



Loucura, Manicômios e Psiquiatria: um estudo histórico, social e político

DOI: 10.5281/zenodo.17065046

Bruna Furlan Doná^a, Felipe de Barros Santos^b, Livia Maria Frazão Dias Girardi^c, Daniela Emilena Santiago^d, Ana Carolina Carvalho Aguiar Fulaneto^e, Sara Mexko^f

a Graduada em Psicologia pela Unip, campus Assis. E-mail: brunafurlandona@outlook.com

b Graduado em Psicologia pela Unip, campus Assis. E-mail: felipedebarrossantoss@gmail.com

c Graduado em Psicologia pela Unip, campus Assis. E-mail: liviafrazao@hotmail.com

d Docente do curso de Psicologia da Unip, campus Assis. E-mail: daniela.oliveira1@unip.br

e Docente do curso de Psicologia da Unip, campus Assis. E-mail: ana.fulaneto@docente.unip.br

f Docente do curso de Psicologia da Unip, campus Assis. E-mail: sara.mexko@docente.unip.br

Resumo

O presente texto, de natureza teórica, constitui uma reflexão sobre o desenvolvimento histórico, social e político que foi sendo estruturado em torno dos atendimentos conferidos para aqueles que apresentam sofrimento psíquico, considerando a realidade observada na Itália e sobretudo enfatizando a perspectiva do Brasil. O mesmo foi elaborado com base na leitura de livros e artigos sobre a temática e orientou a reflexão teórica de forma a compreender que as mudanças do padrão asilar e fechado ao atendimento em rede psicossocial praticado hoje. Foi possível inferir que há avanços significativos na atenção em saúde mental mas que há ainda vários outros elementos que carecem de aprimoramento visando a consolidação de práticas humanizadas em saúde mental no Brasil.

Palavras-chave: Loucura, Manicômio, Rede de Atenção Psicossocial.

Abstract

This theoretical text reflects on the historical, social, and political developments surrounding the care provided to those experiencing mental health distress, considering the reality observed in Italy and, above all, emphasizing the Brazilian perspective. It was developed based on reading books and articles on the subject and guided the theoretical reflection to understand the shifts from the closed asylum-based standard of care to the psychosocial network practiced today. It was possible to infer that significant advances have been made in mental health care, but that several other elements still require improvement to consolidate humane mental health practices in Brazil.

Keywords: Madness, Asylum, Psychosocial Care Network.





INTRODUÇÃO

O presente manuscrito é um recorte do trabalho de conclusão de curso defendido pelos autores no curso de Psicologia da Unip de Assis-SP no ano de 2024 e intitulado “Arthur Bispo do Rosário: do louco ao artista”. Nele, foi realizada uma reflexão sobre a produção de Arthur Bispo do Rosário compreendendo sua produção artística como representativa das várias fases dos delírios que apresentou ao longo de sua vida.

No presente texto, no entanto, apresentamos trechos atrelados a revisão de literatura do trabalho supra citado, sendo esse um item em que foi realizada uma revisão histórica sobre as formas pelas quais a loucura foi sendo compreendida ao longo dos anos no Brasil e em outras partes do mundo. De forma análoga também há uma apresentação dos dispositivos que foram sendo instituídos para a atenção do louco no país.

O percurso histórico orienta a discussão para a contemporaneidade visando caracterizar os serviços que hoje são atrelados à saúde mental de maneira a viabilizar um saber a respeito dos dispositivos que atendem pessoas que experenciam os mais variados sofrimentos psíquicos. No mesmo intento, há indicações daqueles atendem casos atrelados a dependência de substâncias psicoativas das mais variadas formas e naturezas.

Por conseguinte, a composição desse texto foi estruturada em leitura e sistematização de artigos e livros que abordam a temática. No decurso do mesmo há, por conseguinte, dois tópicos de estruturação sendo que no primeiro há a composição de elementos que demarcam o desenvolvimento histórico das ações em saúde mental na Itália, e, na sequência, no tópico subsequente, há o direcionamento aos eventos que demarcaram as ações em saúde mental no Brasil.



A ênfase da narrativa do presente dispositivo recai no entendimento de que fatores econômicos, sociais e políticos foram e são estruturantes das ações em saúde mental e aqui retratadas. Assim, ainda que valendo-se de eventos que qualificam a história aqui recomposta de maneira linear, para uma compreensão em torno de um contínuo, a mesma traz em seu bojo informações que precisam a influência de fenômenos afins na constituição de ações em prol da saúde mental bem como do entendimento estruturado em torno do louco.

Esse tema interessa a todos que estudem, pesquisem e trabalhem com saúde mental de forma direta ou transversal mas instiga toda a sociedade a pensar sobre a forma com que temos nos relacionado com o diferente, com aquele que foge e fere padrões sociais de vida mas que incorpora também outras formas de existir e (re)existir.

MANICÔMIOS E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Discorrer sobre hospitais psiquiátricos incorre, invariavelmente, em abordar o tema da loucura e como ela foi entendida durante as épocas, assim como sua relação com o surgimento dos hospitais psiquiátricos - antigos manicômios. Dessa maneira, portanto, faz-se necessário uma breve introdução sobre as origens das relações da sociedade com a saúde mental.

Sendo assim, Pessotti (1994) dividiu, partindo de análises de manuscritos de diferentes momentos da história, os períodos e as respectivas visões sobre a loucura em: antiguidade clássica, de forma a incluir até os pensadores gregos; séculos XV e XVI, compreendendo a idade média, sua relação com a religião e sua doutrina demonista da loucura; séculos XVII e XVIII, com foco na percepção médica da alienação mental e, finalmente, o século XIX – século dos manicômios.

Percebe-se, portanto, uma linha cronológica que guia nosso trabalho em direção à compreensão do fenômeno em diferentes épocas. Perpassando estes períodos, na antiguidade clássica, tínhamos uma divisão, entre os pensadores, de três pontos de vista, com seus principais nomes sendo Homero, Eurípedes e Hipócrates e Galeno (Ramminger, 2002).

Por parte de Homero, obtinha-se uma visão mítico-religiosa, ou seja, envolvendo a religião da época e, dessa maneira, a loucura seria uma



intervenção divina. De outro lado, Eurípedes leva a discussão para um lugar mais psicológico-passional, trazendo o ponto central para o homem, não mais os deuses, uma vez que a loucura seria postulada como produto dos conflitos dos sujeitos.

Por fim, temos Hipócrates e Galeno como precursores de uma visão somática, também chamada de organicista, e essa, como percebe-se nos dias atuais, perdurando de forma mais incisiva na sociedade. Dentro deste recorte, percebe-se uma diversidade de hipóteses que se colocavam, em um ambiente restrito, de acordo com o andamento do processo histórico.

Perpassando os séculos XV e XVI, temos um momento histórico marcado pelo domínio da igreja católica em diversos assuntos na sociedade. Dessa maneira, a influência da igreja fez com que houvesse uma consolidação desta instituição como grande órgão assistencialista. (Santos, 2015).

A percepção da instituição, dessa maneira, abarcava apenas duas possibilidades: a possessão e a obsessão. Portanto, dentro desse modelo, a loucura não teria outra razão de ser senão uma obra do diabo, seja por uma iniciativa do próprio, ou por pedido de uma bruxa (Rammingier, 2002). Sendo assim, o indivíduo louco estaria ou dominado pelo ato demoníaco de tomar seu corpo, ou pelo ato de acompanhar e provocar alterações na percepção dos sujeitos.

Está evidente que a teoria diabólica da loucura foi deixada de lado pelos estudiosos da loucura, por mais que a igreja permaneça como uma norteadora do pensamento de muitos sujeitos atualmente. Para demarcar, no contexto brasileiro, a importância da igreja é o fato de que grande parte dos asilos, que prestavam serviços no sentido de, naquela época, retirar os loucos de circulação para que a ordem social não fosse abalada.

No entanto, posterior a este período, temos um retorno às ideias de Hipócrates e as razões somáticas são postas como o fator preponderante, a loucura, assim, seria relacionada com disfunções nas funções superiores do indivíduo. A partir deste momento, algo que será apresentado posteriormente neste trabalho e que guarda relação intrínseca com a produção de Bispo do Rosário, é colocado como marca da loucura: o delírio.

Dado essas mudanças de pensamento, entramos no período chamado de Alienação, e Pinel aparece como marco a partir da publicação, em 1801,



de seu *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*, ou *Traité*, e, assim, há o surgimento da Psiquiatria como especialidade médica (Ramminger, 2002). Para Pinel, a alienação (loucura) seria definida por um desarranjo das funções mentais.

Interessante, também, é a inferência de Roudinesco (1998), que afirma que após da derrocada do universo da religião e da magia, o fenômeno da loucura começou a ser abordada a partir de três maneiras:

[...] a primeira consiste em introduzi-la no quadro nosológico construído pelo saber psiquiátrico e considerá-la uma psicose (paranoia, esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva); a segunda vida elaborar uma antropologia de suas diferentes manifestações de acordo com as culturas [...] a terceira, finalmente, propõe abordar a questão pelo ângulo de uma escuta transferencial da fala, do desejo, ou da vivência do louco (psiquiatria dinâmica, análise existencial, fenomenologia, psicanálise, antipsiquiatria). (Roudinesco, 1998, p. 478).

Dessa forma, é por este panorama histórico, e que, como todo processo histórico, foi sendo construído e modificado de acordo com os contextos sociais e situações encontradas em seu caminho, que a concepção de loucura sofreu, e sofre, mudanças no decorrer do tempo. Decorrente disso, surge, com Pinel, o entendimento clínico da loucura, uma vez que o foco deste período passa a ser o tratamento e o diagnóstico da loucura (Lima, 2014). Este, portanto, será pautado em um processo que necessita de observação prolongada, rigorosa e sistemática das mudanças biológicas, mentais e sociais dos indivíduos.

Dito isso, percebe-se o deslocamento feito no século XIX na consideração da loucura como uma doença e que necessitaria da intervenção médica, e assim também, para uma preocupação com o como resolver, de forma mais sistematizada, o problema posto. Portanto, “A loucura passa a ser objeto de uma percepção mais médica e as práticas a respeito dos insanos começam a diferenciar-se das que se destinam aos outros reclusos” (Castel, 1978 *apud* Engel, 2001, p. 89).

Dessa forma, cria-se uma especificidade, dentro da própria medicina, o que vem ser a Psiquiatria, e dessa maneira, um novo significado para a loucura.



A medicalização não significaria apenas “a simples confiscação da loucura por um olhar médico”, mas, principalmente, a “definição, através da instituição médica, de um novo status jurídico, social e civil do louco”, transformando-o em alienado e fazendo da loucura uma “problemática indissociavelmente médica e social. (Castel *apud* Engel, 2001, p. 90)

Sendo assim, diante deste ambiente de medicalização e de exclusividade da medicina, surge um questionamento importante: qual seria o espaço denominado para o tratamento necessário para esses sujeitos?.

Era necessário debater este tema, uma vez que nos anos e séculos anteriores não se impunha a demanda de um local específico para o alojamento dessas pessoas, como podemos ver na existência de, por exemplo, asilos e Casas de Misericórdia, instituições ligadas intrinsecamente à igreja católica, e que apresentavam o objetivo de apenas tirar de circulação os indesejados da sociedade.

A resposta para essa indagação foram os manicômios, se colocando como parte essencial e indissociável ao tratamento da loucura. Esses locais seriam, então, antros do pensamento iniciado por Pinel, e assim, forneceriam assistência médica aos que necessitasse.

No entanto, o que se impôs foi uma visão semelhante à dos asilos, um entendimento moral do tema, ou seja, a loucura posta como um excesso ou desvio moral e assim, seu tratamento visou a modificação das afecções afetivas e paixões morais (Rammingner, 2002). Assim, o médico, como nos coloca Pessotti (1996, p.128), se torna ordenador não só da vida (psíquica) do paciente, mas também o agente da ordem social, da moral dominante.

Assim, os locais de internação cresceram de forma pujante na Europa - principalmente França - no entanto, o que aconteceu foi uma utilização de práticas abusivas e de repressão, diferentemente do que era proposto, e assim, decorrente dessas condutas, irrompeu um interesse nas explicações organicistas, o que levou o tratamento para um molde de medicalização, em que o que deveria ser considerado são as condições orgânicas, até mesmo anatômicas, da loucura. (Rammingner, 2002)

Neste momento, o manicômio, pautado no modelo organicista predominante da psiquiatria, volta ao papel instituído nos asilos e vai contra os princípios de tratamento terapêutico, consolidando-se como uma ferramenta de segregação social. (Lima, 2014).



Partindo de todo este histórico da loucura e chegando no período em que os manicômios tomam parte fulcral, temos que este, evidentemente, tem funções diferenciadas dentro de sua historicidade e, assim sendo, autores discorrem sobre as formas como isso se mostrou.

Logo, como mencionado brevemente, a mais antiga atribuição dos hospitais psiquiátricos é a de reclusão dos loucos, conjuntamente com outras minorias, de forma a isolá-los em prédios, mantidos ou pelo poder público, ou por forças religiosas (Lima, 2014)., ou seja, os asilos e as casas de misericórdia.

Posteriormente, as intenções se voltam para instituições hospitalares e, assim, com finalidade de tratamento médico. No entanto, com profissionais não especializados e não preparados para o devido processo, sendo ministrado, muitas vezes, por religiosos (Ramminger, 2002). Dentro do contexto europeu, principalmente na França, instituições seguiam modelos tradicionais, como a Salpêtrière e Bicêtre (1656), instituições que compunham o Hospital Geral de Paris, e que, segundo Desviat (1999), apenas a Salpêtrière, atingiu um número de hospitalização de oito mil pessoas pouco depois da sua inauguração na cidade de Paris.

Assim, tomando a França como exemplo, se consolidou o modelo do Hospital Geral que, de acordo com explicações apresentadas por Foucault (2010), trabalhava em conjunto com as forças policiais e jurídicas da época, o que evidencia seu papel como depósito de pessoas não desejadas ao convívio social pelo judiciário ou pelo próprio Rei. Acrescenta:

De saída, um fato é evidente: o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semi jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. (Foucault, 2010, p. 57)

Como informação, as condições encontradas nestas instituições eram degradantes e se utilizavam de modos de repressão tais como cadeias, e sobre as condições, o psiquiatra Frances Jean-Étienne Dominique Esquirol relata:

Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, infectados, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes,



e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais. (Esquirol, 1838 *apud* Foucault, 2010, p. 49)

Em um momento adiante, surgiram instituições, no século XIX, que faziam o acolhimento de pessoas especificamente doentes mentais, estes foram nomeados, pela primeira vez, manicômios, entretanto, muitos dos pacientes não apresentavam diagnósticos de doença mental (Lima, 2014). Assim, da mesma forma dos Hospitais Gerais, na França, as condições se mantiveram, como atestamos através de Arbex (2013), em que os pacientes comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, eram espancados, morriam de frio, de fome, de doença.

Por fim, entende-se a função social dos manicômios como disciplinador de corpos e comportamentos, tendo, como objetivo maior, atender aos padrões civilizatórios e morais da modernidade, livrando o resto da sociedade dos sujeitos tidos como desprezíveis e indesejados pela maioria (Lima, 2014).

Logo, a fim de legitimar a sua função e necessidade, tornou-se necessário, a partir da propagação sistemática dos manicômios na sociedade, uma forma de pensamento que corroboraria esse movimento. Ramminger (2002) nos mostra que, não por coincidência, as ideias sobre a razão, de Descartes, a Revolução Francesa, a consolidação da forma Estado e o marco capitalista da Revolução Industrial forneceram apoio ao modelo manicomial.

Dentro deste contexto de exclusão, os pensamentos cartesianos influenciaram de forma fulcral no sustentáculo da ideologia do internamento. Descartes conclui que o pensamento é condição para a existência, e conseqüentemente, pré-condição para o cuidar de si próprio, dessa maneira, a loucura se pauta, neste momento, na “desrazão”.

Marcante, neste pensamento, é o afastamento da loucura do lugar de erro ou de sonho, uma vez que a loucura não pode ser questionada pela razão. Dessa forma, se pensar é existir, logo, o louco não pode, então, Ser.

Tratando da Revolução Industrial, percebe-se uma mudança no sentido de uma sociedade, agora, construída pelos homens e pela razão e sua valorização, e de acordo com Pitta (1996 *apud* Vasconcellos, 2008, p.50): “[...] a proteção da sociedade, calcada na ideia de periculosidade do louco, e a proteção do doente, asserção que os extremos da curva de normalidade necessitariam de assistência”.



É evidente, portanto, a ideologia presente no período e a sua contribuição para a validação da existência e, também, das práticas dentro dos manicômios, a partir de uma desvalorização da desrazão e de uma necessidade, decorrente desta, de assistir estes sujeitos não dotados de capacidades. (Lima, 2014)

Dessa maneira, como nos coloca Pessotti (1996), o século XIX é tido como *século dos manicômios*, ou seja, o modelo predominou e se alastrou sob a Europa de forma a constituir o meio principal de tratamento da loucura. Além disso, o manicômio foi considerado a mais efetiva das possibilidades e suas práticas, desumanas e degradantes, foram entendidas como mal necessário, e assim, mesmo com questionamentos de alguns setores, continuou sua existência e função. (Ramminger, 2002)

Portanto, percebemos, a partir de um processo histórico, o entendimento da sociedade e de pensadores sobre saúde mental em diferentes épocas, a formação dos hospitais psiquiátricos e as funções às quais era designado, a medicalização da doença e, conseqüentemente, a psiquiatria como detentora do saber teórico e prático sob a mesma, além de interesses políticos e econômicos que levaram a experiência manicomial como foi posta.

Dado o exposto, reconhece-se que o conceito de loucura, assim como o estigma sobre ele, recebeu mutações durante as épocas, no entanto, o que prevaleceu foi a visão, com o apoio teórico dos ideais cartesianos, da não razão do louco. Dessa forma, o sujeito da desrazão necessitava de assistência, ou controle, o que levou a instituição dos recintos psiquiátricos como local de reclusão destes sujeitos.

A necessidade de manter essas pessoas e de curá-las, fez com que modos de tratamento fossem necessários, e com respostas a isso, foi atribuído aos profissionais médicos a tarefa de elaborá-los, surgindo assim, uma especialidade para os trabalhadores que cuidassem dos loucos: a psiquiatria.

No entanto, o apresentado foi uma instituição que foi utilizada para retirar da sociedade sujeitos de comportamentos tidos como não desejados e, dessa maneira, o tratamento não foi, de forma geral, a preocupação que levou ao aumento das instituições psiquiátricas.



A lotação e preocupação apenas na retirada de circulação de pessoas fez com que os manicômios se tornassem locais inóspitos e insalubres para os residentes. Logicamente, esse modelo foi trazido para o Brasil, e é nesse contexto que Bispo viveu durante um grande período de sua vida e obra. Cabe, portanto, uma explicação mais detalhada sobre a situação brasileira, assim como seu desenvolvimento e modificações ao longo dos anos.

O CONTEXTO BRASILEIRO E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Discorreremos, de forma abrangente, sobre a criação, a função, a manutenção e as práticas dos manicômios fora do Brasil, especialmente no contexto europeu. No entanto, urge, devido ao objeto e aos objetivos do trabalho, uma revisitação dos processos brasileiros, marcado por instituições, movimentos populares, contradições, derrotas, vitórias e lutas. Para compreender o momento, é preciso que se aborde o modelo vigente da psiquiatria no período que trataremos, diga-se a década de 70. No entanto, para que haja o entendimento real faz-se necessário retroagir aos anos de 1940 e realizar uma análise, mesmo que breve, deste momento.

Dessa maneira, o recém fundado, estruturado dentro do Ministério da Educação e da Saúde, Serviço Nacional de Doenças Mentais - SNDM - era assumido por Aduino Botelho, figura marcante na psiquiatria da época. Neste momento, predominavam os hospitais públicos no país, com 80,7% dos leitos destinados a pacientes de saúde mental. (Paulin; Turato, 2004)

Esse número demonstra como o paradigma vigente era orientado pela política macro-hospitalar pública como instrumento primordial de intervenção sobre a doença mental, assim como sua representação era por meio dos asilos, como os de Juqueri e o Hospital Nacional dos Alienados, em São Paulo e Rio de Janeiro, respectivamente.

A partir do decreto-lei 8.550, de 3 de janeiro de 1946, essa pujança do público sobre o privado se estendeu, uma vez que permitia ao SNDM realizar convênios junto aos governos estaduais para que fossem construídos os hospitais psiquiátricos. Partindo dessa ação, permitiu-se que a construção de



hospitais públicos tivesse um surto e, assim, diversos estados brasileiros obtiveram os seus, muitas vezes precarizados e distantes dos centros urbanos, e em características de hospitais-colônias. (Paulin; Turato, 2004)

Silvio Yasui (2010), por exemplo, que já foi trabalhador de Juqueri, nos conta que devido ao processo de urbanização e industrialização de São Paulo, fez com que fosse necessário resolver a situação dos “loucos” que se encontravam dentro das cadeias da cidade e, assim, a resolução foi a criação, em 1898, do Hospício de Juqueri, para cumprir a função de legitimar o ato de excluir dos sujeitos indisciplinados. Ora, não haveria como, por lógica, um lugar fundado para retirar da sociedade os indesejáveis, proporcionar espaço e práticas que não fossem precarizadas e impróprias para o tratamento de pacientes de saúde mental.

Sendo assim, o paradigma brasileiro visava o público e tinha uma visão preventiva, acreditando que os asilos só poderiam ser erradicados após a erradicação da própria doença mental. (Medeiros, 1977). Esse momento se faz importante para a compreensão de que a psiquiatria no Brasil ainda procurava o seu lugar e o encontrou dentro dos Hospitais, sendo seu espaço principal de atuação.

Por fim, a herança de Aduino Botelho no comando do serviço a ele concedido foi o de 16 mil novos leitos psiquiátricos, os quais não reduziram, de forma alguma, o problema vigente, o que ficou evidente na década a frente com a situação de descaso dos hospitais e a superlotação, como a de Juqueri, que abrigava 13 mil doentes. (Paulin; Turato, 2004)

Assim como na Europa, a função dos hospitais era o de excluir os sujeitos que não se adequavam às normas sociais vigentes na sociedade da época e, no Brasil, o público é quem comandava este processo. No entanto, a modernização chegava, o liberalismo se impunha política e economicamente e, com eles, reivindicações de melhor qualidade nos serviços. Dessa forma, entra em cena o hospital psiquiátrico privado.

Expomos, portanto, um período em que o modelo público teve o monopólio dos espaços tidos como para sujeitos de saúde mental, assim como a inflação no número de hospitais públicos existentes. Porém, ao mesmo tempo em que cresciam os hospitais públicos, cresciam também os privados, e é esse movimento que será discutido.



Sampaio (1998), por exemplo, nos mostra um panorama entre 1941 e 1961. Sendo assim, em 1941, o número de hospitais psiquiátricos era de 62, 23 eram públicos e 39 privados, no entanto, como já dito os 80,7% dos leitos eram públicos. Já em 1961, o número subiu para 135, 54 públicos e 81 privados, contudo, iniciou-se um movimento de crescimento de leitos privados em relação aos públicos. (Nascimento,1991).

Não nos apressaremos no assunto, todavia, por menor que fosse a neste momento, a tendência de crescimento que o modelo privado teve e que se confirmou no anos 80, como o número de leitos privados representando, neste momento, 70,6 dos leitos enquanto os públicos caíram para 29,4%. (idem, ibidem) O paradigma tinha mudado.

Fica evidente a inversão total de modelos, e, obviamente, ela tem explicações, e esta mostra-se na política do governo militar de 1964. Temos que a partir do golpe de 64 o intervencionismo em relação à regulação e execução dos mecanismos de acumulação capitalista, contrastando com o modelo desenvolvimentista anterior e que mantinha ligação com setores sociais. (Paulin; Turato, 2004)

Firmou-se, portanto, uma aliança forte entre o Estado brasileiro e os capitalistas nacionais e internacionais. No entanto, apenas o apoio destes não sustentaria o golpe, e, dessa forma, visando uma legitimação junto ao povo, a alternativa encontrada foi a de ampliar a cobertura previdenciária para pessoas que antes não possuíam.

A inversão do paradigma, ou seja, a contratação dos serviços privados e a ampliação da cobertura previdenciária, interferiram na área da saúde mental no país, ou seja:

[...] o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura à massa de trabalhadores e seus dependentes. Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender a demanda. (Rezende, 1987, p. 60).

Portanto, vemos que o governo da época apresentou medidas para a inserção, do cada vez mais interessado, devido à visão de um setor fácil em



relação à montagem, pouco qualificado e sem sofisticação tecnológica, mercado privado. (Amarante, 1995)

Ponto importante foi a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a mudança com relação a prestação de serviços que o sucedeu devido a uma disputa interna de correntes em que a que via a terceirização dos serviços saiu vencedora, o que beneficiou mais ainda os hospitais privados, e rendeu a nomeação, por Oliveira (1986), de “privilegiamento do produtor privado”.

Está evidenciado o movimento; com as mudanças no setor previdenciário do país houve uma maior contemplação da população em termos de assistência médica, aumentando, assim, a demanda. Dessa forma, os hospitais privados procuraram firmar convênios com a Previdência Social tomando a significância dos hospitais públicos para si. Levando em conta a situação calamitosa que viviam os hospitais públicos na época, empresários do ramo de saúde introduziram o questionamento sobre a capacidade deles. Ora, se o público não é efetivo no tratamento das doenças, se encontra superlotado e inadequado, investir em hospitais menores e que proporcionam tratamentos personalizados e internações de curta duração era uma escolha óbvia à população conveniada. (Paulin, 1998)

A situação nos hospitais era calamitosa e urgente e Cerqueira (1984) nos traz os dados. Segundo ele, a população hospitalar total aumentou em 20% (60% rede privada), 51% em primeiras admissões (84% particular), 48% em readmissões (98% privado) e 45% de crescimento em “leitos-chão”, ou seja, um excedente pacientes internados (1040% no particular).

A INFLUÊNCIA PREVENTIVISTA

Encampamos agora o campo ideológico que influenciou a psiquiatria no início dos anos 1970, e que se colocou em contraposição ao modelo privado de tratamento em saúde mental que vinha se instalando no país, sendo assim, estamos falando sobre a visão preventivista da psiquiatria tanto europeia quanto americana.

Um marco a ser demonstrado nesse sentido é da ocorrência do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria e, partindo deste evento, a declaração de



princípios de saúde mental, o qual evidencia a influência do modelo. Assim, a declaração apresentava dez itens, sendo eles:

01 - Direito e Responsabilidade: A saúde mental é um direito do povo. A assistência ao doente mental é responsabilidade da sociedade.

02 - Integração: A doença mental, fazendo parte do ciclo vital da saúde e doença, impõe que os serviços de assistência psiquiátrica modelados às necessidades do indivíduo, se insiram e se integrem na rede de recursos de saúde da comunidade.

03 - Reorganização: A integração dos fatores físicos, psicológicos e sociais na gênese e na eclosão das doenças mentais, na terapêutica e na recuperação dos doentes mentais, é elemento importante na caracterização das necessidades regionais, na mobilização de recursos e na implantação de serviços.

04 - Recursos de todos para todos: Os recursos técnicos, administrativos e financeiros da saúde mental da comunidade devem ser integrados e estruturados de modo a oferecer o uso racional e global a todos os indivíduos e grupos.

05 - Prevenção: Os serviços de saúde mental devem promover a proteção e a assistência ao homem, desde o nascimento, e serem orientados no sentido preventivo.

06 - Conscientização: A educação do público, seja através da escola, seja através dos veículos de comunicação, deve ser efetivada no sentido de seu esclarecimento a respeito das doenças mentais e de sua assistência.

07 - Formação de Pessoal: Programas de recrutamento, formação e treinamento de pessoal técnico devem ser mantidos para a formação de equipes terapêuticas multiprofissionais.

08 - Hospital Comunitário: Os hospitais devem ser reestruturados no sentido de promover a pronta reintegração social do indivíduo, oferecendo-lhe serviços diversificados e um ambiente terapêutico dinamicamente comunitário, como medida eficaz contra a institucionalização.

09 - Serviços extra hospitalares: As técnicas e recursos terapêuticos de orientação comunitária devem ser enfatizadas para que se evite o uso abusivo do leito hospitalar.

10 - Pesquisa: As pesquisas básicas e, sobretudo as aplicadas fundamentalmente para o contínuo aperfeiçoamento da técnica, devem ser estimuladas por todos os meios (Giordano Jr., 1989, p. 141-2).

Percebemos, pelos tópicos da declaração, um empenho em trazer a doença mental para a sociedade de uma forma humanizada e ligada à comunidade, fazendo com que a rede de assistência fosse mais completa e contemplasse a comunidade como um todo. Além disso, a proposta de reestruturação dos hospitais é de extrema importância, uma vez que os hospitais não apresentavam as condições tanto estruturais quanto técnicas de fornecer tratamentos e reinserção social para seus pacientes, assim como a preocupação com o posterior à saída do sujeito do espaço de tratamento.



No entanto, a situação no país era alarmante, mais de sete mil pessoas estavam internadas em “leitos-chão”, ou seja, sem camas, além do fato de que os hospitais não tinham profissionais especializados no tratamento de saúde mental. Conseqüentemente, o tempo de permanência médio dos internos, em casos graves, rondava os sete meses e as taxas de mortalidade eram seis vezes maiores que nos hospitais especializados em outros tipos de doenças. (Paulin; Turato, 2004)

O momento difícil da assistência, o déficit financeiro ocasionado pela política de previdência ligada aos hospitais privados, criou a necessidade de que os órgãos competentes atuassem de forma incisiva, e, como resposta a isso, no ano de 1968, no estado da Guanabara, foi criada a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos - CPAP - cuja tarefa seria de estudar as dificuldades enfrentadas pela assistência psiquiátrica. (idem; ibidem)

O grupo, que contava com figuras como Luiz Cerqueira, providenciou uma análise pormenorizada do quadro de saúde mental brasileiro visando um melhor entendimento e, assim, melhoria na qualidade dos serviços. Do relatório tirou-se que a conjuntura era crítica, e como esperado, devido às políticas de governo, os hospitais se postavam como o único agente, e os ambulatorios funcionavam apenas com a função de produção de laudos para internações. Porém, além do desvelar do contexto em que se encontrava, propostas de melhorias foram confeccionadas, cuja base se encontrava na psiquiatria comunitária americana.

O documento teve repercussão e a, grande parte da comissão, foi convidado, pela Secretária de Assistência Médica do INPS, a revisitar e reformular as bases da assistência psiquiátrica no Brasil. Esse foi o passo para o que foi um marco de mudança, e consagração de um novo modelo, na assistência, ou seja, o *Manual de serviço para a assistência psiquiátrica* (Vaissman, 1983; Cerqueira, 1984).

Este manual foi aprovado em 19 de julho de 1973 e foi considerado um fato histórico para o tratamento psiquiátrico no Brasil, de forma que privilegiava a presença da assistência o mais próxima possível da comunidade e uso de recursos fora dos hospitais, em que o objetivo maior era o de recuperar o paciente para que voltasse a suas atividades normais. Como base, apresentavam conceitos que seriam resgatados décadas à frente nos movimentos antimanicomiais e na criação de dispositivos como os CAPS,



como integração, regionalização, coordenação, descentralização e aperfeiçoamento de pessoal. (Paulin; Turato, 2004)

Paulin e Turato (2004) nos trazem as dimensões próprias da assistência:

Quanto aos níveis assistenciais, propunha-se a estruturação básica do preventivismo por meio das atenções primária, secundária e terciária, contemplando programas assistenciais específicos tais como o materno-infantil e os destinados a adolescentes, epiléticos, crônicos etc. Incentivava-se também a formação de equipes multiprofissionais e serviços extra hospitalares como ambulatórios, emergências, pensões ou lares protegidos. A internação integral seria feita, quando necessária, nos hospitais gerais ou psiquiátricos. O prazo máximo seria de 180 dias, após o qual se deveria proceder à reavaliação do paciente por uma junta médica. (p. 251)

Por mais que suas diretrizes fossem elogiáveis e representassem uma ruptura com o modelo organomecanicista e, conseqüentemente, uma melhoria para os pacientes de saúde mental, o manual não saiu das intenções e recebeu, por parte dos empresários do ramo privado, resistência ferrenha, ideológica e economicamente, uma vez que o pregavam o hospital psiquiátrico o local principal da assistência e, devido a proposta de serviços extra-hospitalares poderia diminuir o faturamento dos hospitais, já que poderiam diminuir o número de internações. Cerqueira (1984) nos conta sobre essa resistência:

[...] elaborado oficialmente e aprovado formalmente em 19/7/73, foi sabotado desde o seu primeiro dia e continua letra morta, só para não diminuir os lucros da empresa de saúde nem demonstrar a fragilidade do modelo médico tradicional exclusivo, defendido por outros tantos psiquiatras reacionários encarapitados nas cátedras, nas cúpulas administrativas e nos ricos consultórios privados. (p. 224)

Percebemos, aqui, que o caminho percorrido pela saúde mental no Brasil foi construído em meio a contradições inerentes aos interesses dos grupos que a compunham. De um lado, os empresários, beneficiados pela política previdenciária da ditadura militar, monopolizaram o espaço de tratamento, diga-se o hospital psiquiátrico, e assim, também, seus modos de tratamento. Do outro, os profissionais de saúde, especializados e estudiosos do tema, que, entendendo que havia uma situação crítica na assistência psiquiátrica, procuraram, influenciados pelo modelo comunitário, ou preventivista, dos Estados Unidos da América, modificar, ampliar a cobertura,



introduzir a comunidade e proporcionar melhora para os usuários dos serviços de saúde mental.

Como todo processo, as resistências de setores privados, na figura dos donos de hospitais, impediram que a reforma dos princípios, proposta pela comissão, fosse implantada e, dessa forma, atrasaram a mudança do modelo que se apresentava no momento. Da mesma forma, o modelo preventivo não era um modelo totalmente positivo e tinha, como todo modelo, seus problemas, e, assim, não era uma forma pronta e finita de cuidados. No entanto, se iniciava um movimento importante de contestação das práticas e do monopólio dos hospitais no tratamento de saúde mental, o que foi, sem dúvidas, importante para o momento que viria a seguir, e que será discutido posteriormente.

A REFORMA BRASILEIRA

Discorremos acerca dos meandros anteriores ao início do que convencionou-se chamar de reforma psiquiátrica, e sanitária, no Brasil. Dessa maneira, compreendemos que a gestação da reforma não poderia, senão, ser algo difícil de ser implantado e regulamentado devido às forças contrárias a ela e suas ambições.

Sendo assim, Tenório (2002) nos aponta para o fato de que o que chamamos de reforma psiquiátrica vem sendo construída desde os tempos da Revolução Francesa, com Pinel sendo o escolhido para esse papel de reformador, visando uma humanização e terapias para os antigos hospitais gerais, e, assim, defende que a ciência psiquiátrica nasceu como reforma.

Conhecemos, também, os aspectos brasileiros e o surgimento da psiquiatria comunitária no Brasil, o que, em orientação, levou para o caminho de humanizar e aperfeiçoar os locais destinados, naquela época, para os loucos. Então, qual seria a distinção desse momento histórico ao qual nomeamos reforma psiquiátrica?

A resposta para essa pergunta é dada por meio do autor Pedro Gabriel Delgado (1992), o qual aponta para a mudança no objeto da reforma, passando da tentativa de humanização dos asilos para a crítica dos pressupostos da psiquiatria e seus efeitos controladores e normatizadores. Portanto, a expressão da reforma tem característica marcante: “No Brasil da



restauração democrática, sua característica dominante é o repto da cidadania de sujeitos obrigatoriamente tutelados. O desafio paradoxal da cidadania interdita.” (Tenório, 2002, p. 3)

Encontramos, então, o ponto de inflexão e norteador das práticas e objetivos da reforma: a reivindicação da cidadania do louco. Nesse sentido, Amarante (1995) exemplifica de forma didática a definição de reforma psiquiátrica:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é 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 esta mesma conjuntura de redemocratização. (Amarante, 1995, p. 91)

Esse processo se constituiu, devido a suas bases, como heterogêneo e que visava mudanças em aspectos diversos, enxergando-os como indissociados, como clínica, política, social, cultura e jurídico, e, conseqüentemente obteve ação de diferentes atores em sua confecção.

A DÉCADA DE 1980

Autores diversos, como Yasui (2010), Sader (1995), Telles (1987), entre outros, apontam para o período final da década de 1970 como ponto de partida do movimento reformador, ou seja, um período marcado firmemente na luta pela redemocratização do país e de renovação na vida política dos brasileiros. Esse ambiente crescente de organização na luta por direitos e melhorias cotidianas é tido como início da Reforma Sanitária, ou seja, a transformação das condições de saúde da população.

[...] Não é possível compreendê-la [A reforma psiquiátrica] sem mencionar suas origens, como movimento social, como uma articulação de atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades, assumindo seu lugar de interlocutor, exigindo do Estado a concretização de seus direitos. [...] (Yasui, 2010, p.27)



Trataremos, portanto, desses aspectos e suas complexidades, da maneira mais completa e competente possível, buscando compreender as singularidades do momento, de sua organização, de suas reivindicações e de suas conquistas.

O contexto econômico brasileiro na década de 1980 foi marcado por uma “estagflação”, dessa forma, as políticas, supracitadas, de privatização, de previdência e parcerias com os convênios, assim como o crescimento da luta contra a ditadura pelos movimentos sociais, fez com que denúncias de fraudes nos financiamentos, assim como de maus-tratos, violência, abandono dos pacientes começassem a aparecer nos diferentes hospícios do país.

O momento é constituído de grandes marcos, um deles é o da criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, ou MTSM, que liderou o avanço da luta, tanto em questões trabalhistas quanto instituindo o caráter antimanicomial do movimento. (Tenório, 2002)

A partir de 1980, com as primeiras eleições acontecendo, temos a apresentação dos então protagonistas e do programa do movimento sanitário na gestão dos serviços e políticas públicas. (Tenório, 2002) Amarante (1995), coloca que, neste momento, o movimento sanitário se confundia com o aparelho estatal, conferindo às ações um caráter institucionalizante, e que viria a ser, posteriormente, combatido.

[...] Tal processo já preocupava alguns atores que, nos intervalos e bastidores da I CNSM, articularam a realização, em dezembro de 1987, do II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru (SP). [...] (Yasui, 2010, p. 45)

Para Tenório (2002), a I Conferência representou o fim da trajetória sanitaria, de transformar apenas o sistema de saúde, e marcou o início da desinstitucionalização. Nesse sentido, Yasui (2010, p. 45) relata que, um dos eixos do congresso apontava para uma nova estratégia e que cunhou o lema, conhecido até os dias de hoje: “Por uma sociedade sem manicômios.”

Apresentou-se, portanto, o momento de mudança determinante na maneira como que era encarado o âmbito da saúde mental, e geral, deixou-se a preocupação, principalmente, com as macro reformas, mas, agora, com o ‘ato de saúde’, envolvendo clientes e profissionais e incluindo, neste momento, usuários e famílias, transformando-os em agentes do processo. (Tenório, 2002). Para Yasui (2010):



Tratava-se de: produzir uma utopia norteadora das propostas assistenciais; resgatar a discussão sobre a segregação e a violência institucional; repensar as práticas e inventar possibilidades para ampliar o campo de atuação. Tratava-se, também, de uma profunda e radical ruptura com o modelo hegemônico médico-centrado de produção de um saber técnico, de uma Razão instrumental, sobre a loucura. (p. 45)

Desta plenária em Bauru, institui-se o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial e, igualmente, senão mais, o nascimento do Movimento nacional da Luta Antimanicomial, que visava uma organização maior da sociedade em torno da saúde mental, com ideias expressas através do Conselho Regional de Psicologia (1997):

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O Manicômio é a expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão deste tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de menores, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos, à saúde, à justiça e melhores condições de vida. (Conselho Regional de Psicologia, 1997, p. 93)

Vemos, portanto, uma mudança clara nos objetivos dos agentes da reforma. Não se trata mais de uma tentativa de aperfeiçoar, tornar aceitáveis, ou adequar, as práticas tradicionais, mas é posto em questão a criação de novas formas, dispositivos e coberturas de cuidado em saúde mental. Trata-se de “Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados abertos e de natureza comunitária ou ‘territorial’, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica.” (Tenório, 2002, p. 35)

Do ponto de vista legislativo, parte importante do processo como um todo, temos que, em 1989, o projeto de lei nº 3.657/89, posteriormente conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica, foi proposto pelo então deputado Paulo Delgado (PT-MG). (Vasconcelos, 1992) Com apenas três



artigos, previa o impedimento de construções ou contratação de novos hospitais psiquiátricos públicos; o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomiais de atendimento”, além de obrigar a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria emitir parecer sobre a legalidade dela. (Tenório, 2002)

No entanto, como supracitado, a resistência à mudanças sempre foi grande e, sendo assim, o projeto não foi aprovado no senado, e, em 2000, um projeto substitutivo foi encaminhado, entretanto, apresentava mudanças nas questões de internações, além de autorizar a construção de novos hospitais e abertura de leitos, ou seja, longe dos três artigos únicos do outro projeto. (idem)

Uma nova lei foi aprovada em 6 de abril de 2001, a Lei 10.216, após o êxito em retirar o artigo referente à construção e contratação de novos leitos e, assim, foi considerada, pelo movimento, um passo à frente.

Finalizando, a década de 1980 foi de grande importância para a reforma psiquiátrica e sanitária no país, com o envolvimento maior da população devido a redemocratização, o surgimento do movimento dos trabalhadores de saúde mental e do movimento antimanicomial, entre outros atores, a pauta foi discutida como nunca, o que fez com que novas possibilidades fossem abarcadas num horizonte que não existia. Sendo assim, o debate em torno da reforma foi crucial para os avanços ocorridos nos anos seguintes.

Partindo desta mudança de paradigma, adentramos em um momento de luta e mudança no quesito da saúde mental. Portanto, falaremos de um momento crucial para a questão no Brasil e que impacta até os dias de hoje, a década de 1990.

A DÉCADA DE 1990

Temos a década de 1990 como um marco de luta contra a institucionalização e de afirmação da reforma psiquiátrica brasileira e pavimentou o caminho que é trilhado nos dias de hoje. Como nos mostra Silvio Yasui (2010), o momento político brasileiro, concomitante ao mundial, encontrava um momento de instabilidade e, ao mesmo tempo, a ascensão do neoliberalismo.



A política econômica implementada foi conservadora e tinha como principal objetivo a estabilidade financeira e fiscal, marcos de uma ideologia liberal, assim sendo, o Estado, responsável pelas políticas sociais, foi o maior afetado, uma vez que seu papel, dentro desta ideologia, foi sendo reduzido, culminando em uma dificuldade de implementação e consolidação de políticas como a Reforma Sanitária. (Yasui, 2010)

Nesse período, tivemos a eleição de Fernando Collor, cujo governo reforçou, de forma veemente, o caráter neoliberal de desmonte do aparato público, assim como a centralização e atuação autoritária, evidenciando mais dificuldade para os modelos de reforma que eram propostos. (idem, ibidem.)

Yasui (2010), no entanto, nos aponta que foi, nesse contexto de forças contrárias, que surgiu o processo de organização e implantação do SUS (Sistema Único de Saúde). Mesmo com o impeachment do presidente Fernando Collor, o neoliberalismo continuou seu reinado no país, entretanto, um eixo importante no SUS, na Reforma Sanitária e, conseqüentemente, na Reforma Psiquiátrica foi implementado: a descentralização. (Yasui, 2010). Cabe aqui uma demonstração, nas palavras de Sílvio Yasui, do que a descentralização é, e foi, capaz de fazer em relação à disseminação das políticas públicas:

No âmbito dos municípios, a descentralização fortaleceu a constituição dos conselhos municipais de Saúde, órgãos colegiados, de composição paritária entre representantes do governo e da sociedade, com a função de controle e de deliberação sobre a implantação e implementação das ações de saúde do SUS. São mecanismos de participação e controle popular e buscam democratizar as relações entre Estado e sociedade. (Yasui, 2010, p.55)

Assim sendo, esse caráter descentralizador fez com que surgissem, em diferentes municípios, experiências importantes, principalmente em saúde mental, neste processo de reformas sanitárias e psiquiátricas. Tenório (2002) nos diz que estas experiências, assim como demais fatores, fizeram com que, se não encerrasse a prevalência dos manicômios como recurso principal, uma nova mentalidade surgisse e se impusesse. Ele destaca:

Entre os muitos pontos a destacar, estão a penetração crescente de uma nova mentalidade no campo psiquiátrico (não obstante o triunfalismo da psiquiatria biológica); a permanência continuada de diretrizes reformistas no campo das políticas públicas, com os postos de coordenação e gerência ocupados por partidários da reforma (no caso do Rio de Janeiro, nos três níveis gestores:



federal, estadual e municipal); a existência de experiências renovadoras com resultados iniciais positivos em todas as regiões do país; a capacidade das experiências mais antigas de manter sua vitalidade; os reiterados indícios de um novo olhar sobre a loucura vicejando no espaço social, um olhar não mais tão fortemente marcado pelos estigmas do preconceito e do medo (veja-se, por exemplo, a coincidência significativa de duas escolas de samba cariocas terem abordado o tema no carnaval de 1998). (Tenório, 2002, p. 41)

Ocorreu, no entanto, um distanciamento dos agentes populares decorrente deste processo de descentralização que alçava ao ponto mais alto de atividade o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde. Porém, o movimento de luta continuou e se dava pelos dispositivos como associações de usuários e familiares, ONGs, sindicatos etc. e isso fez com que as reformas tivessem, incorporadas a si mesmas, as lutas sociais intrínsecas ao contexto de saúde. (Yasui, 2010)

Tivemos, como marcos institucionais, em 1991, a portaria n. 189/1991, modificando o sistema de remuneração em relação as internações hospitalares, em uma tentativa de reduzir o tempo de internação e criando procedimentos para diferentes experiências, sendo: Naps/Caps, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, dentre outras. Aliada a essa primeira portaria, veio a n.224, estabelecendo regulamentações, diretrizes e normas para a assistência em saúde mental. (idem, ibidem.)

Em relação à portaria n.224, as diretrizes apontavam para um norte de avanços, garantindo os princípios de universalidade, regionalização e integralidade, além disso, a multidisciplinaridade e variedade de tratamentos era assegurada, o que é de importância ímpar nos serviços de saúde.

Além disso, o reforço à participação social é ponto crucial, uma vez que os avanços não poderiam ser feitos sem a participação dos agentes mais afetados pelas ações dos serviços de saúde mental, ou seja, os usuários, os familiares e os trabalhadores.

Importante ressaltar, também, o final da portaria, diga-se as disposições gerais, que permitem um atendimento humanizado e visam o fim dos maus tratos dos usuários, assim, temos, das disposições gerais:

1)- Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania aos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações: - está proibida a existência de espaços restritivos ,celas fortes; - deve ser resguardada a



inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados; - deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes; - os hospitais terão prazo máximo de 1 um 1 ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo Órgão Gestor Local. 2)- Em relação ao atendimento em regime de internação em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotar todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipe multiprofissional. (Brasil, 1992; p. 8)

As portarias serviram de incentivo para que diversas unidades assistenciais fossem criadas em diferentes pontos do país com o nome de Naps ou de Caps, o que serviu de impulso para a redução dos hospitais psiquiátricos, além de uma mudança no modelo de internações.

O período é complexo e os diferentes momentos apresentam diversos pontos que uma análise mais completa e que seja enfocada apenas neste momento pode apresentar melhor o panorama total. Nos cabe aqui, por final, apresentar, se utilizando do texto de Yasui, pontos do relatório que saiu da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, e que discutiu: crise, democracia e reforma psiquiátrica. (Yasuí,2010)

Sendo assim, destaca-se:

[...] III. O processo saúde/doença mental deverá ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício de cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades.
IV. A vida exige uma abordagem abrangente no campo da Saúde Mental, capaz de romper com a usual e ainda hegemônica concepção compartimentalizada do sujeito, com as dissociações mente/corpo e trabalho/prazer (...). Refletida em: a) Mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência sofrimento, e não apenas a partir do seu diagnóstico; b) Diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em Saúde Mental; c) uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em Saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas. (Brasil, 1994, p. 6)

Propostas, entre outras, como a criação da Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, 1993, foram consolidadas após essa conferência, e assim, foi um marco de direção e conquistas para a reforma como um todo.

Vemos, então, que a década de noventa marcou a institucionalização da reforma sanitária no sentido de que se encontrava, agora, dentro do Estado e sofrendo tentativas, a todo tempo, de boicote. No entanto, houve



portarias, normas, e diretrizes criadas, e consolidadas, no país, além de que os eixos dos mecanismos que utilizamos hoje tiveram suas introduções no campo da saúde mental, e saúde no geral.

Em 1993 ocorreu o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial e, para Yasui, este foi um momento que marcou a luta contra a institucionalização dos valores da reforma psiquiátrica, uma vez que afirmou a existência dos movimentos sociais e seu caráter amplo, independente e representativo que procurava intervenção na sociedade.

No mesmo ano, o III Encontro Nacional de Usuários e Familiares no qual foi redigida a “Carta de direitos dos Usuários e Familiares”, em que a novidade foi a elaboração colaborativa de usuários e familiares e, nas palavras de Yasui (2010): “O louco, destituído de sua condição de cidadão, afirma-se como sujeito de seu tempo e escreve, literalmente, uma página de sua história.” (p.61)

Nos permitimos encerrar este tópico com o resumo contido em “Rupturas e encontros desafios da reforma psiquiátrica brasileira “, de Silvio Yasui (2010):

Desde seu início, nos anos 70, a Reforma Psiquiátrica se apresentou com um caráter de caráter social e estabeleceu estratégias para ampliar os limites de sua atuação para além dos muros dos asilos e das universidades. Em um constante processo dialético, foram sendo criados novos paradigmas e novas práticas institucionais, especialmente os Naps e os Caps, que acabaram por influenciar e inspirar mudanças na estrutura normativa das ações de saúde, através das portarias e normatizações do Ministério da Saúde, constituindo-se, assim, como uma política pública de saúde. Tensionando essa característica burocrático-administrativa, o Movimento da Luta Antimanicomial, a face política mais ativa da Reforma Psiquiátrica, manteve ‘os pés na origem’ como movimento social, congregando diversos setores da sociedade, tais como: associações de usuários e familiares, conselhos de profissionais, sindicatos, centrais sindicais, parlamentares e outros mais, formando um amplo leque de alianças. (p. 62)

Sendo assim, o panorama foi de luta e tensionamento constante e que obtiveram, na inserção dos usuários, familiares e trabalhadores, seu grande alicerce, o que permitiu que a chama da mudança não se apagasse, permitindo que avanços fossem vislumbrados e que retrocessos não fossem aceitos. Dessa forma, com esse movimento anterior, o milênio se iniciou com conquistas, mas a luta ainda continuava.



ATUALIDADE E CONTEMPORANEIDADE EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O início do milênio foi marcado pela, enfim, assinatura da lei n. 10.216, a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica e que discorre “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Já mencionado foi a luta para que esta lei fosse aprovada nas câmaras e o tempo que permaneceu no senado, assim como as mudanças feitas na proposta original e que a deixou distante do radicalismo, proposto em 1989, de extinguir os manicômios e os substituí-los. (Yasui, 2010)

Em 2001, também, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental na cidade de Brasília. Desta, saiu um relatório extenso e que demonstrou a complexidade da Reforma a partir de todos os seus tópicos e discussões. Entre reorientação do modelo assistencial até controle social diversos conceitos, necessidade e direções foram colocados pelos participantes. (idem, ibidem)

Yasui (2010) nos mostra uma consequência importante dessa conferência:

Em 2002, como consequência da III CNSM, uma nova portaria foi publicada, a 336/2002, com importantes diferenças em relação à anterior: abandonou o termo Naps, propondo um novo modelo de assistência, definindo os Caps como “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território”; criando três diferentes tipos: “Caps I, Caps II e Caps III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional”; o Caps passa a ser o articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas). (p. 65)

A Reforma Psiquiátrica, ao longo dos anos, se tornou embaraçada devido à adição, necessária, de diferentes e de novos atores em seu processo. A luta para que não houvesse, como se deu na Reforma Sanitária, a institucionalização e, conseqüentemente, o distanciamento do movimento popular se acirrou nos anos 2000 uma vez que a pressão para isso aumentava.

Mesmo com a luta dos movimentos sociais, Yasui (2010) nos diz que não foi possível resistir ao processo de institucionalização, e, assim sendo, o



Ministério da Saúde tomou o lugar de ator principal, ditando rumos e ritmos. Como coloca:

Parece não haver mais espaço para experiências que não sigam os parâmetros estabelecidos nas portarias, que, ironicamente, têm como inspiração as experiências do Caps e dos Naps, as quais trazem a marca da invenção e da criação com que se construíram e obtiveram seu reconhecimento antes de tais regulações. (p.67)

Podemos atesta que houve um aumento em instituições registradas como “CAPS”, o que pode ser lido como um aspecto positivo, no entanto, as práticas nestes locais, de acordo com a experiência própria de Silvio Yasui (2010), não se mostram, quase sempre, norteadas pelos paradigmas da Reforma. No mesmo sentido, mesmo com certo declínio, a internação continuou sendo o principal meio de tratamento, o que também demonstra um caminho longo pela frente.

Como decorrente do sistema econômico, a lógica financeira se expande para os serviços e, dessa forma, o dinheiro acrescido ao orçamento dos municípios e estados, muitas vezes, se coloca como prioridade no confronto com a melhoria dos serviços prestados. Seguindo essa lógica, o trabalhador de saúde mental e seus dispositivos, antes protagonista ativo na luta, tornou-se apenas um reprodutor de normas e nada além das portarias estava a seu alcance. (Yasui, 2010)

Percebemos, portanto, a complexidade do movimento que convencionou-se chamar de Reforma Psiquiátrica, além disso sua relação intrínseca e de irmandade com a Reforma Sanitária.

Dentro destes processos, diversos atores e agentes foram sendo adicionados e escanteados devido aos meandros dos caminhos, seus obstáculos, e as possibilidades que apareciam conforme avançavam em direção à um norte reformador da saúde brasileira. O cenário neoliberal na economia política fez com que a construção da mudança se torna tarefa árdua para os movimentos de luta, e foi nesse contexto que os movimentos sociais engajados tiveram que enfrentar os desafios.

Procurava-se substituir os manicômios que antes causavam sofrimento aos usuários, familiares e trabalhadores, que carregavam consigo uma história de opressão, maus tratos e "não-tratamentos", no entanto a dúvida estava em o que os sucederiam e como construir um modelo novo, que, como disse



Yasui (2010), produzissem e inventassem espaços de problematização do cotidiano, formulassem questões atuais, rompessem com paradigmas, radicalizassem e enfrentassem as contradições e, dessa forma, produzissem vida.

Iniciada no período ditatorial do país, nasceu como campo de luta política e nunca perdeu esse seu lugar, como todos os espaços de luta se engendra em disputas, confrontos, alianças e contradições. Esse espaço produziu, e produz, discursos, saberes e práticas que visava, e ainda visam, um novo modelo de entendimento, de cuidado e de tratamento para com o sofrimento humano e os acometidos por ele.

No entanto, como todo espaço político, sofreu represálias e sucumbiu a institucionalização, afastando-os principais agentes e afetados pelos antigos modos de tratamentos, ou melhor, produtores de sofrimento. O aumento do reconhecimento público, adquirindo avanços técnico-administrativos importantes, como as normas, as diretrizes, a criação de dispositivos de substituição, entre outros, fez com que a reforma se fechasse dentro de uma sala e deixasse de permitir que os movimentos sociais adentrassem a mesma.

Encerrando, entre idas e vindas, temos, nos dias de hoje, que a situação pode ser considerada amplamente diferente e melhor, se comparado aos anos 80 e 90. Porém, mesmo com a diminuição dos manicômios, da produção de novos saberes e práticas, o caminho a ser percorrido é longo, uma vez que novos problemas aparecem, como se mostram as comunidades terapêuticas e manicômios judiciários.

Ainda é preciso lutar contra a institucionalização e pela inclusão da luta popular e dos movimentos sociais para que problemas como financiamento, fiscalização e implantação, que cabem a governos, não sejam travados, diminuídos e defasados e para encerram com práticas que ainda afetam usuários, familiares e trabalhadores.

O processo, então, é complexo e se estende aos dias de hoje com contradições cada vez maiores, os agentes ainda são vários e continuam em constante movimento. Dessa forma, entendemos que a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial ainda estão em seu início.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do presente estudo foi possível uma aproximação a realidade presente nas práticas de saúde mental desenvolvidas no Brasil ao longo dos anos. Nesse sentido, foi possível compreender as mudanças, do modelo asilar e manicomial ao modelo de atenção via rede de atenção psicossocial assim como conhecer a compreensão sobre as pessoas que vivenciam sofrimento psíquico ao longo dos anos. Esse entendimento veio balizado, no entanto, pelo entendimento da influência de questões sociais, econômicas e políticas que se apresentam no decurso de cada período ou tempo histórico específico.

A guisa de conclusão é importante salientar que atualmente, mesmo com o modelo de atenção calcado no sujeito e contrário a segregação, ainda há muitos elementos a serem considerados quando pensamos na atenção ao louco e dentre eles o fato de ainda encontrarmos contemporaneamente práticas e condutas ainda revistadas de resquícios do modelo asilar e hospitalocêntrico. Isso deflagra a necessidade de realização de estudos e pesquisas sobre as práticas contemporâneas além de sua divulgação entre os atores atrelados às práticas de saúde mental visando sua especialização, sua qualificação enquanto prática promotora de saúde mental e pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em**



saúde mental. In: Lex-Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 5. ed. amp. Brasília, 2004. p. 17-19.

CARVALHO, R. R. **Dos manicômios à reforma psiquiátrica: uma revisão histórica dos movimentos da saúde mental.** . Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense Disponível em: <http://app.uff.br/riuff/handle/1/6924>. Acesso em: 16 fev. 2024.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental.** São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. 6ª Região. **Trancar não é tratar: liberdade é o melhor remédio.** São Paulo, 1997.

DANTAS, M. **Arthur Bispo do Rosário: a poética do delírio.** 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

DELGADO, P. G. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil.** Rio de Janeiro: Te-Corá, 1992.

DENIZART, H. O prisioneiro da passagem. 1982. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=8MzFTaOvsCQ>. Acesso em: 02 ago. 2023.

DUNKER, C. **Mal-estar, sofrimento e sintoma.** São Paulo: Boitempo, 2015.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ENGEL, M. G. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospício (Rio de Janeiro, 1830-1930).** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FREUD, S. **Arte, literatura e os artistas.** Tradução de Ernani Chaves. 1. ed., 4. reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. (Obras Incompletas de Sigmund Freud; 3).

FREUD, S. Rascunho H. Paranoia. In: FREUD, J. (Org.). **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:** edição standard brasileira. Tradução de J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1, p. 259-265. (Obra original publicada em 1895).

FREUD, S. Introdução ao narcisismo. In: FREUD, S. **Obras completas.** Tradução de P. C. Coelho. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. 12, p. 9-37. (Obra original publicada em 1914).



FREUD, S. **Neurose, psicose, perversão**. Tradução de Maria Rita Salzano Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2016. (Obras Incompletas de Sigmund Freud; 5).

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 9. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2010.

GIORDANO, J. S. **A persistência da higiene e a doença mental: contribuições à história das políticas de saúde mental no estado de São Paulo**. 1989. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP, São Paulo. (Mimeo.).

HIDALGO, L. **Arthur Bispo do Rosário: o senhor do labirinto**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.

LACAN, J. **A Identificação: seminário**. (Aula de 06/12/1961). 1961-1962. Rio de Janeiro: Editora Bagaço, 2003.

LACAN, J. **A psicose paranoia em suas relações com a personalidade**. Rio de Janeiro: Forense, 1988.

LACAN, J. **O Seminário, Livro 3: as psicoses**. Tradução de A. Menezes. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

LACAN, J. **O Seminário 20: mais, ainda**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. (Obra original publicada em 1972-1973).

LIMA, M. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Graduação - Ciências Humanas e Sociais** - UNIT - Alagoas, v. 2, n. 2, p. 121-136, 15 dez. 2014.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS [recurso eletrônico]: **DSM-5. American Psychiatric Association**; tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; revisão técnica de Aristides Volpato Cordioli et al. 5. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MEDEIROS, T. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. 1977. Dissertação de Mestrado – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro.

NASCIMENTO, Á. Municipalização: trinta anos de esperanças e frustrações. **Revista Tema**, n. 9, p. 3-6, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ICD-11 Reference Guide. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>. Acesso em: 16 fev. 2024.



PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 11, n. 2, p. 241-258, ago. 2004.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAPARATUBA. A cidade. Disponível em: <https://japaratuba.se.gov.br/acidade/#:~:text=Japaratuba%20foi%20emancipada%20em%2011,elevada%20%C3%A0%20categoria%20de%20cidade>. Acesso em: 16 fev. 2024.

QUINET, A. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Boletim da Saúde**, v. 16, n. 1, 2002.

REZENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N. R. et al. (Org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes/Abrasco, 1987.

ROUDINESCO, E. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SAMPAIO, J. J. **Hospital psiquiátrico público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. 1988. Dissertação de Mestrado – Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro. (Mimeo.).

SANTOS, M. A. C. Transtornos mentais e dignidade da pessoa humana. In: MEDEIROS, C. C. S. (Org.). **Saúde mental e o direito**. São Paulo: Método, 2004.

SILVA, B. S.; CASTRO, J. E. A construção do conceito de psicose de Freud a Lacan e suas implicações na prática clínica. **Analytica**, v. 7, n. 13, p. 121-136, jul./dez. 2018.

SKRIABINE, P. Do sintoma ao sinthoma. **Agente Digital**, ano 2, n. 8, p. 18-23, abr. 2013.

VASCONCELLOS, V. C. **A dinâmica do trabalho em saúde mental: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da**



Loucura, Manicômios e Psiquiatria: um estudo histórico, social e político

reforma psiquiátrica brasileira. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008.

VASCONCELOS, E. **Do hospício à comunidade.** Belo Horizonte: Segrac, 1992.

VLADIMIR, S. **Grande Hotel Abismo: por uma reconstrução da teoria do reconhecimento.** São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012.