

**SMAD**

Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas

ISSN: 1806-6976

Av. Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto/SP - Brasil CEP: 14.040-902 Telefone: 055-16-602-3477 Fax: 055-16-602-4754



O CAMINHO DA LOUCURA E A TRANSFORMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE SOFRIMENTO MENTAL

Helena de Fátima Bernardes Millani¹; Maria Luisa L. de Castro Valente²

Resumo

O texto parte de novos conceitos e práticas da psiquiatria que atravessam o contexto da saúde mental coletiva, aborda o desenvolvimento histórico que favorece o entendimento para a construção de novas formas sociais e técnicas no lidar com a loucura, a doença mental e o sofrimento humano. Destaca, ainda, que o atendimento ao portador de transtorno mental sofreu vários processos de transformação, passando da institucionalização para os serviços de atenção psicossocial, realizando a mudança do paradigma “doença-cura” pelo “existência-sofrimento”.

Palavras-chave: psicologia social, institucionalização, saúde mental

LOS CAMINOS DE LA LOCURA Y LA TRANSFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN A LOS PORTADORES DE SUFRIMIENTO MENTAL

Resumen

El texto parte de nuevos conceptos y prácticas de la psiquiatría que atraviesan el contexto de la salud mental colectiva, considerando el desarrollo histórico que favorece el entendimiento para la construcción de nuevas maneras sociales y técnicas en el lidiar con la locura, la enfermedad mental y el sufrimiento humano. También destaca que la atención al enfermo mental pasó por varios procesos de transformación, cambiando de la institucionalización para los Servicios de Atención Psicossocial, realizando el cambio del paradigma “enfermedad-cura” para aquel de “existencia-sufrimiento”.

Palabras clave: psicología social, institucionalización, salud mental

THE COURSE OF MADNESS AND CHANGES IN THE CARE PROVIDED TO PATIENTS IN MENTAL SUFFERING

Abstract

This paper departs from new psychiatry concepts and practices crossing the context of collective mental health, considering the historical development that favors the understanding for the construction of new social and technical ways of dealing with madness, mental disease and human suffering. It also emphasizes that mental health care went through various changes, from institutionalization to Psychosocial Care Services, bringing about a change from the “disease-cure” to the “existence-suffering” paradigm.

Keywords: social psychology, institutionalization, mental health

¹ Enf^a Ms. Helena de Fátima Bernardes Millani – Atua como Enfermeira no Hospital Regional de Assis – Assis SP – e-mail: hmillani@bol.com.br

² Dr^a. Maria Luisa Louro Castro Valente – Atua como Docente na Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Unesp – Campus de Assis. e-mail: luisaval@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Os novos conceitos e práticas da psiquiatria propiciam questionamentos importantes que perpassam o contexto da saúde mental coletiva e leva à reflexão sobre a loucura. Assim, propôs-se, aqui, considerar o desenvolvimento histórico que contemple esse caminho para favorecer o entendimento de indagações dos autores.

Os estudos sobre loucura, processo saúde/transtorno mental, reforma psiquiátrica, subjetividade e comportamento humano compõem amplo campo de conhecimentos que proporcionam a construção de novas formas sociais e técnicas no lidar com a loucura e com o sofrimento mental.

Assim, a proposta deste estudo é uma abordagem sobre a história da loucura, sobretudo seu desenvolvimento e sua repercussão ao longo do tempo. Dessa forma, seguindo ordem cronológica, demonstrar-se-á a visão da loucura na sociedade, da Antigüidade até os dias atuais, considerando todo o processo de internamento que esteve ligado à exclusão e ao preconceito para com os indivíduos considerados loucos.

Hoje, a atenção à saúde mental é tão importante quanto a saúde física, pois vê-se o homem em sua totalidade, biopsicossocial. O atendimento ao portador de sofrimento mental passou por vários processos de transformação, da institucionalização para a implantação de serviços de atenção psicossocial, realizando a mudança do paradigma “doença-cura” pelo “existência-sofrimento”.

Evolução histórica da loucura

A loucura como fenômeno é relatada, inicialmente, na Antigüidade grega e romana, junto a outras tantas doenças classificadas como práticas mitológicas, manifestações sobrenaturais motivadas por deuses e demônios. Nessa época, a loucura era identificada pela influência da ideologia religiosa e pela força dos preconceitos sagrados.

Nos tempos da Inquisição, a loucura foi entendida como manifestação do sobrenatural, demoníaco e até satânico, e classificada como expressão de bruxaria, cujo tratamento caracterizou-se pela perseguição aos seus portadores, tal como se praticava com os hereges. Em virtude do forte poder da Igreja, o movimento de caça às bruxas, liderado pela Inquisição, objetivava manter a aceitação e a concordância da crença religiosa. Assim, os chamados hereges e os divergentes da ideologia cristã dominante eram considerados loucos, bruxos e feiticeiros, servidores do mal e de forças malignas.

A Inquisição servia de garantia para a salvação e a religião era o bálsamo que fornecia um sistema de justificativas para suas miseráveis vidas. A ideologia religiosa respondia às necessidades do povo oprimido por longas epidemias, pela fome, pela miséria. Através da religião recebia uma mensagem coerente do mundo, esse mundo cheio de pecados e heresias⁽¹⁾.

Dessa forma, a loucura, nessa época, identificava-se com os perfis e com os papéis dos feiticeiros portadores de supostas doenças mentais, repercutida pela relação de poder da igreja e da burguesia. Entretanto, com o desenvolvimento histórico, o poder eclesiástico foi abalado, o que permitiu um novo olhar sobre a doença e ao portador de transtorno mental.

No século XVII, com o declínio do poder da igreja e da interpretação religiosa do mundo, o complexo inquisidor-feiticeira desapareceu e, em seu lugar, surgiu o complexo alienista-insano mental⁽²⁾.

A partir da Idade Média até o final das Cruzadas, os leprosários se multiplicaram por toda a Europa, pois havia grandes focos dessa epidemia infecciosa no Oriente que se proliferou rapidamente por todas as cidades da Europa e somente com o fim das Cruzadas houve a ruptura desse contágio. Há também que considerar a intervenção, por parte da monarquia, sobre os regulamentos dos leprosários, provocando o recenseamento e o inventário dos mesmos, a fim de reparar a grande desordem nas gafarias mediante revisão de contas, o que permitiu a geração de recursos destinados ao tratamento dos pobres e a outros estabelecimentos de assistência.

Num primeiro momento do século XVI, esses espaços dos leprosários foram preenchidos pelos portadores de doenças venéreas e sob influência do modo de internamento, tal como se constituiu no século XVII, esse mal foi controlado, mas se integrou ao lado da loucura num espaço de exclusão, o que leva a crer que pareça ser de forma bem aparentada.

No período Renascentista, os loucos eram atirados rio abaixo, como cargas insanas em embarcações que recebiam o nome de Nau dos Loucos. Essas embarcações dispunham de um valor simbólico, como um ritual que libertava a sociedade dos doidos. Confiar o louco aos marinheiros era a certeza de evitar que ficasse vagando nas cidades e também de que ele iria para longe, era torná-lo prisioneiro de sua própria partida.

Essa navegação do louco representa, simultaneamente, a divisão rigorosa e a passagem absoluta, e desenvolve ao longo de um espaço semi-real, semi-imaginário, a situação liminar do louco no horizonte das preocupações dos homens da época. Trata-se de situação simbólica e realizada, ao mesmo tempo, pelo privilégio que se dá ao louco de lhe serem fechadas as portas da cidade: sua exclusão serve para encerrá-lo, se ele não pode e não deve ter outra prisão que em seu próprio mundo, seja seguro, encerrado, em um lugar de passagem. A água e a navegação mostram esse papel, fecha-se a embarcação, não se escapa, o louco é entregue às

águas, torna-se prisioneiro no meio da mais livre e aberta estrada “o louco é entregue ao desatino do mundo”⁽³⁾.

É a partir do século XV que a loucura se insere num universo moral. É nesse universo de idéias e imagens culturais que a loucura se revela de várias formas, as fraquezas humanas se fazem presentes e seus excessos penalizam os homens, que eram confrontados com a sua verdade moral, com as regras próprias à sua natureza e às suas verdades.

Como ocorreu na Renascença, em várias cidades da Europa, especialmente na França, houve a expressão da animalidade de modo desconfortante sobre a figura do homem como louco, foi mostrada em obras literárias e nas artes plásticas. Nessa época, o tema da loucura na arte, na literatura e na pintura passa a ser visto de forma diferente, está em ascensão e é percebido no simbolismo gótico.

Com a razão filosófica surgia a consciência crítica da loucura que se contrapunha à consciência trágica já existente. Essa consciência crítica era detentora do aspecto moral, que enunciava o erro na conduta dos homens.

O que conhece não pode estar louco, assim como o eu que não pensa, não existe. Excluída pelo sujeito que duvida, a loucura é a condição de impossibilidade do pensamento. Ou seja, a partir do racionalismo moderno, sabedoria e loucura se separam. Os perigos que a loucura poderia oferecer para influenciar a relação entre o sujeito e as verdades são afastados⁽⁴⁾.

Já em meados do século XVII, a loucura, que até então era exaltada como marca do divino, constitui-se em um modo de exclusão, devido às mudanças ocorridas em decorrência do crescimento das cidades, com o poder das relações políticas e com o desenvolvimento da industrialização.

Nesse período, foram criados, em território europeu, os primeiros estabelecimentos para internação, destinados a receber os loucos. Essas casas de internamento eram verdadeiros cárceres que aprisionavam uma série de indivíduos, portadores de doenças venéreas, mendigos, vagabundos, libertinos, bandidos, eclesiásticos em infração, os próprios loucos, enfim, todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, demonstravam fonte de desordem e desorganização moral.

Assim, foi fundado em 1656, em Paris, o Hospital Geral, uma estrutura de ordem monárquica e burguesa, onde seriam recolhidos e alojados todos os excluídos que perturbavam a ordem social. No entanto, o Hospital Geral não possuía um caráter médico, não era um hospital tal como se conhece hoje, essa instituição era um local que apenas representava o papel da polícia e da justiça.

Essas instituições (as casas de internação) foram criadas com a pretensão de se implantar a prática da correção e do controle sobre os ociosos, no intuito de proteger a sociedade de possíveis revoltas. No entanto, essa prática estava também comprometida com a punição dos internos, a fim de manter o equilíbrio e evitar a tensão social. Nessas instituições também vêm se misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, seguidos da preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria, do desejo de ajudar e a necessidade de reprimir, do desejo da caridade e a vontade de punir, de toda uma prática equivocada, cujo sentido é necessário isolar, sentido simbolizado por esses leprosários vazios e reativados com a loucura, mas contidos por obscuros poderes.

O gesto que aprisiona os loucos tem significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais, há cumplicidade entre o poder burguês e a Igreja.

Em 1676, foram ampliadas as instituições de internação por toda a França, mediante uma ordem real, quando foi estabelecido em cada cidade do reino um Hospital Geral, dando origem ao período conhecido como a Grande Internação⁽³⁾.

Observa-se que, por meio da internação, os internos eram obrigados a trabalhar em troca de baixa remuneração, o que contribuía com a sociedade para o impedimento da ociosidade e da mendicância. As casas de internamento, por muito tempo, foram utilizadas como “depósito” de pessoas consideradas inúteis e vagabundas, excluídas pela sociedade.

Não se esperou o século XVII para “fechar” os loucos, mas foi nessa época que se começou a “interná-los”, misturando-se a toda uma população com a qual se lhes reconhecia algum parentesco. Até a Renascença, a sensibilidade à loucura estava ligada à presença de transcendências imaginárias. A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa iminência social garantida pela comunidade de trabalho. Essa comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas da inutilidade social⁽³⁾.

Mas, os indivíduos que apresentavam condições de cura submetiam-se ao tratamento na França, no Hotel-Dieu, e, em Londres, no Bethleem, por meio de banhos, sangrias e purgações em busca da cura.

Nota-se que, no final do século XVIII, no Hotel-Dieu, os internados eram separados por sexo, alas masculina e feminina, que abrigavam os loucos de forma inadequada, agrupados e aglomerados sem espaço e sem condições adequadas. Não havia conscientização

da necessidade de cuidados médicos diários para os doentes, pois a falta de assistência médica se dava pelo temor da contaminação pelo “mal”, a tentativa de impedir o contágio da “febre das prisões” que a sociedade acreditava existir em locais fechados ocupados pelos enfermos dos hospitais.

Instaurava-se, em relação à loucura, uma idéia de animalidade. O louco era visto como um animal, desprovido de sua racionalidade, de sua fragilidade humana e de sensibilidade à dor física. Como a animalidade, a loucura era sinal de humilhação e sofrimento.

Os loucos aparentemente mais furiosos eram expostos como animais ao público, para evidenciar a verdade e a virtude pela razão, eram também utilizados nas lavouras em substituição às bestas de carga.

Conseqüentemente, os loucos não requerem proteção. Como os animais, eles receberam da natureza o dom da invulnerabilidade. Nesse sentido, eles não precisam ser curados (a loucura não é doença), nem corrigidos (ela não é desvio). Para ser dominada, a loucura deve ser domesticada e embrutecida, pois a sua natureza é diferente da natureza do homem⁽⁴⁾.

É na segunda metade do século XVII que se iniciam os protestos dos internos não loucos (os mendigos, as prostitutas, os endividados, os libertinos,...) por estarem presos como uma massa indiferenciada, pois, com a animalidade, a loucura era símbolo de humilhação e injustiça para os internos, significando assim que apoiavam o internamento, porém, somente para os loucos.

Com a revolução burguesa e o surgimento de crises políticas, entretanto, o internamento sofreu mudanças e passou a ser visto como medida econômica inviável. Pois,

além da crítica política, com a crise econômica e a miséria, a sociedade acreditava que quanto menos numerosa uma população, mais pobre ela se tornaria, já que a produção seria mais escassa.

Nesse pensar, os internos precisavam ser absorvidos pela economia, uma vez que o internamento era desfavorável à mesma. Com isso, os internos pobres passaram a ser inseridos por questões econômicas na sociedade da qual haviam sido anteriormente excluídos, retornando ao convívio familiar e social, ao contrário daqueles que ainda representavam risco e perigo à sociedade, continuando coagidos, longe de desfrutarem a liberdade.

Assim, no final do século XVIII, a loucura era vista como ausência de liberdade, e o ato de trancafiar os loucos repressivamente apenas fazia aumentar sua loucura. Dessa forma, o internamento deixava de almejar a repressão e passava a buscar a libertação, o que, a princípio, contribuiu para o fim do internamento e o surgimento dos asilos.

Com a transformação do internamento em asilo, surgem alguns nomes⁽⁵⁾⁽⁶⁾ de destaque.

Evolução da assistência em saúde mental:

Um membro de uma associação protestante denominada Quacre destacou-se na Inglaterra, onde fundou, em 1792, um hospício em York, para prestar tratamento humanitário e religioso aos doentes mentais. Alimentava a proposta de um asilo moldado por uma comunidade religiosa, com o objetivo de reconstruir, para o interno, a idéia de uma família fictícia, a fim de ser vivenciado o meio familiar, uma vez que ele era considerado uma ameaça perigosa à verdadeira família.

Nessa simbologia familiar, o doente seria submetido, ao mesmo tempo, a um controle social e moral, nesse espaço a cura encontraria sentido nos sentimentos de culpa,

reconhecimento, humildade e dependência, caracterizados como controle moral da estrutura familiar.

Assim, os experimentos propostos⁽⁵⁾ objetivaram testar e julgar as reações que o doente projetava diante das influências e situações psicológicas operacionalizadas por seu modelo familiar e pela idéia de liberdade.

Pinel⁽⁶⁾, pioneiro no tratamento dos portadores de sofrimento mental, passou a se interessar pela psiquiatria em 1780, porém, somente por volta de 1786 tratou desses doentes. Foi médico no asilo de Bicêtre, quando esse local era destinado ao tratamento de transtornos mentais do sexo masculino e, também, na Salpêtrière, um asilo feminino que reunia, sem distinção, loucos e criminosos, mantidos acorrentados em celas baixas e úmidas, fossem ou não perigosos.

O tratamento nesse local baseou-se em medidas humanitárias em prol dos doentes, no intuito de libertá-los e tratá-los como doentes comuns, para isso, o médico⁽⁶⁾ utilizou-se de estudos e observações, a partir de seus comportamentos. Dessa forma, os transtornos mentais foram considerados como resultado das tensões sociais e psicológicas excessivas, de causa hereditária ou, ainda, originadas de acidentes físicos, desprezando a credence popular de que fossem resultado de possessão demoníaca.

Essa nova perspectiva de tratamento rompeu com a cadeia dos alienados, tornando-se a primeira a distinguir vários tipos de psicose e a descrever as alucinações, entre outros sintomas. Incluiu-se nessa terapia o contato próximo e amigável com o doente, a discussão de dificuldades pessoais e um programa de atividades dirigidas⁽⁶⁾.

Por outro lado, a principal função do asilo era homogeneizar a sociedade em nome da vontade burguesa como apenas um local de repressão, condenação, julgamento dos indivíduos, portanto, sem nenhuma prática terapêutica. Sua atuação deve ser ressaltada, pois foi em torno do tratamento moral como núcleo da nova prática e do novo saber que seu

trabalho foi valorizado. Buscou precursores da prática do tratamento para a cura dos alienados quando validou aspectos básicos desse tratamento, como a imposição de um sistema de regras ao alienado com o objetivo de controlar sua insensatez. Até então prevalecia o discurso do psiquiatra como o discurso da verdade em oposição ao erro do discurso do louco. Considerava-se a existência de um conflito entre o alienista e o alienado, sempre com a submissão do louco. O corpo deveria ser submetido, educado pelo exercício, e o trabalho seria a base desse processo. Era necessário construir uma idéia de vigilância e da imagem que se configurava pela presença do psiquiatra, essa imagem era um instrumento fundamental da terapêutica.

O gesto de liberar os loucos das correntes não propicia a inclusão desses num espaço de liberdade, mas os classifica e acorrenta como objeto de saberes, discursos e práticas na instituição da doença mental.

Acredita-se que essa intervenção⁽⁶⁾ sobre a loucura e o hospital representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital, transformando a instituição médica, não mais como social e filantrópica, mas sim como apropriação da loucura pelo discurso e pela prática médica.

Assim, buscou-se algumas considerações sobre as práticas médicas e o tratamento moral vistos como processo de normatização, similar ao processo pedagógico, no qual o ser errante, do mal, da natureza, o alienado, será submetido ao ser da cultura, o alienista. E um olhar sobre o louco como ser assubjetivado que teve sua dimensão humana reduzida, não é da ordem da cultura, por isso pode ser dominado e adestrado.

Na passagem do século XVIII para o século XIX a medicina, em relação à loucura, parece tornar-se um saber empírico⁽⁷⁾. Sem conseguir explicar a loucura na sua nosologia classificatória, sem conseguir demonstrá-la por intermédio da anatomia patológica, os

médicos se dedicam a considerar critérios morais, comportamentos e gestos dos insanos, compondo assim, sem ciência alguma, os quadros nosológicos da loucura.

Por esse caminho a medicina, ao incorporar a loucura para seu campo de reflexão, busca submetê-la aos seus princípios racionais, mas a loucura resiste, pois não se reduz ao seu sistema explicativo, não se explica pelos mesmos princípios racionais.

Com isso, há uma busca classificatória pelos psiquiatras, quando os mesmos descrevem detalhes sobre os alienados como um verdadeiro enquadramento nosográfico, em que se justificaria a enfermidade como essência. Dessa forma, a prática da cura era característica da medicina mental, o louco, enquanto objeto de um tratamento, devia passar por transformação de seus sintomas e alterações morais e, em função dessa demanda, a terapêutica estruturou o conhecimento psiquiátrico não cabendo mais um discurso genérico sobre a loucura. A demanda era transformar as individualidades loucas, núcleo das decisões, dos critérios do discurso teórico e da moral psiquiátrica, que se operava por uma prática transformadora: o tratamento moral.

O tratamento moral é visto como “Tudo o que possa agir sobre o cérebro, direta ou indiretamente, e modificar nosso ser pensante, tudo o que possa dominar e dirigir as paixões, será objeto do tratamento moral”⁽⁷⁾.

Percebe-se, também, que o tratamento moral incluiria toda a organização asilar, a ocupação do tempo e do espaço do alienado e também o preconizado pela rotina asilar. O tratamento moral visava submeter o alienado, retirando-o de seu mundo para enquadrá-lo num sistema de valores caracterizado pela medicina mental. Era uma luta entre o bem e o mal, na qual o psiquiatra, por meio de suas práticas, pela legalidade, vencia com suas regras, ferindo a auto-estima dos alienados, era uma tática do alienista, de seus auxiliares e de todo o sistema asilar.

Vê-se, então, o poder do alienista que se impõe e mostra sua força, na qual há relação marcada culturalmente, submetendo o louco ao médico e aos outros profissionais num movimento que rege o espaço do alienado e quebra os obstáculos ainda existentes nesse encontro.

Há reprodução de modelos, quando se pensa na primeira História da Psiquiatria⁽⁶⁾, com seus precursores, observa-se que esse passado foi muito valorizado também pela prática do tratamento moral. O que leva ao entendimento que a psiquiatria foi construída em torno do tratamento moral e que a medicina mental se identificava com essa prática terapêutica.

Ressalta-se a vivência de alguns estudiosos⁽⁸⁾, quando em 1885, estiveram em Paris, trabalhando com Charcot, na Salpêtrière, acreditando estarem ao lado de um grande médico, um gênio e um homem sério que conseguia abalar suas idéias e intenções.

Nessa época, era considerada uma arte discriminar uma doença mental de outra e diferenciá-las dos males físicos. Esse ato de diagnosticar e identificar doenças mentais específicas proporcionava imenso prazer com excitação intelectual aos estudiosos⁽⁸⁾. A histeria foi diagnosticada como verdadeira enfermidade, ao invés de refúgio de doentes imaginários, constatou-se, também, que esse mal acometia homens e mulheres, e se resgatou a hipnose das mãos dos curandeiros e charlatões, para aplicá-la de modo conseqüente ao tratamento de doenças mentais.

Impressionava e interessava muito ao pesquisador⁽⁸⁾ o modo e a cordialidade dispensada aos pacientes, o médico levava a sério o comportamento bizarro dos mesmos e buscava o entendimento eficaz para suas hipóteses, transmitindo que “a obediência submissa do cientista aos fatos não é adversária, mas a fonte é a servidora da teoria”⁽⁹⁾.

Percebe-se aqui, a defesa da prática acima da teoria, fato que se imprimiu na mente de Freud e o levou a se firmar na hipnose com grande interesse e crescimento progressivo de seus estudos, concretizando a psicanálise em 1890 e, em 1891, sob influência de Breur

evoluiu para o tratamento catártico por meio da fala, o que, por mais três decênios, o fez remodelar o mapa da mente, refinar a técnica psicanalítica, proporcionando relevante uso para os portadores de distúrbios da mente até os dias de hoje.

Foi depois da Segunda Guerra Mundial, com o retorno do crescimento econômico e da reconstrução social, época de movimentos civis e de intolerância para com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional, por diferentes vias, chega à conclusão que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado. Mediante vários movimentos constituídos e desenvolvidos em diversos lugares do mundo foi que se atingiu o ponto máximo no questionamento sem precedentes da ordem social contemporânea, influenciando decisivamente a ruptura do paradigma psiquiátrico construído ao longo dos anos. Houve, assim, na busca coletiva de criar uma sociedade mais livre, igualitária e mais solidária, acrescida da descoberta dos psicotrópicos e da adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições da psiquiatria, a descoberta de vários elementos que viabilizaram os movimentos de reforma psiquiátrica.

Com isso, firmemente, as características sociopolíticas de cada país e também seu sistema sanitário, junto ao papel outorgado ao manicômio, diferenciaram os rumos dessa reforma, que se vive agora.

Esse caminho leva a repensar, tal como feito diante das colocações na obra *O Homem e a Serpente*⁽¹⁰⁾, que desnuda a vivência de Basaglia e a transformação da prática e das Instituições psiquiátricas, que a doença mental, entre parênteses, forma encontrada por Basaglia, um dos primeiros médicos modernos a sugerir que as práticas em saúde mental deveriam se orientar por uma linha humanística, ao comparar sua vivência na prisão com as cruéis condições a que são submetidos os institucionalizados, os internos do hospital psiquiátrico. Vivência que aponta para um ideal de vida que perdura até os seus últimos dias: a transformação radical das práticas e das instituições psiquiátricas.

Essas novas idéias⁽¹³⁾ apoiaram-se no existencialismo⁽¹⁴⁾ radical, no herdeiro de uma fenomenologia que praticamente liquidava qualquer relação dialética entre sujeito e objeto, sempre atribuindo ao sujeito quase que a responsabilidade total pela construção de sentido ou de significado para as coisas ou para os fenômenos. Tudo partiria do sujeito, o que mais tarde tentaria aproximar essa perspectiva subjetiva combinando-a com o marxismo.

Falava-se em serialidade, em grupos que repetiam comportamentos condicionados por estruturas dominantes, mas se apontava também para a possibilidade de agrupamentos voltados para a construção da liberdade, do novo e de modos de convivência mais justos⁽¹⁴⁾.

Essa negação do *status quo*, e da reinvenção das políticas e das práticas em saúde mental resume-se na seguinte frase:

se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de “invenção da saúde” e de “reprodução social do presente⁽¹⁰⁾”.

Tal reflexão leva a pensar numa perspectiva fenomenológica, pela qual sai o objeto ontologizado da medicina, a doença, e entra em seu lugar o doente. Mas não um doente em geral, um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído, uma vez que inventar saúde implicava bem mais do que uma intervenção técnica e assim ligada à reprodução social do paciente. Por essa reprodução permeia a perspectiva de cidadania, pessoas com direitos de construir-se sobre uma necessidade, de preparar-se para fazer valer os próprios direitos.

Vê-se, assim, que se compartilha com a proposta de reforma das práticas e da instituição quando se busca sustentação sobre esse deslocamento de ênfase na doença para

centrá-la sobre o sujeito, um sujeito com enfermidade. Esse estudo⁽¹³⁾ oportuniza o pensar e o discutir sobre as práticas manicomiais e, também, os fortes movimentos que operaram sobre a sua inspiração, a nova instituição que estavam reinventando.

As práticas direcionadas ao sujeito concreto – não apenas marcado por uma biografia singular, mas também o seu corpo, sua dinâmica marcada por algum tipo de doença, sofrimento ou deficiência social, leva a se pensar que, ao colocar a doença entre parênteses, pode ser uma forma de quebrar a onipotência dos médicos.

A necessidade de colocar a doença entre parênteses significa a negação da aceitação da elaboração teórica da psiquiatria para responder pelo fenômeno da loucura e da experiência do sofrimento, significa realizar uma operação prático-teórica de afastar as incrustações, as superestruturas, produzidas tanto no interior da instituição manicomial, em decorrência da condição do estar institucionalizado, quanto no mundo externo em consequência da rotulação social do saber psiquiátrico⁽¹⁰⁾.

Ao se afirmar os direitos de cidadania dos doentes mentais, no contexto da Reforma Psiquiátrica atual, há necessidade de ir além da aparência de que a reforma necessária relaciona-se à necessidade de novos equipamentos e dispositivos de assistência. Trata-se, antes, de algo anterior, de uma crítica radical ao saber construído a partir do objeto “doença mental”. Há necessidade de se definir um “novo objeto” de conhecimento e de assistência: não mais o doente mental que necessita ser isolado para ser recuperado, mas uma pessoa diferente dos padrões culturais e que, ainda assim, pode ter direitos de cidadania, muito mais amplos do que as modificações nas instituições que tratam os doentes mentais. Nesse sentido, a reforma necessária não se restringe à criação de serviços abertos (Centro de Atenção Psicossocial), mas está relacionada à crítica do saber médico-psiquiátrico, inclusive da forma de construção desse saber, que estrutura todas as práticas assistenciais psiquiátricas.

Nesse novo paradigma político, social, científico e assistencial, instituído pela Reforma Psiquiátrica, a cidadania é o instrumento central de abordagem terapêutica, é a meta a ser atingida.

Assim, acredita-se na necessidade de uma nova formação e conscientização dos profissionais, uma vez que a transição paradigmática aumentou o nível de conhecimento, serviu e serve muito e traz à luz reflexões de grande valor, mas não contempla a humanização, a singularidade do sujeito, o seu sofrimento.

Compreende-se que serviços abertos e utilização de determinadas técnicas ou recursos terapêuticos não asseguram direitos de cidadania para os portadores de transtornos mentais. A complexidade do conceito de cidadania expressa-se “[...] por um processo ativo de ampliação da capacidade de todos, e de cada um, agirem de modo livre e participativo”⁽¹⁵⁾, o que permite e compõe a idéia de loucura/doença mental não mais como defeito, falha ou desqualificação.

Há, assim, uma nova ética no cuidado, não mais o isolamento e a classificação, mas a inclusão, o acolhimento, a compreensão e a ampliação da cidadania. A superação das práticas repressivas e excludentes, características do modelo de atenção psicossocial, é algo bastante abordado no discurso do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira⁽¹¹⁾. Entretanto, a constituição das redes de serviço extra-hospitalares apenas favorece, mas não garante a execução desse projeto.

Acredita-se que, para acontecer a inclusão “dos portadores de sofrimento mental” como cidadãos, no processo terapêutico e na sociedade, é necessário ir além da reorganização da rede de serviços e da substituição de técnicas terapêuticas. Há necessidade de que os trabalhadores de saúde mental conheçam também sua condição de cidadania: sujeitos integrantes de um quadro institucional, saber e práticas psiquiátricas, que representam na história um mecanismo de controle social.

Dessa forma, podem se perceber também como agentes de mudança, na medida em que não permanecerem no papel de agentes de opressão e de exclusão, sem essa consciência das contradições de sua prática, a assistência tende a reproduzir essa prática apenas em locais diferentes dos hospitais psiquiátricos⁽¹²⁾.

Sabe-se, então, que a construção elaborada pela psiquiatria sobre o louco é reproduzida pela sociedade, com tendência a ser facilmente assimilada como verdade inquestionável pelas famílias, escolas, comunidades, sociedade e culturas, direcionando a conduta das pessoas para com os loucos, que passa a ser a mesma produzida e adotada pela psiquiatria dia após dia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estes estudos levaram à reflexão a respeito das conquistas no campo da reforma psiquiátrica, conduzindo para novos modelos de cuidar. Possibilitou novo olhar para estabelecer vínculos afetivos, promover maior autonomia possível, respeitar as pessoas na sua individualidade e singularidade, estimular a reintegração com a comunidade e criar oportunidades para os portadores de sofrimento mental.

Além dos muros institucionais, reais ou simbólicos, permite-se a reconstrução da autonomia social e de conquista da verdadeira cidadania, pelos que sofrem mentalmente.

Identifica-se que não se pode levar em consideração apenas a sociedade que exclui os portadores de transtorno mental, mas atentar também para a subjetividade e as limitações decorrentes do discurso e práticas institucionais, que tiveram como centro “a perda de identidade dos sujeitos adoecidos mentalmente, bem como desconsideração do desejo e do ser enquanto cidadãos”.

A travessia do Caminho da Loucura e a Transformação da Assistência passam por um novo olhar, configurando-se numa assistência mais ampla, integral, contínua e humanizada.

É a construção do cuidar com os olhos do coração e da alma com o intuito de lidar com a história que transformou a psiquiatria e os que sofrem mentalmente, é considerar que o cuidado perpassa pelo cotidiano de suas vidas, é no reconhecimento das diferenças que pauta “o novo olhar e o cuidado” com os portadores de transtorno mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Novinsky A. A Inquisição. São Paulo: Brasiliense; 1986.
- 2 - Szasz T. A Fabricação da Loucura. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- 3 - Foucault M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- 4 - Pereira J F. O que é Loucura. São Paulo: Brasiliense; 1985.
- 5 - Tuke S. Complexidade e invenção. In: Amarante P. O homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 27-32
- 6 - Pinel P. In: Amarante P. O homem e a serpente. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 27-32.
- 7 - Birman J. A Psiquiatria como Discurso da Moralidade. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
- 8 - Freud S. Obras completas. Rio de Janeiro: Imago; 1977.
- 9 - Gay P. Obras Completas de Freud. Rio de Janeiro: Imago; 2004.
- 10 - Amarante P. O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
- 11 - Amarante P. Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995; pg. 51 - 85.
- 12 - Amarante P. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003.
- 13 - Basaglia F. A Instituição Negada - Relato de um Hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
- 14 - Sartre JP. Os primeiros movimentos de reforma psiquiátrica (I). In: Desviat M. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 41-2.
- 15 - Bezerra B Jr Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Bezerra Jr B, Amarante PD, organizadores. Psiquiatria sem hospício. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 113-26.

Recebido: 07/2007

Aprovado: 06/2008