



**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE MENTAL**

**REFLEXÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA
REFLECTIONS ON THE PSYCHIATRIC REFORM**

Salvador
2015.1

REFLEXÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Autora: Claudia Virginia Osorio da Cunha Meirelles¹

Orientadora: Profa. Ludmila Fonsêca²

Resumo

O presente artigo tem por objetivo refletir sobre os antecedentes históricos da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a melhoria do atendimento em saúde mental. Neste trabalho será analisada a história da loucura, a partir da origem de sua representação no decorrer dos tempos e que continua a expressar sua força por meio de algumas práticas visivelmente arcaicas e estigmatizantes. O resgate da historicidade da loucura tem também o intuito de desnaturalizar a relação de alteridade com ela estabelecida, evidenciando a possibilidade de construção de um novo lugar social para o sujeito dito "louco", considerado como um dos princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: saúde mental; loucura; reforma psiquiátrica.

REFLECTIONS ON THE PSYCHIATRIC REFORM IN BRAZIL

Abstract

This article aims to reflect on the historical background of the psychiatric reform, with a view to the improvement of mental health care. In this work it will be analyzed the history of insanity from the origin of its representation in the course of time and continues to express its strength through some visibly archaic and stigmatizing practices. The rescue of the historicity of madness has also intended to deconstruct the relationship of alterity established with it, demonstrating the possibility of building a new social place for the one said "crazy", considered one of the fundamental principles of psychiatric reform.

Keywords: mental health; insanity; psychiatric reform.

¹ Médica, diplomada pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Funcionária pública da Secretaria de Saúde da Bahia. E-mail: claudia_virginia@oi.com.br

² Psicóloga, Mestre em educação-Tutoria Ensino à Distância-Escola Bahiana da Medicina e Saúde Pública.

REFLEXÕES SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA

1 INTRODUÇÃO

As reflexões sobre a reforma psiquiátrica acompanham a contextualização histórica dos países propulsores das transformações, como a Inglaterra, França e Itália que incidem sobre os conceitos de normalidade e loucura, bem como a forma de lidar com eles. São conceitos carregados de conotações que variam de tempos em tempos, alusões a comportamentos estranhos, possessões, destituição da razão, comprometimento mental decorrente de fases da natureza, conforme o entendimento em determinado período histórico. Portanto, faz-se mister revisitar o passado para compreender em que condições ocorreu esta reforma. Neste sentido, para contemplar os principais momentos, o artigo está dividido em duas partes históricas: contextualização histórica mundial, desde Antes de Cristo até o final do século XVIII e os antecedentes históricos da reforma psiquiátrica.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA MUNDIAL (a.C. – século XVIII)

2. 1 PERÍODO ANTES DE CRISTO

A História da Loucura pode ser considerada como paralela, ou mesmo, intrínseca, à história da humanidade, se compreendermos a loucura como perda total ou parcial – permanente ou temporária – da consciência, da capacidade racional e/ou do controle sobre as emoções.

Em se tratando de um fenômeno essencialmente humano, vemos que ela acompanha o Homem desde os tempos mais remotos. Portanto, traçamos uma breve reconstrução histórica, a partir da Grécia antiga, tendo em vista que a civilização grega é considerada o “berço” do pensamento ocidental.

Segundo Pessotti (1994),

No fim do século II d.C. a loucura pode ser vista pelo menos de três perspectivas. Numa ela aparece como obra da intervenção dos deuses, noutras, afigura-se como um produto dos conflitos passionais do homem, mesmo que permitidos ou impostos pelos deuses; numa terceira, a loucura afigura-se como efeito de disfunções somáticas, causadas eventualmente, e sempre de forma mediata, por eventos afetivos (p. 78).

Vários pensadores e filósofos retrataram a loucura como fruto da intervenção dos deuses. Homero (século XI a.C.), na *Ilíada*, evidenciou uma visão na qual o homem era manipulado, à mercê dos caprichos dos deuses, os quais podiam lhe turvar a consciência. Isto era considerado como um instrumento de resgate da ordem.

A partir do século V a.C., aproximadamente, surgiram as obras dos trágicos e de filósofos importantes como Sócrates, Platão e Aristóteles. Dentre os trágicos, destacam-se Ésquilo e Sófocles. Sófocles ficou bastante conhecido na atualidade devido à peça *Édipo Rei*, imortalizada pela Psicanálise, cujo conceito fundamental “Complexo de Édipo” tem seu embasamento nessa tragédia.

Sócrates (470-469 a.C.) rompeu com o pensamento existente até então a respeito dos deuses e elabora uma nova concepção de Deus, que se aproxima ao deus do (futuro) cristianismo. Platão (428 a.C.) considerou Sócrates como uma espécie de “médico da alma”.

Mais tarde, filósofos consideraram a loucura como a batalha perdida do homem contra suas paixões.

Eurípedes, nascido no ano de 481 a.C. humanizou a loucura no teatro, nas artes e no pensamento de forma geral. Para ele, a loucura era um produto das paixões. Era o resultado de uma batalha perdida, da ética baseada na razão contra as paixões e apetites humanos.

Aristóteles tinha um conceito de paixão semelhante ao atual conceito de pulsão e defendia a ideia de que a paixão deveria ser educada.

Pensadores refletiram sobre a loucura como doença do corpo. Entre eles, destaca-se Hipócrates (460-370 a.C.) que elaborou a “Teoria dos Humores”. Além da popularidade da obra de Hipócrates, no pensamento social como um todo, ele exerceu grande influência na obra dos médicos que o sucederam, tais como Celsus, Areteu da Capadócia e Galeno, que aprimoraram os pressupostos da Teoria dos Humores e/ou propuseram novas formas de compreender a etiologia orgânica da loucura, sob o ponto de vista médico.

Após a morte de Aristóteles e de seu aluno Alexandre, o Grande, a Grécia iniciou o seu declínio, sendo assolada por inúmeras pragas e testemunhando um processo de caos político. O país passou a fazer parte do Império Romano e, com o declínio da cultura Helênica, iniciou-se o fortalecimento do cristianismo e

do pensamento teocêntrico; as diferentes concepções acerca da loucura darão lugar ao dogmatismo cristão.

2.2 O CRISTIANISMO – IDADE MÉDIA (Séculos V a XV)

A partir do século I d.C., Roma foi sendo paulatinamente cristianizada e, no século V, inicia-se a Idade Média, também denominada Idade das Trevas. A Idade Média durou cerca de mil anos e, neste período, continuou a haver avanços no desenvolvimento científico-filosófico, contrariando os interesses da Igreja Católica. Estes avanços, entretanto, permaneceram à margem do pensamento hegemônico, caracterizado por um intenso retorno a uma concepção teológica do mundo e da vida.

O Cristianismo passou a ser o grande mediador da cultura medieval, de forma dogmática – “doutrina de crença apresentada como uma verdade absoluta e de forma autoritária” (MANNION, 2004, p. 56); com isto, a loucura passou a ser expressão do demônio e sua cura, sob a égide do exorcismo.

Inúmeros textos demonológicos foram escritos, difundindo teorias acerca da existência e atuação do demônio entre os seres humanos, a exemplo da obra de Taciano de Assíria (120-180 d.C.), que afirmava serem os demônios os criadores da Medicina, como forma de ludibriar o ser humano (PESSOTTI, 1994).

Os loucos foram culpabilizados, demonizados e alvos da intervenção dos clérigos, perseguidos juntamente com hereges e dissidentes. Outra característica dos primeiros séculos da Idade Média era o apocaliptismo generalizado, personificado na figura do Anticristo. Este era associado à morte e destruição do ser humano e da Terra e assumiu um lugar importante na cultura medieval, especialmente no primeiro milênio depois de Cristo. Havia uma forte crença no fim dos tempos, quando se completassem mil anos após o nascimento ou a morte de Cristo.

Nesse sentido, houve a difusão de peregrinações, penitências, posturas de ascetismo, puritanismo e evangelismo. Após o ano 1033, com a não confirmação do Apocalipse, começou a emergir um movimento de revitalização, expansão e criatividade. A partir do século XI, houve uma ampliação do conhecimento dos cálculos, a importância da intelectualidade e da educação, a reflexão e o recurso às leis, em vez da violência.

Este clima renovador dos séculos XI e XII teve como resultado a descoberta do indivíduo, que pode ser considerada uma das mais importantes conquistas da Humanidade. Emergiram novas escolas de pensamento e universidades incentivadas pelo espírito de libertação do indivíduo das amarras do coletivo homogêneo guiado pela Igreja Católica. Iniciou-se, então, o desenvolvimento de um conhecimento não ortodoxo, que se afastava progressivamente dos dogmas cristãos. Houve uma revalorização dos textos gregos e da cultura antiga, que reverberou na cultura medieval como um todo.

A renovação espiritual e religiosa proliferou juntamente com a necessidade de autoconhecimento, o interesse pelos sentimentos, “a vivência da realização emocional e espiritual em vez da satisfação física e sexual” (RICHARDS, 1993, p. 18).

No século XIII, São Tomás de Aquino, filósofo cristão, fez uma releitura cristã da obra de Aristóteles influenciando todo o cristianismo e atribuindo ao homem uma maior responsabilidade em sua relação com a divindade. Essa nova concepção, com ênfase no indivíduo, trouxe um novo olhar sobre a loucura, responsabilizando o louco pelo descontrole de suas paixões. A loucura, além de ser compreendida como uma influência dos demônios começou a ser vista também como fruto de uma fraqueza do indivíduo.

No século XIII, a Igreja Católica e as monarquias existentes, preocupadas com a possibilidade de um enfraquecimento de seu poder, iniciaram um processo de contenção deste “clima renovador”. Foi então realizado o “IV Concílio de Latrão” (1215), o maior de todos concílios medievais, com inúmeros decretos que sintetizavam a organização institucional arquitetada pelo papado dos séculos XI e XII, e estabeleciam o cerceamento das liberdades individuais.

Houve um combate ostensivo aos hereges e outras minorias, como judeus, homossexuais, prostitutas, mulçumanos, bruxas, hereges e leprosos. Este concílio também institucionalizou a inquisição, o que acarretou um retrocesso no campo da cultura e do pensamento. Naquela época, o poder da Igreja estava intimamente ligado ao do estado. A Inquisição então sepultou um saldo de incontáveis vítimas de torturas e perseguições que eram condenadas pelos chamados “autos de fé”. Este período foi acompanhado pelo advento da “Peste Negra”, que assolou a Europa em meados do século XIV, dizimando grande parte da população.

Esse contexto resultou numa espécie de surto religioso e na busca por “bodes expiatórios” personificados nas minorias, dentre os quais foram vítimas de perseguições os loucos misturados aos hereges e devassos.

2.3 RENASCIMENTO

Em meados do século XV, iniciou-se o Renascimento que foi um momento de renovação dentro da história. O que caracteriza esse momento é a transição da hegemonia do pensamento teocêntrico para o pensamento centrado no próprio homem.

O Renascimento valorizava, sobremaneira, o estudo, enquanto forma privilegiada para conhecer e experimentar a natureza do homem e do mundo. As diversas áreas do conhecimento científico voltavam a se desenvolver com autonomia e visibilidade anteriormente coibida. Nesta época, a religiosidade orientou-se no sentido de conceber o ser humano como “Deus na Terra”, gerando uma ambivalência do homem enquanto criador e criatura. (DRESDEN, 1968).

Na cultura renascentista, a loucura passou a ser considerada enquanto um fenômeno em si mesma, passível de observação e significação múltiplas. Passou a ser um “objeto” de trânsito na cultura, nas instituições, nas práticas sociais e nos posicionamentos individuais. Havia, ao final da Idade Média e no Renascimento, alguns lugares de detenção para os loucos. Estes eram recebidos em hospitais e colocados em dormitórios. Segundo Foucault (1972), em algumas cidades europeias existia subsídios e donativos em favor dos loucos. Havia também alguns centros de peregrinação para onde migravam inúmeros loucos de toda Europa.

Um dos centros de peregrinação é o povoado de Gheel, na Bélgica, que existe até os dias atuais, como uma comunidade psicoterapêutica, nas palavras de Bazzo (2000). Além dos lugares de peregrinação, também era bastante comum a existência de barcos que circulavam pela Europa levando como tripulantes os loucos que eram expulsos das cidades e entregues a navegantes e mercadores. Este tipo de embarcação era conhecido como a “nau dos loucos”, frequentemente representada pela arte renascentista (FOUCAULT, 1972).

No início da Renascença, mediante as várias formas de relacionamento com a loucura, ocorreu a coexistência de duas concepções que começam a se

delinear a respeito deste fenômeno: uma “concepção trágica” e uma “consciência crítica”. A loucura, na área da filosofia e da literatura, era representada como erro, defeito e denúncia da fraqueza e natureza viciada do ser humano, ou seja, fora introduzida no campo da moral. Ela passou a ser apreendida por uma “consciência crítica”, que a julgava como uma verdade medíocre e a tomava como objeto de discurso. Tal “consciência crítica” retirava da loucura o seu estranho poder de expressão dos mistérios do mundo, sendo considerada como um desequilíbrio do próprio homem.

A obra célebre de Cervantes, *Don Quixote*, apesar de já evidenciar uma consciência crítica com relação à loucura, ainda revela certa ambivalência na forma de concebê-la. O famoso cavaleiro Don Quixote traz, em suas andanças, um misto de desajustamento, transcendência e fascínio. No século XVII, a chamada Revolução Científica acarretou uma ruptura com as concepções científicas e filosóficas existentes até então.

Nicolau Copérnico, Kepler e Galileu Galilei combinaram a experimentação com a linguagem matemática na formulação das leis naturais. Alguns anos depois, Isaac Newton realizou uma síntese da obra destes cientistas, consolidando esta concepção mecanicista como eixo orientador da ciência.

René Descartes (1596-1650) concebeu o corpo humano à semelhança de uma máquina, dividindo a natureza do homem em dois domínios distintos: o do espírito e o da matéria. O corpo seria uma máquina sem sentimento, constituindo-se em um sistema passivo, e o espírito ou alma, o local da consciência, da inteligência e da emoção. Na filosofia cartesiana, houve o fortalecimento do modelo biomédico que prevaleceu nos séculos que se seguiram, e ainda prevalece, na medicina tradicional dos dias atuais. A máxima de Descartes, “Penso, logo existo”, marca no pensamento moderno a primazia da razão: fonte única do conhecimento legítimo e da própria existência. A loucura se separou definitivamente da razão e da sabedoria, passando a ser o oposto destas.

Ao final do Renascimento, percebeu-se um triunfo da concepção crítica, como resultado de uma visão de mundo racionalista, cujo homem ideal deveria ter como principal característica a razão. Isto teve como consequência a necessidade de enclausuramento e exclusão deste reverso da razão que é a

loucura. No final do século XVII foram criadas inúmeras instituições com o objetivo de dominar e silenciar a presença da loucura. Estas instituições eram conhecidas como “Hospitais Gerais” ou “Casas de Detenção”. Os Hospitais Gerais logo se espalharam pela França e países vizinhos.

Para os Hospitais Gerais eram destinados toda sorte de pobres e desviantes, e demais pessoas que não se adequavam à nova ordem social. Com o advento do Renascimento e da Reforma Protestante, a pobreza passou a ser associada à preguiça, considerada o mais grave dos vícios. Estas casas de internamento, existentes nos séculos XVII e XVIII, podem ser concebidas também como casas de trabalho forçado, comprometidas com interesses burgueses e marcadas pela ambiguidade entre o desejo de ajudar e a necessidade de punir os ociosos (FOUCAULT, 1972). Ainda hoje os trabalhos forçados fazem parte da terapêutica dedicada aos internos dos hospitais psiquiátricos.

Na França, nas últimas décadas do século XVIII, com a liberação de pobres em geral, os hospitais gerais passaram a ser destinados exclusivamente aos loucos. Com a instauração do novo regime republicano em alguns países da Europa, a sociedade passou a gerenciar o equilíbrio social.

Segundo Britto (2004), os Hospitais Gerais não tinham conotação de instituição médica. Isto ocorre somente a partir de transformações iniciadas no final do século XVIII, sendo que o internamento esteve presente na origem de todas as práticas psiquiátricas e da produção de saber.

A constituição da psiquiatria enquanto especialidade médica ocorreu, principalmente, com Pinel no final do século XVIII. Desde então, a loucura ganhou estatuto de doença e a internação psiquiátrica passou a ser adotada como principal estratégia de tratamento. Nasceu assim a primeira especialidade médica. (, 2004, p. 20)

A laborterapia foi sugerida por Pinel ao final do século XIX como técnica terapêutica, uma forma de ressocialização e reinserção no mercado de trabalho dos internos.

Uma das inúmeras consequências do desenvolvimento desse tipo de sociedade, regulada pelas leis de mercado e do direito, foi a reorganização dos poderes de legitimação do aprisionamento dos insanos.

Foi convocado o poder médico para gerenciar a loucura, além do poder judiciário, do executivo e familiar. A ciência médica, por meio de suas

construções teóricas e discursivas, justificou o afastamento da loucura do contrato social, destituindo-a de seu direito à cidadania. Privada de sua participação no contrato social, a loucura foi sendo aprisionada sob o rótulo da irresponsabilidade, periculosidade, imprevisibilidade e improdutividade que impregnou toda a sociedade (KODA, 2003). A partir de então, a loucura passou a ser aprisionada também pelo discurso e pelas práticas da nascente psiquiatria.

3 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Podemos dividir a história da Reforma Psiquiátrica no mundo em três grandes períodos, baseando-se na classificação adotada por alguns autores brasileiros (BIRMAN; COSTA, 1994; AMARANTE, 1995). O primeiro período é marcado pela criação da Psicoterapia Institucional, na França, e das comunidades terapêuticas, na Inglaterra. No segundo período, destaca-se a Psicoterapia de Setor, na França e a Psiquiatria preventiva nos Estados Unidos. No terceiro período, destaca-se a psiquiatria democrática italiana e a antipsiquiatria, difundida em vários países da Europa e Estados Unidos.

As grandes mudanças que incidiram em uma nova reorientação dos tratamentos aos pacientes psiquiátricos no século XX aconteceram no período pós-guerra. A crise do *Welfare State* contribuiu para que os países ocidentais estabelecessem novas políticas no que se referia à assistência do Estado aos cidadãos e transformou os investimentos em vários campos. Sob uma torrente de críticas e mudanças eminentes no contexto social mundial, os saberes e as normas psiquiátricas sofreram grande abalo.

As violências sofridas pelos segmentos sociais excluídos, em meio a outros fatores, colocavam em xeque a assistência aos loucos, o que necessitou uma ampla reorganização na área. Sob forte influência da Antipsiquiatria as formas alternativas aos cuidados com o louco tiveram outro entendimento, tendo em vista a ineficácia das instituições asilares e assujeitamento frente às estruturas de poder daqueles que estavam num local que, a princípio fora encarregado de curá-los e restituí-los à normalidade.

3.1 PRIMEIRO PERÍODO: as comunidades terapêuticas e a psicoterapia institucional.

Este período foi marcado pela crença no hospital psiquiátrico como “instituição de cura”, tornando-se necessárias as transformações internas destas instituições. Iniciou-se o movimento de criação das comunidades terapêuticas, na Inglaterra e em algumas localidades dos Estados Unidos, e da psicoterapia institucional, na França. Com estas experiências foi proposta uma nova organização interna para estas instituições, pois foram denunciadas as precárias condições em que viviam os doentes internados.

As comunidades terapêuticas eram mais democráticas e todos teriam direitos iguais na tomada de decisão dentro das instituições, eram definidas como grupos de discussão e de conversas em que todos, incluindo médicos, pacientes e enfermeiros, discutiam sobre a instituição.

O maior personagem da reforma inglesa foi psiquiatra sul-africano, radicado no Reino Unido, Maxwell Jones, o qual, a partir de 1959, passou a utilizar a proposta das comunidades terapêuticas dentro do hospital em que trabalhava. Os pacientes eram, cada vez mais, envolvidos nas discussões e Jones defendia a proposta de uma instituição que fosse terapêutica para todos.

Ele entendia que a função terapêutica era uma tarefa que deveria ser assumida por todos, fossem os técnicos, fossem os familiares, fossem os pacientes. [...] Todas as possibilidades eram analisadas, com ênfase para a atuação da equipe, com o objetivo de evitar situações de abandono, de descuido e, principalmente, de violência (AMARANTE, 2007, p. 42-43).

Criou-se, assim, um espaço de expressão dos sentimentos, no qual todos podiam decidir sobre o funcionamento da instituição. Dessa forma, o médico não era mais visto como único detentor do saber e do papel terapêutico. Todos os funcionários, incluindo enfermeiros e técnicos, participariam do processo terapêutico e do tratamento dos pacientes. Propunha-se um atendimento em que não houvesse qualquer tipo de abandono, mas a devida atenção aos pacientes mais necessitados, a fim de otimizar os atendimentos.

Pretendia-se que os pacientes que participassem das comunidades terapêuticas mudassem de atitude, passassem a ser mais ativos: “assim, a atitude passivo-dependente, característica comum dos pacientes, gradualmente

dava lugar a uma participação mais ativa na vida cotidiana da seção e uma maior identificação com o trabalho de equipe” (JONES, 1972, p. 94).

Segundo Jones (1972), a estrutura social de uma comunidade terapêutica é caracteristicamente diferente do ambiente hospitalar tradicional. A comunidade terapêutica era uma organização social democrática e igualitária onde havia comunicação livre entre equipe e grupo de pacientes e ênfase nas atitudes permissivas que encorajavam a expressão de sentimentos. Por outro lado, o hospital tradicional refletia uma organização social de tipo hierárquico. Desta forma, procurava-se construir uma horizontalidade entre os papéis sociais e relações nas quais os médicos e os enfermeiros ajudassem os pacientes a conseguir ter acesso à realidade e, se possível, curá-los de seu adoecimento psíquico.

As comunidades terapêuticas na Inglaterra tiveram como marco inicial o trabalho realizado por Main, Bion e Reichman, em 1946, que fazia parte de um Plano de Emergência elaborado pelo governo Inglês. Este plano visava garantir a assistência a soldados ex-combatentes da Segunda Guerra e à população civil como um todo. Neste contexto de pós-guerra, as comunidades terapêuticas, assim como a psicoterapia institucional, foram estratégias de reorganização das instituições psiquiátricas fechadas, de forma que essas se adequassem à nova configuração social e às novas expectativas humanitárias.

O trabalho foi desenvolvido no Monthfield Hospital, em Birmingham, por meio de grupos de discussão com os pacientes hospitalizados. Tal procedimento visava também o engajamento destes pacientes na organização e direção do centro de tratamento.

Em 1953, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um relatório recomendando que todos os hospitais psiquiátricos se transformassem em comunidades terapêuticas, tendo em vista o caráter humanizado deste tipo de funcionamento. O trabalho das comunidades terapêuticas foi consolidado com o trabalho de Maxwell Jones, em 1959.

No entanto, nas comunidades terapêuticas, persistiu a relação de superioridade que havia entre técnicos (médicos e enfermeiros) e os pacientes. Os funcionários consideravam-se a ligação do “doente” com o mundo real, de forma que o paciente precisaria desse “vínculo” para seu tratamento, para a reaprendizagem social e para o processo de inserção em uma cultura “sadia”.

Isto reafirmava a existência de uma verticalidade de papéis, visto que o médico, com sua técnica e suas regras, seria imprescindível para a melhora do paciente (BASAGLIA et al, 1994).

A experiência francesa surgiu durante a Segunda Guerra Mundial, quando os hospitais psiquiátricos passavam por um estado de extrema penúria, acarretando a morte de, aproximadamente 40 mil pacientes. Todavia, o Hospital Saint-Alban se destacou e, durante a guerra, acolheu refugiados de diferentes níveis econômicos e sociais, além de receber o psiquiatra catalão François Tosquelles (1912-1994), convidado pelo diretor do hospital Paul Balvet, em 1940, para contribuir com a nova proposta que nele começava a ser construída (GALLIO; CONSTANTINO, 1994).

Tosquelles foi o responsável pela liderança do movimento francês conhecido como Psicoterapia Institucional, o qual sofreu grande influência da Psicanálise. Na França, a base do tratamento era o acolhimento oferecido aos pacientes, de forma que a equipe possuía grande importância, assim como toda a instituição, atuando como suporte e referência para os internos.

Foi no Hospital de Saint-Alban que se iniciou a reconstrução do potencial terapêutico da instituição hospitalar, que “oferecia possibilidades de participação e de assunção de responsabilidades por parte dos internos” (AMARANTE, 2007, p. 44). Enquanto os demais hospitais viviam em “ritmo de campo de concentração”, o Saint-Alban era uma subversão da discriminação ocorrida dentro e fora.

Pacientes e técnicos gerenciavam as atividades, que compreendiam festas, passeios, feiras, ateliês ou oficinas de trabalho e arte, que tinham o intuito de reorganizar internamente a dinâmica psíquica dos pacientes. Todos, portanto, tinham função terapêutica, independentemente do papel que exerciam dentro do hospital, além de lutar contra a violência institucional e a verticalidade nas relações.

As experiências das comunidades terapêuticas e da psicoterapia institucional foram importantes, pois transformaram hospitais psiquiátricos em lugares mais humanizados e democráticos, podendo oferecer aos seus pacientes uma vida mais digna, não sujeita aos maus-tratos característicos das intervenções da Psiquiatria biológica e de cunho moral. Entretanto, apesar dos avanços na terapêutica e na própria concepção de loucura, estas experiências

não transformaram o estado de exclusão social a que são submetidos seus usuários, não questionando a instituição psiquiátrica enquanto *locus* privilegiado de tratamento.

3.2 SEGUNDO PERÍODO: a psicoterapia de setor e a psiquiatria preventiva.

O segundo período da Reforma Psiquiátrica caracterizou-se por uma extensão da psiquiatria ao espaço público, enfatizando as ações preventivas e de promoção da Saúde Mental, considerada neste contexto como um processo de adaptação social. Marcaram este período as experiências da Psiquiatria de Setor, na França, e a Psiquiatria Preventiva, nos Estados Unidos, como movimentos de contestação da antiga prática psiquiátrica.

A psiquiatria de setor teve início na França, em 1945, a partir da contribuição de vários psiquiatras progressistas, entre eles Lucien Bonnafé. Esta tinha como objetivo estruturar um serviço público e criar equipes multiprofissionais (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) responsáveis por uma área geográfica, para desenvolver o tratamento. As equipes atuavam segundo as demandas locais, realizando ações de prevenção e tratamento das doenças mentais e adotando medidas de continuidade terapêutica, após a alta hospitalar, de forma a evitar a internação ou reinternação (RIBEIRO, 2004).

Criaram-se Centros de Saúde Mental (CSM) nos bairros franceses, onde os pacientes circulavam como forma de inclusão social, acolhendo-os para que não ficassem no hospital. Assim, ao receber alta, o paciente era encaminhado para o CSM, que oferecia inúmeras vantagens, dentre as quais conhecer pessoas e lugares e ter contato com parentes de outros internos, os quais levariam notícias a seus familiares. O paciente seria acompanhado pela mesma equipe multiprofissional, dentro ou fora do hospital, o que permitiria explorar seu vínculo com os profissionais na continuidade do tratamento terapêutico. Por outro lado, se um paciente do CSM precisasse ser internado, mas já conhecesse a equipe de profissionais, quebrar-se-ia o impacto negativo da situação (AMARANTE, 2007).

A Psiquiatria Preventiva que surgiu nos Estados Unidos, nos anos 70, foi originada do cruzamento da Psiquiatria de Setor e da Comunidade Terapêutica, também conhecida como Saúde Mental Comunitária.

O marco importante para o surgimento da psiquiatria preventiva, segundo Amarante (2007), foi o censo realizado em 1955, no qual, após pesquisas sobre as condições de assistência nos hospitais psiquiátricos de todo o país, constataram-se as precárias condições de assistência, a violência e os maus-tratos a que eram submetidos os pacientes.

O psiquiatra Gerald Caplan, que em 1964 era professor da Escola de Saúde Pública e Diretor do Programa de Saúde Mental Comunitária da Universidade de Harvard, elaborou algumas ideias que foram úteis à implantação da Psiquiatria Preventiva. Dentre estas ideias figuravam definições de atenção primária, secundária e terciária, atualmente utilizadas no Brasil na saúde pública. Segundo Caplan (1980), para se prevenir o aparecimento de doenças mentais, o indivíduo necessitava ter alguns subsídios, que consistiam em fatores físicos, psicossociais e socioculturais contínuos, adequados às diferentes etapas do desenvolvimento. A partir da análise dos subsídios oferecidos diferentemente aos diversos grupos sociais, Caplan definiu algumas comunidades de risco, que deveriam ser alvo de uma investigação tendo em vista suas tendências à doença mental.

3.3 TERCEIRO PERÍODO: A antipsiquiatria e a psiquiatria democrática italiana (tradição basagliana)

Segundo Nicácio (2003), a reforma psiquiátrica italiana ocorreu nos anos 1960. Na área da assistência, a atenção estava nas condições de degradação das instituições psiquiátricas. Isto levou Franco Basaglia a questionar “as bases do saber psiquiátrico e a função social e política desempenhada pela ciência, pelos técnicos e pelo manicômio” (NICÁCIO, 2003, p. 91). Basaglia, baseando-se na sua experiência vivida no hospital psiquiátrico de Gorizia, mostrou que a assistência psiquiátrica italiana estava atrasada, pois se centrava no modelo custodial. Diante disso, a equipe do hospital procurou criar possibilidades de transformação dos saberes e das práticas psiquiátricas, por meio de trabalho no interior do manicômio, “a partir de uma prática de transformação cotidiana, artesanal, de trabalhar com as pessoas, as relações, os espaços, os recursos, os saberes, as normas e os contextos” (NICÁCIO, 2003, p. 92).

Além disso, a reforma psiquiátrica italiana sofreu grande influência da antipsiquiatria, uma corrente doutrinária na área de saúde mental que surgia na

Inglaterra na mesma época. A principal característica da antipsiquiatria era contestar a validade da ciência médica para resolver os transtornos psiquiátricos.

Ronald D. Laing e David Cooper, defensores desse movimento, afirmavam a necessidade de se prestar mais atenção às influências nocivas que a sociedade e a família exerciam sobre o doente.

Muitos representantes opuseram-se à existência dos hospitais psiquiátricos, os quais, segundo Amarante, reproduziam “as mesmas estruturas opressoras e patogênicas da organização social, fortemente manifestadas na família” (AMARANTE, 2007, p. 53). Defendiam que o doente mental deveria ficar em contato com a sociedade, de modo que o processo terapêutico permitisse que o sujeito vivenciasse sua experiência, reorganizando seu interior. O papel do terapeuta seria o de ajudar o paciente a vivenciar e superar seu processo, protegendo-o e acompanhando-o (AMARANTE, 2007).

A experiência italiana é conhecida em nível internacional, pois foi a única que aboliu as internações nos hospitais psiquiátricos, dando início ao processo radical de desinstitucionalização e defendendo a ideia de altas hospitalares e redução gradual do número de leitos.

Segundo Amarante (2007), à medida que se fecharam os pavilhões e enfermarias psiquiátricas no hospital de Trieste (cidade italiana pioneira nesta experiência), criaram-se serviços e dispositivos que substituiriam o modelo manicomial. Dessa forma, os primeiros substitutos dos hospitais psiquiátricos foram os centros de saúde mental (CSM), distribuídos em várias regiões da cidade (influência francesa).

A luta contra os manicômios implica que a instituição inventada precise de vários tipos de pessoas para uma prática terapêutica efetiva – artistas, poetas, pintores, inventores de vida; além de festas, jogos, palavras, espaços de encontros, recursos, talentos.

Pensa-se num sujeito como sujeito-cidadão com todos os seus direitos. O reconhecimento da liberdade do paciente significa o reconhecimento da própria liberdade por parte do médico, o que representa a superação do vínculo entre o médico (senhor) e o paciente (servo, aquele que é objeto de estudo).

O reconhecimento da cidadania e o retorno do louco ao convívio social são questões fundamentais para o entendimento do pensamento basagliano, que se revela atual e inspirador em vários países, incluindo o Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS – REFLEXOS NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica abriu novos horizontes para o atendimento a portadores de transtornos mentais, que trouxe importantes mudanças no contexto brasileiro. Possibilitou o surgimento de uma alternativa prática psiquiátrica que era, então, predominantemente hospitalar.

Antes da Reforma Psiquiátrica, os hospitais psiquiátricos brasileiros tinham um caráter asilar com pacientes crônicos residindo nessas instituições. O tratamento de então não visava à reabilitação para a sociedade. No duro regime asilar, os hospitais psiquiátricos caracterizavam-se pelo aspecto de grandes estruturas físicas e fechadas, com capacidade crescente para abrigarem todos os sujeitos que se enquadravam nos princípios de asilamento/confinamento. O hospital psiquiátrico era uma instituição onde se estabeleciam relações de dominação/submissão, gerando sofrimento a todos e, em especial, ao enfermo.

Com a Reforma Psiquiátrica, a rede básica de saúde passa a ser o principal meio para o atendimento de portadores de transtornos mentais que adoecem ou que estão em algum tipo de acompanhamento, e o profissional da saúde passa a se ocupar de um contexto ampliado onde ocorre o cuidado. Deixa de se ocupar apenas com a doença, prescrição de medicamentos e aplicação de terapias, e volta o seu olhar para os sujeitos que precisam de tratamento e qualidade do serviço oferecido. Reflete também sobre o cotidiano, o tempo, trabalho, lazer, ócio, prazer e organização de atividades conjuntas. O cuidado deixa de ser centrado no médico e na enfermeira para abranger outros profissionais como assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico etc.; agora envolve toda uma equipe multiprofissional.

Por outro lado, no Brasil, o fechamento de leitos para internação psiquiátrica não considera as necessidades clínicas, gravidade e/ou complexidade, apesar da insuficiência da CAPS I, II, III, CAPSad e CAPSia, sob o ponto de vista populacional. A intenção doutrinária de fechar hospitais

psiquiátricos, considerados genericamente asilares, se recusa a considerar as refratariedades terapêuticas, falta de insumos disponíveis, e insuficiência de rede de suporte social, entre outros, culpando a instituição e não a política assistencial pelo insucesso terapêutico.

Não existem leitos psiquiátricos suficientes e disponíveis em Hospitais Gerais, e os Serviços Hospitalares de Referência estão previstos somente para Dependentes de Álcool e Drogas (mas também não criados). Não existem políticas que incentivam a fixação de profissionais de saúde mental em áreas e/ou regiões mais necessitadas. Os CAPS não atendem às demandas populacionais nem nos grandes Centros e nas regiões mais desenvolvidas e ricas do país.

Há a insuficiência de programas terapêuticos para tratar a Dependência Química e outros transtornos que exigem Protocolos e/ou Programas Especiais (ex: Retardo Mental, Autismo, Transtornos Alimentares, Transtornos Antissociais, Transtornos Sexuais, Transtornos Compulsórios, etc...).

Diante desse cenário no Brasil, tecemos algumas sugestões para finalizar este artigo, tendo em vista a melhoria do atendimento. Neste sentido, a clínica da Reforma Psiquiátrica poderá vir a ser:

- Uma rede de atendimento diversificada, integrada, balanceada, hierarquizada, com sistema de referência e contrarreferência para atender às necessidades dos pacientes.

- Atendimento multiprofissional de fato – todos os componentes da equipe e seus respectivos saberes respeitados e utilizados de modo complementar, com definição de papéis e responsabilidades.

- Uso criterioso e racional dos melhores medicamentos, sem restrição por categoria diagnóstica.

- Uso dos recursos terapêuticos comprovadamente eficazes.

- Equipes capacitadas por programas de formação e atualização continuada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABP/AMB/CFM. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**, 2006. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2010/anexo_diretrizes_em_saude_mental.pdf. Acesso em: 29 de abril de 2015.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

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

BASAGLIA, Franco et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

BAZZO, E.F. **Dymphne**: a santa protetora dos loucos. Brasília: Clepto, 2000.

BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRITTO, Renata Corrêa. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01**. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. 2004, 210p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

CAPLAN, Gerald. **Princípios de psiquiatria preventiva** Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

DRESDEN, S. **O Humanismo no renascimento**. Tradução de D. Gonçalves. Porto: Editorial Inova, 1968.

FEITOSA, Adriana et al. Estudo das experiências da reforma psiquiátrica-concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas. *Mnemosine* vol.6, n 1, p.111-133 (2010)- Artigos.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na idade clássica**. 3. Ed. Tradução de J. T. Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GALLIO, Giovanna; CONSTANTINO, Maurizio. François Tosquelles – A escola da liberdade. **Saúde Loucura** 4. São Paulo: Hucitec, 1994.

JONES, Maxwell. **A comunidade terapêutica**. Tradução de Lúcia Andrade Figueira Bello. Petrópolis: Vozes, 1972.

KODA, M. Y. A construção de sentidos sobre o trabalho em um núcleo de atenção psicossocial. In: AMARANTE, P. D. C.(Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 67-87.

MANNION, J. **O Livro completo da filosofia**: entenda os conceitos básicos dos grandes pensadores: de Sócrates a Sartre. Tradução de F. M. dos Santos. São Paulo: Madras, 2004.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvio. **Utopia da Realidade**: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: <<http://libidigi.unicamp.br/document/?code=vtls000311545>>. Acesso em: 29 de abril de 2015.

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma psiquiátrica, uma realidade possível**: representações sociais da loucura e a história de uma experiência. Curitiba: Juruá, 2009.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, Ago. 2004.

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

PITIA, Ana Celeste de Araújo. **Interface**: Comunicação Saúde Educação. Fundação UNI, 2009.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. **Revista Psicologia**: Ciência e Profissão, v.24,n.23,2004.

RICHARDS, J. **Sexo, desvio e danação**: as minorias na Idade Média. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

YASUI, S. CAPS: Aprendendo a perguntar. In A. Lancetti (org.), **Saúde Loucura 1** São Paulo: Hucitec, 1989. p. 47-89.