para os administradores, ela era, sobretudo, um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares e de uma das primeiras operações conseqüentes da crise fiscal. (Rotelli, 1990, citado em Ornellas, 1997, p.177).

A crítica do movimento ao modelo psiquiátrico tradicional se fundamenta em três pilares “a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça, a origem de classe das pessoas internadas e a não-neutralidade da ciência” (Barros, 1994, citado em Amarante, 1995, p.48). O movimento da reforma basagliana denuncia a impossibilidade, de acordo com a história construída pela modernidade, de trato com a diferença e com os diferentes onde o manicômio consiste em uma metáfora da exclusão que existe na sociedade.

Franco Basaglia, após participar de um trabalho de transformações no manicômio de Gorizia, na Itália, vai para Trieste e dá início a um empreendimento de demolição do aparato manicomial, isto é, afirma que é necessário superar o modelo de humanização institucional, inventando uma prática que tem na comunidade e nas relações que se estabelece com o louco,

através do trabalho, amigos e vizinhança, a matéria prima para desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade que permanece no imaginário social. Propunha a extinção dos tratamentos violentos, destruição de muros e constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental. (Amarante, 1995).

Em 13 de maio de 1978 foi instituída a Lei 180, de autoria de Basaglia, e incorporada à lei italiana da Reforma Sanitária, que não só proíbe a recuperação dos velhos manicômios como a construção de novos. (Amarante, 1996).

A proposta de desinstitucionalização “significa entender a instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo de práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos sociais e históricos”, (Amarante, 1995, p. 49), diferente da idéia de desospitalização, que significa identificar transformação como extinção de organizações hospitalares e manicomiais.

Basaglia, quando chegou a Trieste em 1971, começou a construção de novos espaços e forma de lidar com a loucura que exerceu grande influência sobre os idealizadores do projeto de reforma psiquiátrica brasileira, fazendo ressurgir diversas discussões que tratavam da desinstitucionalização do portador de sofrimento mental, da humanização do tratamento a essas pessoas, com o objetivo de promover a reinserção social. (Desviat, 1999).

Capítulo 2. A História da Loucura no Brasil e a Reforma Psiquiátrica Brasileira

A loucura surge no Brasil, do mesmo modo como na Europa, como elemento de transtorno social e empecilho econômico. Porém o contexto social, econômico, político e cultural tem as suas características e diferenciações. Haja vista que no século XVI já existiam na Europa alguns asilos, característicos do período que Foucault (2000), chamou de a “grande internação”. No Brasil até a segunda metade do século XIX não havia nenhuma assistência médica voltada para o doente mental. Ou vagavam pelas ruas até serem colocados em prisões por perturbação da ordem, segregados junto à prostitutas e ladrões, ou internados em hospitais da Santa Casa de Misericórdia. (Costa, 1989).

Ainda segundo o autor é só em meados do mesmo século que se constroem casas especiais para acomodar os loucos, que antes conviviam como internos misturados aos demais doentes sem nenhuma assistência especial. A construção de hospitais específicos se fez necessária porque não havia mais espaço nos ambientes da Santa Casa e também por ser uma medida defendida por alguns médicos, higienistas, na sua maioria, que exigiam a construção de hospícios como medida de higiene pública.

Em vez das celas insalubres dos hospitais gerais e dos castigos corporais, os médicos advogavam a necessidade de um asilo higiênico e arejado, onde os loucos pudessem ser tratados segundo os princípios do tratamento moral. Em outras palavras, o que se exigia era que loucos, uma vez qualificados de doentes mentais, fossem tratados medicamente. (Costa, 1989, p. 70).

O primeiro hospital psiquiátrico no Brasil, o Hospício D. Pedro II é inaugurado em 1852, e continua sob a direção dos religiosos até 1881, quando passa a ser dirigido por um médico generalista, é somente em 1886, que pela primeira vez, um médico psiquiatra ocupa o posto de diretor. (Costa, 1989).

O isolamento era uma característica do hospício, não era só constituído por um espaço fechado, mas também se diferenciava em relação às outras instituições. Era um lugar classificatório que distribuía os indivíduos, de acordo com categorias muito pouco médicas, como tranqüilos, agitados, sujos, limpos, etc. (Ornellas, 1977)

O isolamento da sociedade não visava apenas uma simples exclusão de suas fronteiras, mas sim a possibilidade de uma reinserção social do alienado, após sua reabilitação, por meio do tratamento.

A norma do trabalho, através de várias oficinas, imperava no hospício, o trabalho na verdade era estipulado para se manter a ordem e manutenção do hospício, um meio de repressão que era aceita, compreendida como necessária e institucionalizada, baseavam-se na teoria de que o trabalho era terapêutico, um meio de cura que eliminava a desordem, e com isso foram criadas as colônias agrícolas. Porém os trabalhos braçais eram aplicados aos pobres enquanto os ricos eram ocupados na biblioteca, com música, arte, etc. (Ornellas, 1977).

A psiquiatria da época tinha como utilidade o poder disciplinar dentro dos hospícios. Assumia o encargo da vida dos indivíduos, gerindo sua existência, impondo normas de conduta a um comportamento desregrado. (Ornellas, 1977).

Em 1912, a Psiquiatria torna-se especialidade médica autônoma e, a partir desta data até 1920, ocorre um aumento

importante no número de estabelecimentos destinados aos doentes mentais. Durante este período são inaugurados a Colônia do Engenho de Dentro, a Colônia Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário. (Costa, 1989, p.71).

A criação destas colônias agrícolas era preferência entre estas práticas terapêuticas, pois está associada, como afirma Resende (2000, p.48), a “decantada vocação agrária da sociedade brasileira”. Deste modo é que grande parte dos hospícios existentes no país aderem às colônias agrícolas como instrumento de suas práticas. Mas havia uma contradição no caminho tomado por estas instituições, contradição esta que será responsável pelo declínio da utilização das colônias com função terapêutica, até o seu fim, já no final do século XX.

Ocorre que estas se apresentavam como uma reprodução, obviamente com as suas devidas proporções, de uma economia que já não era vista como reflexo da conjuntura econômica do Brasil.

A realidade para quais os doentes seriam devolvidos à sociedade já não era mais a mesma. E isso acabou por inviabilizar a utilidade de tal projeto.

A contradição básica residia no fato de que os doentes seriam devolvidos a uma nova realidade externa (ao asilo) que, já na época, estava longe do modelo idílico de sociedade rural apregoado por Júlio Prestes. A nova e dinâmica lavoura cafeeira exportadora paulista pedia braços, é certo, mas é duvidoso que o hospício pudesse lhe oferecer o material humano eficiente e disciplinado de que necessitava. (Resende, 2000, p.52).

Sob estas circunstâncias é que as colônias agrícolas inaugurada por Juliano Moreira e tão difundidas pelos estados do país foram aos poucos desaparecendo. E os hospícios voltam ao seu antigo modelo, em que aos loucos só restava ficar confinado no asilo, onde tinham acompanhamento médico, mas poucas opções de práticas terapêuticas. (Resende, 2000)

O Governo Washington Luís, em 1927 cria o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal, instituição encarregada de coordenar administrativamente todos os estabelecimentos psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro, em seguida torna-se responsável por todos os serviços psiquiátricos do Brasil. (Costa, 1989).

Os doentes mentais já se encontravam em locais específicos, mas ainda careciam de recursos e tratamentos eficientes e humanitários. Somente no início do século XX pode-se falar em mudanças na assistência psiquiátrica brasileira. Mas, o termo “mudanças” deve ser entendido, aqui, no sentido restrito, pois a situação dos alienados não fora resolvida por completa, e sim atenuada. Haja vista que ainda existem lugares do território brasileiro, no qual se inclui o Distrito Federal, que atualmente não apresentam instituições com tratamento apropriado para cuidar adequadamente dos seus doentes mentais.

Com a Unificação da Previdência em 1966, criando o INPS e o INAMPS (hoje SUS, Sistema Único de Saúde) novos tempos no atendimento fora prometido, através do processo de terceirização dos serviços psiquiátricos às instituições privadas. Elas se multiplicaram pelo país, aliviando os entupidos hospícios públicos e com o intuito de oferecer um atendimento mais humanizado aos pacientes. Porém, muita gente começou a lucrar com a doença mental. Os pacientes, muitas vezes, eram mantidos internados sem que houvesse uma real necessidade, isto é, cada paciente era um objeto econômico e isso provocou distorções que perduram até os dias de hoje. (Tenório, 2001).

Sob influência psicanalítica os hospitais psiquiátricos sofriam mudanças, surgiam os ambulatorios e a prática privada de consultório começou a crescer.

Porém o maior gasto ainda era com os hospitais e quase nada foi investido para a assistência ambulatorial. (Tenório, 2001).

Em 1970, emergem as críticas à ineficiência da assistência pública em saúde, e surgiram denúncias de abandono, violência e maus tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos vários hospícios do Brasil, o que foi muito significativo para o posterior movimento da reforma psiquiátrica. (Tenório, 2001).

2.1. A Reforma Psiquiátrica Brasileira

Segundo Delgado (1992, citado em Tenório, 2001)) o início da expressão do movimento da reforma psiquiátrica começa na segunda metade da década de 70. “No Brasil da restauração democrática sua característica dominante é o repto da cidadania de sujeito obrigatoriamente tutelados. O desafio paradoxal da cidadania interdita”. (Delgado, 1992, citado em Tenório, 2001, p.20). Estavam presente no discurso político ideais de igualdade e de valorização da decisão do povo.

Os pressupostos da psiquiatria alteraram o foco, deixando de visar o aperfeiçoamento ou humanização do asilo, incidindo para a condenação de seus efeitos de normatização e controle.

A Reforma Psiquiátrica propõe a transformação do modelo assistencial em saúde mental e construir um novo estatuto social para o louco, o de cidadão comum, sem diferenciá-lo. A reforma privilegia um olhar mais atento à saúde do sujeito com sofrimento psíquico grave criticando o enfoque psiquiátrico somente na sintomatologia.

No Brasil a reforma psiquiátrica pode ser entendida como:

(...) um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas, também e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza essa mesma conjuntura de redemocratização. (Amarante, 1995 citado em Tenório, 2001, p.20).

A reforma não espera acabar com o tratamento clínico dado aos doentes mentais, mas sim abolir a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de doenças mentais. Para isso, a substituição do modelo manicomial é proposta e surge a idéia da criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, de base comunitária.

Nota-se uma descentralização do poder apenas do técnico em saúde mental e de seu saber, para uma valorização da capacidade da família e de sua comunidade em lidar com a loucura.

Vale destacar o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), criado em 1978, que desempenhou um papel importante na formulação teórica e na organização de novas práticas. Criticavam os excessos e desvios dos asilos e da psiquiatria, possuíam um discurso humanitário. (Tenório, 2001). Surgem denúncias ao modelo oficial hospitalocêntrico no que se

refere à assistência psiquiátrica e elaborações de medidas alternativas no sentido da desospitalização. (Amarante, 1996).

A reforma sanitária foi o primeiro movimento de crítica ao modelo vigente, criticava as teorias políticas de saúde do Estado autoritário e a elaboração de propostas alternativas, um movimento que visava a reformulação do planejamento dos serviços e a ampliação do acesso da população a assistência em saúde. (Tenório, 2001).

Na década de 80 falava-se em humanização, moralização e racionalização do asilo e criação de ambulatórios como alternativa da internação, porém não tiveram um expressivo impacto sobre a qualidade do atendimento e pouco êxito na mudança da hegemonia asilar. (Tenório, 2001).

Os hospitais privados que mantêm a internação da clientela pública mediante remuneração do Estado (...). O plano CONASP de Psiquiatria, divulgado pelo INAMPS em 1983 apontava o ‘sinergismo que ocorre entre o modelo assistencial prevalente (asilar), a modalidade da contratação dos serviços no setor privado e a baixa eficiência do sistema de controle de qualidade exercido pelo INAMPS. (Tenório, 2001, p. 31).

Na mesma década ainda, o país assiste a três processos importantes para a implantação do movimento antimanicomial: a ampliação dos atores sociais envolvidos com a saúde mental, a iniciativa de reformulação legislativa e o surgimento de experiências não-manicomiais bem sucedidas.

A ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico no denominado movimento da luta antimanicomial, convocando a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco

e com a loucura. Os próprios pacientes e familiares começaram a participar das discussões, encontros e conferências, e foram eles que acabaram sendo os grandes impulsionadores do processo de desconstrução do manicômio e de construção de uma nova relação com o portador de doença mental. (Tenório, 2001).

A entrada destes novos atores fez com que ampliassem a visão que se tinha acerca da loucura como somente uma doença, sendo vista, também, enquanto uma questão da singularidade do sujeito, e não que visassem apenas adaptar o indivíduo à sociedade, e sim sustentar que existe sim a diferença, porém não é preciso isolá-lo do social. Logo, a ação da psiquiatria não deveria ser a doença e sim a existência da pessoa assistida como um todo.

A pertinência exclusiva dos assuntos da loucura ao mundo “psi” constitui um dos principais modos de sua exclusão da cultura, sendo assim, permite demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem somente aos saberes “psi”. Portanto, a figura médica, o seu saber e o asilo começam a ser questionados como os únicos instrumentos para tratar a loucura, pois não visam os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do doente mental. Novas alternativas de tratamento foram sendo sugeridas em prol da cidadania do louco, do seu direito à voz e inclusão no social. (Lobosque, 1997).

A cidadania do doente mental vem sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade. A comunidade passa a ser inserida na discussão a respeito da loucura, abrindo novas possibilidades de relação com o louco, fazendo disso um recurso terapêutico. “Fazer da rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença, e não de normalização do social”. (Tenório, 2001, p.29)

Em 1989, o segundo processo a ser destacado é a iniciativa de uma revisão legislativa, por parte do deputado Paulo Delgado, que apresentou um projeto de lei que ficou conhecido

como “Lei da reforma psiquiátrica”. O impacto deste projeto levou a uma intensificação do debate e a popularização da causa da reforma por todo o país. Proporcionando uma mobilização nacional a favor da cidadania do louco. (Tenório, 2001).

Além disto, começaram a surgir experiências institucionais bem sucedidas no Brasil. O primeiro CAPS brasileiro surgiu em 1986, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, localizado em São Paulo. A criação de NAPS/CAPS em Santos e São Paulo são definidos como centros de atenção psicossocial, adotando a lógica da descentralização e da territorialização do atendimento em saúde, isto é, com assistência regionalizada e que tem como responsabilidade primordial o atendimento e acolhimento da loucura em sua totalidade, proporcionando uma rede de serviços destinada a garantir o cuidado aos portadores de transtornos psíquicos. (Tenório, 2001).

Compreende-se que os manicômios são serviços incapacitados para cumprir um papel terapêutico, pois tem como premissa do tratamento o isolamento, pressuposto arcaico e aético.

Neste novo modelo de cuidado, os usuários dos serviços contam com equipes multiprofissionais para o acompanhamento terapêutico. Transformam-se em agentes do próprio tratamento e participam de atividades comunitárias que enfoca a integração do usuário de saúde mental na comunidade, incluindo lazer assistido e o trabalho protegido, promovendo a inserção social de seus membros.

Além disso, a atenção psicossocial pretende instaurar uma nova significação da loucura na sociedade em que o louco seja respeitado em seu sofrimento, em sua individualidade e em sua condição de cidadão. (Desviat, 1999).

A partir da década de 90, até os dias atuais, ainda não foi superada a prevalência dos manicômios como principal recurso destinado ao tratamento dos doentes mentais. Porém vale

destacar alguns pontos de mudança: uma crescente penetração de uma nova mentalidade no campo da psiquiatria; a existência de experiências inovadoras com resultados positivos; alguns indícios de um novo olhar sobre a loucura, um olhar não mais tão preconceituoso e de medo por parte da sociedade, ajudando a facilitar a inserção do sujeito com sofrimento mental novamente na sua comunidade; nota-se uma diminuição do atendimento hospitalar e decréscimo de leitos nos hospitais psiquiátricos, com isso, um conseqüente aumento das redes extra-hospitalares. Isto se deve ao incentivo do governo, através do direcionamento da verba estatal para a construção de novos centros de atendimento. (Tenório, 2001).

“Como observa Domingos Sávio N. Alves, a substituição asilar no Brasil é uma tendência vigorosa e promissora mas, ainda assim, apenas ‘tendência’” (Tenório, 2001, p. 41).

A luta antimanicomial no Brasil ainda tem como empecilho uma luta política interpartidária, onde os interesses políticos e pessoais (muitos legisladores que fazem parte da comunidade médica mais tradicionalista) prevalecem ao bem-estar do usuário de saúde mental e de seus familiares.

Como pode se perceber a história da psiquiatria é marcada pela exclusão social, por intervenções desumanas e punitivas, pela institucionalização, por indivíduos sem direito à voz, à liberdade e ao exercício da cidadania. Pessoas sem o direito de serem sujeitos e protagonistas de sua própria história. Surge o movimento da Reforma Psiquiátrica, a fim de ser mais um instrumento em prol da causa das pessoas portadoras de transtornos mentais, devendo as compreender como cidadãs de direitos e deveres e as respeitando.

No próximo capítulo iremos abordar a história da Psicologia, discorrer sobre a complexidade do seu objeto de estudo e depois focar na atuação da Psicologia no campo da saúde mental, como surgiu. E deparar com a questão: será que a Psicologia surge com novas

abordagens acerca do sujeito portador de sofrimento mental, ou o sujeito continua sendo excluído, normatizado tal como a psiquiatria fez?

Capítulo 3. Do Nascimento da Psicologia à Saúde Mental

É importante conhecer um pouco do trajeto percorrido pela Psicologia em busca de sua autonomia, enquanto área de saber específico para uma melhor compreensão do seu desenvolvimento. Vários teóricos abordam o tema com muita propriedade e são muitos os escritos que contribuem para que se tenha uma compreensão nítida e lúcida dos fatores que levaram ao reconhecimento da Psicologia como importante área científica do conhecimento.

3.1 – Breve história da Psicologia e seu objeto de estudo

O conceito de ciência, como é visto hoje, é recente e foi no seu rastro que a Psicologia, inicialmente subordinada, entre outras, à Biologia e a Fisiologia, deu seus primeiros passos como ciência independente.

Na verdade, só na segunda metade do século XIX são produzidos os primeiros estudos que poderiam ser denominados como psicológicos, surgem os discípulos, e uma conquista de espaços nas instituições de ensino universitário e de pesquisa. Surge a figura do Psicólogo, e são criadas instituições voltadas para a produção e transmissão de conhecimento Psicológico. (Figueiredo e Santi, 2000).

Mas a Psicologia tinha uma dificuldade enquanto saber científico por ser seu objeto de estudo, a “psique”, não passível de observação, condição para ser reconhecida como ciência. A aceitação como ciência estava atrelada a ter um objeto próprio, observável, assim como possuir métodos adequados para o estudo deste objeto. Ser capaz de estabelecer-se como uma ciência independente, se diferenciando de outras áreas do conhecimento, como da Filosofia (muitos

estudiosos consideram que a Psicologia emancipou-se da Filosofia - da compreensão do mundo e do pensamento para o homem como objeto de estudo) e da Fisiologia (analogia acrítica entre o meio natural e o meio social ao qual o homem, objeto de estudo, tem de ajustar-se para sobreviver).

Figueiredo e Santi (2000), ao analisarem o aparecimento da Psicologia, iniciam com o que denominam de condições para o aparecimento da Psicologia como ciência no século XIX.

A primeira condição denominada de experiência da subjetividade privatizada, partiria do princípio de que nossas formas de pensar e sentir nossas existências são particulares, individuais, a partir de experiências, desejos, decisões, sensações, vivenciadas como únicas, do sentir e pensar individualizado fruto da capacidade dos homens em se reconhecerem como livres, diferentes, capazes de experimentar sentimentos, ter desejos e pensar independentemente dos demais membros da sociedade. (Figueiredo e Santi, 2000).

A segunda condição seria “a experiência da crise dessa subjetividade”, onde ratificam apoiados na história e no processo civilizatório, que momentos de crise social provocam a manifestação da experiência subjetiva privatizada. São situações em que havendo o rompimento do tecido social, o homem precisa dar respostas, resignificações, uma vez que perdas de referências coletivas obrigam à construção de referências internas, formas de pensar e sentir a própria existência, pois essas não são universais, mas se desenvolvem se aprofundam e se difundem em determinados contextos que lhe são característicos.

“Surge um espaço para a experiência da subjetividade privatizada: quem sou eu, como sinto e o que desejo, o que considero justo e adequado?” (Figueiredo e Santi, 2000, p.20). O resultado do aprofundamento dessas experiências é fundamental para que o homem tome consciência da sua própria existência.

Na linha de raciocínio de Figueiredo e Santi (2000), a imagem de que o homem é dono do seu destino e possui o livre arbítrio como defende a democracia e a sociedade de consumo, é ilusória e “uma das tarefas da Psicologia será talvez a de revelar essa ilusão” (p.23). Conforme ainda os mesmos autores: “a suspeita de que a liberdade e a singularidade dos indivíduos são ilusórias, que emerge com o declínio das crenças liberais e românticas, abre espaço, finalmente para os projetos de previsão e controle científicos do comportamento individual” (p.51).

A subjetividade privatizada entra em crise quando se descobre que a liberdade e a diferença são em grande medida, ilusões, quando se descobre a presença forte, mas sempre disfarçada, das Disciplinas em todas as esferas da vida, inclusive nas mais íntimas e profundas. (Figueiredo e Santi, 2000, p. 48).

Bock (1999) aborda que a Psicologia colabora com o estudo da subjetividade e contribui para a compreensão da totalidade da vida humana. Analisar a subjetividade é tentar compreender a produção de novos modos de ser, isto é, as subjetividades emergentes, cuja fabricação é social e histórica. O estudo dessas subjetividades vai desvendando as relações do cultural, do político, do econômico e do histórico na produção do mais íntimo e do mais observável no homem.

Porém, este mundo interno construído pelo homem, como síntese de suas determinações, não irá parar de se transformar, pois as experiências sempre trarão novas informações para renová-la, isto é, o movimento e a transformação são constantes. (Bock, 1999).

Outra precondição para a formulação do conceito de Psicologia científica deu-se através dos novos requisitos socioculturais que definiram a modernidade como palco de crise da subjetividade humana, na medida em que inaugura a disciplina como forma de ajuste da individualidade ao sistema mercantil de produção.

Ainda no século XIX, o surgimento do capitalismo, introduz um marco na história do desenvolvimento humano, através do processo da industrialização e as conseqüências que esse novo modo de produção provoca, criando uma nova ordem social e econômica. Para as ciências esse novo patamar de crescimento exigiria novas respostas e soluções práticas, o que acarretou em um enorme impulso para o desenvolvimento das ciências como um todo.

Sob a ótica do desenvolvimento de idéias e do pensamento com o capitalismo a vida privada e a individualidade passam a ser valorizadas, pois o indivíduo se tornou útil para ser produtor-consumidor. A partir deste momento, as idéias liberais são amplamente difundidas e confundidas por uma burguesia acrítica. (Amorim, 2003)

Segundo Amorim, (2003), a burguesia, que disputava o poder e surgia como nova classe social e econômica, defendia a emancipação do homem para emancipar-se também. Para sustentar os interesses desta nova classe, que emerge a Psicologia, como uma profissão fortemente influenciada pelo modelo positivista médico, que deveria “diagnosticar” e “atender” o indivíduo, e resolver os seus “problemas”, manifestados como doença, acarretados possivelmente pela impossibilidade de se ajustar às exigências de uma nova ordem social.

Conforme a mesma autora, “a Psicologia, então, faz o jogo dos poderosos, submetendo o indivíduo a exames que justificam cientificamente a sua exclusão, normatizando a sociedade”. (p.221). É preciso exercer um papel que seja útil ao processo capitalista de produção que exclui e expulsa os desnecessários e indesejáveis e por este motivo descartáveis. Nesse momento, a prática é especialmente valorizada pelo uso de instrumentais de diagnósticos.

Ao se fazer um resumo do aparecimento e desenvolvimento da Psicologia e de sua inserção na teoria e prática científica, não se pode desvinculá-la do contexto social da qual se originou e para o qual procurou dar respostas. Nem defender sua neutralidade à par das demais

ciências do comportamento. Segundo Sá e Pereira, evidenciando na análise de seu trajeto as palavras de Foucault ao afirmar a evidência entre o saber e o poder e mostrar o vínculo entre o conhecimento e a normalização em que desmascara qualquer pretensão de que o saber poderia ser neutro. (Sá e Pereira, 2006). A gênese de todo esse processo que envolve o nascimento e o desenvolvimento do saber está sob a ótica dos estudiosos, vinculados à necessidade do controle social que perpassa a história do homem, principalmente como produtor do conhecimento.

Embora a Psicologia Científica tenha nascido na Alemanha, é nos Estados Unidos que ela encontra campo para um rápido crescimento, resultado do grande avanço econômico. Surgindo assim as primeiras abordagens ou escolas em Psicologia, as quais deram origem às inúmeras teorias que existem atualmente. (Bock, 1999).

Depois de abordar brevemente a emergência sócio-histórica da Psicologia como ciência e profissão, iremos abordar uma área específica da Psicologia que é o escopo desta monografia, a área da saúde mental.

3.2 – A história da Psicologia na Saúde Mental no Brasil.

Situar a Psicologia no contexto histórico da evolução da saúde mental no Brasil faz-se necessário para a compreensão e análise do seu vínculo com a sociedade brasileira, desde o seu surgimento. Entender o seu passado para reconstruir seu papel no presente, reforçar a importância de sua atuação e comprometimento como instrumento e agente de transformação, contribuindo, para que a sociedade brasileira possa viver e conviver de maneira mais saudável, onde o direito à cidadania seja por todos exercido e respeitado.

Bock (1999), no artigo “A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso”, ao fazer uma breve historiografia do período colonial relacionado à Psicologia cita, de acordo com Mitsuko Antunes:

No Brasil Colonial, vamos encontrar estudos sobre fenômenos psicológicos revelados em obras de outras áreas do saber escritos por autores de formação jesuítica, que tinham claramente a finalidade de contribuir para o controle dos indígenas (...) estudos sobre a emoção, sentidos, auto-conhecimento, adaptação ambiental, diferenças raciais e outros temas relacionados à questão do controle político da população colonial. (1999, p.3):

A vinda da Corte Portuguesa ao Rio de Janeiro causa grande impacto na cidade, que como longínqua colônia além mar, não oferecia condições para o atendimento de necessidades básicas de infra-estrutura. A cidade se viu de repente inchada, a saúde deteriorou rapidamente, doenças infecciosas se instalaram e assim como em outras áreas foi preciso avançar e desenvolver.

Criam-se cursos superiores (Medicina e Direito), instituições científicas, e em decorrência da abertura dos portos, maior facilidade em importar o saber e com isso novas perspectivas e padrões através de maior acesso a livros e revistas científicas.

Segundo Vilela e Rodrigues:

No Brasil do século XIX, propósitos científicistas passam a nortear a fundação e o funcionamento das instituições. Do prisma da natureza cuidarão os Institutos Geográficos e os Museus Naturais; das regras da *sociedade dos homens* estarão principalmente encarregadas as faculdades de direito; e do *homem* propriamente dito - de suas capacidades e atributos, bem como de suas disfunções - deverão dar conta as Faculdades de Medicina. (2004, p. 219).

Em relação à medicina seu conteúdo e desenvolvimento,

(...) é guiado pelas idéias da higienização e saneamento físico e moral da sociedade. Os conteúdos psicológicos aparecem então nas produções médicas para caracterizar as doenças da moral, presente nas prostitutas, nos pobres e nos loucos. É o período da criação dos grandes hospícios. (Bock, 1999, p.3).

A Psicologia na última década do século XIX começa a se separar como disciplina, delimitando seu campo de estudo e atuação. O Brasil que sai da produção predominantemente agrária sofre o impacto das transformações decorrentes da modernização, do forte crescimento da industrialização baseado na produção padronizada e mecanizada, processo que teve início na Inglaterra e se expande mundo afora.

O Estado, assim como a administração pública, cresce. Essas mudanças geram a necessidade de se investir em um homem novo que pudesse gerar esse novo modelo de sociedade. A escola e a educação eram os instrumentos para a formação e o funcionamento desse novo modelo de sociedade, e as idéias criadas no berço positivista foram as principais portadoras do modelo de ciência empírica, suas principais fontes inspiradoras.

“A defesa da educação, da difusão do ensino, das idéias escolanovistas, vão embasar as produções da época. A Psicologia vem, então, dar fundamentos e elementos para o desenvolvimento destas novas idéias educacionais”. (Bock,1999, p.3).

Na necessidade de definir este homem novo através de idéias educacionais que a Psicologia cumpre o seu papel à época criando mecanismos e instrumentos de diferenciação de capacidades, com isso e por influência americana os testes psicológicos tornam-se dominantes na Psicologia no Brasil.

Outro fator significativo para a Psicologia foi o avanço na área da Psicologia Organizacional ou do Trabalho consequência direta de sua contribuição para o novo perfil de desenvolvimento econômico e da necessidade de seleção de capacidades. O homem certo para o lugar certo. (Bock, 1999).

Vemos então, a Psicologia emergir e se fortalecer como ciência e campo de atuação na sociedade moderna aliada ao capitalismo, ao orientar seu conhecimento se submetendo à nova ideologia ao procurar ajustar o indivíduo ao modelo exigido pela nova ordem social e principalmente econômica.

Em 1962, a Psicologia foi institucionalizada com a regulamentação da profissão através da lei 4.119. Aumenta a quantidade de cursos oferecidos (com forte ênfase positivista, objetivista e *patologizante*) bem como de associações profissionais e científicas que somados a novos

campos de trabalho reforçam a Psicologia. Seguindo o movimento de criação e fortalecimento de organizações representativas, como movimentos de reação, no final dos anos 70, ao momento político de cerceamento à liberdade, os Psicólogos criam seus Sindicatos.

“Os Conselhos foram em seguida ocupados por grupos, mais progressistas, que queriam a entidade, trabalhando para que Psicologia se tornasse um instrumento a serviço da população brasileira”. (Bock, 1999, p.4).

O início dos anos 80 foi marcado pela falência econômica, Estado em crise. Foi um período em que se notou a mobilização social civil em busca da ampliação de direitos políticos e sociais. Neste período, os movimentos sociais organizados, contam com a presença da Psicologia. Nesse contexto se estabelece o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, tentando fazer frente ao

Fenômeno engendrado pelo capitalismo, da disciplinarização da sociedade a partir de dispositivos que submetem a expressão da subjetividade, promovendo, entre outros, uma fratura na relação razão-desrazão, cuja conseqüência é a intolerância com o diferente, sua exclusão, seu extermínio, seu bloqueio (...). (Daúd Jr, 1999, citado em Amorim, 2003, p.223).

É apenas a partir deste olhar que a Psicologia pode contribuir para a aceitação da loucura, fortalecer a luta pela cidadania do portador de sofrimento psíquico, pela inclusão social, contra a discriminação e o preconceito. Abordar a questão da doença mental no enfoque psicológico significa considerá-la como produto da interação das condições de vida social com a trajetória específica do indivíduo (sua família, os grupos e as experiências significativas) e sua

estrutura psíquica. As condições externas devem ser entendidas como determinantes ou desencadeadoras da doença mental ou propiciadoras e promotoras da saúde mental. (Bock, 1999).

Respeitar o sujeito da forma como ele é, com suas singularidades, com suas esquisitices, sua subjetividade, isto é, a essência do sujeito. Escutar a loucura, pois nenhum saber pode exercer o papel de normalizar as pessoas, pode sim, auxiliar a transitar no mundo, máscaras são postas para ajudar na travessia dessa grande aventura que é viver e escondem sobre os personagens que buscam se proteger o que estes têm de mais precioso, que é a singularidade, aquele jeito único de ser.

“A patologização da loucura mostra a configuração cultural que possibilitou a emergência de um saber psiquiátrico e de um saber psicológico, a partir do exercício do poder disciplinar que atravessa os indivíduos”. (Sá e Pereira, 2006, p.54).

No capítulo a seguir abordaremos o papel da psicologia e da psiquiatria dentro de uma instituição de saúde mental, diferenciando e pontuando algumas características de atuação destes profissionais.

Capítulo 4 – O Psicólogo e o Psiquiatra e seus respectivos papéis na equipe de uma Instituição de Saúde Mental

A reforma psiquiátrica tem como principal pressuposto a desconstrução da loucura enquanto doença eminentemente orgânica, passando a ser vista em toda a sua complexidade. Não faz sentido instituir um poder soberano a qualquer profissional na área de saúde mental, e no paradigma psiquiátrico, a visão da loucura foi reduzida ao saber do psiquiatra.

Desta forma, a melhor configuração para se falar em atuação profissional em saúde mental, é pensar em equipe. No papel do psicólogo, do psiquiatra, do nutricionista, do enfermeiro, do assistente social, etc., em uma equipe transdisciplinar.

Tornando possível que o entendimento do sofrimento, o manejo das situações clínicas e as relações de trabalho se produzam de forma criativa, onde a todo o momento novas idéias e novas práticas são possíveis, à medida que a transdisciplinariedade busca sempre o movimento, provocando desvios entre os grandes domínios cognitivos ou disciplinares, para que ocorra a emergência de novos aprendizados ou saberes. (Ziegelmannn, 2004, p.130).

Cada um dos participantes tem a sua especificidade, seu conhecimento, sua concepção. É muito mais interessante e produtivo ter várias visões sobre o mesmo sujeito do que se restringir a uma só visão.

É importante perceber que existe uma disciplina apenas, que se chama saúde mental, formada por vários profissionais que contribuem no conjunto com a sua história, com o seu saber, incluindo o saber do usuário e do familiar. Atuando em equipe poderão ver, com muito mais recursos, as necessidades do usuário e, exclusivamente em prol do bem estar deste.

Este capítulo abrange especificamente duas atuações, a do psiquiatra e a do psicólogo em uma instituição de saúde mental.

4.1 - O Papel do Psicólogo dentro de uma Instituição de Saúde Mental

O psicólogo deve compor e trabalhar em equipe, e nesta, cabe a ele ver o sofrimento mental sob uma outra ótica, dando valor ao sujeito. Este profissional tem um papel fundamental na saúde mental; o da escuta diferenciada, de considerar a subjetividade do usuário, sua singularidade. Do não restringir a liberdade, não padronizar e normalizar o usuário. Vai incentivar a equipe para uma postura de acolhimento. É necessário privilegiar o sujeito, o conhecimento e a compreensão deste, ao invés da pura "objetalização" e "psiquiatrização" do social.

O psicólogo, como qualquer outro componente da equipe, deve buscar a postura do não saber, do aprender com o usuário. Enquanto detentor de um saber, pode dar muita contribuição, mas tem de ouvir a contribuição dos demais participantes da equipe: do técnico de enfermagem, do enfermeiro, do nutricionista, do assistente social, do médico, do usuário, da família, etc., não pode mais ter um saber melhor do que o outro, porque deixa de ser equipe, não pode mais permanecer esta hierarquia que ainda prevalece, o modelo hospitalar, onde só o médico detém o grande saber. E onde fica o saber construído no dia a dia? Tem o saber teórico, claro, mas o saber

construído no dia a dia, aquele que a gente aprende com o usuário, com o familiar, é rico e deve ser valorizado. Construindo este saber cada um contribui com o que tem, seja com afetividade, seja com a escuta, seja com as experiências individuais.

Não é simples trabalhar em equipe, muitas vezes não há interação entre seus membros, o grande desafio para todos os técnicos é não só poder conhecer o seu papel, mas também conseguir valorizar e reconhecer o papel do outro como de fundamental importância. A união dos conhecimentos advindos das diferentes áreas do saber, assim como as experiências individuais, permite aos participantes uma visão mais completa em um campo de atuação cujo objeto envolve toda a complexidade inerente ao ser humano. Daí a importância de uma equipe horizontalizada, aberta à reflexão e a novas alternativas relacionais e de ação terapêutica.

Embora não se possa descartar que em algumas circunstâncias, o usuário necessite o reforço de um acompanhamento individualizado, ressalta-se, que o foco da psicologia institucional deve ser o trabalho em grupo.

Em relação à criação do grupo terapêutico é importante considerar que pela condição de exclusão, a inserção social desses pacientes, às vezes fica bastante prejudicada. As suas relações são precárias, tanto em nível social, como afetivo, levando-o a uma situação de isolamento e dependência total da família, ou seja, sem nenhuma autonomia, no sentido de multiplicidade de laços sociais, neste sentido, a proposta de trabalhar em grupo tem importância para uma socialização e retomada do laço social, a partir dos movimentos solidários e que possibilitam o compartilhar do mesmo universo dos demais, e a partir daí, se reconhecer como sujeito. (Ziegelmann, 2004).

Uma das atribuições do trabalho de equipe é discutir o plano terapêutico do usuário. Este deve ser personalizado, individualizado, pois se refere a cidadãos que têm que ter

respeitadas suas identidades; nas suas necessidades, na sua subjetividade. Esse plano deve incluir e levar em consideração a análise da vida familiar do usuário, o papel que cada integrante desse núcleo desempenha como referência.

Propõe-se que, para cada paciente que o serviço receba em tratamento, conceba-se um projeto terapêutico: um contrato de frequência a tais ou quais atividades e algumas metas decorrentes do que se avaliou sobre a situação atual do paciente. A noção visa a garantir que cada paciente tenha uma atenção e uma conduta singularizada, em contraposição às práticas homogeneizantes das instituições tradicionais, ou mesmo à indiferença que se revela no fato de que muitas vezes não se faz qualquer reflexão clínica sobre o específico caso. (Tenório 2001, p. 66).

Lobosque faz importantes considerações com base em sua experiência no trabalho no CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental em Belo Horizonte, sobre o trabalho em equipe, quanto ao lidar com múltiplos saberes, quando escreve “Ora, já é difícil, certamente, compreender que o nosso campo de ação se dá numa encruzilhada de saberes diversos, em que devemos aprender a dispensar sem pena aqueles que são inúteis ou inconsistentes, e a valorizar aqueles que nos interessam”. (Lobosque, 2003, p.35).

Sinaliza também para, o perigo da adoção, por ser limitadora, de uma “determinada disciplina teórica como fundamento, ou se acreditássemos que tudo que fazemos ali requer, para legitimar-se, uma teorização” (p.35), para as “diferenças de grau e a qualidade de

responsabilidade” (p.35) entre os componentes da equipe ao conduzir casos individuais (no CERSAM, um técnico é responsabilizado mais diretamente de decidir, seguir e avaliar com o paciente o processo de tratamento), para a “uma grande relutância quanto ao compromisso de sustentar, igualmente, aquilo que entendemos por atividades coletivas”(p.35). Aqui essa mesma autora se refere às atividades, como organizar passeios, festas, coordenar assembléias, entre outras, não reconhecidas como importantes ou como sendo de atribuição de um técnico com nível superior. E conclui “Mas a nossa prática nos trouxe, justamente, a imposição de rever valores e saberes acadêmicos.” (Lobosque, 2003, p.35).

A equipe pode em diversas circunstâncias enfrentar dificuldades para chegar a um consenso sobre o plano terapêutico do paciente, por não entenderem exatamente o que acontece com o paciente; quando ele está delirando, quando ele está alucinando, agressivo, triste, deprimido, podem e frequentemente vêem isto como doença. Sendo doença prescreve-se a medicação e acredita-se estar tudo resolvido. Mas não é desta forma que se quer a relação terapêutica, tem que falar da pessoa, do sentimento dela, do sofrimento, da dinâmica, de informar a psicodinâmica do paciente, das relações familiares, deste significado. Todos estes aspectos são relevantes e a psicologia tem o papel de perceber estas diferenciações e trocar essas informações com a equipe.

A psiquiatria está mais voltada para a questão dos sintomas e da doença, para poder dar a medicação correta, a psicologia lida mais com o significado deste sofrimento, tanto é que hoje é denominado sofrimento psíquico em detrimento a doença mental, e este sofrimento psíquico tem um sentido dentro desta família, dentro deste grupo, neste indivíduo e os objetivos da psicologia é justamente favorecer tipos de terapia, tipo de contato onde estes sentidos e significados sejam revelados para poder trabalhar com eles, seja relação com pai e mãe, seja relação com irmãos,

seja relação com a rede social e com as condições sociais de vida. O foco dos psicólogos não deve ser exclusivamente o sofrimento intrapsíquico, na saúde mental isto é fundamental. O psicólogo tem a possibilidade de trabalhar mais a saúde, com os aspectos mais positivos, trabalhar com o desenvolvimento das potencialidades dos pacientes.

É importante os técnicos tratem o indivíduo como um todo e não só o seu lado “doente”. Ele na instituição, institucionalizado, com papel de doente, é uma coisa, este mesmo paciente em um ambiente aberto, isto é, não trancafiado em um quarto, convivendo com as pessoas, e vê-lo também dentro de sua casa, são três realidades diferentes, estas realidades tem de ser consideradas, se se olhar uma só realidade, só ele dentro de uma internação é uma coisa. A internação reprime muito o paciente, o coloca muito no papel de doente, se vê-lo dentro de um CAPS, ele tendo atividade, tendo uma maior participação percebe-se uma outra pessoa, e se olhar ele dentro de sua casa, dentro da sua comunidade é uma outra visão, são várias faces de uma mesma pessoa. E é importante que se conheça a pessoa como um todo, por exemplo, uma paciente x, é uma dentro do CAPS (instituição) e em sua casa é outra, possui muita força dentro família, sabe fazer muita coisa, é totalmente organizada com a casa, mas tem um lado muito sofrido, e é este lado que leva para o CAPS, ela não pode ser vista somente por este lado sofrido.

É preciso ter muito cuidado para não nos fixarmos só no lado doente ou só no lado sadio, desconsiderando que a pessoa está precisando de ajuda, tem que olhar o sujeito como um todo.

A psicologia potencialmente consegue dar caráter terapêutico a qualquer experiência, pode ser numa oficina, pode ser numa piscina, em uma cozinha, em uma brincadeira. Se abrir mão de seu histórico papel disciplinador e normalizador.

4.2 - O Papel do Psiquiatra dentro de uma Instituição de Saúde Mental

O psiquiatra, como tem formação médica, geralmente busca a questão orgânica, tem a responsabilidade sobre a medicação, qual o remédio, quantos miligramas têm que dar para tal paciente. É o responsável pela alta hospitalar e pelo encaminhamento dos pacientes para internação. Tende a olhar muito o lado da doença, o lado dos sintomas, o que que é, qual o quadro, qual o diagnóstico. Faz as classificações (CID) das doenças.

O psiquiatra dentro do viés ou da lógica da medicina busca um diagnóstico geralmente associado a uma causa orgânica (doença), ou disfunção orgânica, de base genética, ou familiar e a medicação é tomada como solução/cura/melhora.

Porém o termo psiquiatra é genérico, existe o psiquiatra voltado para o social, o que prioriza o biológico e aqueles com formação em psicoterapia. Se o psiquiatra se atém a sintomatologia, vai focar a doença, se tem uma formação psicoterapêutica vai compreender os sintomas, se psiquiatra social vai agregar à sua análise o contexto familiar e social.

Independente da formação do psiquiatra o primordial é a escuta por parte deles com os usuários, tem que passar a medicação e como se passa tal medicação sem conhecer o sujeito? Não o escutando, não sabendo o que está se passando ao certo com ele? E os usuários consequentemente também se focam geralmente na questão da medicação com o psiquiatra, do sintoma, de como ele está se sentindo, como é que foi com a mudança do remédio, se está melhor ou pior.

Lobosque ao descrever sobre os desafios do trabalho desenvolvido pelo CERSAM, acaba por exemplificar com muita nitidez o papel tradicionalmente central do técnico de formação psiquiátrica nas instituições de saúde mental e a relevância de seu papel na atuação da

equipe. Exemplo disso é o impacto causado pela substituição do psiquiatra em algumas situações tradicionalmente vinculadas à sua responsabilidade “a equipe perturbou-se, por exemplo, na organização dos plantões de fim de semana, diante da novidade representada pela permanência de um profissional não médico no plantão como responsável pelo serviço” (Lobosque, 2003, p.34).

Cita também a dependência em torno do saber médico por parte dos demais profissionais, ou da sua interferência: “alguns profissionais não médicos tendem a só ‘conduzir seus casos’ de forma mais ou menos aparente, buscando transferir ao psiquiatra as decisões mais importantes; alguns psiquiatras, por sua vez, tendem a tomar conta e a dirigir os casos alheios”. (p. 34)

Também se refere ao impacto da desconstrução e a necessidade de substituição de identidades, no caso do psiquiatra “(...) a desmontagem da suposta identidade do psiquiatra implicava igualmente numa desconstrução de todas as outras identidades profissionais - da terapia ocupacional à psicologia, da enfermagem ao serviço social” (p.34), mas a questão acabou gerando uma necessidade invisível de substituir as identidades questionadas.

Ainda segundo a trajetória de Lobosque (2003), as situações descritas foram superadas e compreende-se que devam ser interpretadas como partes de um processo com elevado grau de complexidade e subjetividade, envolvendo conhecimentos e práticas ainda em fase de gestação.

Vale aqui um pequeno resgate, embora o tema já tenha sido referenciado em capítulo anterior, sobre o nascimento e o desenvolvimento da psiquiatria no Brasil, com a intenção de melhor situá-la na clínica atual e sua perspectiva. Tenório (2001), com breves palavras, faz um diagnóstico das condições do surgimento da psiquiatria:

(...) instituída há duzentos anos como aparato social encarregado de responder ao problema da loucura (...) desde sua fundação e na maior parte do tempo desses duzentos anos (...), respondeu a isso com internação, ou seja, manteve como resposta a prática social que lhe deu origem. (Tenório, 2001, p.11).

O autor diz ainda que “organizada em torno do hospital, e mais recentemente do binômio hospital-ambulatorio” a psiquiatria se moldou de acordo com o que lhe foi proposto (a reclusão dos loucos) e o legitimou influenciada principalmente pelos valores sociais e culturais de segregação de diferenças, razões que somadas a uma dificuldade técnica e gerencial de dar “uma outra resposta (...) uma solução não asilar” (Tenório, 2001, p.11).

O texto de Tenório (2001) nos remete para o surgimento da psiquiatria como forma de pautá-la num contexto histórico para logo depois sinalizar para a mudança radical através da reforma psiquiátrica, a qual defende e na qual atua.

Sua leitura é representativa e exemplar, para a compreensão do novo papel da psiquiatria na construção e sedimentação do modelo de atenção à saúde que se defende. E o mais importante, ao descrever os novos paradigmas e ideais de tratamento conjuga os seus esforços nos mesmos enunciados de atenção psicossocial que se quer construir para um tratamento dignificante aos usuários dos serviços institucionais.

Defende “a nova arquitetura dos cuidados em saúde mental”, que a reforma psiquiátrica tem como “ marco inaugural o momento em que a bandeira da cidadania do louco foi posta no centro das reformulações técnicas e administrativas (...) e é em princípio a luta pela cidadania do louco”. (Tenório, 2001, p.14)

Tenório (2001, p.15) propõe “como recurso de método, que a diversidade prática e teórica da reforma psiquiátrica como luta pela cidadania pode ser reunida em um enunciado, uma espécie de programa comum, que é ‘incluir o sujeito’”. Sujeito visto na sua dimensão política e cultural, “sujeito de direito e sujeito social” (p.15), e uma clínica que “desloca o olhar dos sintomas para o sujeito” (p.15) (...) que reformula as noções de cura e tratamento e trabalha na perspectiva da chamada atenção psicossocial e de um novo tipo e instituição, com cuidados integrais e territorializados” . (Tenório, 2001, p.15).

Esta nova visão da psiquiatria defendida por Tenório vai de encontro da tese da verticalização do saber, tema que será abordado no próximo item, bem como serve de estímulo ao defender as idéias contidas nesse trabalho, resumidas no esforço de resgatar a cidadania e a subjetividade dos usuários nos centros de atenção psicossocial e o trabalho em equipe através da conjunção dos saberes em prol da pessoa.

4.3 - A relação Psicólogo/Psiquiatra nas Instituições de Saúde Mental

É atribuída à psiquiatria o controle social, de adequação do indivíduo ao meio. Ou seja, a função do psiquiatra, assim como a do psicólogo, sempre foi a de normatizar, homogeneizar para “incluir”. Desta forma, a desconstrução se expande do nível individual, subjetivo, de conseguir lidar subjetivamente com a dissolução de um ideal de sociedade capitalista, para o social, reformulando a função destes profissionais.

Segundo Amorim (2003) o papel do psicólogo que trabalha com a luta antimanicomial deve ser o de um agente de transformação social, com uma postura de crítica aos valores e construtos teóricos tendo por objetivo fim a emergência e a inclusão da diferença na sociedade. E

a formação deste profissional deve ter por base a crítica e a reflexão, já que todo conhecimento construído, tanto pela psicologia quanto pela psiquiatria, não é neutro, mas conta de uma realidade social, respondendo às necessidades deste contexto.

É só a partir desta atribuição de historicidade ao conhecimento que o psicólogo pode sair do lugar prescrito de disciplinarização, de vigilância para estar em um lugar de questionamento, visando a verdadeira inclusão social do sujeito. Como diz Amorim (2003), colocando a doença entre parênteses ao invés do sujeito.

Assim, pode-se dizer que o psicólogo pode ser o precursor do movimento de reflexão e mudança desde que sua formação e conseqüente atuação privilegiem o sujeito, o conhecimento e compreensão deste ao invés da pura objetualização. Como diz Amorim (2003) é de fundamental importância que a teoria construída e a prática realizada tenham comprometimento com a vida, com a construção de sujeitos criativos e capazes. A formação crítica tem por objetivo dar vida ao diferente, é aprender a valorizar o real da estrutura e não o ideal de estrutura.

De acordo com Amorim (2003) o projeto de formação de profissionais capazes de tornar a sua atuação em uma atuação antimanicomial está em, dentre outros fatores, serem capazes de criar espaços permanentes de reflexão; de uma atuação interprofissional, rompendo com o modelo tecnicista e individualista; e capazes de se reconhecerem enquanto cidadãos, identificando a dimensão política de sua atuação.

A medicina moderna especializou-se em aliviar a dor física e emocional, mas não aprendeu a utilizá-la. O desespero em querer eliminar a dor retarda o alívio e embota os pacientes. Especializou-se em tratar o sofrimento do ser humano, e não o ser humano que sofre. O psicólogo trabalha muito com a questão da existência e do sofrimento que a pessoa apresenta, a pessoa traz sofrimento social, na família, traz sofrimento de várias ordens. O papel do psicólogo é

ajudar a pessoa ter outra visão de sua vida, compreendendo sua história de vida e poder mobilizar o recurso que cada um tem e com isso mudar um pouco o rumo de sua trajetória que é de muito sofrimento. Uma das funções do psicólogo é ouvir e compreender todo esse processo de vida, e tentar abrir outras alternativas para as pessoas, ou seja, outros caminhos menos sofríveis. Ela sendo ativa neste processo de mudança.

A equipe multidisciplinar pode ser estruturada de duas formas: vertical e horizontal. Em saúde mental, a estrutura verticalizada ou hierarquizada é marcada pela soberania do saber médico sobre os demais saberes. Fundada no princípio básico da psiquiatria tradicional de loucura enquanto doença, sobretudo orgânica. (Pietroluongo e Resende, 2007).

A condição de autoridade do saber médico é disseminada não só entre os médicos, mas entre todos os técnicos que trabalham na instituição manicomial, o que pressupõe como consequência que o papel dos demais profissionais é de auxílio e apoio ao saber da psiquiatria.

Se levada em consideração essa postura todos os profissionais dentro da equipe acabam norteando as suas ações a partir das decisões advindas do saber organicista. Esta é uma forma verticalizada de organização da equipe, reduzindo a loucura à organicidade e o seu tratamento a medicalização.

E o conjunto da equipe orienta as suas ações em torno da medicação e da instrumentalização da família para lidar com a doença. Ou seja, resume o atendimento que se faz na família a orientar o controle medicamentoso. Esta forma de agir se resume em cristalizar limites e faz com que se perpetuem, na família, os sentidos de irracionalidade, de assujeitamento e organicidade da loucura, bem como, a dependência tanto do usuário quanto da família das diretrizes médicas para poder lidar com a doença.

A explicação organicista reduz a noção acerca da etiologia da loucura, perdendo de vista os fatores psicológicos, sociais e relacionais que também estão implicados no processo de configuração e manutenção do sofrimento psíquico grave. São esses que vão sedimentar uma nova forma de ver a loucura enquanto uma saída existencial.

Para Basaglia, a forma como se vai construir o conhecimento acerca da loucura deve se dar no contato direto com o louco, valorizando o seu discurso e seu saber. Só assim não se incorre em uma relação de destituição, de transformação deste sujeito em um objeto. Para se estabelecer uma relação sujeito-sujeito é necessário considerar o “louco” independente daquilo que pode ser o rótulo que o define, ou seja, negar este rótulo e se relacionar com o louco enquanto um ser humano, é o primeiro passo para a despsiquiatrização (Basaglia, 1985).

É no reconhecimento do outro, na alteridade e diversidade que podemos vislumbrar um lugar possível para aqueles que existem de um modo tão particular.

A horizontalização remete a uma relação de aliança entre os saberes, onde a loucura é vista como fenômeno de ordem existencial e psicodinâmico. Esta estrutura condiz mais com o modelo da reforma psiquiátrica, que passa a ver a loucura enquanto um fenômeno de ordem complexa, abarcando a existência do sujeito em sua totalidade (biológica, psicológica, social/relacional). Sendo assim, o médico se tornaria mais um membro da equipe e o fator biológico não seria a causa determinante, mas sim, mais um fator que contribui para a manutenção do sofrimento psíquico grave. ((Pietrolungo e Resende, 2007).

As drogas medicamentosas podem ajudar muito, mas o resultado eficaz no tratamento é conquistado pelo diálogo, pela intervenção do eu, pelo auto-conhecimento, pela troca, pela interação social, isto é, a medicação associada a uma escuta analítica.

O texto de Tenório (2001) exprime com muita propriedade o resultado de uma relação madura entre psicólogo e psiquiatra na ação terapêutica

O tratamento se converte em um acompanhamento da vida que não restringe de antemão seu campo de pertinência. Trabalha-se, portanto, com uma idéia de clínica que não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria dominante, mas incorpora outros saberes, outros instrumentos, outras práticas, e, sobretudo, outras preocupações. No universo da reforma psiquiátrica brasileira adotou-se, para designá-la a expressão “clínica ampliada”. (Tenório, 2001, p. 72).

4. 4 - A relação do Psicólogo, do Psiquiatra e da Instituição na vida dos usuários de saúde mental

A presente autora dessa monografia conviveu com a área da saúde mental através do estágio no ISM - Instituto de Saúde Mental em Brasília, por um período de seis meses. Um trabalho de muita escuta e observações. Nas reuniões de supervisão do estágio, com a orientadora, participaram os alunos que estavam vivendo a mesma experiência no HSPV - Hospital do São Vicente de Paula, este contato proporcionou uma troca de informações e com isso uma maior abrangência no conhecimento da situação dos usuários nestas duas instituições psiquiátricas, sendo que uma delas um hospital com internamento (HSVP) e a outra um Hospital-Dia (ISM), em processo de transformação em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

Será abordado neste espaço o tratamento oferecido pelo ISM aos usuários, observado durante o estágio, e em menor proporção, o tratamento oferecido no hospital São Vicente, este com base no que foi relatado pelos estagiários e também pelos próprios pacientes do ISM, que passaram pela experiência de terem sido internados no HSVP.

A experiência adquirida no estágio, a própria observação dos fatos, a escuta e interlocução com técnicos e usuários, que somados à leitura de formulações teóricas, forneceram subsídios para apresentação do que denominaremos pontos de reflexão, ou seja, aspectos considerados relevantes, por acreditar-se, poderem contribuir para minimizar a dor daqueles que possuem algum tipo de sofrimento psíquico.

Serão usados alguns fragmentos sobre a experiência do estágio, porém com sigilo e ética, ninguém será identificado. Não será feito estudos de caso, pois o foco da discussão será a relação dos usuários com a psicologia e com a psiquiatria.

- O forte impacto, seja positivo ou negativo, que tem na vida do usuário a forma de atuação dos profissionais da área da saúde e o tipo de tratamento aplicado.

A instituição que trata da saúde mental deve proporcionar um ambiente para os usuários refazerem os vínculos, criar oportunidades para novas relações baseadas na confiança, amizade e respeito. O estreitamento dos laços irá auxiliá-los em sua reestruturação, a se refazerem. Muitas vezes os usuários têm relações difíceis com suas famílias e possuem poucos amigos. Preferem ficar no Instituto ao invés de estar em casa com os familiares. Percebe-se no ISM pacientes muito

carinhosos e atenciosos, pessoas muito sensíveis e preocupadas com o próximo, amorosas tanto com outros pacientes como com os técnicos. Carentes de atenção, cuidado e carinho.

Mas também pode ser citado um aspecto negativo das relações dentro da instituição que é a massificação, por abrigar muitas pessoas em sofrimento em um mesmo ambiente, um paciente que está em crise, em depressão, pode vir a “contaminar” outros usuários com a sua emoção, se irão encontrar um real espaço de interlocução, o que muito profissionais não estão preocupados para fazer

- Quem tem transtorno psíquico teve e indiretamente perdeu o direito de escolhas relacionadas à sua vida. Direito que deveria ser universal. Sua família já se habituou a fazer escolhas por ele. Tratar a pessoa como se não pensasse, como se não tivesse condição de decidir. Posição fundamental nos manicômios e permanece presente, em diversas nuances em intensidades nas instituições até hoje. Exigindo um policiamento reflexivo constante dos agentes para que isto não aconteça.

Na instituição ocorrem, muitas vezes, situações em que os técnicos infantilizam os doentes, tratando-os como criancinhas, usando as palavras no diminutivo: “roupinhas”; “meus aluninhos”; “comidinha”; “dentinhas”, etc. Os tratando desta maneira como sujeito incapaz. Este equívoco no trato com os pacientes, e de certa forma esta atitude de infantilizar traz como consequência a desvalorização como adultos e subestimam tanto sua inteligência e capacidades como sua percepção de si mesmo, isto é, os desqualificando como adultos que são.

- Dificuldade de inserção do usuário no mercado de trabalho, pois existe o preconceito e a falta de direitos dos portadores de sofrimento psíquico como, por exemplo, os deficientes físicos que são amparados pela lei.

Seria importante, por exemplo, a concessão de bolsa trabalho para o usuário, facilitaria a sua integração, fundamental para mudar a relação dele consigo mesmo e com seus familiares, bem como a sua reinserção social, através de um trabalho/ofício. Para adquirir a autoconfiança perdida e se sentirem novamente como capazes de produzir, ressignificando suas vidas. Abrindo a possibilidade de criar novas amizades e novas referências. Muitos são habilidosos, mas cronificam e permanecem somente no papel de doente, dentro da instituição. E por que ficar tanto tempo assim nos CAPS? Já está bom, mas não sai? Pelo motivo de não ter o que fazer lá fora. E lá fora precisa ter o que fazer!

A reintegração social é um componente absolutamente indispensável para o resgate da cidadania do doente mental. O preconceito e o estigma pioram o estado da doença e impedem o indivíduo de readquirir sua cidadania.

Pelo lado institucional a concessão da bolsa trabalho poderia significar uma redução na demanda dos CAPS e conseqüentemente um aumento na quantidade de vagas e uma maior rotatividade.

- O paciente psiquiátrico em crise necessita de um acompanhamento profissional e de uma atenção preferencial, individualizada, para que possa expressar seus sentimentos, sua dor, seja no chorar, no gritar, sem necessidade de contenção.

Para reforçar esse ponto nada melhor do que inserir fragmentos de um exemplo ocorrido no Hospital São Vicente: “o paciente ia para emergência sentava, conversava com o médico, normalmente. Quando o médico falava: ‘ele vai ser internado’ aí ele começava a ficar agressivo, porque ele não queria ir para internação, começava a chutar e o pessoal da enfermagem o contia e internava.”

A situação de contenção poderia ser reduzida ou mesmo evitada dependendo do tipo de acolhimento que for dado ao paciente, a crise pode ser controlada ou amenizada, a ajuda deve ser imediata, mas não necessariamente com contenção. O encaminhamento para esta situação depende muito da maneira de lidar com o paciente. Do acolhimento, da escuta.

A contenção medicamentosa, se o sofrimento estiver muito grande ou em casos de ameaça à integridade física, é compreensível. Mas fazer uso constante de medicamentos que mantenham a pessoa “dopada”, o que pode, além de ser completamente contra indicado, agravar o quadro do paciente, que precisa expressar seus sentimentos e emoções, de alguma forma. O serviço substitutivo deve acolher a crise e não usar a internação como ameaça, como: “cuidado, senão a gente te interna no São Vicente”. Se a equipe consegue acolher bem a crise, conseqüentemente conseguirá lidar bem com o paciente, sendo assim possível ter atendimento a crise sem agressividade, sem desrespeito aos direitos humanos.

- A contenção física, usada com frequência, é feita por correção, por indisciplina, mas deveria ser feita só em situações de risco, é um absurdo ser utilizada como corretiva.

No Hospital São Vicente observa-se um uso incontrolado, por parte de alguns profissionais, de contenção apenas como poder coercitivo, como se esse fosse um método terapêutico. As conseqüências são mais bem descritas no relato de um estagiário sobre o ocorrido com uma paciente: “uma usuária foi contida, por ser novata no hospital e não saber das “regras”, desamarrou as que estavam contidas e por punição foi contida também. Comenta que entendeu seu erro, que mereceu ser punida, mas que espera já ter “pagado”, afinal ela não sabia que não poderia ter desamarrado as outras usuárias e ficou temerosa de passar novamente pela situação.

Este episódio é um relato que mostra com clareza o trauma e como o paciente incorpora as regras da instituição, se tornando “institucionalizado”.

- O paciente institucionalizado através das regras rígidas e autoritárias impostas pelo tratamento hospitalar faz com que o usuário perca a sua identidade, tornando-o submisso.

Segundo Basaglia (1985, p.114):

O doente (...) deixa de aparecer com um homem. Resignado e submisso às nossas vontades, intimidado pela força e pela autoridade que o tutelam... Para reabilitar o institucionalizado que vegete em nossos asilos seria, portanto, mais importante que nos esforçássemos para despertar nele um sentimento de *oposição ao poder* que até agora o determinou e o institucionalizou, antes mesmo de construir em torno dele um espaço acolhedor e humano.

O que se pode apreender da citação de Basaglia confrontada com a nossa realidade é a necessidade de dar voz aos usuários dos serviços de saúde mental. Estimular a sua intervenção bem como criar condições e provocar a sua participação no processo de tratamento.

A permanência do paciente neste tipo de instituição pode deturpar o conceito ético e a visão humanista. Neste caso, o que deveria ser tratamento acaba por fazer a pessoa regredir, onde fica claro uma relação de dominador e dominado, parecendo mais uma situação de vítima e agressor, presente nas duas instituições, ISM e HSVP.

- O poder da equipe sobre usuário

Uma situação a qual a estagiária presenciou foi a de um usuário que estava passando por um momento difícil, a perda de uma amiga, e por este motivo estava mais calado e isolado, e pelo fato não querer tomar o antidepressivo, a médica ameaçou interná-lo. O resultado desta ameaça causou indignação no paciente, este relatou a estagiária que em certos momentos as pessoas podem estar excessivamente fragilizadas e ao tentar invadir esse espaço o psiquiatra pode gerar frustrações, perda de confiança e até mesmo ressentimentos, afirma que se sentiu invadido e desrespeitado pelo sofrimento que estava passando naquele momento. Estava isolado para organizar suas idéias. Este exemplo demonstra que em algumas vezes os psiquiatras erroneamente interpretam esse isolamento como agravamento da crise depressiva e substitui o diálogo por uma internação.

Quando questionado como deveria ser a atitude do médico ele fala: A necessidade que o psiquiatra saiba abordar de forma extremamente cautelosa o paciente que se encontre em estado de fragilidade, pois às vezes este pode aparentar estar com auto-estima em baixa quando na

verdade precisa apenas de um momento de reflexão profunda, e é neste ponto que o médico deve estar apto a lidar com esta situação sem ofender o "estado psíquico do paciente", na tentativa de abordagens forçadas ou fórmulas pouco astutas como assumir uma posição de arrogância, tentando mostrar-se uma pessoa superior ou fria, dono absoluto da razão.

Afirmando ainda que a orientação deve vir de alguém que se coloque na mente do paciente e tente compreender sua psique, não de alguém que analise roboticamente e supõe que a solução seja o excessivo uso de medicamentos sem o tratamento prático visando a preparação para a sociedade."

- A função e finalidade das oficinas terapêuticas.

O ISM possui oficinas terapêuticas e um salão de jogos, que possui pingue-pongue, totó, dominó, etc. Dependendo de como for utilizada e dos princípios que orientam a atividade, estas podem conter um potencial terapêutico, que pode provocar em seus participantes, a circulação da palavra, troca de afetos e de experiência de vida, possibilitando a expressão e a comunicação. Devem priorizar as potencialidades e a reinserção social dos usuários.

Como exemplos de oficinas que existem no ISM, foram escolhidos para citar a "horta" e a "escolinha". Para esses usuários o cultivo da terra faz parte de suas experiências, além de ser uma atividade de trabalho integradora. Por outro, "a escolinha" tem por objetivo ajudar no processo de alfabetização dos pacientes que não sabem ler e nem escrever, ou fazem de forma limitada. Por intermédio de atividades pedagógicas pode possibilitar o resgate dos conhecimentos dos usuários, sua aplicação no seu cotidiano, bem como permite a reconexão com suas histórias de vida.

Várias atividades podem produzir novas subjetivações e não a remodelagem da subjetividade dos usuários, tal como preexistia ao sofrimento ou algum tipo de crise. Exemplo disso são os pacientes que não tiveram acesso à literatura, à dança, às artes plásticas, ao teatro, pois eram universos que lhes eram inacessíveis. O que importa não é apenas entrar em contato com novas formas de expressão, mas sim a constituição de novos modos de subjetivação, oferecendo às pessoas possibilidades diferentes de retomar um sentido existencial, que viabilize saídas para os impasses que a vida lhes traz. (Ziegelmann, 2004).

Nestes contextos, pode ocorrer uma evolução favorável, positiva, dos pacientes pela exploração processual dos acontecimentos, a partir das reflexões coletivas e individuais, que vão ocorrendo durante o período de permanência no serviço e na participação de oficinas e grupos.

As oficinas além de serem atividades grupais, reforçando os vínculos solidários, desenvolvem-se numa perspectiva de criação, lazer ou de aprendizado, apontando para outras produções subjetivas e se constituindo também em espaços de cidadania.

“Esses vínculos também sinalizam a integração e interação com outras redes de vida, como forma de ampliar e potencializar as possibilidades de trabalho e de luta política, para qualificar as várias formas do viver. (Ziegelmann, 2004).

Conclusão

O objetivo desse trabalho foi analisar alguns aspectos da diferença de atuação profissional dos psiquiatras e dos psicólogos e avaliar o impacto destes e da instituição na vida de um usuário de saúde mental, a partir de uma experiência prática de estágio. Pontuar os aspectos mais relevantes acompanhando o caminho percorrido pela loucura desde sua origem, observando a evolução do tratamento dado a ela.

A partir da discussão do capítulo 01 acerca da construção histórica do conceito de loucura e como esta construção estava intimamente ligada ao contexto social em que foi criada e legitimada, abordou-se a necessidade de uma desmistificação dos conceitos acerca da loucura, assim como, uma desmistificação do que vem a ser normalidade. O que é normal e aceito pela comunidade e a exclusão social do louco e a construção de todos os pré-conceitos que vão estar presentes no momento de contato com a loucura. A loucura é um nome popular carregado de discriminação e de falsos medos até os dias de hoje.

Aprendemos com esse estudo que compreender o ser humano observando a sua individualidade e subjetividade é respeitar as diferenças; entender sua trajetória e suas dificuldades, é respeitar a sua dignidade; aprofundar o conhecimento e apurar as circunstâncias de seu contexto particular e privado é conquistar a sua confiança e iniciar um processo de integração.

Observamos que o papel desempenhado pelas Universidades, por meio de suas faculdades específicas, podem e devem ter uma importante e até maior participação nos serviços de saúde, mantendo com esses uma relação de intercâmbio e cooperação através da manutenção e

estímulo de espaços para estágios, nas mais diversas áreas, e também como fontes específicas do saber e experiência, numa relação mútua de aprendizagem e ensino.

Principalmente na área da Psicologia, a vivência dos alunos com o paciente psiquiátrico, o acompanhamento dos procedimentos adotados em uma instituição, são experiências que só podem ser vivenciadas e compreendidas em sua plenitude com a participação direta nas atividades desenvolvidas no ambiente.

A vivência nos ensinou a importância do trabalho realizado por uma equipe transdisciplinar e o atendimento em grupo, reunindo equipe técnica e os usuários, pois favorece a integração entre as partes envolvidas e apresenta resultados interessantes evitando a relação dual e limitadora. Ao mesmo tempo, que é uma solução para o problema de atendimento da demanda que é muito superior à oferta de vagas. Viabiliza o atendimento de um quantitativo maior de usuários, por este motivo os atendimentos individuais, são bastante pontuais.

É preciso salientar a importância do envolvimento da família como participante do processo terapêutico, através de associações, reforçando o poder de pressão por políticas sociais públicas de melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A desinstitucionalização só faz sentido se a família puder ser assistida, evitando que as relações manicomiais sejam repetidas dentro de casa. Logo, se faz de fundamental importância não só trabalhar as relações que são estabelecidas interprofissionais e entre profissionais e família, mas também, inter membros do sistema familiar, evitando a formação de manicômios domiciliares.

Reforçamos a convicção de que a Psicologia precisa estar sempre atenta para a importância de suas atribuições, uma vez que cuida, em todas as suas esferas de atuação do ser humano. No caso específico desse trabalho, com o indivíduo usuário dos serviços de saúde

mental, fragilizado e excluído por um sistema voraz, poderoso e ciente de seu poder de exclusão daqueles que não lhe são úteis.

O trabalho da equipe feito junto aos familiares é essencial, a escuta do profissional de saúde mental ajuda a família perceber sua dinâmica, proporcionando momentos de subjetivação dos membros do sistema, para que estes se deparem com os seus sentimentos e com os sentimentos do outro, reelaborando-os. Bem como a valorização dialógica intermembros, permitindo que a família compreenda que um diálogo é possível, assim como a negociação dos impasses e das dificuldades que acontecem pelo convívio.

Uma escuta que privilegia a palavra do paciente. Ela tem um valor, tem um lugar. Que ao fazer o uso da palavra, ele possa encontrar outras formas de resolução de seus conflitos, a partir da possibilidade que se oferece para novas leituras de sua vida, buscando novas composições de si, além de poder compartilhar seus problemas com os colegas e também auxiliá-los, pela troca de experiências de vida.

Verificamos a gravidade das conseqüências que enfrentam as instituições, especificamente no campo de atuação da saúde mental, neste caso o Distrito Federal, pela não realização de concursos públicos e a contratação de novos servidores. Ocasionalmente uma grande defasagem entre o número de profissionais que atuam na área, e com isso prejudicando a disponibilização de serviços, como os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial, ambulatórios e residências terapêuticas.

Os CAPS, como serviços alternativos de internação, vieram para substituir os antigos manicômios e devem representar a humanização dos serviços prestados em saúde mental.

Vimos que a reforma psiquiátrica e a criação e proliferação dos CAPS depende principalmente de uma decisão de esfera política, acredita-se que interesses econômicos,

representados pelos donos de instituições psiquiátricas privadas, exerçam uma grande influência para a manutenção da internação em seus hospitais. Outro interesse a ser atingido pela reforma seria a dos grandes laboratórios farmacêuticos uma vez que a medicação seria uma alternativa a ser bem menos utilizada.

Em resumo, a imagem da saúde mental, que registramos no presente trabalho é composta por um saber já conquistado, escrito por grandes pensadores e teóricos, que através de suas reflexões e práticas reforçaram o status da Psicologia e lhe deram uma conotação crítica e contextualizada.

Por isso a Psicologia moderna possui um forte arcabouço teórico e exemplos de práticas humanistas centradas no bem estar e na dignidade do usuário, respeitado na sua subjetividade e em pleno exercício de seus direitos como cidadão. A busca pelas melhores práticas deve ser constante e a luta antimanicomial é um exemplo, ao propor uma ação terapêutica democrática centrada nas necessidades do usuário e não nos interesses hospitalocêntricos.

A Psicologia é um saber maduro, mas, embora tenha conquistado um importante espaço do conhecimento, ainda tem um longo percurso na sua contribuição para uma sociedade mais justa e igualitária. Sinaliza o caminho a ser percorrido, sabe dos seus desafios e ainda precisa lutar muito para ver seus objetivos alcançados, mas é um caminho que vale a pena ser percorrido e é nele que queremos estar afinal. (Bock, 1999).

A instituição também tem o seu lado doente, questões pré-estabelecidas, técnicos que não estão preparados para escutar, muitas que tem preconceito e trata os indivíduos como incapazes, a questão do conter pela força, ou seja, profissionais não capacitados. Estigmas antigos que precisam urgentemente ser vencidos. E o medo da mudança.

A partir de tudo o que foi discutido, conclui-se que é preciso alcançar os objetivos da reforma psiquiátrica, com a inclusão social do louco, promovendo o acolhimento tanto do usuário como de seu familiar, respeitando suas diferenças e limitações, propiciar a retomada da cidadania, enfocando a saúde ao invés da doença, a construção de sentidos subjetivos próprios ao invés da normatização. Buscando uma humanização das relações entre equipe e usuário.

Classicamente loucura é toda desagregação duradoura da personalidade que foge aos parâmetros da realidade. Mas quais são esses parâmetros? São psicóticas as pessoas que se sentem perseguidas por personagens criados em seu imaginário. Mas as pessoas que perseguem personagens reais, como generais que deflagram guerras, soldados que torturam, policiais que matam, políticos que controlam, o que são? São psicóticas as pessoas que tem delírios de grandezas, que acham que são Jesus Cristo, Napoleão, Buda. Mas e os mortais que se sentem deuses pelo dinheiro e poder que possuem, que não se importam com a dor dos outros, são o quê? Percebe-se que há uma loucura racional aceita pela sociedade e uma loucura irracional condenada por ela. (Cury, 2005)

Essa clínica só é possível porque ela se assenta na capacidade de acolhimento da equipe junto aos usuários e num contato afetivo que busca sempre a dimensão mais humana do outro, a partir de relações que respeitam as diferenças e saibam acolhê-las, ampliando as possibilidades de vínculos entre os usuários e os membros da equipe. (Ziegelmann, 2004, p. 130).

Referências Bibliográficas

- Amarante, Paulo, (org.) (1995). *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz.
- Amarante, Paulo Duarte. (1996). *O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz.
- Amorim, M. S. (2003). Loucura, Política e Ética – A Formação do Psicólogo em Questão. Em, CFP (Org.), *Loucura, Ética, Política: Escritos Militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Basaglia, Franco. (1985). *A Instituição Negada. Relato de um Hospital Psiquiátrico*. Ed. Graal. Rio de Janeiro.
- Birman, J. e Costa, J. F. (1994). *Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária*. In: Paulo Amarante (org.) *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz.
- Bock, A. M. B. (1999). A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estudos de Psicologia (Natal)*. V.4 n.2 jul./dez, p.10
- Bock, A. M. B. (1999). *Psicologias: Uma Introdução ao Estado de Psicologia*. São Paulo. Ed. Saraiva.
- Castel, Robert. (1978). *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro. Ed. Graal.
- Costa, Jurandir Freire (1989). *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4. ed. São Paulo. Ed. Brasiliense.
- Cury, Augusto (2005). *O futuro da humanidade: a saga de Marco Pólo*. Rio de Janeiro. Ed. Sextante.
- Desviat, Manuel. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz.

- Figueiredo e Santi (2000) Figueiredo, L. C. M. & Santi, L.R (2000) *Psicologia, uma Nova Introdução: Uma Visão Histórica da Psicologia como Ciência*. São Paulo. Ed. Educ.
- Foucault, Michel.(2000). *História da Loucura*. 6. ED. São Paulo. Ed. Perspectiva.
- Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma Clínica Antimanicomial e Outros Escritos*. São Paulo. Editora Hucitec.
- _____. (2003). *Clinica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro. Ed. Garamond.
- Ornellas, C. P. (1977). *O paciente excluído: História e críticas das praticas médicas de confinamento*. Rio de Janeiro. Ed. Revan
- Pessoti, Isaias (1994). *A loucura e as épocas*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed.34.
- Pessoti, Isaias (1996). *O Século dos Manicômios*. São Paulo: 34 editora.
- Pietroluongo, A. P. C. & Resende, T. I. M. (2007) *Psicologia Ciência e profissão. Visita Domiciliar em Saúde Mental – O Papel do Psicólogo em Questão*. Centro Universitário de Brasília.
- Resende, Heitor (2000). *Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica*. In: COSTA, Nilson do Rosário (org.) *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- Sá, C. G. & Pereira. O. P. (2006). *Psicopatologia e Poder Disciplinar: O Papel da Psicologia no Questionamento da Individualidade Domesticada*. In: Ribeiro, M. A. & Freitas, M. H. (2006). *Psicopatologia, Processos de Adoecimento e Promoção da Saúde*. Brasília. Ed. Universa.
- Shorter, Edward (2001). *Uma História da Psiquiatria: Da Era do Manicômio a Idade do Prozac*. Lisboa: Climepsi.

- Stone, Michael H. (1999). *A Cura da Mente: A História da Psiquiatria da Antiguidade até o Presente*. Porto Alegre. Artmed.
- Tenório, F. (2001). *A psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ambiciosos.
- Vilela, A. M. & Rodrigues, H. B. (2004). Aquém e Além da Separação – A psicologia interpretada pelo social. In: Massimi. *História da Psicologia no Brasil do Século XX*. São Paulo. Ed. Pedagógica e Universitária LTDA.
- Ziegelmann, Luiz (2004). Uma experiência inter/transdisciplinar em hospital. In: Nascimento, C. A... [et al.]. (2004). *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública*. Porto Alegre. Ed. Conselho Regional de Psicologia – 7^a Região