

ENTRE LOUCOS E MANICÔMIOS: HISTÓRIA DA LOUCURA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Marianna Lima de Rolemberg Figueirêdo¹

Dalnei Minuzzi Delevati²

Marcelo Góes Tavares³

Psicologia



ISSN IMPRESSO 2317-1693

ISSN ELETRÔNICO 2316-672X

RESUMO

Este artigo propõe uma análise sobre a história da loucura e do surgimento das instituições psiquiátricas, situando a construção social da loucura e movimentos de Reforma Psiquiátrica no Brasil. As concepções acerca da loucura estão intimamente relacionadas às antigas funções dos manicômios, ou seja, recolhimento dos loucos em virtude de sua suposta incapacidade e improdutividade para a sociedade. Essa concepção produzia o preconceito contra os ditos loucos e sem razão, que em grande medida ainda é reproduzido socialmente, defendendo-se o seu isolamento social. Em outro olhar, o paciente psiquiátrico necessita de intervenções e trabalhos específicos para uma melhoria da sua qualidade de vida, preservando-o do preconceito e excluindo a ideia de que o manicômio é o lugar de cura e normalização de comportamentos. Desse modo, abordamos uma análise sobre as diferentes experiências históricas instituidoras da loucura, da razão e desrazão, da clínica e dos manicômios/hospitais psiquiátricos, e do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, evidenciando formas como discursos oriundos de saberes médicos e outros campos de saber são capazes de instituir práticas clínicas e serviços substitutivos a partir das novas concepções sobre a loucura e saúde mental na atualidade.

PALAVRAS-CHAVE

História da loucura, Instituições psiquiátricas e manicomiais, Reforma psiquiátrica, cidadania.

ABSTRACT

This article proposes an analysis of the history of madness and the emergence of psychiatric institutions, situating the social construction of madness and movements of Psychiatric Reform in Brazil. The conceptions of madness are closely related to the ancient functions of lunatic asylums, or gathering of crazy because of his alleged inability and lack of productivity to society. This conception produced prejudice against mad and said without reason, that largely is still played socially, defending itself its social isolation. In different view, the psychiatric patient needs and specific interventions for improving their quality of work life, preserving Prejudice and excluding the idea that the mental hospital is a place of healing and normalizing behaviors. Thus, we discuss an analysis of the different historical experiences founding of madness, reason and unreason, clinical and asylums / psychiatric hospitals, and psychiatric reform movement in Brazil, highlighting ways in speeches coming from medical and other fields of knowledge know are able to establishing clinical practices and replacement services from new conceptions of madness and mental health today.

KEYWORDS

History of Madness. Psychiatric Institutions and Lunatic Asylums. Psychiatric Reform. Citizenship.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), cerca de 450 milhões de pessoas, no mundo, padecem de enfermidades neuropsiquiátricas, como transtornos mentais ou neurobiológicos, ou então problemas psicossociais como os relacionados com o abuso do álcool e das drogas, atingindo prevalência pontual ao redor de 10%. Além disso, aproximadamente 24% de todos os pacientes atendidos por profissionais de atenção primária têm um ou mais transtornos mentais.

O sofrimento psíquico para a sociedade exhibe uma ideia de incapacidade e improdutividade, causando vergonha em familiares e pessoas próximas com relação à condição do sujeito que sofre (VECCHIA; MARTINS, 2006). O preconceito a partir desse sofrimento ocorre não só na sociedade de forma geral, mas até dentro das próprias instituições que o recebem – manicômios/hospitais psiquiátricos –, e de hospitais gerais, principalmente. São produzidas representações sociais que “[...] impregnam a maioria de nossas relações estabelecidas, os objetos que nós produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos” (MOSCOVICI, 1961/1976 apud MOSCOVICI, 2003, p. 10). Estigmatiza-se o paciente, considerando-o um perturbado ou que perdeu o juízo – uma substância simbólica que o adjetiva negativamente.

As obras de Michel Foucault apresentam uma tese geral de que, “[...] ‘a loucura não é um fato da natureza’, mas da civilização [...]” (SANDER, 2010, p. 382). A sociedade carrega esse preconceito até a atualidade, onde mesmo com os acontecimentos históricos recentes da psiquiatria, como a Reforma Psiquiátrica, as concepções remotas de loucura ainda estão impregnadas na civilização atual. A partir dessa leitura, é perceptível, também, que a loucura é uma produção social histórica, mediada em grande medida por discursos, práticas e produções de representações sobre o estado de saúde mental dos pacientes.

A Reforma Psiquiátrica, partindo dessa concepção, tem como foco as intervenções e trabalhos específicos, equipes multi e interdisciplinares; e a mudança do conceito/visão de loucura e de hospitais psiquiátricos como manicômios, apontando uma melhoria na qualidade de vida e conquista ao que se refere em termos de cidadania aos pacientes psiquiátricos (RAMMINGER, 2002). Tal movimento trata-se, também, de uma produção social marcada pelas demandas atuais da saúde e sociedade em nosso tempo presente.

A partir desse cenário, este artigo traz como proposta: a discussão da história da loucura – juntamente com o surgimento dos manicômios/hospitais psiquiátricos –, relacionando os discursos instituídos em práticas clínicas, e compreendendo a influência de um dos principais movimentos contra a estruturação e atuação dos profissionais envolvidos – a Reforma Psiquiátrica – nas concepções acerca da loucura na atualidade.

2 HISTÓRIA DA LOUCURA

A história da loucura, segundo Michel Foucault e sua obra *História da Loucura* (2012), apresenta o domínio da razão sobre a desrazão, situando a razão como norma, e levando a loucura ao exílio. Foucault traz que tudo o que foi feito contra a loucura – exclusão etc. –, é onde podemos encontrar o caminho para a razão; ou seja, a razão se fortalece a custa da desrazão. Segundo Sander (2010, p. 383),

Contrariamente a uma história tradicional da psiquiatria, que nos reenvia às (supostas) origens de uma loucura imemorial (grega, quiçá egípcia...), Foucault nos mostra uma loucura cozinhada lentamente no caldeirão da história ocidental posterior ao Renascimento. Vemos, pois, como o horror, o temor e a admiração provocados pelos loucos à época da *Stultifera Navis* (Naus dos Insensatos) irão lentamente se transformando na perscrutação da verdade do sujeito através da doença mental no século XIX. Pois o estabelecimento do homem de razão, que foi levado a cabo, sobretudo, a partir do final da Renascença, não se fez segundo um suposto progresso natural da raça humana, nem por meios do esclarecimento e da aceitação. Não foi sem violência e exclusão que a Razão se estabeleceu no cenário ocidental.

Essa representação histórica, do conceito de loucura, está intimamente relacionada ao surgimento dos manicômios – posteriormente chamados hospitais psiquiátricos –, ambos estão ligados aos períodos de diferentes épocas históricas, sendo dividida por Pessotti (1994 apud RAMMINGER, 2002) em períodos: antiguidade clássica (pensadores gregos); séculos XV e XVI (exorcistas); séculos XVII e XVIII (enfoque médico); e o século XIX (manicômios).

Com a antiguidade clássica, até a era cristã, a loucura era vista sob alguns enfoques: o de Homero com um enfoque mitológico-religioso; o de Eurípedes com a concepção passional ou psicológica; e o de Hipócrates e Galeno com o as disfunções somáticas (RAMMINGER, 2002). Na idade média iniciou-se a predominância da loucura como possessão diabólica feita por iniciativa própria ou a pedido de alguma bruxa. Havia duas possibilidades de possessão, sendo a primeira o alojamento do diabo no corpo da pessoa, e a segunda a obsessão, na qual o demônio altera percepções e emoções da pessoa.

Com o passar do tempo o enfoque diabólico foi descartado, prevalecendo a influência de Hipócrates e sua teoria patológica, na qual o delírio era marca da insanidade, sendo as perturbações intelectuais a condição principal para o diagnóstico da loucura. Assim, em 1801, inaugurou-se a psiquiatria como especialidade médica a partir do Tratado Médico-Filosófico sobre Alienação Mental elaborado por Pinel (RAMMINGER, 2002). De acordo com Roudinesco (1998), logo após a saída 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 maniaco-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).

A loucura seria definida como o outro da razão, ou seja, popularmente aquele que é extravagante, perturbado ou que perdeu o juízo. Ou mesmo foi definida como “desarranjo das funções mentais, notadamente as intelectuais, rejeitando, inclusive, as explicações organicistas” (PINEL apud RAMMINGER, 2002, p. 113). Porém, como já foi dito anteriormente, a concepção de loucura sofreu diversas mudanças com o passar dos séculos.

Assim, Michel Foucault (1978, p. 214 apud ENGEL, 2001) aponta as diferenças de concepções entre os séculos XVII/XVIII e o XIX sobre loucura e doença: “Pode ser que, de um século para outro, não se fale ‘das mesmas doenças’ com os mesmos nomes,

mas isso é porque, fundamentalmente, não se trata 'da mesma' doença". A passagem da loucura à doença mental reflete as mudanças nas concepções de loucura, embora as heranças de outros tempos – começo/início – não são totalmente abandonadas, implicando também em diferenças (O'BRIEN, 1992, p. 49 apud ENGEL, 2001).

O enfoque a partir do século XIX passa a ser o tratamento/diagnóstico da loucura, dando espaço, principalmente, a clínica. De acordo com Castro (2009, p. 80), "[...] não é uma ciência [...] é o resultado de observações empíricas, ensaios, prescrições terapêuticas, regulamentos institucionais". Trata-se de uma concepção discursiva, a partir das obras de Michel Foucault, que trazem a ideia de que a clínica responde a uma reestruturação das formas do ver e do falar.

Pinel trouxe o diagnóstico implicado na observação prolongada, rigorosa e sistemática das transformações biológicas, mentais e sociais do paciente, que eram realizadas dentro no manicômio – que passou da condição de asilo onde se abriga, para a condição de cura/tratamento. Mas, apesar da rápida repercussão na Europa, a doutrina de Pinel foi logo ofuscada pelo emprego inadequado do tratamento, porém, aumentou-se o interesse pela explicação e tratamento da loucura a partir de modelos organicistas. Com a volta da visão organicista na prática psiquiátrica, o manicômio deixa de ser recurso terapêutico, e volta a ser um instrumento de segregação social (RAMMINGER, 2002).

A visão organicista teve como consequência o surgimento de diversos tratados médicos sobre a loucura, tracejando modalidades de medicalização, e na situação de internamento. "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). Ou seja, inicia-se uma nova experiência da loucura a partir da virada do século XVIII para o XIX, atribuindo-lhe uma especificidade. A loucura seria concebida como uma doença, como um objeto de conhecimento e de intervenção exclusivos do médico (ENGEL, 2001). O momento histórico de medicalização e exclusividade do poder médico nos traz uma reflexão sobre os novos significados para a sociedade e para a psiquiatria.

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).

Desse modo, podemos perceber, a partir do histórico da loucura, as diferentes funções do manicômio. A função mais antiga é a de recolher os loucos, juntamente com outras minorias, isolando-os em edifícios antigos mantidos pelo poder público ou

por grupos religiosos (RAMMINGER, 2002). Em seguida, surgiram as instituições hospitalares com objetivo de realizar tratamento médico, porém os funcionários responsáveis não tinham formação médica, muitas vezes eram religiosos. E a partir do século XIX surgiram as instituições que acolhiam apenas doentes mentais, oferecendo tratamento médico especializado e sistemático em instituições chamadas de manicômios.

As condições dessas instituições manicomiais eram precárias e a maioria dos pacientes não tinha diagnóstico de doença mental (loucura). Os pacientes eram, “[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (ARBEX, 2013, p. 14). Além disso, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, eram espancados, morriam de frio, de fome, de doença (ARBEX, 2013). Paradoxalmente, essas instituições justificavam suas práticas com o argumento da necessária limpeza social, livrando a sociedade de sujeitos considerados como parte de uma categoria social de desprezíveis e desajustados cujos comportamentos eram indesejáveis. As instituições manicomiais, portanto, exerciam a função social de disciplinar corpos e comportamentos. Era uma tecnologia de poder que visava a atender aos padrões de civilidade produzidos na modernidade.

A partir da propagação dessas instituições manicomiais, percebe-se também a influência do pensamento de Descartes, que identificou o pensamento como condição para a existência. Ou seja, a razão e o juízo são condições para o homem cuidar de si. Com a Revolução Francesa, evidencia-se a valorização de uma sociedade gerida por homens e pela razão, e assim iniciam-se, segundo Pitta (1996 apud VASCONCELOS, 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”. Desse modo, torna-se perceptível a desvalorização da desrazão, e a propagação de assistências, como os manicômios/hospitais psiquiátricos, aos ditos “loucos”.

Segundo Ramminger (2002), a partir do século XIX a defesa da existência de instituições manicomiais domina toda a Europa, e foi considerado como a modalidade terapêutica mais eficaz, apesar do reconhecimento dos pontos negativos como violência, isolamento e as práticas coercitivas que eram justificados como um mal necessário. Michel Foucault traz uma discussão em sua obra *História da Loucura* relacionando a violência existente nessas instituições com a influência dessa visão para a psiquiatria.

Entende que essa insistência na violência que reenvia a força bruta, desequilibrada, passional, física e irregular pode obstruir uma compreensão das relações de poder calculadas, racionais e medidas que caracterizam a psiquiatria. O poder, assim como a violência, se refere ao corpo, toma ao corpo como objeto, mas ele não responde a forças irracionais e confusas. (CAPONI, 2009, p. 97).

No Brasil, o primeiro manicômio/hospital psiquiátrico foi criado em 1852, nesse caso, o Hospício D. Pedro II na cidade do Rio de Janeiro. Em 1912 foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados, seguindo do ganho de *status* de especialidade médica autônoma aos psiquiatras, aumentando o número de instituições destinadas aos doentes mentais. Podemos perceber com a criação dessa estrutura manicomial, a preocupação com a criação de espaços de poder disciplinares por meio de hospitais ou clínicas especializados (CAPONI 2009, p. 96). A disciplina instituída nessas instituições também produzia socialmente a normalização de comportamentos, sendo estes passíveis de intervenção do saber psiquiátrico, atuando na higienização social. Nessa direção, outros dispositivos disciplinadores foram criados, a exemplo de nossas instituições de saber, leis e decretos, orientando práticas médicas no tratamento da loucura.

Em 1926, é criada a Liga Brasileira de Higiene Mental – importante testemunho do pensamento psiquiátrico brasileiro. Finalmente, em 1934, o Decreto 24.559 promulgava a segunda Lei Federal de Assistências aos Doentes Mentais [...] determinando o hospital psiquiátrico como única alternativa de tratamento. (RAMMINGER, 2002, p. 114).

A partir de então houve um aumento de 213% da população internada em manicômio/hospital psiquiátrico do Brasil (CERQUEIRA apud RAMMINGER, 2002). Essa concepção de saúde mental a partir de instituições manicomiais que instituíam um regime de disciplina de comportamentos indesejáveis à sociedade prevaleceu até os anos 1980 no Brasil.

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E AS NOVAS CONCEPÇÕES

Após a 2ª Guerra Mundial, surgiram na Europa e Estados Unidos, movimentos contrários a então tradicional forma de tratamento da loucura. Citamos como exemplo, o Movimento Institucional na França e as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, que culminaram em movimento mais amplo de antipsiquiatria. Defendiam perspectivas humanistas sobre a saúde mental (GOULART, 2006).

A emergência dessa reforma no Brasil iniciou-se no final da década de 1970, com a constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), a partir de denúncias contra as violências em asilos e as péssimas condições de trabalho dentro dos manicômios/instituições psiquiátricas. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). Apesar de não haver uma influência direta de Michel Foucault nesse processo de reforma na psiquiatria, é inegável a importância das ideias e obras desse pensador, já citadas anteriormente (SANDER, 2010).

No Brasil as redes assistenciais eram ofertadas de forma massiva, nos anos 1960 até a década de 1980, sustentada por recursos advindos da unificação da Previdência

Social (GOULART, 1992, apud GOULART, 2006). Essa rede trabalhava com modelos terapêuticos precários, com uso abusivo de psicofármacos e com o isolamento dos doentes mentais em manicômios. As consequências foram inúmeras, como a superlotação, erros médicos, índices de mortalidade e segregação dos usuários (GOULART, 2006). Esta situação se baseava na legislação de 1934, composta pelos artigos 9º, 10º e 11º, que ficou em vigor no Brasil até o ano de 2000, e nos termos de Figueiredo (1988 apud GOULART, 2006, p. 5):

Art. 9º Sempre que, por qualquer motivo, for inconveniente a conservação do psicopata [doente mental] em domicílio, será o mesmo removido para estabelecimento psiquiátrico. Art. 10º O psicopata ou indivíduo suspeito que atentar contra a própria vida ou de outrem, perturbar ou ofender a moral pública, deverá ser recolhido a estabelecimento psiquiátrico para observação ou tratamento. Art. 11º A internação de psicopatas, toxicômanos e intoxicados habituais em estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou particulares, será feita:

- a) por ordem judicial ou requisição de autoridade policial;
- b) a pedido do próprio paciente ou por solicitação do cônjuge, pai ou filho ou parente até quarto grau, inclusive, e, na sua falta, pelo curador, tutor, diretor de hospital civil ou militar, diretor ou presidente de qualquer sociedade de assistência social, leiga ou religiosa, chefe de dispensário psiquiátrico ou ainda por alguns interessados, declarando a natureza de suas relações com o doente e as razões que determinantes da sua solicitação.

As internações ocorriam de forma automática e arbitrária, ou seja, uma verdadeira autorização de sequestro, privando o paciente de liberdade, mantendo-o em cativeiro. Com o decorrer das reivindicações, ainda nesse período, ocorreu um incentivo a multiprofissionalidade dentro dos hospitais psiquiátricos, sendo um ponto central a entrada do profissional de psicologia na saúde pública. Ocorreu, então, a implementação de ambulatórios juntamente a um modelo preventivista. Porém, na prática, o modelo começou a demonstrar fragilidade e incapacidade ao processo de desospitalização, como a intensificação de sintomas e o atendimento a grupos de pais (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Tal período provocou reivindicações trabalhistas, gerando discussões acerca do tratamento psiquiátrico no Brasil, que teve como consequência a demissão de estagiários e profissionais grevistas (AMARANTE, 1995, apud VASCONCELLOS, 2008). A partir de então, iniciaram grandes eventos para discussão do tema, tais como o V Congresso de Psiquiatria, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. No entanto o Movimento da Luta Antimanicomial no Brasil surgiu de forma mais clara a partir do I Encontro Nacional de Trabalhadores da

Saúde Mental em 1987, cujo lema era “por uma sociedade sem manicômios”. Segundo Rotelli (apud RAMMINGER, 2002, p. 115), foi defendido neste evento:

Eliminar os meios de contenção presentes no tratamento, reestabelecer a relação do indivíduo com seu próprio corpo, reconstruir o direito e a capacidade de uso da palavra e dos objetos pessoais, produzir relações, espaços de interlocução, restituir os direitos civis, eliminando a coação, as tutelas judiciais e o estatuto da periculosidade, reativando uma base de inserção para poder ter acesso aos intercâmbios sociais.

A exclusividade do saber-poder do médico já havia sido contestada por Michel Foucault em sua obra *Microfísica do Poder* (2012). Nela o autor critica o enclausuramento da loucura sustentado pelo poder médico, nos chamando a atenção de que o papel do médico passa a ter uma relação de poder muito específica, pois em sua aplicação/atuação encontra-se a verdade sobre a doença. A institucionalização da loucura – composta por um território e por um poder para melhor conhecer/tratar – traz a ideia de que a doença mental era propriedade do manicômio/hospital psiquiátrico, e que seu guardião seria o médico (SANDER, 2010). Michel Foucault, apesar de ter escrito suas obras há mais de 50 anos, trouxe uma problemática que permanece na atualidade; a exclusividade do saber-poder do médico, que em certa medida ainda impregna nossa cultura no tocante ao tratamento daqueles considerados “loucos” por esse saber. Internamento, isolamento, normatização, diagnóstico, e a exclusividade do saber-poder do médico tornavam-se os principais alvos de críticas à psiquiatria moderna.

No Brasil, aos poucos as propostas da Reforma chegavam aos âmbitos governamentais, gerando o documento Diretrizes para a área de Saúde Mental, redigido pelo Ministério da Saúde, na década de 1980, defendendo o tratamento extra-hospitalar, a limitação do período de internação, a reintegração familiar e a promoção de pesquisas epidemiológicas no campo da Saúde Mental (VASCONCELLOS, 2008).

O momento histórico referia-se a um processo de redemocratização do País; uma transição da fase sanitária – reformas com o princípio de inverter a política nacional de privatizante para estatizante e a implementação de serviços extra-hospitalares – para a fase de desinstitucionalização – desospitalização. (AMARANTE; TORRE, 2001). Dá-se, assim, espaço a realização de conferências e novas propostas para a elaboração de novos serviços/opções assistenciais.

Foram realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1987 e 1992, junto à inscrição da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) na Carta Constitucional de 1988, promovendo discussões e novas experiências no que diz respeito à loucura e ao sofrimento psíquico (AMARANTE; TORRE, 2001). Um dos pontos, também, defendidos pela Reforma é o trabalho interdisciplinar, e não apenas a simples presença de

psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, mas sim a valorização desses profissionais. A impossibilidade de solucionar tais problemas propiciou o surgimento de diversos modelos assistenciais, novas teorias e práticas (VASCONCELLOS, 2008).

A partir de então, no final da década de 1980, surgiram as opções assistenciais, ou seja, novos serviços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), representando a Reforma Psiquiátrica Brasileira, proporcionando consultas médicas, atendimento psicológico, serviço social, terapia ocupacional, entre outros (VASCONCELLOS, 2008).

O CAPS foi implantado em 1987, e em seu projeto, de autoria da Coordenadoria de Saúde Mental (1987, p. 1, apud AMARANTE; TORRE, 2001, p. 29), sua clientela prioritária é descrita:

[...] como aquela “sociedade invalidada”, com “formas diferentes e especiais de ser”, com “patologias de maior complexidade”, de “pessoas que tenham enveredado por um circuito de cronificação”, de “pessoas com graus variáveis de limitações sociais” e com “graves dificuldades de relacionamento e inserção social”.

Portanto, o CAPS enquadra-se numa rede assistencial externa intermediária entre o hospital e a comunidade, ou seja, funcionará como um filtro de atendimento entre hospital e comunidade a partir da prestação de serviços preferencialmente comunitária; buscando entender a comunidade e instrumentalizá-las para o exercício da vida civil (AMARANTE; TORRE, 2001).

A assistência é definida como de atenção integral, e o serviço propõe atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e de terapia ocupacional – enfoque multidisciplinar. O sofrimento psíquico deve ser pensado no campo da saúde coletiva, tendo em consideração os diversos contextos em que o indivíduo está inserido como a família, o trabalho, cultura, contexto histórico, entre outros. O serviço busca um cuidado/atendimento personalizado e um tratamento de intensidade máxima, gerando reflexões dos serviços e sistematização de informações e experiências (AMARANTE; TORRE, 2001).

O NAPS nasceu em 1989, tendo como eixo a desconstrução do manicômio, produzindo uma instituição que não segregue e não exclua. O NAPS possui algumas estratégias que são fundamentais para a realização de seus objetivos. Há a estratégia de regionalização, visando a ação de transformação cultural – conhecer as necessidades; o percurso da demanda psiquiátrica –; a estratégia da abertura do debate aos cidadãos, dialogando com a comunidade por meio das associações, sindicatos e igrejas – discutindo as diferentes formas de compreender a loucura, e a exclusão

social –; a estratégia de projeto terapêutico, envolvendo o cuidar do outro – evitar o abandono, atender à crise (AMARANTE; TORRE, 2001).

Em 1989, com a Luta Antimanicomial, o Projeto de Lei nº 3657, proposta pelo Deputado Federal Paulo Delgado, previa a extinção progressiva dos manicômios, sendo substituídos por outros recursos assistenciais. Tal projeto reproduziu a Lei Italiana de 1978, que objetivou, de acordo com Goulart (2006, p. 12), “[...] o fim dos manicômios, entendidos aqui como metáfora a todas as práticas de discriminação e segregação daqueles que venham a ser identificados como doentes mentais [...]”. Seguido de um marco histórico em 1990, a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas; nela, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometeram-se a promover reestruturação da assistência psiquiátrica (HIRDES, 2009).

A partir dessas problemáticas e das diversas críticas à psiquiatria, em 2001 foi aprovada a Lei nº 10.216, conhecida como Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, proporcionando mudanças aos pacientes psiquiátricos, tanto no que diz respeito ao tratamento quanto às concepções/visão de loucura para a sociedade. A loucura saiu das instituições manicomiais e foi para as ruas, trazendo novos questionamentos, discussões e novas percepções sobre os sujeitos ditos “loucos” que passam a ser reconhecidos como sujeitos de direito.

Com a reforma psiquiátrica, esta Lei previa a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, e critica o modelo hospitalocêntrico ⁴. E com o estabelecimento de diretrizes e normas acerca da assistência em saúde mental, em 1992, surgiu a portaria ministerial nº 224, objetivando leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral, e estabelecendo quantidade de profissionais de áreas específicas para a formulação da equipe.

No entanto, apesar dos avanços baseados em leis, não houve a solução imediata da problemática dos manicômios e da Reforma Psiquiátrica – dificuldades que permeiam até a atualidade. A problemática da Reforma Psiquiátrica encontra-se além das legislações, está nas concepções e representações sociais – trata-se de ressignificações, de novas subjetividades e transformações sociais no que se diz respeito à loucura.

O ano de 2001 foi indicado como o ano de luta por saúde mental e pelos doentes mentais no Brasil, proporcionando novas iniciativas e reorientações, principalmente discursivas, que, de acordo com Goulart (2006, p. 3), “a opção por referir-se aos doentes mentais como pessoas com problemas mentais ou como portadores de transtornos mentais expressa já uma atitude crítica diante da terminologia médico-psiquiatra”.

4 Remediação com a patologia/transtorno já instalado ao invés de métodos preventivos primários.

A partir destes marcos, os serviços substitutivos aos manicômios/hospitais psiquiátricos passaram a ter privilégio, como os CAPS e NAPS, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e oficinas terapêuticas (HIRDES, 2009). Os serviços substitutivos foram os principais avanços da Reforma Psiquiátrica, trazendo alternativas de tratamento com o objetivo de, principalmente, não reproduzir as bases teórico-práticas do modelo psiquiátrico clássico que “[...] fundou a noção de doença mental como sinônimo de desrazão e patologia, que fundou o manicômio como lugar de cura e que fundou a cura como [...] normalização” (AMARANTE; TORRE, 2001, p. 33). É notável, que a presença dos CAPS/NAPS refletiu uma mudança na concepção de tratamento dos pacientes psiquiátricos; onde antes a única instituição que receberia esses pacientes – com a função de recolher/excluir – eram os manicômios/hospitais psiquiátricos.

Apesar da mudança de concepção de saúde mental e redução do número de instituições manicomiais no nosso país, os CAPS/NAPS tiveram um surgimento tardio e sem investimento financeiro que atendesse às suas reais necessidades conforme previsto em lei, diretrizes e normas. Desse modo, o atendimento posto em prática a partir da Reforma Psiquiátrica ainda apresenta limites, não solucionando o tratamento concreto para os ditos loucos pela sociedade.

Surge, então, a necessidade de preservar o sujeito do preconceito relacionado ao enlouquecimento. Apesar do histórico da luta pela Reforma Psiquiátrica, e das conquistas de implementações de leis e propostas dos âmbitos governamentais, a reforma ainda é uma problemática atual. Anteriormente, os doentes mentais eram vistos como usuários dos serviços de saúde mental, ou seja, pacientes que eram objetos para técnicas terapêuticas e enquadrados como loucos. Porém, o que se busca, ainda hoje, é que esses sujeitos existam na condição de cidadãos, usufruindo dos serviços oferecidos por agências públicas (GOULART, 2006) que atendam aos princípios previstos a partir da Reforma Psiquiátrica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado no histórico apresentado do conceito de loucura e da Reforma Psiquiátrica percebe-se que é de suma importância o debate do significado de loucura para a sociedade contemporânea. Mesmo após a Reforma Psiquiatria brasileira, que apesar de trazer transformações para o funcionamento diferenciado acerca do tratamento psiquiátrico no Brasil, percebemos que esta não conseguiu modificar totalmente a concepção e as representações sociais antiquada de loucura.

As práticas clínicas iniciais presentes nos manicômios/hospitais psiquiátricos eram fundamentadas nas concepções acerca da loucura, que referiam os ditos loucos como incapazes e improdutivos para a sociedade. Tais concepções estão relacionadas aos exorcistas, ao enfoque médico, até o surgimento dos manicômios/hospitais psiquiátricos tratados no decorrer do artigo. A Reforma Psiquiátrica adentrou no sis-

tema de saúde mental a partir do momento em que houve mudanças nessas concepções de loucura. Tendo em vista que os ditos loucos passaram a ser vistos como cidadãos, providos de direitos.

Apesar da constante luta da Reforma Psiquiátrica, as práticas clínicas e as concepções acerca da loucura não conseguiram total mudança na sociedade contemporânea, na qual ainda percebemos algumas concepções remotas sobre a loucura e o seu método de tratamento.

No Brasil, em virtude do surgimento tardio de instituições como os CAPS/NAPS, inclusive com limitados investimentos financeiros, a prática clínica proposta pela Reforma Psiquiátrica ainda apresenta limites, não solucionando a problemática do tratamento concreto dos pacientes. Estes, em grande medida ainda são alvos de preconceitos, tratados como loucos pela sociedade, sendo a eles exigida a imposição da disciplina outrora oferecida violentamente pelas instituições manicomiais quando eram taxados de subversivos aos comportamentos padrões e aceitos.

No Brasil a permanência dessa antiga prática é preocupante. Na medida em que discursos se constituem em práticas, essa permanência produz barreiras para a desconstrução social da loucura, conservando o modelo das clínicas e dos manicômios/hospitais psiquiátricos, e dificultando o reconhecimento da cidadania daqueles considerados “loucos” e que necessitam de um tratamento mais humanizado.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E.H.G.; A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, maio/ago. 2001, p.26-34.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 224 de 29 janeiro de 1992. **Diário Oficial da União**. Edição de 30 janeiro de 1992. Brasília: Imprensa Nacional, 1992, p.1168-1170.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 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. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 20 nov. 2013.

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, 2009, p.95-103.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CASTRO, E. K.; BORNHOLDT, E.; Psicologia da saúde X Psicologia hospitalar: Definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.24, n.3, 2004, p.48-57.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da Razão**: médicos, loucos e hospício (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**: na idade clássica. 9.ed., São Paulo: Perspectiva, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 25.ed., São Paulo: Graal, 2012.

GOULART, M. S. B. A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.1, n.1, São João Del-Rei, jun. 2006.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, 2009, p.297-305.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. 3.ed., Petrópolis: Vozes, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: OMS, 2001.

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

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

SANDER, J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.2, p.382-387, 2010.

VASCONCELLOS, V. C. **A dinâmica do trabalho em saúde mental**: limites e possibilidades na contemporaneidade e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. 2008. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Mestrado em Saúde Pública, 2008.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v.14, n.1, Belo Horizonte, 2008, p.131-150.

Data do recebimento: 21 de Agosto de 2014

Data da avaliação: 27 de Agosto de 2014

Data de aceite: 4 de Setembro de 2014

1 Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário Tiradentes – Unit.

E-mail: marianna@outlook.com

2 Psicólogo pela Universidade Católica de Pelotas e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil. Atualmente é docente do Centro Universitário Tiradentes – Unit, exercendo também nesta instituição as funções de Coordenador da Clínica de Psicologia e Curso de Especialização em Saúde Mental com ênfase em CAPS. Dedicar-se a estudos sobre saúde coletiva, intervenção psicossocial, grupos terapêuticos, matriciamento, economia solidária e dependência química. E-mail: dmdevelati@gmail.com.

3 Historiador, Doutorando em História pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE na linha de pesquisa de Cultura e Memória e Mestre em História pela Universidade de Brasília – UnB na linha de pesquisa de História Cultural. É docente do Centro Universitário Tiradentes – Unit. Dedicar-se a estudos sobre Brasil República, estado de exceção, memória, trabalho, cultura, identidades e patrimônio. E-mail: marce_goes@hotmail.com.