

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO
UNIDADE ACADÊMICA DE HUMANIDADES, CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

IZABEL SCARABELOT MEDEIROS

MITOS, ESTIGMAS E SUPERAÇÕES NA CONCEPÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO:
ESTUDO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNESC - SC

CRICIÚMA, DEZEMBRO DE 2007.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

IZABEL SCARABELOT MEDEIROS

MITOS, ESTIGMAS E SUPERAÇÕES NA CONCEPÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO:

ESTUDO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNESC - SC

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado em Educação – linha de pesquisa *“Educação e Produção do conhecimento nos Processos Pedagógicos”* em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Janine Moreira

CRICIÚMA, DEZEMBRO DE 2007.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

M488m Medeiros, Izabel Scarabelot.
Mitos, estigmas e superações na concepção de sofrimento psíquico: estudo do curso de Enfermagem da UNESC - SC / Izabel Scarabelot Medeiros; orientadora : Janine Moreira. – Criciúma : Ed. do autor, 2008.

170 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2008.

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Pessoal da área médica. 3. Pessoal da área de saúde mental. 4. Sofrimento psíquico. 5. Doenças mentais - Mitos e estigmas. 6. Estigma (Psicologia social). I. Título.

CDD. 21ª ed. 610.7368

Bibliotecária: Flávia Caroline Cardoso – CRB 14/840
Biblioteca Central Prof. Eurico Back – UNESC

IZABEL SCARABELOT MEDEIROS

MITOS, ESTIGMAS E SUPERAÇÕES NA CONCEPÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO:
ESTUDO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNESC - SC

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado em Educação – linha de pesquisa *“Educação e Produção do conhecimento nos Processos Pedagógicos”* em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Educação.

Criciúma, 19 de dezembro de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Janine Moreira (UNESC) – Orientadora

Dr. Jonas Salomão Sprícigo (UFSC) – Membro

Dr. Paulo Rômulo Frota (UNESC) - Membro

Dr. Ademir Damázio (UNESC) – Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiro e sempre, por toda existência e forte presença em conduzir a minha vida.

Aos três amores da minha vida: João, Mateus e Arthur, fruto de felicidade extrema. Foi graças a vocês, pelo incentivo, paciência e apoio diante das minhas constantes ausências, mau humor e o cansaço, que consegui superar vários obstáculos nesta caminhada.

À minha orientadora Janine, pelos momentos particulares de incentivo, confiança, escuta, afeto e todo saber que contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional na construção desta dissertação.

Aos componentes da banca, professores Paulo Rômulo Frota e Jonas Salomão Sprícigo, por aceitarem este desafio e contribuírem com sua sabedoria e experiência para minha formação.

À minha colega mais próxima do mestrado, Paula, grande confidente, pelas trocas de experiência, dividindo um pouco das angústias e a satisfação de chegar ao final.

A todos os colegas do mestrado e ao nosso querido Walter da secretaria, pela convivência e experiência de sermos os iniciantes nesta jornada do mestrado. Foi divertido, educativo e cansativo também, mas, sinceramente valeu a pena!

À UNESC e especialmente ao Programa de Pós-Graduação em Educação, coordenador e professores, pela oportunidade de qualificação e aprendizado.

À coordenação do curso de Enfermagem, pelo incentivo, compreensão e apoio durante este período, depositando confiança e acolhimento durante estes quase três anos.

A todos os colegas do curso, aos enfermeiros e parceiros solidários que participaram da minha pesquisa colaborando significativamente, obrigada!

Aos alunos da sétima fase, hoje todos colegas enfermeiros, que aceitaram participar da pesquisa e contribuíram desde sua convivência durante o curso, além do estudo.

Aos colegas de trabalho, enfermeiros do SAMU, meus parceiros de muitas horas angustiantes, que me socorreram e deram força, com as trocas de plantões e sua disponibilidade.

A todos os discentes e docentes, espero estar contribuindo para a sensibilização e reflexão, acreditando que sempre podemos *aprender e apreender* algo novo, além da abertura para mudança de paradigmas.

Enfim, todos que de alguma forma fazem parte da minha vida, família, amigos, colegas, reconheço que contribuíram para a construção de algo novo, um desafio profissional e pessoal, que com certeza jamais esquecerei.

RESUMO

Vivendo em uma sociedade em que o portador de sofrimento psíquico é alvo de estigma e mitificação de conceitos que envolvem a loucura. O cenário da Reforma Psiquiátrica é atual, porém, pouco conhecido pela sociedade em geral. A formação de profissionais de saúde que trabalharão com o sofrimento psíquico ganha importância na medida em que eles possam continuar ou romper com tais mitos e estigmas. Este estudo tem por objetivo buscar a compreensão da concepção de saúde e doença mental do curso de graduação em Enfermagem da UNESC, procurando responder à pergunta desta pesquisa: o curso de Enfermagem oferece mediações para o rompimento de mitos e estigmas relacionados ao sofrimento psíquico? O caminho percorrido para se alcançar esta resposta foi, primeiramente, pela compreensão da história da loucura, em relação à qual dialogamos principalmente com Isaias Pessotti, Michel Foucault, Robert Castel e Vera Portocarrero. Buscou-se o entendimento dos mitos e estigmas da loucura em um determinado percurso histórico, até chegar-se à sua medicalização. O movimento da Reforma Psiquiátrica foi outro eixo compreensivo deste estudo, apoiando-se principalmente em Paulo Amarante, Franco Rotelli, Ota de Leonardis, Diana Mauri, Franco Basaglia e Manuel Desviat. Compreende-se a Reforma como uma mudança paradigmática da loucura medicalizada (doença mental), no sentido de ser um contraponto a esta noção médica sobre a qual se apoia o mito e o estigma da loucura modernamente. Por fim, nos debruçamos sobre o ensino de saúde mental na história da Enfermagem e no curso da UNESC, tendo como referência autores como Luciane Kantorski e Graciete Silva, Telma Geovanini e Cristina Miranda. O estudo é exploratório e de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas estruturadas com 14 docentes do curso e aplicados questionários a 24 discentes. As categorias finais analisadas foram: Concepção de saúde e doença mental, Assistência ao sofrimento psíquico e Ensino/Desmitificação da doença mental. A análise revelou abordagem mais crítica e reflexiva dos docentes em relação aos discentes da concepção de saúde e doença mental, apontando para questões de natureza social, psicológica, biológica, ambiental e familiar, apesar do conhecimento pouco aprofundado da Reforma Psiquiátrica. Quanto aos aspectos da assistência ao sofrimento psíquico, ainda são mencionadas práticas asilares. Quanto ao ensino, foram correlacionados os temas saúde e doença mental em todos os conteúdos, também foram manifestados aspectos de mitificação da doença mental. Assim, o curso de Enfermagem da UNESC apresenta-se como mediador para o rompimento do estigma e do mito no que se refere ao sofrimento psíquico, porém, também reproduz alguns destes mitos e estigmas. A proposta de desmitificar conceitos não é fácil, assim, a pretensão deste estudo é contribuir com o aprendizado e a reflexão sobre a concepção de saúde e doença mental no curso de Enfermagem, no sentido de favorecer e promover esta desmitificação.

Palavras-chave: mito, estigma, sofrimento psíquico, Enfermagem, educação.

ABSTRACT

Living in a society in which the bearer of psychic suffering is subject of stigmas and myths, involving concepts about madness. The Psychiatric Reform scenery is current, however it is not well known by society in general. The education of health professionals who will work with psychic sufferers has become important as they can continue or put an end to such myths and stigmas. Thus, this study aims at knowing how the Nursing Course at UNESC understands mental illness and health conceptions through the research question 'Does the Nursing Course offer mediation to put an end to myths and stigmas related to psychic suffering?' Starting with a literature review, in which authors like Isaias Pessotti, Michel Foucault, Robert Castel, and Vera Portocarrero were studied, the present research tried to understand the myths and stigmas about madness in a certain historical period up to the period it started being medicated. The Psychiatric Reform was also studied through authors like Paulo Amarante, Franco Rotelli, Ota de Leonardis, Diana Mauri, Franco Basaglia, and Manuel Desviat. The Reform was understood as a paradigmatic change of medicated madness (mental illness) in the sense of being a counterpoint to this medical belief which madness myth and stigma have been based on recently. Finally the study discusses the mental health teaching in Nursing history as well as in the course at UNESC. This is an exploratory and qualitative study in which structured interviews were made with fourteen (14) teachers, and twenty-four (24) students answered a questionnaire. The final categories analysed were: Mental illness and health conceptions, Assistance to Psychic sufferers and Teaching/Demystification of mental illness. Results show that the teachers are more critical and reflexive than the students, concerning health and mental illness conceptions, pointing out questions of different types such as social, psychological, biological, environmental and familiar, despite the superficial knowledge of the Psychiatric Reform. As to the assistance to psychic sufferers, asylum practices are still mentioned and as to teaching, health and mental illness were correlated in all contents; aspects of mental illness mystification also appeared. Therefore, the Nursing Course at UNESC can be considered a mediator to finish with the myths and stigmas related to psychic suffering, but it also reproduces some of these myths and stigmas. Demystify conceptions is not an easy task, so the purpose of this study is to contribute to the learning and reflections on health and mental illness conceptions in the Nursing Course, favoring their demystification.

Keywords: Myth; stigma; psychic suffering; Nursing, education .

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Percurso Metodológico	19
1.1.1 A trajetória	20
1.1.2 As informações através dos dados	23
2 HISTORICIDADE DA DOENÇA MENTAL	26
2.1 A loucura através das épocas	26
2.2 A história da loucura no Brasil	51
3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA	65
3.1 A Reforma na Itália e Estados Unidos	70
3.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil	82
3.3 Reforma Psiquiátrica em Santa Catarina	91
4 ENFERMAGEM E SAÚDE MENTAL	95
4.1 Um pouco da História	95
4.2 Ensino de Saúde Mental na graduação – UNESC	110
5 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL NO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNESC	117
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	158
REFERÊNCIAS	163
APÊNDICES	169
ANEXO	175

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Concepção de saúde mental (docentes)	118
Quadro 2 - Concepção de saúde mental (discentes)	119
Quadro 3 - Concepção de doença mental (docentes)	124
Quadro 4 - Experiência pessoal e profissional x doença mental (docentes)	117
Quadro 5 - Concepção sobre o comportamento do sofredor psíquico (discentes).....	133
Quadro 6 - Entendimento quanto à concepção social frente ao sofredor psíquico (discente)	136
Quadro 7 - Entendimento quanto a etiologia da doença mental (discentes).....	138
Quadro 8 - Entendimento sobre a possibilidade de cura da doença mental (docentes).....	141
Quadro 9 - Entendimento sobre a possibilidade de cura da doença mental (discentes).....	143
Quadro 10 - Conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica (docentes).....	144
Quadro 11 - Sentimentos despertados em relação ao estágio de saúde mental (discentes).	148
Quadro 12 - Tratamento mais adequado ao sofredor psíquico (discentes)	150
Quadro 13 - Relação do tema saúde e doença mental no ensino (docentes).....	153
Quadro 14 - Abordagem sobre o tema saúde e doença mental (docentes)	154
Quadro 15 - Concepção de doença mental após ensino de graduação (discentes)	155

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABP** - Associação Brasileira de Psiquiatria
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS i** - Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- CONASP** - Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
- COREN** - Conselho Regional de Enfermagem
- DINSAM** - Divisão Nacional de Saúde Mental
- DNSP** - Departamento Nacional de Saúde Pública
- FBH** - Federação Brasileira dos Hospitais
- GAPH** - Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar
- INAMPS** - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
- INPS** – Instituto Nacional da Previdência Social
- IPQ** – Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina
- MTSM** - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
- NAPS** - Núcleo de Atenção Psicossocial
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OPAS** - Organização Pan Americana de Saúde
- PPP** – Projeto Político Pedagógico
- SOSINTRA** – Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UNESC** – Universidade do Extremo Sul Catarinense

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	169
Apêndice 2 – Entrevista com docentes	171
Apêndice 3 – Entrevista com discentes	173

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – LEI Nº 10.216, de 06 de ABRIL DE 2001 - Paulo Delgado	175
--	-----

1 INTRODUÇÃO

“Somos o que fazemos, mas somos, principalmente, aquilo que fazemos para mudar o que somos” (Eduardo Galeno).

Na vida cotidiana, pode-se observar que o comportamento social frente ao portador de sofrimento psíquico é permeado por atitudes de medo, repulsa e afastamento quando há contato interpessoal, sobretudo em relação a pacientes ou ex-pacientes de alguma instituição psiquiátrica. O louco, o doente mental, o sofredor psíquico, algumas das designações dadas a este “diferente de nós”, e que correspondem a diferentes olhares sobre este fenômeno, em geral é alguém de quem se sente medo (por seu alinhamento com a periculosidade), pena (por sua relação com a idéia de um doente incurável), repulsa (por enxergá-lo como um ser de outra natureza), mas quase nunca ele é visto como alguém entre nós, passando por algum sofrimento – mais ou menos intenso -, por alguma dificuldade existencial – mais ou menos desestruturadora de sua existência -, mas, enfim, passando por algo pelo qual todos nós podemos passar algum dia. Este genericamente “louco”¹ não é o “mesmo”, é o “outro”.

Enquanto enfermeira e docente de conteúdos sobre o tema e de estágio supervisionado² de saúde mental, a autora percebe ao longo desta trajetória aqueles mesmos sentimentos em acadêmicos dos cursos de Enfermagem, antes de iniciarem seu estágio e ao discorrer sobre o cuidado de Enfermagem frente ao sofredor psíquico. Este estágio no curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC - acontece no sexto semestre e tem-se observado uma série de preocupações dos discentes frente ao cuidar do portador de sofrimento psíquico em ambiente hospitalar ou ambulatorial, ao se deparar com

¹ Ao longo desta dissertação será aceita a designação advinda da Reforma Psiquiátrica de “sofrimento psíquico” e de “sofredor psíquico”, respectivamente, para o fenômeno da chamada “loucura” e do “louco”, nos afastando, portanto, da designação de “doença mental” e de “doente mental”, uma vez que a Reforma é, justamente, a contraposição à concepção médica do fenômeno. No entanto, por vezes também será utilizado o termo “loucura” e “louco” como “genéricos”, ou seja, como que “neutros” nesta polarização entre doença/doente e sofrimento/sofredor. Ressalta-se que, especificamente na aproximação ao objeto da pesquisa em campo, utilizam-se os termos mais conhecidos socialmente, quais sejam, doença mental e doente mental.

² A designação de *estágio* compreende as atividades realizadas pelo acadêmico em ambientes externos à universidade, sendo parte do processo avaliativo e de desenvolvimento das habilidades inerentes ao curso, sob supervisão direta ou indireta dos docentes. O estágio de saúde mental costuma ser realizado em instituições de tratamento ambulatorial e hospitalar para o sofredor psíquico, com supervisão direta de enfermeiros docentes que possuem alguma experiência na área.

pacientes internados em instituição psiquiátrica ou realizando tratamento em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Tais preocupações ou reações lembram e despertam para o cenário da loucura em sua trajetória histórica, afastando e excluindo o louco do âmbito social. Estes fatos podem ser o mesmo: os sentimentos dos alunos são os sentimentos sociais que se nutrem para com o louco e a loucura.

A formação de profissionais que irão trabalhar diretamente com o sofredor psíquico merece um olhar atento: se os discentes estão chegando ao estágio com estes sentimentos, de que forma estão sendo preparados para atuarem profissionalmente? Qual a dificuldade de alcançar ou avançar para a mudança de paradigmas? Há um peso ou força sobre esta visão que dá margem para a loucura e é descrita pelos sentimentos e reações dos discentes, que discutem a possibilidade de evitar ou reduzir o tempo de contato com o sofredor psíquico nas atividades acadêmicas. E é aqui que entra a ação do educador ou docente na tentativa de desmitificar a loucura através da prática de ensino e convívio acadêmico, abordando e provocando discussões e reflexões a partir da história da loucura e o louco e todas as suas particularidades, além do contato direto na assistência ao sofredor psíquico nas áreas do estágio. O foco da educação neste processo é oportunizar ao discente a análise crítica sobre o tema, sob a dimensão social atual e enfrentamento de questões de resistência à própria disciplina (conteúdo), despertando para a proximidade do sofrimento psíquico a qualquer indivíduo. A construção e organização curricular sem dúvida é grande aliada na formação discente, fornecendo subsídios ou espaços para produção do conhecimento.

Então, ao final do estágio, quando supostamente já encontraram estes sujeitos (sofredores psíquicos), os discentes permanecem com os mesmos sentimentos? Como parte da sociedade, estes sujeitos em suas inter-relações podem promover rupturas no campo da saúde mental através do conhecimento, mudança de conceitos e do olhar classificatório para com a doença e doente mental. Assim, advém o questionamento se o curso que prepara profissionais para atuarem junto aos sofredores psíquicos está sendo uma mediação para a superação de mitos e estigmas sobre a loucura. Estes são questionamentos que se justificam a partir da preocupação para com a mudança de questões ou opiniões individuais e até mesmo sociais cercadas pela loucura. A pesquisadora, então, acredita na necessidade de chamar à reflexão para este olhar excludente sobre o fenômeno do sofrimento psíquico.

Algumas pesquisas feitas junto a estudantes e profissionais da saúde têm se fundamentado na compreensão da realidade e motivação para prática de atividades que propiciem ou instiguem para mudança do que não é considerado ideal ou adequado em certa

instância. Alguns estudos confirmam as concepções e atitudes negativas para com o sofredor psíquico, como exemplo a pesquisa de Pedrão, Avanci e Malaguti (2002) feita com discentes iniciantes do curso de Enfermagem, apontando entre os resultados atitudes de caráter autoritário, restritivo e discriminador, sendo o sofredor psíquico visto como ameaçador, perigoso e irrecuperável, necessitando de vigilância e clausura.

A definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde³ (OMS) é de um completo bem-estar, envolvendo vários aspectos como físico, mental e social, o que se constitui como totalidade ou integralidade da saúde do indivíduo. Este conceito prevalece como referência, mas introduz reflexões e constantes discussões sobre sua operacionalização nas variadas situações. Se o homem vive em constantes mudanças e em um cotidiano contraditório, é difícil padronizar um conceito abrangente e que responda a todas as expectativas de um indivíduo e do coletivo e que, ao mesmo tempo, leve a um “completo bem-estar”. Qual então a relação entre saúde física e psíquica? Como definir a loucura? Concepções ou mitos existentes na sociedade em relação à loucura conduzem à reação dos indivíduos e sociedade ao se defrontarem com situações que envolvem o tema. Estas questões afligem os discentes do curso de Enfermagem quando o tema loucura é colocado em pauta de discussão e, principalmente, quando os discentes realizam o estágio curricular do conteúdo de saúde mental.

A experiência adquirida pela pesquisadora ao longo da prática de ensino e principalmente nas atividades de estágio faz acreditar na necessidade de maior reflexão quanto às concepções de saúde e doença mental no curso de Enfermagem. Chama atenção as reações de preconceito, medo, rejeição, estigma, angústia e talvez até o próprio sofrimento dos estudantes de Enfermagem quando envolve o tratamento destes pacientes. As expectativas criadas pelos discentes, na maioria das vezes, estão relacionadas aos mitos da loucura e são transmitidas por sentimentos e reações, bem como se refletem na assistência de Enfermagem a estes pacientes. Reportando ao conceito de mito do ponto de vista histórico, segundo Abbagnano (2003), este pode ser apresentado sob três significados. No primeiro conceito, na antiguidade clássica, mito era considerado produto inferior ou deformado do intelectual. Aristóteles é um exemplo da época, para o qual mito era, às vezes, o oposto da verdade, em outras era a aproximação imperfeita ou diminuída da verdade, este sentido geralmente associado ao significado moral ou religioso. Quanto à segunda concepção, o mito é visto

³ Segundo a OMS, saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Este conceito foi adotado em 1948, simbolizando um compromisso e horizonte a ser perseguido (BRASIL, 2007).

como forma autônoma de pensamento ou de vida. Trata-se de uma verdade autêntica, diferente da intelectual, com forma fantástica ou poética. E na terceira concepção o mito é visto como instrumento de estudo social, sua função é reforçar a tradição, valorizar a realidade dos acontecimentos iniciais. O mito pode constituir-se em narrativas fabulosas, históricas ou pseudo-históricas, figuras humanas, conceitos e noções abstratas ou projetos de ação que nunca se realizarão. Em resumo, mito nunca reproduz uma situação real, mas opõe-se a ela, sua representação é embelezada, corrigida e aperfeiçoada, expressando assim as aspirações da situação real. Podemos observar que no primeiro conceito há desvalorização do mito, no segundo há supervalorização e o terceiro procura mostrar a função que o mito exerce na sociedade e suas diferentes características.

Analisando estas concepções, é possível relacionar o entendimento mitificado da loucura e a reprodução das relações sociais frente à loucura e o louco. E em relação à prática profissional do enfermeiro, esta é permeada pela forma de olhar a loucura, que influencia diretamente na assistência a ser prestada. Analisando o tema, Miranda (1994) comenta sua experiência como docente e a contribuição das representações sociais coletivas sobre a loucura e o louco. A autora cita:

Pequenos conceitos, pré-conceitos, trocas simbólicas, experiências pessoais ou coletivas moldam um pensar e um agir em relação ao doente mental, que, gostemos ou não, vão influenciar diretamente na qualidade da assistência e na relação estabelecida com ele. Essa instrução alimentada pelas representações sociais leigas ou não científicas sobre a loucura, permanece no espaço asilar e contamina todos os atores, inclusive, e talvez principalmente, o louco (MIRANDA, 1994, p. 65).

A mesma autora comenta sobre as dificuldades para tentar romper essas representações no espaço de prática de estágio e também da observação de distanciamento do profissional em relação ao tocar o paciente. Situações como estas confirmam a importância do entendimento da loucura no contexto social e histórico, com enfoque para o tema saúde e doença mental, no sentido de contribuir para a desmitificação dos conceitos.

A história da loucura, que será abordada neste estudo, envolve as concepções de mito, estigma, rejeição e as transformações propostas nas reformas da assistência de saúde mental. Silveira e Braga (2005, p.01) fazem uma reflexão teórica acerca da loucura e ressaltam a importância desta compreensão na prática de assistência em saúde mental: “Conclui-se que a importância em se conhecer as formas históricas do conceito de loucura

reside na possibilidade de se poder desnaturalizar as concepções e refletir acerca das práticas que são realizadas hoje na assistência às pessoas em sofrimento mental”.

Pode-se dizer que a estigmatização da loucura e do louco é outro fator que permeia o olhar para este fenômeno e para este sujeito. Para Goffman (1996), o paciente passa a ser estigmatizado a partir da internação em um hospital para doentes mentais, que, diferentemente de outras hospitalizações, costuma ser longa e dificultar a reinserção social. No momento que interna, independente de sua perturbação, passa a ser considerado vergonhoso, “alguém à parte”, marginalizado até pelo próprio hospital: “Mesmo o hospital reconhece, tacitamente, que a perturbação mental é uma vergonha; por exemplo, muitos hospitais dão um endereço postal em código, de forma que os pacientes possam enviar e receber cartas sem que sua posição seja anunciada pelo envelope”(GOFFMAN, 1996, p. 288-289).

Atualmente, muitas são as situações que mobilizam sentimentos de rejeição, desprezo e até mesmo de raiva, como ao assistirmos a matérias que apresentam psicopatas como o “Maníaco do Parque”, “Estudante do Cinema”, “Atirador na escola” e tantos outros. São formas de apresentar a loucura que cumprem o papel de reforçar os preconceitos que atingem os sofredores psíquicos, tanto de natureza não agressiva como de natureza antissocial. Situações como estas, por conta de alguns entendimentos, generalizam concepções e apenas reforçam a estigmatização do indivíduo portador de sofrimento psíquico, afastando cada vez mais a possibilidade de sua reintegração social com a família e à vida na comunidade.

Miranda (1994, p. 139) ressalta reações em relação à loucura presentes historicamente: “Ao longo da história, a loucura e o louco provocaram piedade, indiferença, riso, medo (Idade Média); exaltação, ironia, crítica (século XVI); exclusão, minorização, reeducação, discurso moral, patologização, produção de saber médico (séculos XVII e XX)”. Estas reações estão diretamente relacionadas às concepções existentes em cada época.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, surgido no Brasil na década de 1970, segundo Silveira e Braga (2005), busca a transformação ou reestruturação do modelo assistencial que era centrado no hospital psiquiátrico e, principalmente, na desconstrução do conceito de “doença mental”, dando lugar a uma nova forma de perceber a loucura enquanto “existência-sofrimento” do sujeito em relação com o corpo social. A proposta de desinstitucionalização se dá através da criação de modelos alternativos ou substitutivos de atenção psicossocial e é contemporânea ao movimento sanitário. A mudança possibilita ultrapassar o atendimento exclusivo hospitalar e avança para expansão de serviços de saúde mental ao nível ambulatorial.

Reconhece-se enfim que para haver transformação e mudança a proposta é estar disposto ao diálogo e compreensão da realidade da loucura e do louco, sem julgamentos e preconceitos. Para concretizar esta proposta da Reforma Psiquiátrica, é necessário que a sociedade caminhe para um olhar com igualdade e não superioridade, de forma a permitir a inclusão social do louco.

A reflexão sobre o ensino de Enfermagem neste estudo procura abordar o sofrimento psíquico como um diálogo entre os conteúdos/forma de ensinar na escola e a sociedade, no sentido em que o que se ensina e como se ensina guarda uma relação estreita com a estrutura social vigente e seus valores. Assim, a forma como é ensinada a temática da saúde/doença mental na universidade se relaciona com a forma com que ela é compreendida no âmbito social. Refletir sobre os conteúdos na graduação de Enfermagem é refletir as temáticas neles envolvidas no âmbito social.

O objetivo geral deste estudo é analisar se o curso de graduação em Enfermagem da UNESC oferece mediações para o rompimento de mitos e estigmas relacionados ao sofrimento psíquico. Quanto aos objetivos específicos são: Descrever a trajetória histórica da concepção da loucura; Descrever a concepção de sofrimento psíquico da Reforma Psiquiátrica; Descrever a trajetória do ensino de saúde mental no curso de Enfermagem da UNESC; Levantar o entendimento do fenômeno saúde e doença mental de docentes do curso de Enfermagem da UNESC; Levantar o entendimento do fenômeno saúde e doença mental de discentes do curso de Enfermagem da UNESC; Analisar os sentimentos dos discentes frente à experiência de estágio em saúde mental e Averiguar se a Reforma Psiquiátrica é conhecida entre docentes e discentes do curso de Enfermagem a ponto de contribuir para a desmitificação e desestigmatização da doença mental.

Entende-se que a proposta de desmitificar o sofrimento psíquico não é fácil, contudo, é pretensão contribuir com aprendizado e reflexão sobre a lógica dos conceitos de saúde e doença mental no curso de Enfermagem, junto a docentes e discentes, a partir dos quais se favoreça ou promova esta desmitificação.

Assim, a pergunta principal que esta pesquisa buscou responder é: **o curso de Enfermagem oferece mediações para o rompimento de mitos e estigmas relacionados ao sofrimento psíquico?** O caminho a esta resposta foi percorrido fazendo-se uma compreensão sobre a loucura a partir da história (história de sua medicalização) e estabelecendo-se um contraponto com a Reforma Psiquiátrica. A partir daí, se procedeu à compreensão da concepção de loucura presente no curso de Enfermagem da UNESC.

Apresenta-se o texto deste estudo em seis capítulos: o primeiro com a contextualização do tema e objeto de estudo, apontando os objetivos e percurso metodológico; o segundo abordando a historicidade da loucura, no eixo de sua medicalização; o terceiro sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica, na medida em que consiste em uma oposição à medicalização e um contraponto a ela; o quarto apresenta breve contextualização histórica da enfermagem psiquiátrica e o ensino de saúde mental inserido no curso de Enfermagem na UNESC; o quinto capítulo expõe os dados da pesquisa, focalizando a compreensão de saúde/doença mental de docentes e discentes, consistindo, então, na experiência do curso de Enfermagem da UNESC. E no sexto capítulo apresenta-se as reflexões e considerações finais a partir da proposta de pesquisa e resultados encontrados, com atenção para possibilidades de espaço para novas pesquisas no ensino de Enfermagem.

Acredita-se que esta dissertação possa trazer elementos que possibilitem um novo olhar, foco da proposta da Reforma Psiquiátrica, na direção da responsabilização de todos os indivíduos num movimento de mudança que, por fim, acredita-se, promoverá não só a reabilitação social do sofredor psíquico, mas contribuirá na humanização das relações profissionais para com ele.

1.1 Percurso Metodológico

Todo pesquisador precisa seguir uma metodologia, para que possa garantir um caminho sistemático e organizado de seu trabalho. Através do método científico, busca-se a solução de problemas existentes e pode-se prever consequências futuras. Para Leopardi (2002, p. 163), “o método é o caminho pelo qual se chega à meta, sendo a essência da descoberta e do fazer científico e representa o aspecto formal da pesquisa, o plano pelo qual se põe em destaque as articulações entre os meios e os fins, através de uma ordenação lógica de procedimentos”.

Esta pesquisa de abordagem qualitativa é um estudo exploratório. A pesquisa qualitativa, segundo Leopardi (2002), é usada para obter dados subjetivos, estudos de um caso particular, avaliação de programas ou proposta de programas ou quando não temos informações sobre o assunto. Nesta pesquisa, apesar de analisar os dados em quadros demonstrativos de sua frequência, a análise que foi dada a eles foi qualitativa, ou seja, mesmo respostas pouco frequentes foram exploradas para compreender o objeto. Mais do que a

frequência das respostas, que também foi considerada, o que interessou foram as respostas em si. E, segundo Leopardi (2002), a pesquisa exploratória se caracteriza por permitir ampliar experiência sobre um tema, buscar conhecimentos, levantar possíveis problemas de pesquisa e, a partir dos dados coletados, apresentar sugestões ou intervenções. Neste caso, a pesquisa foi uma ampliação da experiência sobre o objeto em questão.

O objeto desta pesquisa foi a concepção de saúde e doença mental do curso de Enfermagem da UNESC. Este curso teve início em 2002, possui oito semestres e entrada semestral, tendo sua primeira turma de formandos em dezembro de 2005, concluindo a quinta turma de formandos neste ano de 2007. O sistema de ensino é do currículo integrado, com objetivo de desenvolver ou construir o conhecimento através da problematização da realidade, estimulando o discente a participar ativamente do processo ensino-aprendizagem.

O total de carga horária do curso é de 3.870 horas/aula, distribuídos em 27 módulos, que são identificados com algarismos romanos. Cada módulo (que corresponde à disciplina), possui um eixo temático, que é norteador dos seus conteúdos. Destacam-se aqui, para melhor explicitação, os três módulos que compõem os conteúdos de saúde mental ao longo do curso, que são:

- Módulo VIII - Eixo temático: Atividade física e qualidade de vida II. Possui 2 conteúdos ou unidades disciplinares: Atividade Física e Enfermagem em Saúde Mental. Ocorre na segunda fase/semestre do curso;
- Módulo XIII - Eixo temático: Cuidado de Enfermagem em atenção básica de saúde. Agrega vários conteúdos: Bioquímica, Farmacologia, Processos Patológicos Gerais, Parasitologia, Microbiologia, Enfermagem em Saúde Mental, Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente, Enfermagem em Saúde Coletiva, Enfermagem em Saúde da Família, Enfermagem em Saúde Pública, Metodologia da Assistência de Enfermagem, Semiologia e Semiotécnica e Nutrição. Acontece no quarto semestre.
- Módulo XXII - Eixo temático: Cuidado de Enfermagem ao indivíduo hospitalizado em intercorrências psiquiátricas. Constituído por duas unidades disciplinares: Farmacologia e Enfermagem em saúde mental. Neste módulo acontece o estágio supervisionado em instituição hospitalar e em CAPS, correspondendo ao sexto semestre do curso (UNESC, 2005).

1.1.1 A trajetória

No início desta pesquisa pretendia-se avaliar o conceito de saúde e doença mental a partir dos conteúdos dos planos de ensino do curso de Enfermagem da UNESC, juntamente com dados a partir de docentes e discentes do curso. Esta busca tinha o sentido de “desmitificar conceitos”, tendo como parâmetro sua estrutura curricular e análise da realidade

vista pelos docentes e discentes do curso. Após realizar estudo-piloto junto a discentes do curso e através de leituras, reflexão e discussão do projeto apresentado à banca de qualificação, optou-se pela mudança de objetivos, por entender-se que, tal qual estava delineada, não seriam oferecidos elementos que respondessem ao questionamento proposto pela pesquisa – de focar o “conceito” a partir de seus elementos curriculares.

A nova proposta foi analisar as concepções de saúde e doença mental do curso, no sentido de compreender se este oferece mediações para romper mitos e estigmas relacionados ao sofrimento psíquico. O termo “mediações” é aqui compreendido no sentido materialista histórico de que a vida é o resultado da construção humana, construção esta permeada por mediações que então, permitem pensamentos e ações em uma ou outra direção. Mediações são pessoas, planos de ensino, projetos de pesquisa, projetos de extensão, livros, artigos, palestras, filmes, músicas... É através das mediações que as pessoas se tornam o que são e o conjunto das pessoas forma, então, a sociedade. A sociedade é uma pluralidade formada por singularidades.

Para este alcance, o caminho foi buscar respostas somente junto a docentes e discentes do curso de Enfermagem da UNESC, relacionando-as ao referencial bibliográfico pertinente ao tema. Mais do que a análise curricular poderia fornecer, a concepção de docentes e discentes nos daria a inteligibilidade do curso, compreendendo estes sujeitos como construtores do mesmo e focos fundamentais para se avaliar como o curso pensa as questões pertinentes ao nosso objeto específico. Transcendendo a noção de “opinião”, a fala dos sujeitos nos daria a própria elaboração do curso sobre o tema, em uma de suas vertentes.

Com relação à escolha dos sujeitos da pesquisa, foi feita uma amostra intencional de docentes, totalizando 14 participantes, entre estes 7 enfermeiros e 7 docentes de áreas afins, de um total de 42 professores do curso, que é constituído atualmente por 24 enfermeiros. Foram selecionados docentes que ministrassem conteúdos mais próximos à área de saúde mental ao longo dos semestres, buscando-se entrevistar não só enfermeiros, mas também profissionais de outras áreas afins. As entrevistas foram gravadas com o consentimento do participante, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1), e posteriormente transcritas, tendo sido utilizado um roteiro de entrevista estruturada (APÊNDICE 2).

A entrevista estruturada consiste numa relação de perguntas fixas, de ordem e redação invariável para todos os entrevistados, tendo seu grau de estruturação maior ou menor, conforme o tipo de perguntas, abertas ou fechadas. Neste estudo, foram utilizadas as

questões abertas, permitindo livre expressão do respondente. (GIL, 1996). A definição de entrevista apresentada por Gil (1996, p. 113) é:

[...] técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Não foram entregues cópias das entrevistas transcritas aos docentes, por acreditar que, segundo Kantorski e Silva (2001, p. 55) apoiando-se em Martins e Bicudo (1989) “seria introduzido um componente de reforço ou mesmo amputação das falas, o que poderia comprometer o cerne da pesquisa qualitativa, que é a interpretação dos significados”.

Os docentes foram entrevistados individualmente durante o primeiro e segundo semestre de 2007, de acordo com a disponibilidade de cada um, utilizando-se dentro do possível espaço reservado e silencioso, para gravação das entrevistas. Foram realizadas em sua maioria na UNESCO, exceto duas, que foram realizadas em uma instituição de saúde, onde os entrevistados estavam realizando atividade de estágio supervisionado pela UNESCO. Um docente respondeu através de e-mail devido a sua mudança para outro estado, sendo considerado informante importante por fazer parte de um dos módulos integrantes do tema saúde mental no curso e ter se afastado no mesmo semestre em que ocorreu a pesquisa. Para este, foi enviado o termo de consentimento livre e esclarecido por e-mail e recebido de volta através de portador. Durante as entrevistas pôde-se observar que alguns docentes ficavam, de início, um pouco inibidos pelo uso do gravador, porém, desinibiram-se depois, o que não interferiu na coleta de dados.

Vale ressaltar que a duração das entrevistas foi variada, tendo entre elas um tempo mínimo de 11 minutos e máximo de 25 minutos, correspondendo à eloquência e à própria experiência de cada docente sobre o tema ou experiências afins. Não foi surpresa, mas gratificante, a colaboração e aceitação de todos os docentes convidados a participar desta pesquisa, respondendo à solicitação da pesquisadora, demonstrando integração e espírito de equipe e, por que não dizer, também o entendimento da importância de um trabalho científico.

Para esta pesquisa também foram convidados a participar todos os 32 alunos da sétima fase do curso de Enfermagem no último semestre de 2006. Foi aplicado o questionário com questões abertas (APÊNDICE 3) em sala de aula, na data de 24 de outubro de 2006,

obtendo-se 24 participantes. A opção pelo sétimo semestre do curso deve-se ao fato de os participantes já terem passado por todos os conteúdos de saúde mental e pela experiência do estágio supervisionado nesta área. Do total de discentes desta fase, três haviam faltado à aula e foram convidados posteriormente, mas não apresentaram disponibilidade para responder, e os outros cinco se abstiveram de responder e devolveram o questionário em branco.

Considerou-se o questionário como melhor opção para os discentes, devido à pesquisadora ser docente e ministrar os conteúdos de saúde mental para estes participantes, evitando possível interferência em suas respostas. A realização deste momento teve duração entre o tempo de 30 a 45 minutos, não havendo questionamentos posteriores dos participantes sobre dúvidas de seu preenchimento.

O questionário, conforme Leopardi (2002), é um instrumento que pode ser respondido na ausência do investigador, seguindo instruções precisas, e tem por vantagem a possibilidade de coletar informações mais reais do que na entrevista. Pode ser entregue para o participante responder e entregar posteriormente em data combinada com o pesquisador. Neste estudo foi aplicado em sala de aula, aproveitando um dia em que estavam reunidos para atividade na sala com outro docente. Foi solicitado espaço para realização da pesquisa ao docente responsável e recolhido no mesmo dia, devido à época ser destinada a estágio supervisionado de administração em Enfermagem e os alunos estariam distribuídos em vários locais da cidade, para garantir a devolução dos questionários.

Durante todo processo deste estudo foram seguidos todos os trâmites legais necessários para sua liberação, respeitando-se aspectos éticos. Durante o processo investigativo, foram asseguradas garantias éticas dos sujeitos da pesquisa, como a garantia do sigilo de informações, o anonimato dos participantes e a liberdade para participar ou desistir da pesquisa. Para todos os participantes foi apresentado o objetivo deste estudo e após aprovação e consentimento foi realizada coleta de dados.

1.1.2 As informações através dos dados

Em relação à análise de dados, foi utilizada a proposta de categorização de Minayo (2003), através da ordenação, classificação e análise final dos dados.

A ordenação engloba as entrevistas e os dados dos questionários. Também implica a transcrição das gravações (realizada integralmente), releitura de material, organização dos relatos conforme a proposta do estudo.

Na classificação dos dados, foram estabelecidos três momentos, baseados em Minayo (2003):

- Primeiro momento: ordem criteriosa dos dados coletados, organizando as entrevistas realizadas e questionários;
- Segundo momento: agrupamento em conjuntos de informações relevantes à pesquisa, através de categorias, ficando assim estabelecidas: *Concepção de saúde e doença mental, assistência ao sofredor psíquico e ensino/desmitificação da doença mental;*
- Terceiro momento: unificado o referencial teórico ou conhecimento conceitual, com a fala dos envolvidos, o que se relaciona à análise final dos dados, tal como coloca Minayo.

A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Esta palavra está ligada à idéia de classe ou série. [...] Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso (MINAYO, 2003, p.70).

Ao organizar os dados obtidos nos questionários e entrevistas, de início, estes foram agrupados obedecendo a ordem das questões de seus roteiros, e posteriormente de acordo com a semelhança ou proximidade de informações. A análise buscou responder os objetivos propostos inicialmente, procurando responder a questões já estabelecidas. Assim, as categorias finais foram elaboradas com base na análise dos dados.

No próximo capítulo será apresentada a revisão de literatura, iniciando pela historicidade da loucura, tendo entre os principais autores de referência Michel Foucault, Isaias Pessotti e Robert Castel. No terceiro capítulo aborda-se o tema da Reforma Psiquiátrica, movimento construído na base da desinstitucionalização do sofredor psíquico e das alternativas de tratamento extra-hospitalar que ofereçam meios de combate à exclusão social. Fazem parte deste quadro alguns autores como Paulo Amarante, Franco Rotelli, Franco Basaglia e Manuel Desviat. E finalizando a revisão de literatura, aborda-se o ensino de saúde mental no curso de graduação da UNESC, como possibilidade de romper com os mitos e

estigmas da loucura, apontando como referência alguns autores como Telma Geovanini, Luciane Kantorski e Cristina Miranda.

Após esta contextualização, a análise de dados é apresentada com a discussão a partir da realidade e dos autores anteriormente estudados.

2 HISTORICIDADE DA DOENÇA MENTAL

Ao refletir sobre a lógica do conceito de saúde e doença mental no curso de Enfermagem, não podemos desvinculá-la de um contexto maior, o olhar da sociedade para a loucura. Para compreender este olhar, vamos conhecer a trajetória da loucura, componente fundamental que aponta o caminho percorrido pela assistência psiquiátrica e os saberes correspondentes em cada época. Estas contribuições trazem concepções da loucura até a atualidade. Para orientar e ajudar a entender o processo de mudanças historicamente ocorrido na loucura, este capítulo está dividido em dois tópicos, a loucura através das épocas e a história da loucura no Brasil.

2.2 A loucura através das épocas

As diferentes visões sobre a loucura em cada época caracterizam um olhar hegemônico, determinam abordagens e tratamentos diferenciados. Compreender, portanto, a loucura em sua história é essencial para possibilitar a desnaturalização das concepções existentes, rever sua trajetória acompanhando as transformações da humanidade e permitir a reflexão quanto a sua desmitificação.

Este percurso da loucura é descrito por Pessotti (1995) em seu livro “A loucura e as épocas”, que trouxe o entendimento desta a partir de obras acadêmicas, literárias e documentos. O autor mostra as concepções de cada época, desde a antiguidade até a psiquiatria do século XIX, enquadrando a loucura em três enfoques: mitológico, como produto de conflitos passionais do homem e como efeito de disfunções somáticas ou organicista.

O enfoque mitológico predominou na época de Homero, na antiguidade (antes do século V a.C.) e foi até o período da tragédia grega (entre os séculos V e IV a.C.). Na época, a loucura não era vista como doença, mas como “acidente de percurso”, como uma desordem ou transgressão social, que não necessitava de cura e não havia estigma. Referindo-se a este enfoque, Pessotti (1995, p. 13) afirma:

Na antiguidade grega, até os tempos socráticos não existe uma concepção estruturada da 'natureza humana'.[...] Desse modo, as distorções ou aberrações dessa 'natureza' são concebidas vagamente e atribuídas, na ausência de qualquer vislumbre de psicologia, às forças e entidades conhecidas.

Nesta época a concepção de loucura se dá de forma fragmentada, inarticulada, como pode ser visto nas obras de Homero (Ilíada) e Hesíodo (os Dias). A loucura na época de Homero é destacada como desrazão, perda do controle consciente, insensatez, perda de contato ordenado com a realidade física ou social. A etiologia apresenta-se associada ao mito, como é descrito a seguir:

Quanto à origem, não há dúvidas: toda loucura é obra de Zeus, de outros deuses ou de entidades subalternas, de diferentes níveis hierárquicos, no plano da divindade. A 'etiologia' da loucura é mitológica. Mas, ao lado dos melindres dos deuses e de seus desentendimentos mútuos, a presunção humana de escapar da própria *moira* ou seja, a *hybris*, pode determinar a cólera dos deuses e desencadear todo processo 'causal'. (PESSOTTI, 1995, p. 19).

Exemplificando esta concepção de loucura relacionada ao capricho dos deuses, Homero, em seu poema "Ilíada", descreve sobre Agamêmnon tentando desculpar-se por ter roubado a amante de Aquiles:

Não fui eu que causei esta ação e sim Zeus, o destino e as Erínias que caminham nas trevas: foram eles que colocaram uma Atê selvagem no meu entendimento, naquele dia em que roubei, de minha iniciativa, o prêmio de honra de Aquiles. Mas, que podia eu fazer? É a divindade que leva todas as coisas. Sim, é a veneranda Atê, que ofusca a todos, aquela maldita! Ela... não se arrasta pelo chão, mas sobe à cabeça dos homens para obscurecer-lhe a mente... e conseguiu, uma vez, enevoar a mente do próprio Zeus, como deveis saber (PESSOTTI, 1995, p. 13).

Nesta época, a mitologia fazia parte das crenças populares, justificando os acontecimentos cotidianos e reações ou comportamentos humanos, correspondendo também aos aspectos da loucura, sem acarretar estigma.

O segundo enfoque corresponde ao período da tragédia grega, que ocorre pelo menos durante dois séculos (V e IV a.C.) e vai até aproximadamente o início da Idade Média (século V d.C.), destacando a concepção de loucura associada ao conflito entre paixão e norma social e ética, deixando de lado a concepção mitológica e teológica anterior, dando

proeminência à concepção passional. Sem pretender explicar teorias da loucura nas obras, os autores da época retratavam a vida humana com seus dramas e aberrações, aparecendo os aspectos passionais da loucura.

Assim, a loucura, cita Pessotti (1995, p. 23):

[...] aparece tanto em sua forma mais vulgar e ‘aceitável’ (como a que é atribuída a algum personagem só porque exagera suas possibilidades ante um desafio ou porque comete erros por estar acometido de um amor extremado) como em uma acepção patológica ou ‘clínica’, isto é, acompanhada de delírio, alucinação ou furor.

A tragédia da época, apresentada através das obras de Ésquilo, Sófocles e Eurípidas, reflete, de uma forma geral, os conflitos psicológicos do homem em relação às suas paixões, normas sociais, religiosidade e mitologia. Aos poucos o mitológico deixa de ser central, passando a se falar mais da natureza humana, suas reações, delírios, impulsos e sentimentos.

Eurípidas (485-406 a.C.) trouxe em suas obras personagens passionais, mostrando como a loucura se distanciava do mito e aparecia no conflito das paixões, as emoções humanas e a norma, a razão e o instinto; como pode ser exemplificado através dos seus escritos em Hipólito, apresentando a fala de Teseu: “Meu ódio pela vítima deste desastre me fez sentir prazer, de início, com as notícias; agora por respeito aos deuses e por ele-meu filho não me alegro com sua desgraça; não posso dizer, tampouco que esteja triste” (PESSOTTI, 1995, p. 30). Outro personagem de Hipólito é Fedra, que procura justificar sua paixão irresistível e proibida, como é apresentado nas falas, em Pessotti (1995, p. 29): “Ai! Infeliz de mim! Que fiz, então? Onde andará meu senso desgarrado? Enlouqueci, vítima da vertigem mandada por um Deus! Ai! Infeliz! [...] Adeus! Estou perdida, pois os mais sensatos, querendo ou não ardem de amor pecaminoso”.

A loucura da personagem Medéia, também de Eurípidas, apresenta estes conflitos psicológicos, quando ela decide matar seus filhos ao descobrir a traição do marido. A mistura do ciúme, ódio, loucura e homicídio apresentam-se como resposta dos processos psíquicos humanos e a loucura de Medéia não é vista como distorção, mas sim encarada com realismo. Pessotti (1995, p. 35) cita trechos desta obra de Eurípidas, sobre Medéia: “[...] tu que neste momento, nem podes refrear esse rancor violento de teu coração. [...] Ah! Infeliz! Porque tanto furor, e tão violento avassalou tua alma, presa desse ódio homicida?”.

Seguindo a história da loucura descrita por Pessotti (1995), surge Platão (427-348 a.C.) com a ideia de que existem três almas que fazem parte da mente (*psyche*): alma superior, que reside na cabeça-encéfalo e duas almas inferiores, uma situada no coração e a outra nas vísceras abaixo do diafragma. Considera a alma como essência do ser humano e descreve uma delas como racional, outra afetiva-espiritual e a última como apetitiva; caracterizando a loucura como um desarranjo entre estas partes. Platão descreve esta concepção em seu diálogo intitulado Timeu:

[...] Nós temos que concordar em que a perda da razão (*anoia*) é uma doença da alma, e que dessa doença há duas espécies, uma das quais é a loucura (*mania*), a outra a ignorância (*amathia*). Qualquer afecção que o homem sofre, se ela envolver uma dessas condições, ela deve chamar-se doença; e temos que sustentar que prazeres e dores em excesso são as duas maiores doenças da alma (PESSOTTI, 1995, p. 60).

As emoções e instintos evidenciados nesta concepção mostram como o olhar para as manifestações emocionais do homem foram julgadas quanto aos excessos e conflitos no confronto com a realidade e as normas sociais. Apresentam uma certa ambivalência de sentimentos, são os aspectos psicológicos do homem, o conflito gerando desequilíbrio da natureza psicológica do indivíduo.

E o último enfoque, caracterizado pelas disfunções somáticas, ainda descritas por Pessotti (1995), foi baseado nas idéias de Hipócrates (final do século V a.C.), apresentando a concepção organicista.

Hipócrates passará a entender a loucura como desarranjo da natureza orgânica, corporal, do homem. E os processos de perda da razão ou do controle emocional passam a constituir efeitos de tal desarranjo. São entendidos como resultantes de processos e condições orgânicas, cujo dinamismo é descrito até em pormenores. Um dinamismo fundado numa anatomo-fisiologia ingênua e, em grande parte, hipotética (PESSOTTI, 1995, p.47).

Desta forma, a loucura é vista como desequilíbrio dos humores corporais, alterações cerebrais. Exclui o mito, mas não a metafísica, grande parte de suas ideias sobre fisiologia e anatomia humana são supersticiosas, mágicas, metafísicas. Hipócrates acreditava na presença de quatro humores corporais fundamentais: sangue, pituíta, bílis amarela e bílis

verde, escura (ou atrábilis) e a saúde era atribuída ao equilíbrio entre eles e também ao equilíbrio com o ambiente externo. Ainda para Hipócrates, o cérebro era o órgão da loucura, assim apresentado por Pessotti (1995, p. 51):

É preciso que os homens saibam que não é senão do cérebro que nos vêm as satisfações, as alegrias, os sorrisos, as hilaridades, bem como as dores, as aflições, as tristezas e os prantos. [...] É com ele que enlouquecemos (*mainómata*) e deliramos (*parafróneomen*) e nos defrontamos com terrores e medos, alguns de noite, outros mesmo de dia, e insônias e enganos inoportunos e preocupações inconvenientes, e perda de conhecimento do estado ordinário das coisas e esquecimento [...].

Cláudio Galeno, médico greco-romano, surge no século II de nossa era (131-200), retomando a idéia sobre alma de Platão e acreditando na existência de três almas: uma racional que ficava no cérebro, uma irascível no coração e outra concupiscível no fígado. Por sua formação filosófica e experiência clínica, Galeno apresentou abordagem mais neuroanatômica e neurofisiológica da loucura, seu conceito está mais associado ao de Hipócrates quanto à causa ser devido ao desequilíbrio dos humores corporais, ou seja, a organicista. Ao estudar o dualismo entre corpo e alma, Galeno formulou novos conceitos acerca dos humores. Pessotti, analisando sua obra, diz:

O *pneuma*, seja psíquico, zótico ou físico, é o conceito chave, essencial, do novo humorismo. Os humores líquidos, palpáveis, físicos, de Hipócrates, determinantes de uma fisiologia hidráulica e termomecânica, cedem lugar a uma dinâmica mais complexa: a das interações entre os diferentes tipos de humores. (PESSOTTI, 1995, p. 73).

Galeno admitia as funções incorpóreas como a razão e a percepção, que podiam ser independentes do somático. Classificou novas modalidades de loucura: no grupo da melancolia citou a cerebral e a hipocondria; e no grupo das manias descreveu os tipos alegre, furioso e homicida. Suas idéias servirão para classificações posteriores até no século XX. Para esclarecer a concepção pneumática em relação à loucura:

Como explicar fisiologicamente a ação da alma (que agora reside no cérebro, diversamente do que pensava Aristóteles) sobre processos somáticos tão diversos como a fala ou o delírio, a respiração e a absorção de nutrientes? Através de diferentes mediadores: o *pneuma psychicon*, produzido no cérebro, rege as atividades mentais e nervosas; o *pneuma zoticon*, produzido no coração, dirige as funções e órgãos da vida biológica; o *pneuma physicon*, nascido no fígado, comanda as atividades nutricionais e metabólicas (PESSOTTI, 1995, p. 73)

O conceito de pneuma, segundo Abbagnano (2003, p. 765), teve significado a partir dos estóicos, designando o “espírito ou sopro animador, com que Deus age sobre as coisas, organizando-as, vivificando-as e dirigindo-as”.

Galeno considerava o pneuma um conceito chave em relação aos humores corporais, e a diferença em relação ao pensamento de Hipócrates estava na interação entre os diferentes humores, neste caso, os diferentes pneumas. Acreditava que o equilíbrio do organismo dependia destas interações, apesar de reconhecer a possível independência de funções como a razão e a percepção. Para ele, segundo Pessotti (1995, p. 75) “[...] a hipocondria é uma doença orgânica da região encefálica ou da região gástrica, se ali se acumula um excesso de bÍlis negra, cujas exalações sobem ao encéfalo lesando seu funcionamento [...]”. O processo causal da loucura era visto como resultante da alteração de pneumas, o que caracterizava a concepção organicista.

Outro nome importante historicamente citado por Pessotti (1995) foi Areteu (século II- III d.C), que apresentou idéias sobre a loucura e suas formas. É reconhecido o valor de suas contribuições na descrição da mania, melancolia, delÍrio epilético, delÍrio histérico e delÍrio erótico. Sua concepção organicista é diferente de Hipócrates, é considerado um pneumatista, como Galeno. Nesta teoria a doença provém de uma alteração no pneuma, quando este é rarefeito e seco produz o desvario (phrenesis) e vertigens e, quando quente e seco, produz a mania e a melancolia.

Areteu admitia que não havia cura para todas as doenças, cabendo ao médico o poder do tratamento paliativo. Ele recomendava terapias como banhos com betume, enxofre, alume e outras substâncias, por acreditar em suas ações orgânicas e emocionais. Ainda seguindo esta linha de pensamento, a atividade sexual era vista como terapia, como exercício fisiológico que libera excreções, como o líquido seminal. Dois tipos de loucura são descritos nesta época: a mania e a melancolia, causados por um estado de tensão ou constrição no organismo, reforçando a concepção da loucura como doença corporal, somática.

A idéia de “somatização”, que mais tarde será um componente eventual de quadros clínicos, aparece, nessa época, principalmente na escola hipocrática, como uma autêntica “forma mentis”, além de ser um critério diagnóstico básico, geral. Com uma importante distinção: essa somatização não é sintomática, é condição etiológica, sine qua non, para que a alteração patológica se apresente (PESSOTTI, 1995, p. 65).

Ao final do século V a.C ocorria a exaltação da racionalidade e ao mesmo tempo retardava-se a explicação psicológica da loucura. Esta foi considerada resultante da umidade no cérebro, e suas variações neste processo correspondiam a dois tipos de loucura (tranquilo ou agitado), manifestas no comportamento das pessoas que enlouqueciam. A alteração pela fleuma ocasionava pessoas tranquilas, já pela bÍlis, pessoas perturbadoras e não pacÍficas. Outras manifestações foram apontadas por Ball e Ritti (1882, apud Pessotti, 1995, p. 54): “[...] a pituíta, a bÍlis, a atrabÍlis quando se dirigem ao cérebro, produzem ora a mania, ora a melancolia, ora um delÍrio alegre, ora um delÍrio triste, etc.”.

Considerando a causa da loucura como alteração ou desequilÍbrio de humores, o tratamento ideal para a época era à base de diluição ou expulsão das substâncias para garantir a harmonia destas no organismo. Até o século XVIII aconteceriam terapias à base de purgativos, mudanças de alimentação e de hábitos, como alguns exemplos: uso de poucos alimentos, que estes sejam frios, não azedos, não doces, não salgados, não gordurosos, não beber vinho, não fazer ginástica e não passear. Hipócrates, considerado o pai da Medicina, contribuiu com seus conhecimentos de forma significativa no pensamento médico durante séculos, até aproximadamente o século XIX, já com a psicopatologia; baseando seu método nos quadros clÍnicos conhecidos, observação dos sintomas e composição para fundamentar seu diagnóstico. Por fim, a mitologia fica à margem nesta época, voltando a surgir com algumas mudanças na Idade Média.

Estas concepções, conforme Pessotti (1995), mostram como a loucura foi sendo construída no sentido conceitual e etiológico. O autor, então, distinguiu diversos enfoques teóricos aos quais muitos pensadores adequaram a sua época. Assim, estas concepções são recorrentes ao longo da história, vinculadas à compreensão de cada contexto histórico, entendido em sua diversidade.

Abordando a Idade Média, compreendendo os séculos V a XII d.C., ainda que em algumas literaturas se estenda até o século XV, Pessotti (1995) aponta a associação ou identificação da loucura com o campo da demonologia, com predomÍnio da concepção religiosa e dos feitiços. O efeito político e moral presente na época se refletiu no

desenvolvimento e poder do cristianismo, que segue na direção de que as divindades pagãs passam a ser demônios, do mal, e por isso não devem mais ser cultuadas pelos cristãos. Segundo Pessotti (1995, p.84), “os deuses pagãos são corporificações dos demônios e tentam enganar os homens com magias e heresias”.

Outras idéias surgem para explicar a relação entre o bem e o mal, uma delas é a tendência à perversão ou pecado, que está presente no próprio homem, onde o bem só vence com a ajuda de Deus e confiança em Cristo. Apesar da existência e paixão de Cristo, o poder do mal continua a tentar os homens, induzindo à idolatria, paganismo, impiedade, bruxaria e heresia. Pessotti (1995) cita como importante a reformulação destas idéias do bem e do mal no século IV, através de Agostinho de Hipona (354-430), que acredita na existência do bem natural no universo. Para ele, o mal e o sofrimento do homem é a ausência do bem e sua manifestação depende da fraqueza do homem e mau uso do livre arbítrio, concedido por Deus. Os acidentes naturais como aborto, perda de colheitas, desastres de ordem pessoal e tempestades nesta época são suspeitos de bruxaria, e assim, constituem-se nos processos de inquisição da Idade Média.

Outro autor, citado por Pessotti (1995), que chama atenção para o comportamento, foi Evágrio Pôntico (356-400), que considerava o ócio, a preguiça, o tédio, a melancolia como ataques de forças diabólicas à mente humana, fazendo a pessoa ver fantasmas e apresentar sentimentos de temor e tentação. Os mais afetados eram os monges que, entre outras alterações, ficavam sonolentos durante suas preces, porém, segundo Pessotti (1995), o autor não avaliou as possíveis causas das alterações apresentadas pelos monges devido a seu estilo de vida (jejum, falta de banho, preces repetidas). Ficar triste ou sentir-se deprimido era pecado agora. Assim foram condenadas e queimadas centenas de mulheres pela inquisição da Idade Média, sob a acusação de estarem “possuídas”.

Nessa época, foram escritas várias obras com o intuito de explicar e fundamentar estas idéias, como o *Malleus Maleficarum* de 1484, considerado uma espécie de manual diagnóstico que dissertava sobre as formas como o demônio agia e interferia no pensamento humano, afirmando que o diabo era capaz de possuir os homens na sua essência corpórea, como no caso dos indivíduos loucos. Foi instrumento para inquisidores e eclesiásticos no sentido de identificar todos os casos de possessão e auxiliar a lidar com eles. Nesta época, o tratamento era basicamente o exorcismo, jejuns, frequentar a Igreja e rezar.

Neste aspecto a loucura passa a ser vista de forma negativa, o louco foi considerado possuído, perigoso. Muitas mulheres do povo desenvolviam a prática de medicina cotidiana, no entanto, muitas foram consideradas bruxas, prevalecendo o aspecto

demonológico da época medieval. Segundo Pessotti (1995), as formas de loucura hoje descritas sob concepção de doença, como obsessão, delírios, alucinações, lapsos, fobias, mania, melancolia e outras, para a época, eram consideradas formas de possessão ou bruxaria.

A seguir, em destaque um trecho do manual *Malleus*:

O diabo, ademais, é capaz de possuir os homens na sua essência corpórea, como fica claro no caso dos loucos... E embora tal modo de possessão fuja um pouco a nossos propósitos, trataremos dele aqui, para que fique a todos esclarecido que, com a permissão de Deus, os homens por vezes são substancialmente possuídos por demônios a pedido das bruxas... (KRAMER e SPRENGER, 1991, p. 266, apud PESSOTTI, 1995, p. 93).

Em cada época, no interior de diferentes culturas, a prevalência da concepção sobre loucura determinava a forma de agir da comunidade e o próprio tratamento do paciente com sofrimento psíquico; assim poderia ser excluído, preso, ignorado, louvado ou medicado. Importante lembrar que a loucura nem sempre foi motivo de exclusão, como exemplo na Antiguidade, quando era atribuída a uma manifestação divina, considerada privilégio pela aproximação que havia com os deuses. A loucura também não pode ser entendida com semelhança ao longo da história, pois cada período faz parte de um contexto diferenciado.

Pessotti (1995) destaca ainda que, ao longo da história, os enfoques não se apresentavam de forma rígida, isto é, numa mesma época mais de um enfoque poderia estar presente como concepção ou entendimento da loucura. O que foi destacado pelo autor em seu livro *A Loucura e as Épocas* foram os enfoques predominantes de cada época, apontando obras e/ou nomes que marcaram esta trajetória.

Michel Foucault (2005) apresenta a história da loucura subdividindo as épocas diferentemente de Pessotti, iniciando nos séculos XV ao XVI, que foram associados à era do Renascimento, prevalecendo a ideia de loucura como ilusão; séculos XVII e XVIII associados à era do classicismo - desrazão, destacando o enclausuramento ou internamento, e os séculos XIX e XX à era moderna, onde aparece a alienação e a loucura passa a ser vista como doença. Seu entendimento da loucura em relação a Pessotti também difere: enquanto este observa na história da loucura suas origens e possíveis recorrências na atualidade, Foucault aponta as rupturas em cada época e atribui o entendimento da loucura para cada contexto ou época específica como fenômenos distintos.

A partir da análise foucaultiana, Machado (1988) comenta o século XVI, quando o louco vivia solto, errante e foi até expulso das cidades. Cita uma obra literária conhecida da época “Nave dos Loucos” que, simbolizando as inquietações relacionadas à loucura da época, mostrava-a como uma ameaça, irrisão e ilusão. O autor fala da relação conflituosa entre loucura e razão: “[...] O louco passa a ser alguém que toma o erro como verdade, a mentira como realidade, a feiúra como beleza, a violência como justiça. Loucura é presunção, ilusão, desregramento, irregularidade da conduta, defeito, falta, fraqueza” (MACHADO, 1988, p. 60). E seguindo esta experiência do Renascimento, comenta o julgamento crítico que permitiu à razão, como instância de verdade e moralidade, mascarar, subordinar, confiscar e anular os poderes da loucura, agindo como seu juiz. Foucault (2005) simbolizou esta época como início da dominação da loucura pela razão, característica do classicismo que então se iniciava.

Em sua obra *História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault apenas comenta o olhar para a loucura no Renascimento, para demarcar a ruptura sofrida na Idade Clássica. Ainda no século XVI, Foucault (2005) comenta o olhar cristão para a miséria, vista como uma forma de santificação dos que promovessem a caridade, com a possibilidade de salvação. Já a partir da Reforma Protestante, no mesmo século, esta concepção da miséria passa a ser moral, considerada uma desordem social, que deveria desaparecer e para isso os pobres eram encaminhados para casas de internamento. A caridade também passou a ser mal vista, e a mendicância deveria ser evitada, relacionando-se miséria com castigo moral.

A Reforma Protestante na Europa, com objetivo de obter reformas na Igreja católica romana, estabeleceu o protestantismo. Segundo Abbagnano (2003), a Reforma iniciada na Alemanha pelo monge agostiniano Martinho Lutero (1483-1546) é entendida como regresso aos valores cristãos do indivíduo, que incluíam a negação de valores tradicionais da Igreja na época, com retorno direto à palavra de Jesus Cristo. Lutero escreveu 95 teses contra a venda de indulgências, que ocorriam na Igreja, e pregou os valores da fé para o homem através do evangelho.

A Reforma foi destaque histórico por provocar mudanças, dividindo a Igreja católica, que era soberana na época, interferindo em questões sociais e políticas, quando a Igreja romana apresentava posição hierárquica dominante. O pensar diferente, se opor ou protestar gera conflitos na época, permitindo maior liberdade de expressão no campo

religioso. A partir daí a Reforma provocou segundo Foucault (2005) a laicização⁴ das obras nos países protestantes.

Mas, colocando sob seus cuidados toda essa população de pobres e incapazes, o Estado ou a cidade preparam uma forma nova de sensibilidade à miséria: iria nascer uma experiência do patético, que não falaria mais da glorificação da dor, nem de uma salvação comum à Pobreza e à Caridade, mas que faz com que o homem se ocupe de seus deveres para com a sociedade e mostra no miserável, ao mesmo tempo, um efeito da desordem e um obstáculo à ordem (FOUCAULT, 2005, p. 58).

A Igreja, colaborando com a obtenção da ordem nos estados, transforma bens eclesiásticos em obras hospitalares; durante muito tempo, antigos conventos foram asilos para todos os desviantes ou perturbadores da ordem na Alemanha e Inglaterra. Na França, em 1607, surge a exigência de criar um hospital para os miseráveis, no sentido destes encontrarem no local: a vida, roupa, profissão e castigo (FOUCAULT, 2005).

No século XVII é o período que predomina o mercantilismo, quando a população é o bem maior e quem não for considerado produtivo será excluído da sociedade. Nesta época ocorre uma brusca mudança, como afirma Foucault (2005), são criados locais de internamento, porém, são encarcerados vários indivíduos juntos, como: inválidos pobres, velhos na miséria, mendigos, desempregados, portadores de doenças venéreas, libertinos, infratores e outros que, de alguma forma, fossem identificados por apresentar alterações à ordem da razão, moral e sociedade. Junto a todos estes, a loucura esteve trancafiada.

No século XVII, mais precisamente no ano 1656 em Paris, um decreto determinou a reorganização dos estabelecimentos existentes para atender todos os pobres, que ficavam sob responsabilidade de diretores nomeados por toda a vida e que tinham esta autoridade não só sobre os internados, mas também sobre os pobres externos, considerada soberania quase absoluta. Estes locais, mantidos por finanças públicas e misturados aos privilégios da Igreja e preocupação da burguesia em manter a ordem social, afastando a miséria, misturavam as idéias de ajuda, repressão, punição, caridade e isolamento, caracterizando o nascimento do Hospital Geral. Os leprosários que estavam vazios desde a Renascença foram reativados no século XVII para abrigar estes internos (FOUCAULT, 2005).

Um ano depois, em 1657, a Igreja aprova a ordem de Luiz XIV de recolher todos os pobres em lugares próprios, onde receberiam instrução e ocupação, ocorrendo a grande

⁴ Laicizar: tornar laico, tirar a influência religiosa de uma instituição (HOUAISS, 2001).

internação. Nesta época, a Igreja tomou partido, dividindo o mundo cristão da miséria, que antes era santificado. Os pobres foram então classificados em bons e maus, sendo submetidos ao olhar moral. O olhar da Igreja classificou a pobreza submissa à ordem ou os pobres que aceitavam o internamento como sendo “bons”, e os que não aceitavam, ou a pobreza insubmissa, eram considerados “maus”. Estes mereciam a internação como punição. Conforme a valorização atribuída em relação a este olhar moral, o indivíduo era julgado como merecedor de caridade ou de repressão. Esta oposição foi essencial à estrutura e significado do internamento (FOUCAULT, 2005).

Ao refletir sobre estes confinamentos realizados com os loucos demonstra-se a ausência de preocupação com a promoção de qualquer forma de reabilitação ou tratamento da loucura, constituindo-se na grande fase de exclusão desta. Isto porque a loucura ainda não era considerada doença, mas uma falta moral. Percebe-se este enclausuramento e exclusão percorrendo a maior parte da história, e nos dias atuais ocorrem questionamentos quanto ao tratamento da loucura e o mesmo princípio de exclusão, ainda que sejam em outros espaços ou estruturas arquitetônicas, consideradas mais adequadas à assistência, a loucura agora considerada doença. Por que, então, a despeito do entendimento da loucura como falta moral e como doença, ainda se verifica a semelhança entre os dois contextos?

Miranda (1994), abordando as idéias de Foucault na História da Loucura, reforça esta fase de exclusão, relatando esta época da experiência clássica da loucura, quando foram criadas as casas de internamento, os hospitais gerais, onde os loucos dividiam o mesmo espaço com outras categorias de pessoas consideradas à margem da sociedade. O hospital geral era instituição não médica, que abrigava todos os “improdutivos” de uma sociedade que produzia um olhar excludente para com a pobreza e todas as formas de ociosidade. O olhar protestante também compôs este novo olhar, na medida em que o homem, para salvar-se, deveria desenvolver os dons recebidos de Deus, e uma forma de fazê-lo seria trabalhando, como forma de sua glorificação. A ociosidade, em uma sociedade em que a “ética do trabalho” imperava, passa a ser condenada. Isto explica o chamado período de silêncio da loucura.

Assim, no século XVII, segundo Foucault (2005), a loucura era considerada desrazão e foi para retirá-la do espaço da razão que foram criadas várias casas de internamento, caracterizando um período de internamento de 1656 a 1720, que o autor comenta como era do classicismo. Em Paris foram criados os primeiros Hospitais Gerais chamados Salpêtrière e Bicêtre. Foucault (2005) cita que uma resposta ao internamento foi a crise econômica ocorrida na Europa, gerando o desemprego e possibilitando a desordem

social. O trabalho forçado foi empregado já no século XVI para acabar com os efeitos sociais do desemprego, para evitar a mendicância, a ociosidade, a desordem social, impondo para muitos trabalharem em condições e locais insalubres. O tratamento foi forçado em relação aos improdutivos, impondo-lhes a ordem social, segundo Foucault (2005, p. 64):

Uma decisão do parlamento datada de 1606 decide que os mendigos de Paris serão chicoteados em praça pública, marcados nos ombros, a cabeça raspada e expulsos da cidade. Para impedi-los de voltar, um ordenamento de 1607 estabelece nas portas da muralha da cidade companhias de arqueiros que devem impedir a entrada a todos os indigentes.

Era a imposição da ordem social através do trabalho forçado, produzindo uma verdadeira caça aos mendigos e demais ociosos, obrigando-os a trabalhar nos locais de internamento, servindo de mão-de-obra barata em tempos de desemprego, como possibilidade de solucionar a desordem existente. Porém, conforme cita Foucault (2005), as épocas de crise econômica intensificaram a manifestação de desemprego, destacando que em Paris, onde a população era menor do que 100.000 habitantes, existiam mais de 30.000 mendigos. Nesta época, na França, várias pessoas permaneceram pelo menos um mês internadas, chegando ao mínimo de 1% da população, através de um regime arbitrário. O problema do internamento ocorre em toda Europa, chegando a ser visto como uma praga, que poderia infestar a sociedade, sendo proposto sua expulsão das cidades, enviando os pobres para terras distantes, recém-descobertas, bem como aplicar formas de punição aos ociosos.

Estas experiências de sofrimento, descaso, punição e vigilância, entre outros, do louco, estão baseadas na necessidade de controle das suas manifestações. Seu significado pode ser contextualizado aos temas de rotulação e à falta de inclusão social, que estão enraizados e repercutem no processo de desmitificação da doença mental até a atualidade.

Foucault (2005) comenta o período de silêncio da loucura, sendo despojada de sua linguagem e isolada nos internamentos, permanecendo assim por mais de um século. O silêncio ressaltado pelo autor sintetiza este processo de exclusão e isolamento da sociedade, e mais ainda pela repressão e não-valorização de expressão dos internos. Na era clássica, onde se destacaram os internamentos, foram criados novos locais de isolamento, dos quais a Igreja também participou através dos estabelecimentos eclesiásticos que se tornaram hospitais para os loucos, o que marcou para Foucault (2005) ainda mais o silêncio da loucura.

Machado (1988), com referência a Foucault (2005), comenta sobre a percepção social do louco na era clássica, que não dependia da ciência médica, mas era produzida por instituições da sociedade, como a polícia, a justiça, a família, a Igreja, entre outras. Estas instituições é que decidiam pela percepção do indivíduo como ser social, ao ser reconhecida a loucura, conferiam-lhe a necessidade de exclusão. Machado mostra ainda que, segundo Foucault (2005), o louco não era percebido pela sua especificidade, mas:

[...] como integrado ou dissipado em uma massa de que também fazem parte venéreos, sodomitas, libertinos, mágicos e alquimistas. Categorias heterogêneas a olhos retrospectivos - que vêem o passado com os critérios do presente - mas que para a percepção clássica eram objeto de uma repressão geral que entre elas estabelecia parentescos a partir de um critério que as unifica (MACHADO, 1988, p. 66).

Nesta época, como já destacado por Foucault (2005), o indivíduo era percebido com olhar à ordem da razão e o processo de internação era baseado nesta estrutura de razão e moral. A preocupação em relação ao tratamento dos internos não era com pensamento de cura, pois eram considerados incuráveis. Ao receberem tratamento médico era para evitar a temida “febre das prisões”, para prevenir possíveis efeitos sociais, o perigo da contaminação externa.

Já a partir do meio do século XVIII, a loucura reapareceu no cotidiano, sendo traduzida em época de inquietações, revoluções, denúncias políticas sobre a arbitrariedade e o mundo correcional em que a loucura estava inserida. Apesar disso, os loucos continuavam a ser excluídos, como prisioneiros nos asilos.

Ainda no século XVIII, Miranda (1994) comenta que, com a Revolução Francesa (1789), entram em conflito as idéias sobre o tratamento da loucura, já que o lema da revolução era igualdade, liberdade e fraternidade e não combinava com a exclusão e repressão. Foucault faz este relato em seu livro *Doença Mental e Psicologia* (2000), sobre o início de um processo de mudança quanto a alternativas de tratamento nos locais de internamento, obtendo-se auxílio financeiro através da filantropia e cuidados médicos aos pobres, porém, isso ajudou os outros internos, menos os loucos. A partir da classificação e separação dos internos das casas de correção, muitos destes foram libertados, mas os loucos permaneceram excluídos.

Foucault (2005) comenta que fora do período de crise econômica a internação foi vista como repressão em forma de mão-de-obra barata e útil, além da proteção social,

garantindo a ordem na sociedade burguesa. Isto ocorreu até o século XVIII, mas na metade do século XVII já existiam protestos de empresas ou manufaturas contra a concorrência que se estabelecia de forma desleal devido a esta mão-de-obra barata usada nas casas de internamento e, aos poucos, as autoridades deixaram que este trabalho desaparecesse.

No século XVIII, segundo Foucault (2005), a ociosidade dentro dos hospitais gerais trouxe à tona novamente a questão do trabalho como solução para a desordem, apresentando um duplo papel: reabsorver o desemprego ou ocultar seus efeitos sociais e controlar preços, caracterizando também a relação moral através do trabalho. O século XVIII foi destacado pelo mesmo autor, como época de medo, mito moral, associando os locais de internamento aos leprosários (Bicêtre e Salpêtrière), que também foram utilizados como locais de asilamento. Havia sentimentos de repugnância e piedade, os locais de internamento eram considerados contagiosos, a qualidade do ar contaminado, gerando inquietação e pânico na população em relação à possibilidade de contágio da loucura.

Como não havia forma de acabar com as casas de internamento, relata Foucault (2005), a solução encontrada era neutralizar seus efeitos, arrumar e purificar para que não causassem mal à sociedade. Surgiu a idéia de afastar todos estes locais das cidades, isolar em locais com ar puro, sem risco de contaminação para a sociedade. Chegou a ser utilizado o termo “internamento esterilizado” em 1789 pelo abade Desmonceaux, que estimulava o espetáculo pedagógico:

[...] assim, por prudência pais e mães devem fazer com que seus filhos conheçam esses lugares horríveis e detestáveis, esses lugares onde a vergonha e a torpeza acorrentam o crime, onde o homem degradado de sua essência perde, muitas vezes para sempre, os direitos que adquirira na sociedade (DESMONCEAUX, 1789, p. 14, apud FOUCAULT, 2005, p. 357).

O fato aponta mais uma vez para o que Miranda (1994), com referência a Foucault (2000), cita sobre a loucura, que permaneceu herdeira e titular do princípio de exclusão, nascido nos leprosários.

A loucura do século XVIII, principalmente no final deste, segundo Foucault (2005), apresenta também responsabilidades à família, incumbindo-a de administrar de certa forma a loucura presente em seu meio, cuidando para evitar a desordem social. Assim, no sentido de mudar as estruturas de internamento, os loucos podiam ser tratados em casa, mas permanecia a preocupação com o perigo que o indivíduo representava para a família e

sociedade. Surgiu então a necessidade de contê-los e a solução da época foi libertar dos internamentos todos os que não eram considerados loucos, mantendo ainda para estes as medidas de exclusão. O efeito deste processo foi que o louco “sobrou” nos locais de internamento. E Foucault (2005) destaca uma nova significação: o internamento torna-se de caráter médico. Até então a medicina não se preocupava em buscar explicação para o comportamento do louco e a partir do final deste século dá-se início à busca de significados para a loucura, principalmente com as contribuições de Pinel⁵ (1745 – 1826).

No século XVIII, conforme Silveira e Braga (2005), a loucura é medicalizada, marcada pelo saber médico e contextualizada como doença mental. As autoras, citando Foucault em seu livro *Microfísica do Poder*, destacaram a presença neste século da razão e do pensamento científico e também o surgimento do hospital como espaço terapêutico. As autoras citam ainda com referência a Foucault o alerta de que, apesar deste acontecimento apresentar uma ótica humanitária e altruísta, a medicalização do hospital não se deu visando "uma ação positiva sobre o doente ou a doença, mas simplesmente uma anulação dos efeitos negativos do hospital" (SILVEIRA e BRAGA, 2005, p. 3). No hospital ficavam internados todos os indivíduos que fossem considerados ameaça social, e entre eles estava o louco abandonado à sua razão e exclusão.

Conforme Foucault (2002), nesta época o hospital como forma de exclusão deveria acabar, e a necessidade de definir um programa de reforma e reconstrução dos hospitais transformou o espaço no sentido de sua medicalização. Este processo iniciou entre 1775 e 1780, quando o inglês Howard e o médico francês Tenon viajaram pela Europa percorrendo os hospitais, prisões e lazaretos existentes, com objetivo de observar e verificar a situação de funcionamento destes locais, definido como inquérito empírico. A partir daí teriam idéia sobre o novo programa de construção dos hospitais. Howard e Tenon apresentaram dados de morbidade, mortalidade e cura dos locais, bem como o número de internos e funcionamento da estrutura interna dos hospitais. Tenon observou e estudou ainda as condições espaciais e tudo o que ocorria lá, acreditando que esta trajetória poderia explicar fatos patológicos próprios do hospital.

A conclusão foi com relação à função do hospital, que deveria ser de cura, mas não estava cumprindo seu papel. Surge um novo olhar para o hospital, como máquina de cura, que precisava de correções ao produzir efeitos patológicos.

⁵ Philippe Pinel, médico francês, é considerado pioneiro no tratamento mais científico e menos supersticioso da loucura, identificando causas psicológicas e não apenas biológicas da loucura. Defendeu tratamentos humanitários, tornando-se um precursor da psiquiatria moderna. Apesar de manter o enclausuramento do louco, buscou melhorar as condições de vida deste e promover novas terapêuticas.

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna [...] (FOUCAULT, 2002, p. 101).

Aqui pode-se observar a presença do mito em relação ao doente, como alguém que gera ameaça à sociedade, que precisa ser cuidado, mas no sentido de não causar danos sociais. A preocupação é manter a ordem e agora com a medicalização nos hospitais gerais modernos este domínio é médico, que decidia pelas normas de funcionamento interno. Apesar de não ser o hospital psiquiátrico, a lógica deste será a mesma.

Miranda (1994) comenta que são conceitos, pré-conceitos, experiências como estas que influenciam diretamente na assistência e na relação estabelecida com o louco. A autora cita Bourdieu e seu livro *O Poder Simbólico*, sobre a construção de um objeto científico: “[...] é antes de tudo, romper com o senso comum, provocando rupturas naquilo que se apresenta com aparências de evidência, provocando uma conversão do olhar” (MIRANDA, 1994, p. 49).

A construção de saberes sobre a loucura no século XVIII deu-se a partir das experiências nos hospitais, destacando o aparecimento da função médica. Quem trabalhava antes nestes locais eram pessoas que praticavam a caridade, geralmente religiosas e assim conseguiam sua salvação eterna. Era também a alma do pobre que precisava ser salva no processo da morte e a salvação de quem cuidava deles. Aqui se destaca a mistura das funções de assistência e transformação espiritual, permanecendo com estas características até o século XVIII, não aparecendo a função médica.

Aparece, assim, o personagem do médico de hospital, que antes não havia. O grande médico, até o século XVIII, não aparecia no hospital; era o médico de consulta privada, que tinha adquirido prestígio graças a certo número de curas espetaculares. O médico que as comunidades religiosas chamavam para fazer visitas aos hospitais era geralmente o pior dos médicos. O grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII [...] (FOUCAULT, 2002, p. 109-110).

O poder médico, as visitas que ele realiza e a regulamentação interna nos hospitais são evidenciados, reforçando o poder soberano do médico e a subordinação ou até mesmo submissão de outros profissionais:

Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar (FOUCAULT, 2002, p. 110).

Além desta regulamentação nos hospitais, havia necessidade de organização de sistema de registro permanente dos acontecimentos. Iniciaram-se os registros de dados em relação ao paciente, como nome, entrada, saída, diagnóstico médico, tratamento, evolução do paciente, entre outras. E ainda, segundo regulamento, os médicos eram obrigados a confrontar suas experiências pelo menos uma vez por mês e verificar qual tratamento estava sendo mais eficaz. O hospital era então, além de local de cura, um local de formação de médicos. A medicina do século XVIII é tanto do indivíduo como social.

[...] Pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, prescrever-lhe um regime, etc., pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Efetivamente, é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática de médicos. Mas, ao mesmo tempo, pelo mesmo sistema do espaço hospitalar disciplinado se pode observar grande quantidade de indivíduos. Os registros obtidos cotidianamente, quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar fenômenos patológicos comuns a toda população. (FOUCAULT, 2002, p. 111)

Silveira e Braga (2005) comentam as idéias de Foucault sobre o modelo hospitalar da época, baseado no tratamento moral, utilizando a disciplina, vigilância constante e registro contínuo, estabelecendo uma institucionalização das relações, afastando cada vez mais o louco da sociedade. Os loucos eram vistos como perigosos e inconvenientes pela sua doença e assim não viviam de acordo com as normas sociais. O saber, a razão foi então retirada do louco e delegada ao médico. Assim surgiram os hospícios em todo o mundo, vistos na época como espaços adequados para os loucos, então doentes mentais, e os hospitais psiquiátricos, locais de tratamento.

Podemos observar que apesar dos avanços científicos e da preocupação em mudar o contexto da época, o olhar para a loucura continuava não inclusivo. O fato de delegar poderes ao médico no sentido de realizar diagnóstico entre o normal e o patológico reforçou ainda mais a medicalização, o seu controle sobre a loucura.

Castel (1991) comenta a loucura no final do século XVIII, vista de forma contraditória, associada à violação de todas as regras, apesar de ser diferente da transgressão de lei cometida pelos criminosos. O louco era associado à imagem do nômade e da divagação, comparando o comportamento dos insanos ou furiosos a animais nocivos ou ferozes, como cita Castel (1991, p. 44): “A necessidade absoluta de reprimir a loucura é inscrita nessa natureza que rompeu todos os controles e empurra o louco para o lado da animalidade e mesmo da cegueira destrutiva das coisas, que, como um carro ladeira abaixo, só obedece a lei da gravidade”. Além de provocar medo com estas associações animalescas, o louco também era considerado irresponsável, lastimável, miserável, perdendo a razão, atributo precioso do homem. Sentimentos ambivalentes como horror e piedade se suscitavam diante desta categoria, o louco acabou sendo entregue ao humanismo filantrópico para que, desta forma, fosse tratado através da benevolência, da compaixão.

Esta associação animalesca é citada por Foucault (2005) ao apresentar a época de Pinel e sua idéia de desacorrentar ou libertar os loucos. Relata que Couthon, que era paralítico, havia sido designado para visitar o Hospital de Bicêtre de Paris para avaliar as condições locais e sobre esta idéia de Pinel para o hospital. O que ocorreu foi uma confusão, manifesta pela imagem de horror dos loucos e a de Couthon, temido e conhecido por sua crueldade, por ser responsável pela decapitação de condenados. Ele tratou os loucos como animais, porém, ao abandoná-los à sua sorte, permitiu que eles se libertassem dessa animalidade. O reflexo da animalidade passa agora para os guardiões, que mantinham os loucos encarcerados em celas como animais.

Um segredo é descoberto, é que a bestialidade não residia no animal, mas em sua domesticação; esta apenas através de seu rigor, é que a constituía. O louco se vê assim purificado da animalidade ou pelo menos dessa parte da animalidade que é violência, predação, raiva, selvageria; só lhe restará uma animalidade dócil, a que não responde à coação e ao ensino pela violência (FOUCAULT, 2005, p. 472).

Assim, reestabelecida sua humanidade, foi desenvolvida a relação de dominação institucional sobre o louco, afirma Castel (1991), citando um tratado de Pinel de 1809. Esta dominação é uma relação de subordinação regulada ou relação de tutela. Sobre esta, cita Castel (1991, p. 46): “O indivíduo é sujeito autônomo enquanto for capaz de se dedicar a intercâmbios racionais. Ou então, sua incapacidade de entrar num sistema de reciprocidade o isenta de responsabilidade e ele deve ser assistido”.

Foucault (2005) faz esta análise descrevendo ainda a época de Pinel que, ao libertar os loucos, despertou para reflexão a relação entre libertação e cura, que não ocorria pelo ato de desacorrentar, mas pelo modelo moral do médico. Para Pinel, o importante era que o louco não fosse mais tratado como animal ou figura estranha ao homem e suas relações humanas, mas que se modelasse na figura do médico. Foucault alerta que a idéia de libertação dos loucos já havia sido expressa antes, porém, o que devia ser ressaltado agora era o mito que dava sentido a essa libertação.

[...] ao abri-la (libertação) para uma razão inteiramente povoada de temas sociais e morais, de figuras já há muito tempo desenhadas pela literatura e ao constituir assim, no imaginário, a forma ideal de um asilo. Um asilo que não mais seria uma jaula do homem entregue à selvageria, mas uma espécie de república do sonho onde as relações só se estabeleceriam numa transparência virtuosa. A honra, a fidelidade e a coragem imperam em estado puro, e designam ao mesmo tempo as formas ideais da sociedade e os critérios da razão (FOUCAULT, 2005, p. 474-475).

Este “ideal” seria levado pelo comportamento exemplar do médico, figura de autoridade ante os pacientes, e em quem eles deveriam se espelhar para curar seus males, não mais animalescos, mas provindos de desvios morais. Foucault (2005) coloca que a doença mental, então, foi permeada por olhares antes morais do que científicos.

Pinel estudou o comportamento do louco e seus sintomas, buscando um diagnóstico, com o entendimento da presença de lesão do intelecto e da vontade. Para realizar o diagnóstico era necessária uma longa e constante observação dos comportamentos, o que era possível nos hospitais. Considerou formas de alienação mental: mania, melancolia, demência e idiotia. Um trecho do tratado de Pinel ilustra a questão da observação para identificar a natureza da loucura:

Se se pretende interrogar os alienados sobre o estado deles, nota-se, em geral, que eludem as perguntas, que se limitam a reticências de maneira, ou de fato respondem em sentido oposto: somente a partir de uma observação prolongada por diversos meses e do comportamento deles, uma vez obtida sua confiança, é que se pode chegar a intuir-lhe os pensamentos mais ocultos, já no final da doença (PINEL, 1809, apud PESSOTTI, 1995, p. 148).

Ainda em Pessotti (1995), Pinel apresenta um método diagnóstico que contribuiu de forma significativa para a história da medicalização da loucura:

O diagnóstico implica agora a observação prolongada, rigorosa e sistemática das transformações na vida biológica, nas atividades mentais e no comportamento social do paciente, de sua história de vida, como recurso diagnóstico essencial. Como esse método implica a convivência e uma certa interação com o paciente, ele se confunde, até certo ponto, com a intervenção clínica. A própria definição de alienação implica a atitude clínica. Pinel, portanto, instituiu a visão clínica da loucura, ou, dito de outro modo, a clínica psiquiátrica (PINEL, 1809 apud PESSOTTI, 1995, p. 170).

Pinel entendia a loucura como geradora de maus hábitos e que era competência do médico reprimir este processo, sendo necessário o confinamento do louco. Segundo Pessotti (1995), sua atitude com relação à loucura parecia oscilar entre a observação científica neutra e a repressão, dando sentido ao tratamento moral. Caracterizou como distúrbios na alienação mental: distúrbio de memória e associação de idéias, alteração no juízo, distúrbio da imaginação (alucinações, visões religiosas, delírios paranóicos) e mudanças na índole moral, atribuindo a causa destas manifestações à lesão das funções mentais. Vista como imoralidade, a loucura, segundo Pinel, devia receber o tratamento moral.

As idéias de Pinel são citadas por Serrano (1988) no cenário da Revolução Francesa (final do século XVIII), com os ideais de liberdade e busca de compreensão da loucura. Compreendia a loucura como animalesca e enquanto doença, por isso separou os pobres dos loucos, para que pudesse tratá-los, no sentido de restabelecer seu lado humano e viver em liberdade.

Pinel promoveu um ato de humanismo iluminista e pioneiro ao soltar os doentes mentais dos grilhões de La Salpêtrière e de La Bicêtre. Mas os manteve dentro destes hospícios. Para a época, os hospícios eram a própria visão do inferno, com ou sem grilhões. [...] O tratamento da loucura, uma doença moral, era também moral: purgantes, sangrias, jejuns, disciplina, rezas, sacrifícios, punições pelos erros. Enfim, toda uma tentativa de domesticar o animal que vive dentro do homem. Um tratamento conhecido como “educação da vontade” era a base da psiquiatria. Por ele, buscava-se desenvolver a “disciplina da mente” (SERRANO, 1988, p. 20).

Este movimento gerou mudanças e o nascimento da psiquiatria, acreditando que poderia solucionar a questão da pobreza, como aponta Serrano (1988), mas manteve a prática asilar para o louco, sob a responsabilidade médica. Muito tempo se passou até que um movimento fosse voltado para a mudança de conceitos, o respeito aos direitos do indivíduo no sentido de receber tratamento adequado e voltado para a inserção social e familiar.

Pinel acreditava, segundo Pessotti (1995), também na causa hereditária da loucura e nas influências de uma educação corrompida sobre a perda da razão, chamando atenção novamente para o aspecto moral:

A educação das crianças pode tomar um rumo tão absurdo que os efeitos que dela derivam se confundem com a fragilidade do intelecto a ponto de não se saber mais qual das duas causas é a determinante... [...] Não falo de lições despudoradas de imoralidade dadas desde a primeiríssima infância: pois tais horrores estão fora da norma e é preciso escondê-los por respeito aos homens. Mas quantas vezes reprimendas ásperas por erros leves, dureza, ira, ou mesmo ameaças e espancamentos exasperam a juventude ardente, rompem os liames de sangue, conduzem a inclinações perversas e são causas de uma alienação!... [...] (PESSOTTI, 1995, p. 157).

Observa-se a ênfase de Pinel para as causas afetivas na produção da loucura, destacando como tratamento a reeducação de costumes através da moralidade, seguindo padrões sociais, garantindo a recuperação da normalidade das funções mentais (PESSOTTI, 1995).

Pinel é citado também por Machado (1978), comentando as mudanças que provocou no tratamento dos alienados, estimulando o tratamento racional e humanitário. Buscando no entendimento da loucura a verdade, tratou-a como doença e não como uma possessão. Machado (1978) destaca também a opinião de Esquirol sobre as causas da alienação mental relacionadas aos excessos, às paixões e às dificuldades de atingir desejos. Este compreende que a civilização não é a causa da doença mental, mas sim os excessos gerados por ela. Machado (1978) ressalta a observação desta relação causal com os excessos, a corrupção e o destaque para o papel da educação no processo de mudança de costumes do indivíduo e sociedade.

A depravação dos costumes é agravada pela educação viciosa que a sociedade proporciona: uma educação voltada exclusivamente para o espírito e que ignora a necessidade de educar o coração. [...] Vivendo segundo as suas tendências, sem uma disciplina que as regre, a criança ao crescer se tornará um homem fraco, sem resistência para as vicissitudes e reveses da vida: não sendo as paixões desde cedo freadas pela educação, à menor adversidade explodem em loucura (ESQUIROL, SD, apud MACHADO, 1978, p. 415).

Quanto ao homem, era considerado frágil e afetado pelas relações externas com o meio e outros indivíduos.

[...] Para que esta trama de interações contínuas não o prejudique, a própria civilização produz uma arma: a ciência que, esclarecendo a educação, os costumes, etc, dá condições para que desvios e excessos sejam prevenidos e corrigidos. A psiquiatria, ciência do homem, aparece como instrumento de aprimoramento da sociedade civilizada (MACHADO, 1978, p. 418).

Pessotti (1995) relata que a psicopatologia do século XVIII estava desnordeada, devido à falta de base empírica e à descrição de múltiplos critérios para descrever a loucura. Algumas classificações da época apresentavam-se como: erros do espírito ou distorção dos processos perceptivos (alucinações), morosidades ou desejos e aversões depravadas (bizarrias) e delírios ou alterações do julgamento. A loucura já não é, necessariamente, a perda da razão ou prejuízo cognitivo, como pode ser descrito pelas idéias de Esquirol⁶ (1772-1840) sobre monomania e a teoria da degenerescência de Morel⁷(1809-1873).

Machado (1978) comenta sobre a classificação de Esquirol quanto à monomania, dividindo-a em três tipos: intelectual, raciocinante ou afetiva e instintiva. Resumindo suas características, podemos assim definir: na intelectual, a inteligência era afetada parcialmente, seu delírio era parcial, ou seja, o doente podia sentir, raciocinar e agir normalmente fora do delírio. Quanto à monomania raciocinante, a desordem estava no nível de comportamento, no que diz respeito aos hábitos, caráter, ações e paixões, podendo também ser chamada de moral. A mudança de comportamento doente era considerada um desregramento, perversão, desordem da afetividade e das paixões, da moral, o que instituiu o tratamento moral. E a monomania instintiva apresentava alteração na “vontade”, tratava-se do instinto de realizar ou conduzir algo contrário à sua inteligência, sentimento e vontade, impedindo, desta forma, a sua liberdade moral.

Falando do parentesco entre loucura e crime, Cunha (1988) também apresentou a concepção de monomania de Esquirol, como ampliação do conceito de loucura e dispositivo

⁶ Jean Étienne Dominique Esquirol, alienista francês, seguidor da psiquiatria científica iniciada por Pinel, ajudou a caracterizar a loucura como doença mental.

⁷ Bénédict Augustin Morel, médico psiquiatra, nasceu na Áustria e aos 22 anos mudou-se para a França. Propôs mudanças, denunciando o caráter carcerário das instituições. Entre suas propostas estava a defesa da não - contenção, estímulo à saída precoce, o alojamento familiar e melhor recrutamento do pessoal de Enfermagem. Entre suas publicações destaca-se o *Tratado das Degenerescências* (1857), sua teoria relacionando a doença mental às causas hereditárias e manifestações comportamentais.

mais eficaz e refinado na psiquiatria. A loucura aqui vista nas figuras dos vadios, jogadores, prostitutas e cafetões, ladrões, assassinos e outros desordeiros era uma ameaça e exigia maior enfrentamento em relação à indisciplina, tendo como referencial a teoria da degenerescência. Esta teoria, formulada por Morel (1857), definia a causa da loucura como hereditária, portanto, de origem biológica, mas com manifestação comportamental, os comportamentos distanciados do padrão considerado normal. Os temas desta psiquiatria estavam voltados para a sociedade e a cidade, já que esta também era responsabilizada pela etiologia da loucura.

[...] esta teoria impregna, nas duas últimas décadas do século, todo o debate social e técnico a respeito das populações marginais, pobres ou 'perigosas' que habitam as grandes cidades. Nesta ótica, o ambiente urbano será expressamente responsabilizado pela geração de um número crescente de 'degenerados', cuja origem não é social, moral ou econômica, mas atribuída sobretudo às determinações biológicas da hereditariedade (CUNHA, 1988, p. 26).

Ainda Cunha (1988) cita a medicina social e higiênica existentes nesta época como estratégia de combate à degeneração, num esforço para moralizar a sociedade. Era o campo da medicina mental abrindo-se para a prevenção e profilaxia. O combate dos focos de degenerescência fazia parte deste processo e todos os esforços da polícia, engenharia, instituições, foram realizados no sentido de criar uma cidade higienizada, reproduzindo a ordem social burguesa. Considerado um processo de disciplinarização que percorreu todo o século XIX, identificou o alienismo como sendo uma tecnologia disciplinar nascida no ambiente urbano.

Silva e Fonseca (2003) abordam Foucault (2005), comentando a síntese alienista, característica do século XIX, onde a loucura era considerada doença, sua causa era a paixão pervertida e assim era passível de tratamento. Baseado em tratamento moral, tratava a paixão pervertida do doente por meio da influência da paixão reta do médico, o exercício da disciplina e o trabalho do doente como forma de adaptabilidade e utilidade social. O termo alienista era atribuído aos médicos especialistas por tratarem de alienações mentais.

O termo alienação está relacionado ao entendimento da loucura na modernidade caracterizada por Foucault (2005), não como desrazão, mas como perda de sua razão, de sua verdade. O tratamento para os alienados foi baseado no espaço asilar e disciplina rígida para confrontar o louco e sua razão com a ordem do asilo e a razão do alienista (médico).

Castel (1991) comenta o movimento alienista, que tinha por objetivo eliminar a desordem social. Na primeira metade do século XIX a literatura aborda as dificuldades e contradições em relação aos saberes sobre a loucura. Dentre as concepções de loucura e do alienado da época, alguns autores classificaram o alienado como indivíduo que não possuía ou desconhecia regras, costumes, leis, tratava-se de uma pessoa egoísta, não sociável e alheia ao mundo real.

Caracterizava assim a “rotulação” da doença mental. A loucura, segundo o sistema, era causada pela desordem social, apontando os acontecimentos políticos e conflitos sociais como contribuintes. As causas morais eram consideradas muito influentes, alegando que a loucura estava relacionada a um desequilíbrio ou desenvolvimento das paixões, emoções e desgostos também.

Outro destaque no século XX é o enfoque da psicanálise de Sigmund Freud (1856-1939), que buscou compreender os doentes:

No início do século XX, a psicanálise, representada por Sigmund Freud, contribuiu com uma nova forma de tratamento da doença mental. Acreditando que ela seria causada essencialmente por fatores psíquicos, Freud passou a dar um tratamento psicoterápico, no qual a palavra do paciente é a expressão dos conflitos conscientes e inconscientes. A psicanálise se consolidou como um método de investigação, uma técnica terapêutica e um conhecimento científico (HERRMANN, 1988, apud MOSTAZO e KIRSCHBAUM, 2003, p. 2).

A psicanálise, partindo de um modelo biológico, inova ao colocar como objeto de análise algo totalmente novo, o inconsciente. Abre-se um novo campo de observação e análise em que a doença mental pode ser melhor caracterizada em seu conteúdo subjetivo e também moral, ainda que os padrões morais da época tenham sido abalados por esta teoria, que colocava a energia libidinal (da busca do prazer) como a propulsora da vida. Mesmo com esta inovação, em todo caso, a relação médico-paciente ganhava ainda mais importância, na compreensão da cura pela “transferência”: o paciente se curava ao transferir para o médico, figura de autoridade, conteúdos emocionais reprimidos em relação a outras pessoas. Acirra-se, então, a autoridade do médico.

A análise do percurso da loucura aponta vários modelos, teorias ou concepções, constituindo sua própria história. Importante salientar que a proposta de reformas nas instituições asilares iniciada na época clássica na Europa despertou para reflexão quanto ao tratamento e local de internamento do louco e a conseqüente necessidade de mudanças.

Reformar, reconstruir são temas atuais, relacionados ao entendimento e tratamento da loucura e serão mais bem descritos no cenário da Reforma Psiquiátrica, que será relatado no próximo capítulo. Este movimento social possibilitou a defesa dos direitos humanos dos loucos e repercutiu diante de suas conquistas históricas, contribuindo de forma significativa na construção de sua cidadania. A Reforma questiona o que se pode dizer a “linha histórica” da loucura: de Leprosários (exclusão de leprosos), aos Hospitais Gerais (exclusão dos des-razonados) aos Hospitais Psiquiátricos (exclusão dos doentes mentais): a maneira de a modernidade lidar com seus “diferentes” é excluindo-os. Será por isso o medo e os estereótipos dos excluídos?

2.2 A história da loucura no Brasil

Acompanhando a apresentação de Costa (2005) referindo-se a Dias (1997), a assistência psiquiátrica no Brasil até 1941 foi contextualizada em quatro períodos:

- 1- De 1500 a 1817 - a loucura não era considerada doença, não havia preocupação em relação a esta;
- 2- De 1817 a 1852 - a loucura passou a ser percebida e tratada como doença. A presença da família Real no Brasil exigiu a organização urbana. Preocupação com a ordem social;
- 3- De 1852 a 1890 - reconhecida como “a era de ouro dos asilos”. Os doentes mentais eram recolhidos e restritos no hospício. Criação de vários asilos e assistência médica legal aos alienados; era de asilamento;
- 4- De 1890 a 1941 - criação de várias instituições com papel de retirar do espaço público todos os indesejáveis pela sociedade, que perturbavam sua ordem. Novamente prevalece a ordem social.

Miranda (1994) ressalta que o Brasil no século XVIII importou as idéias ou discussões sobre loucura da Europa e as incorporou às pautas da medicina e práticas asilares, assumindo também o sentido da medicalização. Neste século e ainda no anterior, os doentes mentais eram “guardados” em porões insalubres das Santas Casas de Misericórdia, sendo cuidados por escravos e voluntários. Ainda Miranda, referindo-se a Machado (1978), cita que a partir de 1830 os médicos começaram a protestar contra a situação do encarcerado no

Hospital Santa Casa de Misericórdia, queixavam-se da estrutura hospitalar não possibilitar o domínio médico sobre a loucura. Nesta época não havia médicos e profissionais de Enfermagem especializados e os hospitais não podiam dar ao louco o tratamento físico e moral que necessitavam devido a sua doença.

Machado (1978), ao contextualizar a loucura e seu tratamento no Brasil a partir do século XIX, afirma que os alienados foram submetidos ao trabalho como forma de disciplina, ordem e docilidade, que deveria se estender também fora do asilo. Apesar do hospital (hospício) ser definido como espaço terapêutico e ter por objetivo a promoção da reinserção social após a reabilitação do doente, somente os pobres eram encaminhados para estes locais, que eram as oficinas, os jardins e os serviços internos no próprio hospício. A relação de trabalho como terapia, mas que podemos observar também como característica disciplinar, é assim descrita:

Trabalho significa coordenação dos atos, atenção, obediência a um encadeamento de fases da produção que permitirá chegar ao produto; significa existência de regras às quais o alienado deve se adequar. É uma fonte poderosa de eliminação da desordem, de submissão a uma seqüência coordenada e ordenada. O trabalho permite o controle de cada ato, de cada gesto; permite coordenar e ordenar o corpo e a mente (MACHADO, 1978, p. 441).

O discurso médico reforçava os princípios de disciplina do indivíduo e para conseguir esta docilidade era usada a repressão. Entre os meios usados para tal estavam a coerção ou intimidação através do cautério (por causar medo), o isolamento celular e a camisa-de-força. A apresentação da repressão era evidente e presente, chegando a ser regulamentada através de um estatuto no Hospício Pedro II:

Artigo 32: os únicos meios de repressão permitidos para obrigar os alienados à obediência são:

- 1- A privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios.
- 2- A diminuição de alimentos, dentro dos limites prescritos pelo facultativo.
- 3- A reclusão solitária, com a cama e os alimentos que o clínico prescrever, não excedendo a dois dias.
- 4- O colete de força, com ou sem reclusão.
- 5- Banhos de emborcação, que pela primeira vez só poderão ser empregados na presença do clínico e nas vezes seguintes na presença da pessoa e pelo tempo que ele designar (MACHADO, 1978, p. 446).

Estas medidas reforçam o poder normalizador e disciplinar do hospício, que era o instrumento básico do médico nesta época. É uma forma de transformar os indivíduos, agindo sobre seu corpo, seu comportamento, para torná-los corpos dóceis. O médico era visto como detentor de saber e poder de cura através do tratamento moral.

Portocarrero (2002) afirma que através da disciplina surge o poder da norma e que a vigilância e a norma são instrumentos de poder. Nesta época surgiam problemas de natalidade, longevidade, saúde pública, habitação e migração, abrindo a era do “bio-poder”, na designação de Foucault, que significa o poder da norma sobre os indivíduos considerados enquanto corpo-espécie, regulando a população. Por sua vez, a disciplina é o exercício de um poder que qualifica, mede, avalia e hierarquiza. A autora se referencia a Foucault para caracterizar o poder da norma nesta sociedade:

As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem dois pólos em torno dos quais se organizou o poder sobre a vida, que é considerado por Foucault como uma grande tecnologia do poder de duas faces - a anatômica e a biológica. Trata-se da administração dos corpos, gestão calculista da vida, por meio de técnicas e diversas disciplinas, de práticas políticas e observações econômicas dos problemas da população. (PORTOCARRERO, 2002, p. 122)

Portocarrero (2002), comentando a trajetória da loucura no Brasil, ainda no século XIX, cita que para combater a desordem social os doentes eram enviados à Santa Casa, pois não havia um local específico para tratar a loucura. Foi somente em 1852 que surgiu o primeiro hospital psiquiátrico do país, localizado no Rio de Janeiro, o Pedro II. Todos os desviantes, alienados eram isolados da sociedade e no hospital poderiam ser disciplinados, vigiados.

Miranda (1994, p. 87) cita Maria C. Pereira Cunha⁸, registrando que o mesmo modelo do Rio de Janeiro foi instalado em São Paulo em 1852, o Hospício dirigido em 1896 por Franco da Rocha (1864-1933)⁹. A partir destes, o diretor foi incumbido de escolher o local para construção do asilo científico, o Juquery¹⁰, que começou a funcionar em 1901-1902. Ali se estabeleceu o recolhimento do louco para intervenção, reforçando mais uma vez a anormalidade e a periculosidade:

⁸ Extraído do livro *Cidadelas da Ordem: a doença mental na República*, p. 50.

⁹ Francisco Franco da Rocha - Médico psiquiatra e psicólogo brasileiro, pioneiro na área da psicologia e psiquiatria, idealizador e fundador do primeiro hospital psiquiátrico de São Paulo, o Juquery.

¹⁰ Juqueri - Primeiro Hospício criado em São Paulo, na cidade de Juqueri, inaugurado em 1898. Antes de ser reformado era conhecido como Colônia Agrícola Juqueri.

[...] como subproduto da degeneração das raças negra e pobre, inadaptadas à vida livre das cidades, cuja degenerescência pode ser transmitida por graus crescentes através de gerações (louco). Soma-se a isso a periculosidade intrínseca da loucura, baseada nas teorias importadas da França, com os títulos de maníaco-homicida e maníaco sexual principalmente. Essas classificações encontram perfeita identificação e amparo nas marcas indesejáveis da desordem urbana, presentes em cidades como Rio de Janeiro ou São Paulo (MIRANDA, 1994, p. 87).

O hospício é citado por Miranda (1994) e Machado (1978) como espaço de isolamento, enclausuramento, onde o alienado permanece vigiado, sem saídas, exceto para alguns passeios acompanhado de enfermeiros, desde que ninguém interfira na relação médico e paciente. Reforçando-se ainda que é tarefa essencial do enfermeiro vigiar o alienado.

Os termos vigiar, disciplinar, normatizar, punir e isolar faziam parte do contexto, destacando as formas de tratamento da loucura nesta época. Outro destaque apontado em Miranda (1994, p. 88) foi sobre a cumplicidade do discurso médico e a família. Com seu discurso atribuindo à loucura a causa hereditária, a família entregava o louco ao enclausuramento com o objetivo ou desculpa de esconder os defeitos congênitos. O isolamento dos alienados ou desviantes era uma forma de separar o doente da sociedade e da família porque, de certa forma, as famílias eram consideradas fatores predisponentes ao aparecimento da doença.

Inspirados pelos franceses, os primeiros escritos brasileiros sobre a loucura falam da monomania, caracterizada por uma desordem comportamental, relacionada aos hábitos, caráter, ações e paixões do alienado. Como podemos observar, as idéias de Esquirol estão presentes nesta época. O hospital, conforme relata Machado (1978), sofreu críticas externas e internas em relação ao tratamento destinado aos alienados, denúncias foram feitas quanto a situações de injustiça, caracterizando as dificuldades da psiquiatria brasileira em ordenar o mundo da loucura baseado na cientificidade. Não existia até então estudos baseados na prática brasileira, era preciso estabelecer as diferenças entre os países de origem das teorias e o Brasil e observar, construir um saber próprio do contexto asilar do nosso país.

Machado (1978) salienta que a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro não oferecia condições de recuperação devido a vários fatores: instalações precárias, distribuição inadequada dos loucos nos espaços, exposição a ruídos externos, tratamentos insuficientes ou inadequados, ausência de tratamento moral, falta de pessoal especializado no cuidado aos loucos e o constante rodízio dos profissionais no hospital. A proposta e criação do hospital psiquiátrico surgiram com o objetivo de medicalizar a loucura, a partir do domínio sobre ela, destruir seus efeitos e, através de um processo de recuperação, reintegrar o indivíduo à

sociedade. Era a idéia de prevenção se iniciando, não com o sentido atual que é prevenir desde o aparecimento da doença, mas detectar perigos ou ameaças que o louco pudesse oferecer à sociedade, como cita este autor:

Coube à medicina social a tarefa de isolar preventivamente o louco, com objetivo de reduzir o perigo e impossibilitar o efeito destrutivo que ela viu caracterizada em sua doença. Nasce assim, no Brasil dos meados do século XIX, não uma “psiquiatria preventiva”, mas a psiquiatria como instrumento de prevenção (MACHADO, 1978, p. 380).

A medicina social é comentada por Cunha (1988), afirmando que nesse período está associada a um caráter de polícia médica. Desde o século XIX o Estado criou vários órgãos públicos de polícia médica e serviço sanitário, que acentuou ainda mais o poder médico na disciplinarização da cidade. Foram criados o Instituto de Vacina, a Comissão de Vigilância Epidemiológica, o Laboratório Bacteriológico e, mais adiante, no século XX, o Instituto Butantã. Como o Estado liberou verbas para estes setores de saúde pública, metade destas verbas foram destinadas ao problema da loucura, tida como causa de desordem, perigo urbano, necessitando da intervenção da medicina preventiva. Apesar da proposta de reintegração e prevenção, o papel do hospital ainda era voltado para vigilância e disciplina, atingindo a norma social.

Como citado anteriormente por Cunha (1988) e Machado (1978), vários autores brasileiros seguiram as idéias de Esquirol em seus escritos e sua prática, com eles também vieram os questionamentos em relação ao limite entre a razão e a loucura. A política de tratamento da doença mental permaneceu, então, atrelada aos modelos europeus, principalmente do século XIX, que era centrado no isolamento e repressão dos alienados. As transformações sociais e políticas no Brasil só virão ocorrer bem mais tarde, nos anos 80 do século XX, iniciando o movimento da Reforma Psiquiátrica.

Portocarrero (2002) aponta a descontinuidade entre a psiquiatria brasileira do século XIX e a que foi introduzida por Juliano Moreira (1873-1932)¹¹ no início do século XX. Descontinuidade que permite observar historicamente o surgimento e desaparecimento de determinado saber e práticas relacionadas. Juliano Moreira é destaque pelas contribuições na época ao rejeitar as teorias francesas existentes até então no Brasil e introduzir o modelo

¹¹ Juliano Moreira foi médico psiquiatra, nascido em Salvador, ocupou de 1903 a 1930 o cargo de diretor geral do Hospício Nacional dos Alienados (antigo Hospício Pedro II) no Rio de Janeiro. Durante seu trabalho, humanizou tratamento e acabou com o aprisionamento do pacientes.

assistencial da psiquiatria alemã e, mais precisamente, do psiquiatra Emil Kraepelin. Com suas propostas, remodelou o hospital Pedro II, retirando as grades, os coletes e as camisas-de-força, criou um laboratório, permitiu a admissão voluntária de insanos e a assistência heterofamiliar.

Esta ruptura provocada por Juliano Moreira trouxe a possibilidade de estabelecer uma nova classificação, com base científica dos casos de anormalidade. A psicopatologia abrangia não só a doença mental, mas todos os desvios da normalidade, como os degenerados, epiléticos, criminosos, sífilíticos e alcoólatras. A assistência agora se expandia, não se limitando ao espaço asilar como no século XIX.

[...] No século XX, a prática psiquiátrica incidirá sobre aqueles que apresentam desvios mentais, atuais ou potenciais, loucos ou virtualmente loucos, e penetrará em instituições, como a família, a escola, as Forças Armadas, com o objetivo terapêutico e preventivo de lutar contra a criminalidade e a baixa produtividade, combatendo a doença mental propriamente dita e a anormalidade (PORTOCARRERO, 2002, p.14).

Outro destaque citado por Portocarrero (2002) foi Teixeira Brandão (1854-1921)¹², que seguindo o movimento de medicalização do louco propôs a presença especializada de um médico na família, administração e justiça, reconhecendo assim a necessidade de medicalização no hospício e sociedade. Além disso, propôs a criação de legislação que definisse as condições de sequestro do louco, reforçando o saber psiquiátrico e a necessidade de defesa social. Sua proposta não mudava o modelo asilar existente para o tratamento dos loucos.

No final do século XIX, Teixeira Brandão assumiu a direção interina do Hospício Pedro II e as irmãs de caridade foram substituídas por enfermeiras leigas, contratadas da Europa. Além disso, suas contribuições foram em relação à pesquisa, entre elas a articulação da faculdade de medicina com o hospício para produção de conhecimento na área. Nesta época o médico na direção do hospício era apontado como solução para o hospício funcionar. Com o passar dos anos, veio a reflexão sobre o funcionamento dos asilos existentes, por serem depósito de pessoas, desde crianças órfãs, velhos, mendigos e loucos, bem como a existência de alienados nas prisões. O tratamento para estes alienados era inadequado e

¹² João Carlos Teixeira Brandão - médico psiquiatra, foi diretor geral da Assistência Médico Legal dos Alienados em 1890, tornando-se inspetor geral até 1899. Dedicou parte de sua trajetória à luta em prol dos alienados, à criação de manicômios judiciários e de colônias rurais. Sob sua direção, foi criado no Hospício Pedro II a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (1ª escola brasileira de Enfermagem).

sofriam maus tratos, eram expostos a formas de discriminação. A existência desta população fora do hospício Pedro II apontava para a necessidade de se criar outras instituições para atender as diferentes características, ou seja, para curáveis, incuráveis, criminosos e outros (PORTOCARRERO, 2002).

A proposta de tratamento para a loucura nesta época, como sabemos, era asilar, no hospício. Os alienados eram vigiados geralmente por enfermeiros e estes também eram supervisionados por seus superiores. As características ideais para este profissional eram:

Um enfermeiro de alienados deve casar a severidade com a doçura, a coragem com a prudência, discrição e caridade e uma certa esfera intelectual para entender o médico e o doente. Deve ser um homem probo, ativo, zeloso, inteligente e com longa experiência. Exaltação das qualidades físicas, morais e intelectuais dos enfermeiros que se articula exatamente com a função principal que eles devem desempenhar no hospício como demonstra, sempre ao nível das idealidades, o dr. Tourinho ao afirmar que dentre os enfermeiros “sairão os mais inteligentes, ativos e robustos para exercerem a necessária vigilância, que constitui em um asilo de alienados um dos elementos indispensáveis da boa ordem”. Intermediário entre o médico e o doente, a ponte que o enfermeiro deve estabelecer entre esses dois extremos e daí seu louvor ou sua crítica é a do olhar vigilante (MACHADO, 1978, p. 437).

Os profissionais, para cuidarem dos alienados, eram contratados sem critérios definidos ou baseando-se nas qualidades físicas, como foi citado anteriormente em Machado (1978), mas também se encontra em Miranda (1994). Desta forma, sem qualificação, muitos acabavam maltratando os doentes. Os suicídios e fugas dos alienados eram atribuídos à falta de experiência e falha de vigilância destes profissionais. Outro fator importante na época, citado por Machado (1978), é em relação às irmãs de caridade, que excediam nas atitudes com os alienados e mantinham relacionamento inadequado com os profissionais. O autor coloca a opinião de Teixeira Brandão quanto ao relacionamento dos internos e os profissionais:

Monopólio do poder e da informação por parte das religiosas, emprego da pura força física na relação com os alienados por parte dos enfermeiros, conluio entre religiosas e enfermeiros contra os médicos, eis o que caracterizou aos olhos de Teixeira Brandão, o funcionamento do Hospício de Pedro II até as proximidades da República (MACHADO, 1978, p. 461).

Portocarrero (2002) relata que em 1903 Teixeira Brandão, como deputado, aprova uma lei dos alienados, o hospício torna-se o único lugar apto para tratar os loucos e sua

internação exige parecer médico. Esta lei permite a guarda provisória dos bens do louco e coloca o psiquiatra numa posição de autoridade maior. É discutida a necessidade de passar a responsabilidade ao Estado pelos locais de tratamento, garantindo a segurança da sociedade. A política de saúde mental nesta época estipula um código teórico (nosografia), tecnologia de intervenção (terapia), dispositivo institucional (asilo), profissionais (médicos) e um estatuto do usuário. É o que corresponde à psiquiatrização da loucura, atingindo a normalização do louco pela política de saúde mental. Brandão acredita na necessidade de um estatuto que aponte o louco como doente e incapaz, que precisa ser tratado e protegido. Por ser considerado incapaz, precisa ser cuidado e o sequestro e guarda provisória de seus bens devem ser confiados a alguém idôneo.

Machado (1978) comenta ainda quanto às propostas de Brandão, procurando mostrar ao Estado a importância e as vantagens de tratar o louco o mais cedo possível, favorecendo a cura. Os médicos buscam medicalizar a legislação. No século XIX nasce o ensino da psiquiatria, formam-se especialistas e surgem novas propostas de administração estatal. O louco é visto como doente e sob cuidados do Estado.

E Portocarrero (2002) comenta sobre a ruptura ocorrida no Brasil entre os séculos XIX e XX em relação à prática psiquiátrica, apresentando novos espaços para tratamento, como as colônias agrícolas, por exemplo, uma prática voltada mais para terapia e prevenção, buscando sanar as causas da doença, através da chamada medicina científica. Este novo sistema amplia os serviços ou locais de tratamento, mas mantém o poder médico centralizado. É proposta a criação de uma lei federal, para que o Estado assuma a responsabilidade pela assistência e, assim, pudesse transformar indivíduos perigosos em inofensivos, assegurando proteção à sociedade, intervindo em nível nacional.

Estas transformações provocaram reflexões nos médicos da época, que iniciaram pesquisas na área, marcando uma mudança de concepção de doença mental para anormalidade como forma de psicopatologia, um novo discurso psiquiátrico do século XX, relata Portocarrero (2002).

A década de 1880 no Brasil marca um período de radicalização crítica pública. Jornais denunciam a situação dos loucos no Brasil e apresentam artigos de Teixeira Brandão, apontando as dificuldades relacionadas ao Hospício de Pedro II, porém, as propostas de Brandão mantinham o hospício como único local para tratamento, uma forma de asilo e regulação social. Ele critica o código penal em relação à loucura e crime, que diz:

Artigo 10, § 2º - “Não serão criminosos os loucos de todo o gênero, salvo se tiverem intervalos lúcidos e neles cometerem o delito”; artigo 12- “loucos que tiverem cometido crime serão recolhidos às casas para eles destinadas ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente”[...] (MACHADO, 1978, p. 481).

A crítica feita a este artigo tem por base a forma indefinida ou pouco esclarecedora ao se julgar um crime cometido pelo louco. Esta tarefa exigia o saber de profissional especializado e não apenas a avaliação de um juiz que poderia julgar o que considerasse mais conveniente.

Explicando uma das formas de tratamento da época, Portocarrero (2002) relata sobre a clinoterapia ou repouso no leito. Neste caso, os doentes deviam permanecer no leito, mesmo contra sua vontade. Para mantê-los poderia ser usado medicação ou serem pressionados manualmente por enfermeiros, sendo também usada a restrição física. Aqui descreve-se mais uma vez a imposição de uma norma ou disciplina. A diferença dos métodos usados no século XIX e XX é que no primeiro a característica era de punição e no seguinte o tratamento tinha fins terapêuticos. Porém, como podemos observar, há pouca ou nenhuma mudança no cuidado terapêutico do alienado.

Recordando sobre o espaço asilar, Portocarrero (2002) relata sobre a história da loucura através do isolamento, repressão, vigilância e controle do indivíduo, que foi visto como perigoso para a sociedade. As construções dos hospícios eram comparadas a outros locais pela sua forma arquitetônica e tratamento dos internos como, por exemplo, os conventos, quartéis e prisões, que também inspiravam situações de exclusão semelhante.

A utilização de estruturas como estas para abrigar todas as pessoas identificadas como ameaça à sociedade e à ordem vigente foi utilizada desde o século XVI. Esta forma de abrigar era pautada na ótica do cuidado e as pessoas eram literalmente banidas e excluídas do convívio social. Justificando a necessidade do internamento foram transformadas prisões, conventos e outras estruturas semelhantes em locais de asilamento, considerando que os asilados deveriam ser submetidos à vigilância e à ordem social (FOUCAULT, 2005).

Analisando o funcionamento das estruturas citadas: prisões, conventos e quartéis, todas possuíam um regime interno de disciplina, ordem e vigilância que podemos considerar rígidos com os que ali viviam ou permaneciam. Estes locais também sugeriam confinamento, mantendo seus internos parcial ou totalmente isolados da sociedade, o que em muito se assemelhava às condições da loucura. Acreditamos que as formas de tratamento, ou melhor, de olhar a loucura e locais de tratamento atuais são recortes ou projeções de épocas passadas; embora a modernidade se manifeste através de novas tecnologias, avanços farmacológicos,

construções modernas e adaptadas para a realidade. Esta herança ou mito da loucura configura a construção da identidade do louco, mediada por condições históricas, sociais e materiais, constituindo ainda uma concepção excludente na modernidade.

Destaque importante quanto à causalidade da loucura, ainda no século XIX, a teoria da degenerescência de Morel (1857), atribuindo o conceito de causalidade relacionado à hereditariedade, combatia a mestiçagem (união de raças diferentes) na composição de uma sociedade civilizada, por acreditar na transmissão das doenças e formação de raças mais fracas. Esta proposta foi considerada como forma de prevenção no século XX, com a preocupação em relação aos imigrantes e com eles o crescimento de alienados; neste caso era mais conveniente promover a eugenia, ou seja, casamentos favoráveis entre os genes, evitando a possível descendência de anormais (CUNHA, 1988).

Este comportamento alerta para a presença do mito e estigma do louco, permanecendo a idéia de exclusão para evitar o possível contágio e disseminação da doença na sociedade. Em decorrência do processo de degenerescência foi estabelecido o controle moral e toda a proposta de uma medicina social e higiênica. A tarefa de moralizar o sujeito e a sociedade agora com o olhar para a própria sociedade, como forma de controle social. E Cunha (1988, p. 26) comenta a relação desta teoria com a sociedade:

[...] na verdade, se a determinação é biológica e regida pelas leis implacáveis da hereditariedade, a cidade multiplica suas chances de sobrevivência e, portanto, atrai “degenerados” de toda sorte, que esconde em suas inúmeras ruelas e becos, nas tavernas, botequins, cabarés, as habitações insalubres e promíscuas da gente pobre, nas alcovas das prostitutas, no anonimato das multidões.

Para combater a degeneração, diz Cunha (1988), foram traçadas algumas estratégias e objetivos básicos, entre eles a medicalização da sociedade, tornar os degenerados visíveis através de um esquadramento da população e o esforço para moralizar a sociedade e barrar a expansão dos degenerados através do controle moral e higiênico.

A partir do período de Juliano Moreira (início do século XX) surgiram questionamentos sobre os estigmas degenerativos na formação da doença mental, considerados uma “esteriotipia diagnóstica”. Suas contribuições para a psiquiatria, segundo Portocarrero (2002), permitiram o debate científico entre os alienistas, que passaram a questionar a abordagem organicista apontada pela degenerescência fisiológica, como sendo insuficiente para compreensão racional da loucura. Dessa forma, ele estimula os

pesquisadores da época a refletirem quanto à abordagem da doença mental, para que não apontem apenas essências abstratas, mas permitam maior compreensão dos distúrbios psíquicos. Sua idéia é ilustrada pela democratização da ciência psiquiátrica, lembrando pensamentos de Kraepelin, ou seja, a loucura que ocorre através de composição de vários elementos: anatomia patológica, causas e sinais clínicos observados ao longo do curso da doença e sintomas observados em estudos experimentais. Valoriza a observação e análise das funções cerebrais.

Caracterizando a alienação, Juliano Moreira classificou assim as desordens:

1. Desordens dos nervos/cérebro
2. Desordens intelectuais e afetivas

E na classificação, as doenças foram agrupadas da seguinte forma:

- **nível intelectual:** falta de compreensão, memória, consciência, alucinações, delírios de imaginação, inteligência enfraquecida, etc.
- **nível afetivo ou moral:** mentirosos, fraudadores, querelantes, indiferentes, imundície, excitabilidade da esfera afetiva.
- **nível físico:** inapetência, lesões cerebrais, paralisia, esclerose cerebral, intoxicações diversas, lesões do corpo, tireóide, etc (PORTOCARRERO, 2002).

Portocarrero (2002) destaca o surgimento, também no século XX, da idéia de sociogênese dos distúrbios mentais, ou seja, da múltipla causalidade. O normal e o alienado são distintos por sua capacidade de socialização e a educação permite transformações no sentido de corrigir o egocentrismo original do homem, favorecendo sua relação com a sociedade. Com estes subsídios surge no Brasil o movimento pela higiene mental. Há preocupação com várias doenças como sífilis, câncer, tuberculose e impudismo, somados também ao alcoolismo. Estas doenças foram consideradas endemias sociais por provocarem distúrbios psiquiátricos relacionados às questões sociais. Foi uma forma de dar início à profilaxia mental no Brasil e conseqüente Higiene Mental.

Juliano Moreira propõe, segundo Portocarrero (2002), a assistência aos epiléticos em colônias especiais. Eles são considerados degenerados, que apresentavam alterações psíquicas doentias. Juliano Moreira atribui a competência de tratá-los ao Estado, por ser fator contribuinte para a criminalidade no país. Para os alcoólatras sua proposta foi a criação de reformatórios, no sentido de recuperação, porém, eles não foram criados. Ele ressaltava o alcoolismo como uma das endemias sociais. E a assistência familiar também foi tema que

apontou a ruptura da prática psiquiátrica entre os séculos. Este projeto foi tentado em São Paulo por Franco da Rocha, próximo à colônia agrícola de Juqueri.

A assistência familiar ao alienado poderia ser instituída nas casas de família próximas ao asilo, caso as pessoas que se propusessem a auxiliar nesse tipo de assistência fossem idôneas. Senão, pequenas casas poderiam ser construídas pelo governo, na periferia da colônia e entregues aos bons enfermeiros, cujas famílias se encarregariam de cuidar dos doentes. (PORTOCARRERO, 2002, p. 134).

Sua justificativa era diminuir a cronificação dos doentes e reduzir custos de manutenção dos asilos. Para que essa assistência fosse expandida, era preciso entender que o asilo não era o único espaço de tratamento, mas mantinha o poder do psiquiatra como essencial para ele. Ainda Moreira ressalta a importância do acompanhamento do paciente após sua alta por pessoal especializado, mantido pelo governo. Trata-se da psiquiatria fora dos limites do hospital. A idéia de criar ambulatórios nos hospitais é recomendada como meio de prevenção de doenças, divulgação de conhecimentos de higiene e realização de diagnóstico e tratamento precoces. Nas primeiras décadas do século XX, o ambulatório foi planejado no âmbito da eugenia (melhorar a raça, as gerações), estendendo a assistência médica especializada (psiquiatra) à população. Seu objetivo era promover mais altas, internar menos e assim reduzir custos hospitalares.

Outro local de assistência psiquiátrica preventiva foi as Forças Armadas, através de algumas medidas profiláticas como: obrigatoriedade de exame mental dos soldados, presença do médico militar, comissão para perícia psiquiátrica, entre outros. (PORTOCARRERO, 2002)

No século XX, Silva e Fonseca (2003) descrevem que o olhar muda da concepção biológica para uma prática da psiquiatria comunitária no Brasil a partir da década de sessenta, chamado de modo psicodinâmico de compreender o transtorno mental, através de uma rede de relações, apontando a história, a família, a constituição do próprio sujeito como dados importantes e não somente a apresentação de sinais e sintomas. Aqui inicia a perspectiva da relação humana no tratamento da loucura, desenvolvendo o que é denominado atualmente de “campo psicossocial”. As autoras concluem que atualmente há duas concepções hegemônicas, a biológica e psicossocial, que correspondem à forma de tratar a loucura. Na atualidade, o termo bastante conhecido e debatido é a reabilitação psicossocial, sobre este descreveremos no capítulo da Reforma Psiquiátrica.

Miranda (1994), referindo-se a Cunha no livro *Cidadelas da Ordem*, descreve um pouco da história do Hospício do Juquery em São Paulo, que iniciou suas instalações em 1898, sendo ampliado posteriormente para abrigar mais internos. A dimensão do hospício com a parte agrícola era de 1.300 alqueires. A laborterapia era utilizada para garantir a disciplina e a ordem, uma forma de docilizar os internos. Eles deviam obedecer a uma hierarquia de espaços, que constituíam quatro etapas promocionais: em uma primeira sala do hospício central, o doente era longamente observado para formulação do diagnóstico, mas como os recursos humanos eram escassos (na década de 20, havia um médico para duzentos internos) e esta fase podia durar de seis meses a um ano. Neste período o interno era submetido a tratamentos como a balneoterapia (longos banhos de imersão ou duchas circulares com água muito quente ou muito fria); este tratamento causou muitas mortes por afogamento. Outro recurso usado nesta época era a malarioterapia, acreditava-se que, com a inoculação da malária, suas manifestações no doente reverteriam para a cura da doença mental; a insulino terapia, que, através da aplicação de altas doses de insulina, provocava convulsões e sofrimento intenso. Uma técnica inventada por Franco da Rocha foi a traumaterapia, por ter observado uma interna demente receber uma paulada de outra colega do hospício, acordou depois de um coma, sentindo-se curada.

Alcançando uma segunda fase do tratamento, o doente podia plantar e colher no espaço asilar, sob olhar vigilante e constante de um profissional, geralmente o enfermeiro. Se o interno recusasse o trabalho seria punido e retornaria à etapa inicial do tratamento. Na fase posterior, poderia fazer este trabalho nas colônias agrícolas. E na última fase, destacava-se a assistência familiar. Nesta etapa, os internos podiam morar e ser empregados de sitiantes da vizinhança. Se houvesse reclamações dos internos haveria uma punição mais severa no hospício (MIRANDA, 1994).

Cunha (1988) em seu livro *O Espelho do Mundo: Juquery, A História de um Asilo* contextualiza a história da loucura no Juquery, reconstruída através de dados documentais e históricos referentes ao Hospício. Ao definir o título atribuído ao livro, a autora comenta a relação deste com os loucos e o hospício:

Mais que entendê-los e defini-los, a sociedade burguesa tratará de aprisioná-los, anulá-los, transformá-los em objeto de saber, criar espaços próprios para sua reclusão - os hospícios. Os loucos são, por esta via, devolvidos ao 'espelho' que constitui, desde então, seu único lugar social (CUNHA, 1988, p. 14).

Outro relato ainda de Cunha sobre o Juquery mostra a rotulação da loucura: “Entrar no Hospício do Juquery e ver a loucura com sua cara contemporânea neste final do século XX - classificada, drogada, numerada, a caneca pendurada na cintura, alguma coisa estranha e dolorida no fundo dos olhos - é uma experiência que comove e incomoda” (CUNHA, 1988, p. 14).

Procurando imaginar toda esta gente confinada em um ambiente com pouca ou nenhuma forma de terapia que não a exclusivamente química, além de reforçar os aspectos de perda de identidade, pode-se entender que em outras instituições asilares existentes no Brasil nesta mesma época o cenário não deveria ser muito diferente. Ações e atitudes que ignoravam as necessidades e vontades do indivíduo, substituição do seu próprio nome e perda de pertences pessoais, podem ser atribuídas como forma de mutilação da identidade do sujeito. Todo este quadro aponta dificuldades na estratégia de inclusão social. Considerando esta repercussão histórica da loucura e as indignações diante dela, apresentaremos no próximo capítulo, dando continuidade à historicidade da loucura, o movimento da Reforma Psiquiátrica, como um contraponto a esta história, contribuindo para as mudanças desejadas frente aos cenários apresentados.

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A proposta da Reforma Psiquiátrica surgiu do amadurecimento de idéias em nível mundial, partindo de questionamentos quanto à concepção da loucura e do modelo de tratamento existente, hospitalocêntrico. Os objetivos desta reforma foram a reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica, até então centrado na hospitalização, através da criação de serviços substitutivos alternativos de saúde mental que permitissem a reabilitação psicossocial, garantindo direitos de cidadania dos pacientes e a aproximação destes com a comunidade. A definição da Reforma Psiquiátrica não pode ser restrita à reestruturação da assistência, trata-se de um processo bem mais amplo, que atinge ou pretende atingir aspectos conceituais e conceptuais da sociedade. Caracterizada por um conjunto de iniciativas políticas, sociais, administrativas e jurídicas, visa transformar a relação da sociedade com o sofredor psíquico, atingindo transformações na instituição e no setor médico-psiquiátrico até as práticas sociais em lidar com as pessoas com sofrimento psíquico.

Uma experiência a ser lembrada dentro do movimento histórico é a Revolução Francesa (1789-1899), quando a loucura era relacionada à falta de razão e o tratamento era isolar, afastar o doente da sociedade. Segundo Serrano (1988), na época a loucura foi associada à animalidade, era qualquer afronta à liberdade absoluta e falta de moral, provocando medo à burguesia que estava no poder.

Loucura passa a ser, então, um erro da razão, uma afronta às regras, um desdém pelos costumes estabelecidos. Dizia-se, por exemplo: '-Esta menina está louca. Imaginem, ela não faz o sinal da cruz antes de comer, não abaixa o rosto na frente do pai, não gosta mais de morar em casa. É uma pervertida. Não tem moral!'. Ser louco era exercer um abuso da liberdade, era uma doença moral, um desrespeito pelos costumes e normas mais sagrados. Era como a libertinagem e todas as doenças decorrentes dela (SERRANO, 1988, p. 18).

O lema da Revolução Francesa era liberdade, igualdade e fraternidade e a partir destes preceitos o alienismo, segundo Amarante (1995), servia de solução para os alienados, que por não possuírem a razão não teriam gozo dos direitos de cidadania, mas poderiam buscar sua cura no asilo. Estes princípios alienistas se expandiram, segundo o autor, pelo mundo ocidental e o asilo psiquiátrico era local para todos os loucos, despossuídos da razão,

delirantes e alucinados. Ao contrário de ser local de tratamento, o asilo tornou-se um espaço violento de exclusão, sonegação e mortificação das subjetividades. Era a moral burguesa que prevalecia, seu poder e visão mascarando os direitos de liberdade dos sujeitos, o que lhe garantia a definição do que era normal e anormal, e quem não seguisse estas regras não merecia estar livre na sociedade.

O termo sofrimento psíquico, utilizado nesta pesquisa, concretiza a tentativa de instituir mudanças conceituais, pois o termo doença ou outro que determine aspectos negativos ou pejorativos da loucura expressa e possui um peso maior de estigma, rejeição, exclusão. Falar de sofrimento parece aproximar-se mais da normalidade, assegurando um processo natural e comum nos indivíduos, independente de classe, idade ou característica nosológica. Neste sentido, todos podem passar por aspectos de sofrimento e não somente determinadas pessoas, em uma tentativa de romper com o estigma do fenômeno da loucura.

O empenho na manifestação de mudança de conceitos através do processo da Reforma Psiquiátrica é comentado por Kantorski e Silva (2001, p. 142):

[...] a reforma implica em transformar saberes e práticas em relação à loucura, perceber a complexidade do objeto, re-compreender o sofrimento psíquico e efetivamente destruir manicômios externos e internos que têm permitido a constituição de determinadas formas de pensar e agir e, fundamentalmente, re-inventar modos de se lidar com a realidade.

As autoras chamam atenção para as concepções sobre a loucura, que independente do local são determinadas por práticas individuais ou profissionais em nossa sociedade. A solução não está na criação de espaços abertos para tratar a loucura se o pensamento e a forma de agir continuarem excluindo, porque não haverá mudança, exceto por criar-se novas formas e locais de exclusão.

A situação caótica ou precária dos asilos psiquiátricos é reforçada por Silva (in JORGE, SILVA e OLIVEIRA, 2000), citando os termos “violência e submissão” ocorridos nestes locais, afirmando que a instituição totalitária não poderia mais permanecer causando sofrimento aos vulneráveis.

Franco Basaglia (2001), um dos pioneiros da Reforma Psiquiátrica, fez crítica às instituições psiquiátricas como locais de violência, praticada principalmente pelos profissionais que trabalham no local, e compara esta violência com aquela presente também

em outros espaços como família, escola, universidade, hospitais públicos e prisões, onde se estabelece uma relação de poder:

Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz *uma relação de opressão e de violência entre poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro*. A violência e exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade (BASAGLIA, 2001, p. 101).

Seguindo a crítica institucional, Goffman (1996 p. 16) utilizou o termo “instituições totais” para definir locais de permanência de grande número de indivíduos em situação semelhante, que foram separados da sociedade por um período de tempo, permanecendo em local fechado, como é o caso dos estabelecimentos psiquiátricos e outras instituições de custódia. Analisando as estruturas e funcionamento destes locais, cita a natureza autoritária, característica de manipulação e coerção, ações proibidas e permitidas que caracterizam a estigmatização dos seus internos, provocadas pela administração destas instituições. O caráter fechado e total de uma instituição é simbolizado, segundo Goffman (1996, p. 16):

[...] pela barreira à relação social com o mundo externo e proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico - por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de *instituições totais*, e desejo explorar suas características gerais.

O autor classificou vários tipos de instituições totais, dentre elas citamos: casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes, sanatórios para tuberculosos, leprosários, hospitais para doentes mentais, cadeias, campos de concentração, quartéis, navios, escolas internas, mosteiros e conventos. Estes locais, segundo Goffman, não são semelhantes, mas cada um possui peculiaridades que caracterizam as instituições totais.

Como pode-se observar, o hospital psiquiátrico, associado a este grupo, se constitui como uma instituição totalitária, estabelecendo relações de poder, submissão e coerção, gerando situações de sofrimento e vulnerabilidade ao interno. Além disso, a estrutura arquitetônica foi construída semelhante às prisões, no sentido de trancafiar os internos e evitar

fugas, o que confirma a exclusão e isolamento social. Seus muros altos estabelecem uma divisão com o meio externo, como relata Miranda (1994), separando grupos como a família, os hábitos e valores do indivíduo, considerados diferentes a partir do muro.

O mecanismo de controle social através do poder já é velho conhecido e tem resistido ao tempo, submetendo indivíduos a várias formas de controle e enquadramento social, através de regras de conduta transmitidas para a realidade social e asilar. O espaço e o tempo são também recortes importantes, pois ao isolar o indivíduo dentro de um manicômio este perde em parte sua orientação espacial e temporal, resultando, ao contrário do que se prevê, na não-reabilitação social. O que se preconiza no movimento pela desinstitucionalização não é apenas a desconstrução ou extinção de manicômios, mas a abolição das formas de tratamento que estão baseadas na exclusão.

Goffman (1996) chama atenção para a questão das instituições totais provocarem a mortificação do “eu”, pelos efeitos causados, no nosso caso, na hospitalização psiquiátrica. O fato de agruparem um conjunto de pessoas e exigirem determinados tipos de comportamento ou seguimento de regras na instituição orienta para a obediência e vigilância local. O grupo dos internados é vigiado pela equipe dirigente e seus membros passam a ser vistos não mais como indivíduos, mas como um grupo, sem distinção do “eu” e “outro”. Assim, inicia o processo de exclusão, na verdade, pregando-se uma normalização, o controle social sobre os indivíduos.

Analisando ainda o contexto asilar, Basaglia (2001) evidencia que a relação institucional aumenta o poder do médico e, ao mesmo tempo, diminui o do doente; este, pelo simples fato de estar internado em um hospital psiquiátrico, torna-se um cidadão sem direitos e entregue ao livre arbítrio do médico e enfermeiros, que podem fazer o que desejarem, sem apelação. Esta relação comentada pelo autor enfatiza o quadro de perda de valor social do indivíduo, assumindo um significado estigmatizante.

Concorda-se com o autor, pois suas idéias infelizmente não são ultrapassadas e a assistência ao sofredor psíquico atual continua muito centrada no modelo asilar e do poder médico, legitimando o conhecimento científico tradicional (de cunho biológico) sobre a doença, construindo teorias, classificações e definições psiquiátricas. A presença da medicalização da loucura e o controle social não são temas novos, como podemos recordar na história da loucura. A assistência psiquiátrica limitou-se por muitos anos ao tratamento exclusivamente asilar e mantido sob o poder médico. O movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe à tona nova discussão para mudar este quadro e formular novas condições de tratamento aos doentes.

Importante lembrar que Basaglia contribuiu com suas idéias ainda na década de 1960 e, estando nós em outro milênio, há muitos saberes e construções necessitando do processo de desinstitucionalização de saberes e práticas. A posição do sofredor psíquico que se encontra hospitalizado aponta situações de perda de autonomia e direitos, de certa forma devido ao discurso e tratamento hegemônico oferecido e se estende, conforme entende Basaglia (2001), para a perda de identidade. É acima de tudo a representação da exclusão e violência, que acontece pela internação no hospital psiquiátrico e já ocorreu por parte de seus familiares e da própria sociedade, que não o aceita mais. Uma fábula oriental citada por Basaglia (2001) e também por Amarante (2000), que inclusive intitulou seu livro: *O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*, ilustra o que ocorre com o doente institucionalizado:

[...] conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou a seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que ele era livre de novo. Então dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: “No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente”. “Em vez de liberdade ele encontrara o vazio”, porque junto com a serpente saíra a sua nova “essência”, adquirida no cativeiro, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida (BASAGLIA, 2001, p. 132).

Esta fábula retrata o estado de um sujeito institucionalizado, que pela imposição de padrões de comportamento e falta de estímulo para desenvolver a socialização e inserção na sociedade acaba por padronizar e cristalizar atitudes e pensamentos, comprometendo assim sua reabilitação social. O que precisa ser desconstruído são as formas de agir e pensar sobre a loucura e não simplesmente os manicômios, mas acima de tudo o tratamento que é destinado aos sofredores psíquicos, o que subjaz um olhar para ele.

3.1 A Reforma na Itália e Estados Unidos

O movimento pela Reforma Psiquiátrica ocorreu em vários países, porém, vamos nos ater neste trabalho à experiência da Itália e Estados Unidos por serem consideradas primórdios e porque a proporção e repercussão gerada ali serviu como referência mundial neste movimento.

Rompendo este modelo assistencial, propostas de mudança se consolidaram e, segundo Amarante (2000), uma delas foi a desinstitucionalização, tratando-se de um processo de desconstrução da psiquiatria e suas práticas, reinventando formas de lidar com o sofredor psíquico.

Desviat (2002), relatando a história do movimento pela Reforma Psiquiátrica, comenta que durante o período de asilamento ocorriam muitas críticas quanto a sua eficácia e depois da Segunda Guerra Mundial, com o crescimento econômico e de movimentos civis, essa crítica se intensificou, apontando a necessidade de extinção ou transformação do hospital psiquiátrico.

Em relação à Reforma ocorrida a partir dos anos 1960 na Europa e Estados Unidos, o conceito associado foi a desinstitucionalização e política de desospitalização. Este movimento na Europa, mais especificamente na Itália, rompeu com o modelo hospitalocêntrico, apresentando perspectivas alternativas nas estruturas extra-hospitalares ao sofredor psíquico. Apesar disso, o balanço desta desinstitucionalização¹³ apresentou aspectos negativos, como no caso simples da desospitalização¹⁴, ocorrendo o abandono e nova produção da cronicidade de indivíduos. Outro fator destacado foi que apesar da proposta de evitar a coação dos sujeitos existentes antes nos locais de internação ela permanecia como inerente ao funcionamento do sistema (ROTELLI; LEONARDIS e MAURI, 2001).

A experiência da Reforma na Itália foi destacada nos anos 1960 com a experiência na cidade de Gorizia e nos anos 1970 em Trieste, quando um grupo de psiquiatras inovadores, destacando-se entre eles Franco Basaglia, fez críticas ao sistema de tratamento existente nos manicômios, como podemos observar a seguir:

¹³ Desinstitucionalização: processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental, que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, p.18).

¹⁴ Desospitalização: Consiste na identificação de transformação com extinção de organizações hospitalares/manicômias (NICÁCIO, 1990, apud AMARANTE, 2001, p. 49).

[...] trabalham (psiquiatras) com a hipótese de que o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da “existência global complexa e concreta” dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a “instituição”), todos referidos à “doença”. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto “existência” doente (ROTELLI; LEONARDIS e MAURI, 2001, p. 27-28).

Desviat (2002) relata que a experiência de Franco Basaglia no final de 1961, como diretor de um manicômio na cidade de Gorizia, tentou transformá-lo em comunidade terapêutica¹⁵ e depois buscou uma forma de devolver os doentes internos à sociedade, desarticulando o manicômio. Ao buscar esta mudança no sistema de internação, seu intuito foi lutar contra a exclusão e a violência institucional e promover a reinserção social. A psicopatologia, neste momento, foi colocada um pouco de lado e a prática psiquiátrica era uma ação política. Outras regiões da Itália, além de Gorizia, manifestaram críticas ao sistema das instituições asilares, unindo-se ao movimento estudantil e dos sindicatos dos trabalhadores, em prol da reprovação dos manicômios. Este movimento se expandiu:

[...] A reprovação dos manicômios uniu-se à crítica a todas as instituições de marginalização: os reformatórios, os presídios, os albergues da assistência social e as instituições que sustentavam a fachada ideológica e moral do sistema social: a família, a escola e a fábrica. Mas essa reprovação ligou-se acima de tudo, em uma sociedade civil rica e ativa como era a italiana dos anos 60 e 70, à reivindicação premente de uma reforma sanitária que instaurasse um sistema nacional de saúde, universal e equitativo, nos moldes do britânico [...] (DESVIAT, 2002, p. 43).

Para realizar esta reforma na Itália, conforme Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), houve mudança quanto ao destino e forma de administrar recursos públicos para o setor de saúde mental, procurando viabilizar seu acesso a todos os indivíduos da população, em todas as regiões do país e promovendo recursos preventivos na comunidade. Para estabelecer maior eficácia neste processo, destacou-se o trabalho de equipe, a auto avaliação e a formação profissional como garantia do sucesso da reforma.

Comentando ainda sobre a psiquiatria italiana, Amarante (2001) cita que, no início, a preocupação foi humanizar o manicômio através da comunidade terapêutica idealizada por Maxwell Jones na Inglaterra. A partir da experiência do manicômio de Gorizia

¹⁵ Comunidade Terapêutica: local em que todos os componentes, doentes, enfermeiros e médicos, estão unidos em um total de comprometimento, onde as contradições da realidade representam o húmus de onde germina a ação terapêutica recíproca (BASAGLIA, 2001, p. 118).

foi possível perceber as dificuldades e problemas que persistiam, como a questão da relação terapêutica médico/paciente e o elo entre psiquiatria/control social/exclusão. Amarante (2001) ressalta o enfoque de exclusão social:

É justamente neste conjunto simbólico que a prática e saber psiquiátricos tornam-se visíveis no lócus manicomial. O manicômio concretiza a metáfora da exclusão, que a modernidade produz na relação com a diferença. [...] a tradição iniciada por Franco Basaglia e continuada pelo movimento da psiquiatria democrática italiana afirma a urgência de revisão das relações, a partir das quais o saber médico funda sua práxis [...] (AMARANTE, 2001, p. 47).

Amarante (2001) afirma que a experiência de Gorizia apontou temas como a exclusão e controle social e a relação de interesses político-sociais com a instituição psiquiátrica na época. Os loucos, bem como outros excluídos, vinham de uma construção histórica, que dificultou o tratamento extrainstitucional, persistindo a identidade do diferente, excluído. O autor critica o movimento preventivista criado nesta época, por tratar-se, no seu ponto de vista, de uma nova medida de medicalização da ordem social, persistindo o modelo asilar e seus dispositivos de controle e disciplinamento social. Já Luis (apud JORGE, SILVA e OLIVEIRA, 2000) comentou que o movimento preventivista teve seus méritos, ao incluir serviços alternativos extra-hospitalares, a participação de outros profissionais na equipe de saúde, valorizando a multidisciplinaridade, bem como o envolvimento da comunidade neste processo.

A psiquiatria preventiva ou comunitária nasceu, segundo Amarante (2001), nos Estados Unidos, com o objetivo de intervir sobre as causas da doença mental, e em busca da prevenção e promoção de saúde mental. Esta proposta foi adotada no governo Kennedy em 1963, incluindo como objetivo a redução da doença mental nas comunidades. Nessa época, os americanos tinham como experiência os problemas com a guerra do Vietnã, o crescente uso de drogas entre adolescentes e o surgimento de várias gangues, entre outros, caracterizando um período de agitações que exigia adaptações sociais e culturais.

O autor ressalta que a introdução deste movimento da psiquiatria preventiva americano foi utilizada como medida de salvação para os problemas da assistência psiquiátrica nacional e também dos próprios americanos. Acreditavam que as doenças mentais podiam ser prevenidas, ou seja, identificadas precocemente e assim erradicadas da sociedade, como qualquer outro mal. Para isso, era preciso ir ao encontro dos prováveis doentes ou

candidatos a desenvolver a doença mental, entrando em suas casas, conhecendo seus hábitos, vícios, ancestrais, enfim, tudo que auxiliasse neste suposto diagnóstico (AMARANTE, 2001).

Imaginando como ocorreu este processo, enquanto busca ativa entre a população, de quais seriam os suspeitos de desenvolver qualquer tipo de sofrimento mental, todos os indivíduos passaram por uma forma de captura e vigilância em relação à ordem social. Ações preventivas são muito importantes na política de saúde da população, no entanto, a forma como são previstas e constituídas podem contradizer a proposta inicial e figurar conflitos sociais na tentativa de esquadrihar a população e identificar seus riscos.

Em contrapartida, a criação de vários serviços alternativos comunitários nos Estados Unidos como Centros de Saúde Mental, Hospital Dia e Noite, Oficinas Protegidas, Lares Abrigados e Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral indicava propostas de redução de internação psiquiátrica, em busca da inserção social. Estes programas preventivos, porém, aumentaram a demanda de pacientes nos serviços extrahospitalares, devido aos encaminhamentos que eram realizados após avaliação de profissionais ou captação dos considerados suspeitos de desenvolver a doença mental. Esta crítica de Amarante (2001) em relação ao preventivismo é devido à manutenção do asilamento, não havendo mudanças com os internados, apenas a massificação dos serviços ambulatoriais (AMARANTE, 2001).

O preventivismo significa um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais. Esta inflexão – que faz a passagem da arcaica profilaxia, atada ao modelo asilar, até o preventivismo contemporâneo constitui parte do processo ao qual Castel denomina *aggiornamento* (Castel, 1978). Tal processo representa a existência de uma atualização e de uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, que vai da política de confinamento dos loucos até à moderna ‘promoção da sanidade mental’, como a conhecemos agora [...] (AMARANTE, 2001, p. 41)

Amarante (2001) referindo-se a Birman e Costa (1994) comenta a importância da mudança na psiquiatria, no sentido não mais tradicional, que tratava da doença do indivíduo, mas agora com o objetivo voltado para promoção de saúde mental da comunidade. Assim, a terapia deixava de ser assistencial, passando a ser preventiva.

Quanto à comunidade terapêutica, tinha por objetivo transformar as instituições asilares, através de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, com a proposta de mudar a situação em que viviam os internos nos asilos, que sofrem toda espécie de repressão. Esta modalidade de assistência exigia análise e discussão frequente entre

pacientes, equipe e comunidade, mantendo o tratamento e vínculo do paciente próximo de seus familiares (AMARANTE. 2001).

Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), analisando a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria no contexto da Europa Ocidental e outros países avançados, afirmaram sobre o que é ideal:

[...] a desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução - cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através do percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001, p. 29).

Esta ruptura que deve ocorrer implica uma mudança de olhar para a loucura, agora não mais no processo de doença e sua etiologia e cura, mas sim na valorização da produção de vida, de sentido, sociabilidade e utilização de espaços coletivos (ROTELLI, LEONARDIS e MAURI, 2001).

Os atores responsáveis pelo processo de desinstitucionalização, segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001), são considerados todos os profissionais que trabalham nas instituições e participam das modificações organizacionais, entre eles estão os psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e outros. Além dos técnicos, os pacientes ou internos também são atores deste processo, participando do cotidiano de mudanças. A transformação das estruturas existentes, este trabalho de desconstrução dos manicômios, na experiência italiana foi produzida por vários gestos, como:

[...] eliminar meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade da palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais (ROTELLI; LEONARDIS e MAURI, 2001, p. 32-33).

Amarante (2001) comenta a experiência de Basaglia em 1971 em Trieste que, a partir do que havia vivenciado em Gorizia, instituiu o projeto de desconstrução/invenção da assistência, buscando mudanças na prática destas relações na comunidade.

[...] Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização a falar sobre si. Da mesma forma que é preciso desmontar o discurso/prática competente que fundamentam a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado [...] (AMARANTE, 2001, p. 48).

Algumas características importantes na experiência da cidade italiana de Trieste podem ser apontadas, segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) como: valorização da dimensão afetiva na relação terapêutica, contextualização da relação médico-paciente, estímulo para trocas sociais e terapêuticas, não-separação de atendimento a crônicos e agudos, buscando atender a demanda. Enfim, visava à prática de cuidar dos pacientes.

Esta prática italiana demonstrou ser possível construir uma rede de serviços que se integrem e atendam às necessidades da assistência psiquiátrica. E a partir destas experiências, em 1973, Basaglia investiu na revisão da legislação em saúde mental, que sustentasse o fim de qualquer forma de controle institucional sobre a loucura, o que acarretou na chamada lei Basaglia ou lei 180, aprovada em 1978 (AMARANTE, 2001).

Através da lei Basaglia, a Itália decretou a extinção dos manicômios e criação de serviços alternativos na comunidade. Esta lei preconizava, entre outras medidas: proibição de construção de novos hospitais psiquiátricos, criação de serviços psiquiátricos comunitários trabalhando em parceria com hospitais gerais, que deveriam dispor de no máximo 15 leitos para internação destes pacientes. A proposta teve suas críticas, como foi a questão da ausência e insuficiência de serviços alternativos, principalmente nas regiões mais pobres (DESVIAT, 2002).

As propostas de mudança não se restringiram à desospitalização, mas sim à desinstitucionalização, que significa, segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 18) apoiados no modelo italiano:

[...] um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.

E compreendendo a relação conceitual da Reforma Psiquiátrica, Amarante (2001) diz tratar-se de um processo histórico de iniciativas que visam transformar a relação da sociedade com o doente. Na Itália, assumindo os propósitos da reforma, foram construídos na cidade de Trieste sete centros de saúde mental em áreas distintas da cidade, abrangendo uma população de 20 a 40 mil habitantes, com funcionamento diário e nas 24 horas. Além disso, foram abertas outras formas de abrigo para os loucos, como grupos de apartamentos, onde podiam residir sozinhos ou com outros usuários e técnicos ou ainda voluntários do serviço; cooperativas de trabalho e espaço para ex-internos do hospital ou livre demanda. Integrando estas modalidades, também foi criado um serviço de diagnose e cura ou serviço de emergência psiquiátrica, com oito leitos, servindo de apoio aos demais serviços (AMARANTE, 2001).

Continuando a experiência de Trieste, o trabalho existente nas instituições deveria ser avaliado com fins terapêuticos, como um direito de todos e não imposição de regras institucionais. A desinstitucionalização podia ser comparada a um trabalho homeopático, ou seja, as transformações se constituíam de dentro da instituição para fora, utilizando os recursos já existentes no local. Em Trieste, durante os anos de 1971 a 1978, houve o esvaziamento do hospital psiquiátrico de forma progressiva e os 1.200 pacientes internos foram encaminhados para serviços extra-hospitalares. E atualmente, segundo os autores, não existe na Itália nenhum local de internação psiquiátrica, os manicômios foram fechados e em lugar destes foram criados outros espaços de intervenção, como: centros de saúde mental, plantão psiquiátrico em Hospital Geral, unidades para deficientes e outras para idosos, cooperativas de trabalho, centro para tóxico-dependentes, entre outros (ROTELLI; LEONARDIS e MAURI, 2001).

Segundo Desviat (2002), ao final da década de 90, vinte anos depois desta experiência basagliana, a cidade de Trieste apresentava seus resultados positivos com a participação de pacientes na administração de hotéis e serviços de turismo local.

Já nos Estados Unidos, descreve ainda Desviat (2002), surgiu a preocupação da intervenção psiquiátrica reduzir-se somente em situações de emergência. Depois da Segunda Guerra Mundial teve início um plano de atuação social, modelo sanitário chamado de saúde comunitária. Este modelo visava à participação do cidadão e família, no sentido de desenvolverem hábitos saudáveis, criação de grupos de ajuda mútua para atuar junto à AIDS, doenças mentais, alcoolismo, violência, falta de moradia. A partir desta abordagem foi criado um projeto chamado Saúde para Todos, tendo objetivos voltados para epidemias da

civilização moderna, no sentido de reduzir desigualdades através da promoção e prevenção na saúde.

A saúde pública define “grupo de risco” como um conjunto de pessoas que, em virtude de sua condição biológica, social ou econômica, de seu comportamento ou seu meio ambiente, são mais susceptíveis a determinadas enfermidades ou ao desenvolvimento de estados de saúde deficientes. Trata-se de grupos populacionais, famílias ou indivíduos cuja maior exposição a fatores de risco-agentes infecciosos, ambientais, hábitos de vida e acontecimentos sociais, culturais e psicológicos torna-os mais vulneráveis a se “deteriorar”, adoecer ou sofrer as complicações de um processo patológico (DESVIAT, 2002, p. 66-67).

Entendendo que os fatores de risco para um indivíduo adoecerem são muitos e variados, determiná-los ou identificá-los auxilia na assistência e prevenção de doenças, como descreve Desviat (2002, p. 67):

Graças a identificação das populações de risco, o sistema de saúde pode tomar a iniciativa do contato sem esperar pela demanda, como costuma acontecer nos modelos de atendimento da assistência tradicional. Nesse sentido, sabe-se que a utilização adequada de informações sobre o risco, voltada para os grupos vulneráveis, reduz o limiar e torna mais aceitável o atendimento – as idéias de limiar e aceitabilidade pressupõem o reconhecimento da doença e aceitação da assistência-, quando se ensinam a essas populações a natureza e o alcance dos riscos e dos fatores de risco indicados (um exemplo claro é a informação sobre as práticas de risco na AIDS). As pessoas com um conhecimento dos fatores de risco em matéria de saúde responderiam mais cedo, reconhecendo com mais facilidade a necessidade de um atendimento sanitário.

Este tema é bastante polêmico, pois caracterizar grupos, identificar riscos deste modo é também uma forma de rotulação que é atribuída a determinado grupo de pessoas, assim como os internados em instituições psiquiátricas, que, uma vez rotulados, deixam de ser pessoas e passam a ser uma espécie de marca, perdendo sua identidade e atribuindo-lhe outra identidade, junto com essa, também perdendo seus direitos de cidadania. A lógica desta rotulação dos pacientes estava arraigada no tratamento das instituições psiquiátricas, mas, a partir do deslocamento do indivíduo para outro ambiente, não excludente, uma vez ainda categorizado como grupo de risco, entra-se em contradição com a lógica de não excluir.

Com relação às dificuldades e erros da Reforma Psiquiátrica nos Estados Unidos, uma das preocupações era o destino dos pacientes quando não houvesse mais os manicômios, principalmente os crônicos, que não tinham uma assistência adequada. Em 1955 havia 558

mil pacientes internados em manicômios e em 1991 passaram a ser 110 mil, além do problema dos sem-teto, que chegavam a dois milhões de pessoas. Assim, a desinstitucionalização passou a ser considerada um fracasso (DESVIAT, 2002).

Na década de 1960 surgiu a antipsiquiatria, um movimento crítico à psiquiatria vigente, iniciado pelos psiquiatras Laing, Cooper e Esterson, na Inglaterra e posteriormente nos Estados Unidos. Suas críticas eram em torno do tratamento destinado aos pacientes com esquizofrenia, considerando os métodos tradicionais um verdadeiro fracasso, caracterizada pela função tutelar da instituição (AMARANTE, 2001).

O movimento da antipsiquiatria procurou romper com o paradigma psiquiátrico e a medicalização da loucura:

A antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente o saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge assim um novo projeto de comunidade terapêutica e um 'lugar', no qual o saber psiquiátrico possa ser reinterrogado numa perspectiva diferente daquela médica (AMARANTE, 2001, p. 43).

As ideias deste movimento, como o próprio prefixo “anti” traduz, são de oposição. Assim, a antipsiquiatria tentou alterar o ponto de vista da psiquiatria tradicional, que caracterizava o louco como doente, inválido e dependente. Sua proposta foi abordar e estudar o comportamento humano, buscando compreensão deste, não mais atribuindo-o à doença, mas sim a um comportamento diferente do indivíduo, associado ao contexto em que vive. Os tratamentos tradicionais existentes, inclusive o farmacológico, foram questionados em relação a sua efetividade.

O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado. É a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a experiência individual e comportamental, inventando o louco, tido como perigoso e passível de perda de voz (AMARANTE, 2001, p.44).

De acordo com esta proposta, surgiu nos Estados Unidos em 1965, conforme Amarante (2001), a Associação Philadelphia, filantrópica, com objetivo científico, para investigar a doença mental e suas relações, seguindo os ideais da antipsiquiatria. O autor

comenta que este movimento da antipsiquiatria contribuiu para a transformação da desinstitucionalização como desconstrução¹⁶.

Fazendo uma crítica ao ocorrido nos Estados Unidos, Amarante (2000) comenta o fato de se haver centralizado a assistência no âmbito hospitalar, apesar de basear-se nos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária. “[...] a desinstitucionalização nessa tradição está voltada, sobretudo, para objetivos administrativos (redução dos custos da assistência para os cofres públicos) e menos para uma real transformação da natureza da assistência [...]” (AMARANTE, 2000, p. 16). Na prática, reforça o autor, a assistência não se tornou menos onerosa e provocou maior demanda hospitalar do que a desativação de manicômios. Em vez de prevenção e promoção de saúde como propósitos, a assistência estava voltada para a cura e reabilitação, figurando ainda no modelo de psiquiatria tradicional.

Concordamos com Amarante, no sentido de que a proposta assistencial não está voltada à mudança de olhar do sofredor psíquico, mantém ainda o discurso prático da patologização da loucura, conservando as situações de segregação e marginalização do sofredor na sociedade.

Outro problema associado à desinstitucionalização foram as críticas da imprensa, que deturpava informações, associando a ocorrência de crimes à doença mental. Assim, acentuava o mito em relação ao doente ser perigoso, irracional, incurável e imprevisível.

Na maioria dos países, o problema central foi a escassez e má utilização de verbas para desenvolver ou criar os serviços comunitários de saúde mental. A maioria dos recursos acabava sendo utilizada para tratamento de patologias comuns mais ou menos graves, cujos tratamentos já estavam estabelecidos como eficazes. Desviat (2002) ressalta a predominância em relação ao atendimento prestado nos serviços comunitários, que era voltado para a prevenção, intervenção de crises e tratamentos precoces, devido à existência de muitos casos de pacientes constituindo população de risco. Assim, havia praticamente um abandono na assistência aos pacientes crônicos, associado ao conflito existente entre pacientes e profissionais de saúde mental, que hesitavam em tratar de pessoas menos favorecidas. Os pacientes crônicos produzem nos profissionais reações/sentimentos de frustração e culpa, ao contrário dos pacientes considerados menos graves e curáveis, que geram satisfação pessoal.

Na opinião de Desviat (2002), aparecia o comportamento do profissional fazendo escolhas diante do paciente que queria atender, preferindo o que é mais fácil, mais agradável,

¹⁶ Desconstrução aqui é vista como ruptura, mudança de um processo ou complexo de práticas e saberes.

mais novo no sentido contrário do crônico. Este fato se refletia nas internações, quando o profissional facilitava ou apressava a alta dos pacientes mais difíceis.

Segundo Desviat (2002), citando Hill (1969), aparece a incapacidade dos profissionais de controlar seus sentimentos em relação aos pacientes e acabam por abandoná-los e, de certa forma, permitir sua cronicidade. Este abandono também pode ser atribuído ao déficit na formação profissional para atender estes pacientes fora do ambiente hospitalar. Neste contexto surgiram reflexões quanto ao modelo curricular existente nas faculdades de medicina no sentido de promover a mudança.

Em relação ao contexto do movimento da Reforma Psiquiátrica no mundo, existem as dificuldades da comunidade frente às mudanças, como relata Desviat (2002, p. 82):

[...] a comunidade não costuma estar preparada para receber os pacientes desinstitucionalizados: quase todos os esforços se voltam para a modificação do comportamento dos pacientes e pouquíssimos para a modificação das crenças, preconceito e comportamentos da sociedade a que eles são destinados.

As críticas em relação à Reforma Psiquiátrica permitem concluir que ela não é uma solução milagrosa, mas, ao fechar-se os manicômios, a doença mental fica mais bem situada. Melhorar a qualidade de vida dos pacientes em ambiente não hospitalar é um destaque, reconhecendo as limitações da reabilitação e a presença da cronicidade de muitos pacientes. Outro fator importante foi a criação de serviços alternativos diversificados para atender uma demanda também diversificada de necessidades de diferentes grupos de pacientes com transtornos crônicos. A cronicidade não desapareceu com estas mudanças da reforma, mas agora não poderia ser ocultada fora dos manicômios. Ela esteve presente e visível em deficientes, inválidos físicos e mentais, doentes neurológicos, epiléticos, sifilíticos dementes, débeis mentais, esquizofrênicos residuais, obsessivos, lobotomizados e outros. Este grupo herdou estereotípias e necessitava de um meio de proteção entre cuidados a nível hospitalar e em residências terapêuticas.

Desviat (2002, p. 89-90) define o doente psiquiátrico crônico como:

[...] aquele que padece de uma doença que se prolonga no tempo e que afeta sua qualidade de vida, limitando suas capacidades e tornando-o dependente de atendimento sanitário e social, embora possa revelar-se complexo definir concretamente a duração e o grau de incapacidade, ou o tipo de recursos assistenciais necessários. Trata-se de doenças crônicas e incapacitantes que hoje constituem, graças ao envelhecimento da população e às mudanças nos padrões de morbidez e mortalidade (substituição das doenças infecciosas e carenciais pelas doenças crônicas e degenerativas, nos países desenvolvidos), um desafio para as ciências de saúde e para os sistemas sanitários projetados a partir de uma medicina de pronta recuperação.

A partir deste tema, Desviat (2002) aborda a questão da cronicidade associada às questões da Reforma, mencionando que a proposta do processo de desinstitucionalização é a retirada dos doentes mentais do manicômio, inserindo-os em meios adequados na comunidade, evitando sua cronicidade em qualquer outro meio. Relata que não é trabalho fácil, mas deve contemplar qualquer programa de atenção à saúde mental:

[...] Acredita-se que fornecer respostas adequadas para as diferentes formas de cronicidade é uma precondição do atendimento psiquiátrico público. Deter-se por um momento na consideração desse tema é crucial para uma reordenação dos serviços, tanto em sua conceituação quanto nas formas de respostas que vêm sendo dadas na atualidade (DESVIAT, 2002, p. 89).

Desviat (2002) faz importante chamada à reflexão quanto à cronicidade que se estabelece não só na relação histórica com os manicômios, a institucionalização do doente, mas também das consequências da forma de atendimento no prognóstico e seu quadro clínico. Isto significa que a cronicidade está envolta com a marginalização do doente e pode permanecer nas novas instituições.

Trata-se de “novas instituições” que não aboliram a cronicidade, mas apenas as formas de sedimentação asilar, que, entretanto, também produzem suas formas de cronicidade, a das chamadas estruturas alternativas, intermediárias ou comunitárias. [...] Torna-se cada vez mais evidente a cronicidade dos hospitais-dia, dos centros de reabilitação e até a cronicidade da crise, os *chronic crisis patients* - a cronicidade “crítica” da demanda aguda nos serviços de emergência (DESVIAT, 2002, p. 92).

O alerta do autor é pertinente quando se fala em assistência integral e reabilitação psicossocial. Não havendo crédito nesta possibilidade na comunidade, todo o processo de

mudança de olhar para o sofrimento psíquico continua estagnado. Saraceno (1996) comenta a reabilitação como possibilidade de reconstrução e exercício da cidadania, favorecendo a extinção da cronicidade. O autor relata a importância da política de saúde mental, apresentando variáveis micro e macro:

[...] O micro está no nível da afetividade, da continuidade, é o real vínculo paciente-profissional, ou seja, o gasto do tempo, energia, afetividade, etc. que se tem nesta relação. Por outro lado, há o macro, isto é, a maneira como o serviço está organizado, se está aberto 24 hs ou 12 hs, e está aberto à comunidade, se ele tem a aprovação de seus usuários, se satisfaz minimamente às pessoas que atende e, também aos profissionais que nele se inserem, se ele se utiliza de recursos vindos da comunidade, ou somente recursos institucionais [...] (SARACENO, 1996, p. 17).

Procura-se abordar mais sobre o assunto reabilitação psicossocial ao falar do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, estando de acordo com a fala de Saraceno, acreditando na reabilitação como estratégia a ser implementada politicamente, mas, acima de tudo, construída por profissionais que acreditam em mudança efetiva na psiquiatria.

3.2 Reforma Psiquiátrica no Brasil

O processo pela Reforma Psiquiátrica brasileira, partindo da segunda metade da década de 1970 teve, segundo Tenório (2002), como marca e finalidade resgatar a cidadania do louco, proposta apresentada por Pedro Gabriel Delgado, representando uma resposta às manifestações ocorridas no país. Foram movimentos sociais de oposição à ditadura militar, que, segundo Amarante (2001), permitiram as manifestações no setor saúde e a participação política dos cidadãos. A partir daí seguiram propostas políticas de transformação no modelo clássico e do paradigma psiquiátrico.

O processo de industrialização dos anos 1970, com a expansão da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares, envolta pelo cenário do golpe militar brasileiro, ocasionou o investimento no aumento de leitos hospitalares psiquiátricos e na ampliação da rede privada, portanto, não do processo de desospitalização, como em outros países. O período seguinte ao golpe representou marco na assistência psiquiátrica brasileira, embora sob regime privado e com uma rede ambulatorial precária. Os hospitais públicos

psiquiátricos nesta época permaneciam estáveis, com uma superpopulação; entre 1965 e 1970 passaram de 14.000 para 30.000 internos (RESENDE apud TUNDIS e COSTA, 2000).

Este período (década de 1970) foi caracterizado por Tenório (2002) como luta pela ampla redemocratização no país após a ditadura militar, trazendo os modelos de comunidade terapêutica e o movimento da psiquiatria preventiva e comunitária, estabelecendo as idéias de saúde mental e não mais doença mental. Em relação à comunidade terapêutica, a tentativa de construir um espaço institucional que oportunizasse a relação social livre e ponderada dos sofredores psíquicos apresentou um aspecto negativo, o de não promover a ruptura com os asilos, mantendo o modelo tradicional. Nesta tentativa era utilizada a psicanálise, sendo o médico responsável pela interpretação (diagnóstico) na instituição, porém, mantinha o modelo hegemônico e conservador asilar.

A psiquiatria comunitária foi introduzida como alternativa para o asilo, através do programa de intervenção comunitária, um modelo preventivista, procurando detectar precocemente situações críticas e solucioná-las antes da internação. Esta intenção preventivista também apontou para aspectos negativos, que era a perspectiva de psiquiatrização e normalização social. A criação da rede de atenção comunitária tornou-se onerosa aos cofres públicos e segundo Tenório (2002) é preciso cuidar para que a ação comunitária não leve à psiquiatrização e normalização do social, é preciso fazer da rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença e não da normalização do social.

Tenório (2002) comenta que a psiquiatria comunitária e preventiva em dias atuais passou a ser chamada de atenção psicossocial e território (TENÓRIO, 2002).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica iniciado no país a partir da década de 1970 é citado também por Machado (2005), relatando que o início se deu com profissionais da área de saúde mental e a seguir foi incorporando as famílias dos pacientes e os pacientes. Suas ações tornaram-se visíveis a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental e II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (1987), ganhando maior impulso com avanços da Reforma Sanitária (Constituição de 1988) e, mais adiante, no advento do Sistema Único de Saúde (SUS), com a lei 8.080 de 1990.

Em 1988, a Organização Pan Americana aprovava:

[...] promover a transformação de sistemas de saúde dos países da região, projetando uma estratégia de descentralização e democratização, por meio dos sistemas locais de saúde e do desenvolvimento da atenção primária à saúde, como forma de utilizar com mais eficiência os recursos limitados do setor (DESVIAT, 2002, p. 141).

A trajetória da Reforma no Brasil, para Amarante (2001), teve início entre os anos 1978 e 1980, formulando-se políticas de saúde mental no país. Também destaca o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM) e outras entidades que constituíram história no Brasil: a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), a indústria farmacêutica e as universidades. Além disso, o Estado teve destaque de participação com seus órgãos, como o Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social.

O mesmo autor comenta que a crise instalada na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) no Rio de Janeiro foi considerada o início do movimento da Reforma Psiquiátrica. Esta Divisão era um órgão do Ministério da Saúde, que formulava políticas de saúde mental e era composta por quatro unidades no Rio de Janeiro: Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Em 1978, estes locais entraram em greve e a seguir seus 250 estagiários e funcionários foram demitidos. Eles denunciaram condições precárias das instituições, bem como situações de violência e ameaças sofridas por pacientes e funcionários, tornando pública a trágica situação das instituições de saúde mental. Importante lembrar que estas instituições da DINSAM foram palco de tortura e desaparecimento de presos políticos na época da ditadura e depois serviram para enclausurar a loucura.

A situação dos hospícios era vista e apresentada à opinião pública por imagens de precariedade, descuido, abandono e, principalmente, de periculosidade dos internos. Para a sociedade a loucura não tinha cura e as práticas adotadas representavam a sua segurança, afastando, isolando e segregando os que eram considerados perigosos nos espaços urbanos. Abandonar esta idéia não seria tão fácil e nem tão rápido, afinal, nem mesmo as famílias estavam preparadas para receber seus familiares doentes de volta para casa e cuidar deles diariamente. Isso justifica argumentos contra a reforma, que propõe a extinção dos manicômios e o tratamento na comunidade (AMARANTE, 2001).

O fato ocorrido no Rio de Janeiro provocou movimento e denúncia de outros profissionais de outras instituições, que repercutiu na imprensa por oito meses, e assim nascia o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, com o objetivo de elaborar e encaminhar propostas de mudança na assistência psiquiátrica. Dessa forma, o movimento reivindicava por melhorias desde a condição trabalhista das instituições de saúde mental, passando por melhores condições de assistência à população e chegando à humanização dos serviços (AMARANTE, 2001).

Interpretando os fatos e situação histórica brasileira, acreditamos na possibilidade de a liberdade de expressão pós-ditadura ter refletido também nos movimentos e críticas à loucura, encorajando as pessoas a se manifestarem e organizarem grupos na busca de melhores condições de vida, de saúde e assim também no processo da Reforma Psiquiátrica.

O MTSM, segundo Amarante (2001), procurou organizar encontros para manter a mobilização e evitar o desaparecimento da mídia. O I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em outubro de 1978 em Camboriú-SC, reuniu movimentos progressistas do país e acabou mudando o objetivo do Congresso, que era um encontro científico de psiquiatras, para militância desse movimento, e serviu também como avalista do projeto político do movimento. Uma crítica importante registrada pelo movimento foi quanto ao sistema de saúde existente, assim descrita por Amarante:

Nota-se nestes primeiros documentos, o tom crítico, que vai da denúncia da psiquiatrização às reivindicações por melhorias técnicas. Enfim, os principais aspectos dizem respeito à política privatizante da saúde e às distorções à assistência daí advindas, tendo, conseqüentemente, a dicotomia entre uma psiquiatria para o rico *versus* uma psiquiatria para o pobre. Neste movimento dual, o que se percebe é a realização da abordagem psiquiátrica como prática de controle e reprodução das desigualdades sociais (AMARANTE, 2001, p. 54).

Franco Basaglia e outros representantes da rede alternativa de psiquiatria estrangeira vieram ao Brasil nesse mesmo ano (1978) para um Congresso no Rio de Janeiro. Ele criticou o caráter elitista do evento e da psicanálise e sua participação em outros eventos acabou auxiliando no pensamento crítico do MTSM. No ano seguinte, em 1979, outro Congresso, o primeiro realizado pelo movimento nacional, trouxe à tona o tema saúde mental e o sistema assistencial vigente, criticando o modelo asilar dos hospitais psiquiátricos. Reivindicou democracia plena e organização mais justa da sociedade, fortalecimento dos sindicatos e associações de representação social (AMARANTE, 2001).

À medida que aconteciam estes encontros ou congressos na área de saúde mental, o MTSM, acompanhado da participação popular, fortalecia suas relações e debates, assumindo uma trajetória de liderança no que tange à luta por reformas na psiquiatria, tendo como um dos objetivos a não-institucionalização do movimento e da assistência de saúde mental. Os participantes deste movimento eram profissionais de todas as categorias e simpatizantes não técnicos da saúde, o que permitia a participação popular, podendo atuar

dentro de várias instituições, organizações políticas, sindicatos, associações e conselhos (AMARANTE, 2001).

Em relação ao aparecimento de associações de usuários e familiares no Brasil, conforme Amarante (2001), existem registros de criação destas em Barbacena em 1980 e outra conhecida até nos dias atuais, chamada Sosintra, criada no Rio de Janeiro, tendo em vista a necessidade de familiares buscarem melhor forma de auxiliar no tratamento e aprenderem a lidar com o paciente. A partir da sua criação, a Sosintra participou de debates e apoiou a criação de várias outras associações, bem como de todo o processo da Reforma Psiquiátrica.

A década de 1980 foi chamada trajetória sanitária, e ocorreu junto a este movimento o da Reforma Psiquiátrica, segundo Amarante (2001), incorporando-o ao aparelho do Estado. Mas a tradição sanitária preocupava-se mais com números do que com pessoas, como controles epidemiológicos e padrões de atendimento diferentes das idéias da reforma psiquiátrica, caminhando para a institucionalização da saúde.

Amarante (2000), analisando o movimento pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica, apresenta três formulações relacionadas à desinstitucionalização: como desospitalização, como desassistência e desconstrução. Cada formulação é atribuída ao processo como forma de mudança, alertando para, acima de tudo, provocar mudança no tratamento destinado ao sofredor psíquico.

O movimento sanitário surgiu, segundo Tenório (2002), a partir da crítica ao modelo de assistência pública de saúde e o caráter privatista da política de saúde do país. Os recursos públicos desde a década de 70 financiavam os serviços psiquiátricos em nível ambulatorial e hospitalar, na época pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), atual Sistema Único de Saúde (SUS). O problema é que a maioria dos serviços psiquiátricos era privatizada e sustentada pelo governo; nas chamadas clínicas privadas se destinavam 81,96% dos recursos à assistência hospitalar e somente 4% para a assistência ambulatorial. Depois de anos, surgiu a proposta de política de saúde mental da Nova República em 1985, para mudar este quadro de segregação do sofredor psíquico.

Ainda na década de 1980, o mecanismo de gerenciamento de saúde passa por uma modalidade de convênio, a co-gestão entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o da Saúde, promovendo algumas alterações no modelo de assistência dos hospitais, como cita Amarante (2001, p. 59): “A implantação da co-gestão estabelece a construção de um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos, mais descentralizado e dinâmico, em face a um modelo de assistência profundamente debilitado e viciado em seu caráter e em sua prática

privatizante”. Foi um recurso utilizado para agilizar a assistência e recursos financeiros, transformando os hospitais em pólos de emergência, centros de referência em saúde mental. O autor cita importantes acontecimentos referentes à proposta de mudança em saúde mental ocorridos no país, como incentivo de cursos de especialização e capacitação profissional, como processo de transformação de hábitos, culturas e tecnologias, pela introdução de uma nova ética.

Com a crise financeira da Previdência Social, foi criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) em 1983, composto por representantes governamentais, patronais, universitários, médicos e trabalhadores. Este plano propôs um estreitamento da articulação entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social, o da Saúde e da Educação, e também com as secretarias estaduais de saúde. Um fato a ser destacado em 1985 é que grande parte dos programas estaduais e municipais de saúde mental e unidades hospitalares públicas tinham em seu comando ou direção ativistas do MTSM. Nos anos seguintes, foram promovidos conferências e encontros nacionais de saúde mental, com a participação de representantes de vários estados brasileiros, discutindo resultados alcançados a partir de propostas políticas de saúde mental e a Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2001).

Seguindo a trajetória da Reforma Psiquiátrica, nos anos 80, com a noção de desinstitucionalização, segundo Amarante (2001), destaca-se, entre outros acontecimentos, a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, a Associação Loucos pela Vida (no Juqueri) e o projeto de lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado, que regulamenta direitos do sofredor psíquico em relação ao tratamento. Estes acontecimentos caracterizaram um período de ruptura no processo da reforma psiquiátrica.

A lei de Paulo Delgado, explica Tenório (2002), produziu efeitos no movimento pela Reforma, mesmo antes de ser aprovada, tendo estimulado a criação de várias portarias no país com objetivos semelhantes; assim, foi considerada uma lei progressista. Sua proposta continha basicamente três artigos significativos: impedir a construção de novos hospícios públicos, direcionar recursos públicos para serviços de atendimento não manicomial e que as internações compulsórias deveriam ser comunicadas ao Judiciário.

Concorda-se com o autor no sentido de que as idéias de Paulo Delgado regaram o movimento nacional pela Reforma durante os 12 anos antes de ser reformulada e aprovada em 2001 (ANEXO 1). Seria um contrassenso levar a assistência psiquiátrica novamente ao

modelo asilar tão criticado historicamente, embora ainda, para muitos, esta seja a tendência prática, o que é sedimentado pelo olhar excludente.

A criação do CAPS e NAPS em 1987 teve influência significativa na criação e transformação de outros serviços no país, tendo entre seus objetivos o atendimento comunitário, servindo de filtro entre hospital e comunidade. E em relação à indústria farmacêutica, não houve manifesto durante as propostas da Reforma Psiquiátrica, porém, alerta Amarante (2001, p. 117):

Na verdade, organiza [indústria farmacêutica] uma verdadeira guerra de trincheiras, assediando não apenas os médicos, mas também os profissionais intermediários (agentes da prescrição informal), além de, diretamente, toda a população, no sentido de estimular a automedicação. E, somente quando os órgãos públicos passam a normatizar a comercialização dos medicamentos, é que demonstra claramente seus interesses por intermédio de seu órgão de classe mais forte, a Associação Brasileira de Indústria Farmacêutica (ABIFARMA).

Amarante (2001) comenta o aumento na prescrição de medicamentos psicotrópicos, com o aumento da cobertura populacional, oferecido por planos nacionais de saúde, sem, no entanto, observar a assistência à saúde, o que caracterizou tema polêmico na área de saúde mental. Apesar do avanço na indústria farmacêutica, Amarante cita que existem abusos no sentido de aumentar o consumo com novas apresentações e até mesmo a produção de novas doenças necessitando de medicamentos, como exemplo da depressão mascarada, doença do pânico e fobia social. A indústria farmacêutica, segundo o autor, tem como apoio a Associação Brasileira de Psiquiatria, que divulga a medicação como recurso fundamental no tratamento das doenças mentais.

Seguindo o movimento pela Reforma Psiquiátrica, com a Conferência de Saúde de Caracas em 1990, foi aprovado um projeto de reforma para a América Latina e Caribe. Nos dois anos seguintes, em vários países da América Latina houve mobilização e modificação de estruturas organizacionais no esforço de colaborar com os princípios da reforma.

A situação dos manicômios no Brasil em 1991, segundo Desviat (2002, p. 144), citando dados do Ministério da Saúde, era a seguinte:

[...] havia no Brasil, 86 mil leitos em 313 hospitais psiquiátricos, com um período de internação médio em torno de 100 dias. Muitos pacientes permaneciam internados por longos períodos – mais de dois anos - e mais de 30 mil pessoas haviam perdido completamente seus vínculos sociais: nunca saíram dos manicômios [...].

A II Conferência Nacional de Saúde (1992) marcou o início da participação democrática da atenção psiquiátrica brasileira. Final de um longo processo, onde se reuniram vários grupos de líderes de todo país, unidos por uma vontade de reforma e desinstitucionalização, entre eles o movimento da Luta Antimanicomial, que possui um dia comemorativo em nível nacional em 18 de maio. A reunião foi em Brasília, reunindo 1.200 pessoas, entre políticos, usuários, profissionais e 500 delegados eleitos em conferências anteriores para representar diversos estados e elaborar estratégias de implantação dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Quanto ao movimento da Luta Antimanicomial, segundo Tenório (2002, p. 35):

[...] trata-se de chamar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e com a loucura. A participação dos agora chamados “usuários” dos serviços de saúde mental (em lugar de “pacientes”) e de seus familiares nas discussões, encontros e conferências passa a ser uma característica marcante do processo.

Tenório (2002) comenta que o balanço da década de 1990 foi positivo. Apesar do principal recurso de assistência ainda ser o manicômio, foi construída uma nova hegemonia, caracterizada pela mudança do olhar sobre a loucura, agora não tão marcado por estigmas do preconceito e medo. Como exemplo, o autor cita que no carnaval de 1998 duas escolas de samba cariocas abordaram este tema no seu desfile.

A portaria ministerial 224 de 1992 modificou o sistema de pagamento dos hospitais e financiou a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços alternativos. Esta portaria foi implementada em 1993 e estabeleceu alguns critérios para os hospitais psiquiátricos:

[...] Foram proibidas as celas de isolamento e a violação da correspondência, garantindo-se o direito dos pacientes de receber visitas dos familiares. Adotou-se a obrigatoriedade de os hospitais terem médicos de plantão nas 24 horas do dia e de existirem, nos centros, equipes multidisciplinares mínimas (psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social e auxiliar de Enfermagem) [...] (DESVIAT, 2002, p. 147).

Um novo encontro foi realizado em 1993 no Rio de Janeiro, agora com diretores de programas nacionais de saúde mental dos países sulamericanos e consultores

internacionais, para discutir suas experiências e propostas de ampliação na cobertura de atenção à saúde (DESVIAT, 2002).

Com o movimento pela Reforma, surgiram no Brasil vários temas de debates, como: “Cuidar sim, excluir não!”, “manicômio nunca mais”, “o Ministério da Saúde adverte: Hospício faz mal à saúde”, entre outros, constituindo a idéia de mudança no tratamento existente e servindo de alerta social. A Organização Mundial de Saúde estabeleceu, segundo Machado (2005), a data de 10 de outubro como Dia Mundial de Saúde Mental. A autora comenta sobre a necessidade da sociedade exigir ética política e a proposta de repensar o Sistema Único de Saúde (SUS) no rumo político brasileiro, debatendo políticas públicas voltadas para os sofredores psíquicos. Faz questionamentos sobre a forma de lidar com estes pacientes em relação ao passado, se houve real mudança e se a legislação está favorecendo para tal.

Para que todos respeitassem e seguissem alguns critérios estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica, hospitais recebiam prêmios ou eram mais bem remunerados como estímulo, ao contrário dos que não cumpriam as regras. Em 1993 foram reduzidos 4.000 leitos de hospitais psiquiátricos e fechados nove manicômios particulares, devido às péssimas condições locais. Nesta mesma época abriram-se 2.000 leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Ainda em 1993 foi criado o Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH), com objetivo de realizar avaliação, controle e fiscalização dos serviços e profissionais destes locais. Este grupo era formado por profissionais escolhidos entre associações científicas (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos) e por usuários e familiares, tendo o poder de descredenciar instituições que não cumprissem normas estabelecidas pela legislação de saúde mental, bem como determinavam o nível de remuneração (verba governamental destinada à instituição) compatível com a assistência oferecida no local (DESVIAT, 2002).

Na década de 1990, como afirma Tenório (2002), no Brasil houve expansão dos serviços extra hospitalares, destacando que em 1996 havia 106 serviços de atenção diária, também menciona aspectos importantes como o incentivo para a diminuição do tempo de permanência na internação e a participação social. A partir desta época, foi realizada fiscalização ou monitoramento das guias de internação no Rio de Janeiro. Esta experiência permitia o controle e redução de internações abusivas devido ao setor de assistência privada ser beneficiado com os recursos públicos. No sistema anterior aconteciam reinternações frequentes, pelo fato dos pacientes não realizarem acompanhamento após a alta e também,

durante a internação, não receberem nenhuma outra forma de assistência além da consulta psiquiátrica.

No ano 2000 foram sancionadas mais duas portarias federais, a 106 e a 1220, juntando-se a outras que normatizavam a existência dos CAPS e NAPS. Além destes serviços, surgiram as residências terapêuticas (portaria 106), destinadas aos egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e sem suporte social e laços familiares. Caracterizam moradia assistida, pública, fora do ambiente hospitalar, que seja adequada tanto no aspecto físico, arquitetônico e mobiliário para a reabilitação psicossocial (TENÓRIO, 2002).

Finalmente, em 2001, a lei de Paulo Delgado é reformulada e aprovada pelo Congresso Nacional (lei 10.216), estabelecendo “uma diretriz não asilar para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no país” (TENÓRIO, 2002, p. 53).

O atual Programa *De Volta para Casa* do Ministério da Saúde atendeu até 2007 cerca de 2519 pessoas. Trata-se de um programa de incentivo à inserção social, com apoio financeiro governamental, devolvendo pacientes que estão há muitos anos em instituições psiquiátricas, até crônicos, mas com possibilidade de serem assistidos por suas famílias na sociedade. As maiores barreiras são a falta de documentação e a demora para providenciá-los, já que muitos pacientes não possuem nenhum documento.

Em 1987 foi criado o 1º CAPS no Brasil e em 2006 havia 689 CAPS. Entre 2003 e 2005 passaram de um total de 500 para 689, correspondendo a maior cobertura assistencial no país. O ministério vem construindo diretrizes e políticas de expansão destes e outros serviços substitutivos.

3.3 Reforma Psiquiátrica em Santa Catarina

Sobre a trajetória da Reforma Psiquiátrica em Santa Catarina foram encontradas poucas referências, talvez pelo fato dos acontecimentos serem relatados de forma mais abrangente em extensão nacional. Segundo Teixeira (1993), em Santa Catarina as primeiras referências de instituições de saúde mental foram o asilo de Azambuja em Brusque, dirigido por freiras desde 1910, e o Hospício do Dr. Schneider em Joinville. A Colônia Santana foi inaugurada em 1941 no município de São José e recebeu, segundo o autor, pacientes provenientes das instituições de Azambuja e Joinville. Desde a década de 1930 estes locais

eram considerados soberanos para atender os doentes mentais, denominados “psicopatas”. Com a construção e implantação destes locais de assistência surgiram os primeiros psiquiatras no Estado.

Da inauguração da Colônia Santana em 1941 Costa (2005) relata que havia 300 leitos e ao final dos anos 80 chegou a ter 1500 pacientes, caracterizando uma superlotação. A autora cita que até a década de 1930 prevalecia a concepção e tratamento centralizado nos manicômios e os psiquiatras tinham poder de decisão sobre assuntos pertinentes, como a escolha do local para construir a Colônia. Seguindo esta trajetória, na década de 50 com o aparecimento de psicofármacos reforçou a medicalização da instituição.

Segundo Costa (2005), na década de 1990 Santa Catarina levou adiante o processo de diminuição gradativa dos leitos proposto no país, na Colônia Santana, no município de São José. Em 1996 a colônia passou a ser denominada Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPQ).

Atualmente, a colônia possui 160 leitos para atendimento de pacientes agudos e 320 para os crônicos. Sua média de internações mensais é 200 e de permanência é de 21 dias nos casos agudos; já para os crônicos o sistema correspondente é asilar, considerado uma herança histórica. É o único hospital psiquiátrico em Santa Catarina mantido pela Secretaria do Estado da Saúde, conveniado com o Ministério da Saúde (COSTA, 2005). Segundo dados da Secretaria do Estado da Saúde (2006), atualmente o IPQ procura oferecer atendimento especializado, humanizado e socializante, buscando integração com a comunidade e enfatizando a autogestão e independência dos seus internos. Além disso, tem sido campo de estágio e pesquisa de instituições de ensino superior.

Na Atualidade a região sul possui uma boa cobertura de serviços extra-hospitalares, no entanto, estados como Pará, Amapá, Amazonas e outros do norte do país não possuem cobertura mínima. Apesar disso, há grande tradição hospitalar e alta concentração de leitos de psiquiatria (SANTA CATARINA, 2006).

Quanto à política de saúde mental para infância e adolescência, observa-se uma lentidão. Em Santa Catarina temos atualmente 57 CAPS e 5 CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial Infantil).

No estado de Santa Catarina, o relatório da Divisão de Políticas de Saúde Mental-Gestão 2005 aborda as ações de saúde mental no Estado, cujos resultados devem ser monitorados e analisados constantemente, tendo como suporte o SUS. É função da Coordenação Estadual de Saúde Mental visar à concretização e direção das ações segundo as diretrizes de planos governamentais, conforme as necessidades de cada estado.

Para os anos de 2005 e 2006, conforme Santa Catarina (2006), as diretrizes do plano Estadual de Saúde Mental foram:

- 1 – Gerenciamento da Política Estadual de Saúde Mental;
- 2 – Redirecionamento da rede de atenção integral em saúde mental;
- 3 – Formação e qualificação de recursos humanos em saúde mental;
- 4 – Implementação de mecanismos de supervisão, monitoramento e avaliação;
- 5 – Potencialização da atenção integral à saúde mental para crianças e adolescentes;
- 6 – Atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas;
- 7 – Sistema de informação e comunicação;
- 8 – Assistência Farmacêutica na área da Saúde Mental.

A Divisão de Políticas de Saúde Mental é composta por uma equipe de profissionais, responsáveis pela divulgação de ações de saúde mental, capacitação de profissionais e assessoria, supervisão, avaliação, visitas à rede de saúde mental existente no Estado. Segundo este mesmo relatório, em Santa Catarina, até o mês de maio de 2006 havia 49 CAPS cadastrados, o que representa uma boa cobertura pelos parâmetros do Ministério da Saúde.

Entre os serviços substitutivos propostos pela reforma Psiquiátrica estão, além do CAPS, a criação de Pensão Protegida, Lar Abrigado, Hospital Dia, Hospital Noite, Oficinas de renda, leitos em Hospital Geral e outros. Dentre estes, destaca-se a existência recente de 12 leitos hospitalares psiquiátricos no Hospital Geral de Laguna (10 pelo SUS e 02 particulares), inaugurados em 2007 (dados informados por profissionais da instituição), sendo destaque para a região sul do Estado.

Em Criciúma, acompanhando o movimento da Reforma Psiquiátrica, há atualmente um CAPS II (assistência a uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes) e um CAPS ad (álcool e drogas), além do programa municipal de saúde mental, que atende a população e profissionais de unidades de saúde. Existe também o Hospital Psiquiátrico, a Casa de Saúde Rio Maina, fundado em 1968 com 16 leitos pelo SUS, sendo ampliado posteriormente até atingir a média de 200 leitos. Atualmente, esta instituição vem passando por um momento de crise financeira e também acompanhando o processo de redução de leitos estabelecido pela Reforma. Possui capacidade para internação de 175 leitos pelo SUS e 12 leitos para particulares e convênios.

A distância entre o começo do movimento pela reforma psiquiátrica e a atualidade tem mostrado, através dos avanços apresentados no Brasil, que a proposta vem sendo inserida nos estados e localidades, assinalando aspectos positivos no atendimento ao sofridor

psíquico. Apesar disso, ainda estamos muito frágeis, a mudança vem sendo inserida na sociedade através de criação de programas e serviços ambulatoriais, debates, diminuição gradativa de leitos em hospitais psiquiátricos, mas há muito que mudar na concepção de loucura da população e de muitos profissionais da área da saúde, que mantêm o olhar estigmatizado, excludente e que impõem ainda a relação de dominação e superioridade. De acordo com Alverga e Dimenstein (2006), é preciso estar atento à postura profissional nos espaços substitutivos, para que não se destitua a proposta da Reforma.

O uso de modelos fixados a duras identidades alheias ao cotidiano poderá fomentar, até mesmo nos profissionais empenhados na consolidação da reforma psiquiátrica, equívocos políticos que poderão traduzir a luta contra a lógica manicomial em um superficial deslocamento de território, isto é, uma transposição do manicômio para outros espaços destituídos de muros e de exclusão (ALVERGA, DIMENSTEIN, 2006, p. 2).

A preocupação em relação à repercussão desta lógica é entendida também como forma de avaliação do processo de mudança, necessário após tantos cenários e experiências registradas e apontadas nacional e internacionalmente. Considera-se que esta luta acontece diariamente em prol do reconhecimento dos direitos de todos os cidadãos e que deve ser guiada por profissionais da saúde comprometidos com esta causa e que saibam ser multiplicadores e mobilizadores sociais, reafirmando os ideais da Reforma. Dentre estes profissionais destacamos o enfermeiro, como parte integrante do processo e que, nesta perspectiva, é muito importante avaliar sua formação acadêmica no sentido de esta promover a desmitificação da loucura. A seguir aborda-se a Enfermagem Psiquiátrica, apontando a prática do enfermeiro e ensino de saúde mental em resgate histórico. E aproximando ao objeto de estudo, apresenta-se a experiência do curso de graduação de Enfermagem da UNESC.

4 ENFERMAGEM E SAÚDE MENTAL

Para compreender o ensino de Enfermagem e, mais especificamente, a Enfermagem psiquiátrica ou da saúde mental num contexto histórico relata-se neste capítulo o percurso da Enfermagem, apresentando aspectos relevantes de sua prática profissional sem, contudo, aprofundar dados, por não constituírem objeto deste estudo. A apresentação da história procura focalizar influências de fatores inerentes em determinadas épocas na prática de saúde e a direção desta em relação ao profissional enfermeiro. A participação deste na saúde mental acompanha esta trajetória e será enfocada conforme sequência de abordagem histórica. E por fim contextualiza-se o ensino de saúde mental no curso de Enfermagem da UNESC.

4.1 Um pouco da História

As práticas de saúde no mundo seguiram as mudanças socioeconômicas e políticas de cada época, buscando a manutenção da sobrevivência do homem e utilizando os conhecimentos e crenças específicas de cada população. Assim, as práticas foram desde as mais primitivas, instintivas, até o avanço da medicina e a chegada da Enfermagem moderna no século XIX.

Na Europa, entre os séculos V e XIII, por exemplo, aparece a Enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos, assumindo características da prática religiosa que deram à Enfermagem não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio. No século XVI, com os movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante, mesmo considerando o progresso social e intelectual e a criação de universidades, estes fatores não constituíram crescimento para a Enfermagem, que permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo. O hospital nesta época era um depósito de doentes e a prática de Enfermagem era vista como trabalho doméstico, permanecendo assim por muito tempo, até que durante a revolução capitalista (século XVIII e XIX) algumas iniciativas religiosas e sociais tentaram melhorar as condições do pessoal que servia nos hospitais (COREN, 200-?).

Rodrigues (2001) comenta as profundas marcas históricas que se perpetuam nos valores e concepções e condutas de muitos enfermeiros na atualidade, no que concerne ao

aspecto religioso, adotando a bondade e a caridade enquanto profissão e também a ideia de vocação. A sociedade capitalista burguesa atribuiu significados às profissões. Quanto à Enfermagem, vinculou-a à arte ou vocação, possibilitando a formação ou treinamento de pessoas leigas para esta prática. Isso, na opinião da autora, interfere na motivação profissional com ideais de doação do enfermeiro entrando em conflito com o mercado de trabalho capitalista.

A aproximação destes valores atribuídos pela sociedade capitalista alerta para a possível submissão do enfermeiro diante do profissional médico e seu distanciamento do sofredor psíquico, não exercendo o seu papel de cuidador com princípios da comunicação e relacionamento terapêutico. Esta tendência reafirma o poder médico e a dificuldade de estabelecer o trabalho interdisciplinar nas instituições de saúde mental. Observa-se na prática muitas vezes a dificuldade de profissionais da saúde realizarem a assistência e desenvolverem atividades que atendam às necessidades do sofredor psíquico.

A prática do cuidado está intimamente ligada à Enfermagem e seu significado tem sido alvo de estudos, principalmente favoráveis aos aspectos humanitários. Segundo Waldow (2007), cuidar vai além da ação, ou melhor, o antecede e constitui a essência do ser. E na Enfermagem este conceito tem sido compreendido com dificuldade, podendo estar relacionado a aspectos históricos inerentes à profissão.

Essas dificuldades parecem ser oriundas de uma tradição, como atividade vista de forma subalterna, complementar e sem bases de conhecimento próprio. Sofre influência marcante do modelo biomédico e de paradigmas que se orientam quase exclusivamente por um agir técnico científico, estruturado, regulado, linear e construído dentro de uma racionalidade objetiva, predizível e disciplinadora (WALDOW, 2007, p. 86-87).

Para promover o cuidado, a autora relata ser necessário antes compreender sua essência e se aproximar da realidade, buscando resgatar o humano dos profissionais. É preciso que as ações sejam menos formais, ocorra maior aproximação entre profissionais e pacientes e que estes busquem a harmonia e ambientes de cuidado. Assim, o cuidar atual na Enfermagem corresponde a “[...] comportamentos e atitudes demonstradas nas ações que lhe são pertinentes e asseguradas por lei e desenvolvidas com competência no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer” (WALDOW, 2007, p. 87).

O cuidado proposto pela Reforma Psiquiátrica busca o respeito e valorização do sofredor psíquico como indivíduo, com todas as suas especificidades. Propõe ainda garantir espaço de convivência social através da aproximação do cuidado realizado extra-hospitalar, quando o indivíduo participa das atividades sociais e do seu tratamento ou recuperação. Trata-se de romper com os muros existentes na história da loucura, promover a quebra das relações de poder, permitindo ao paciente fazer escolhas, sendo co-participante do seu tratamento, bem como o direito de ter suas preferências quanto aos relacionamentos e escolha de profissional.

Ao lidar com o sofrimento psíquico, como já foi comentado anteriormente, o que é foco deste trabalho, existem mitos que provocam o afastamento das pessoas (aqui incluindo discentes, docentes e sociedade), motivado pelo preconceito e pelo próprio medo do contato direto, de não saber lidar, é algo visto como ameaçador. Em qualquer espaço a resposta para romper estes mitos é a partir da construção ou transformação do olhar para a loucura. A concepção que o sujeito possui sobre a doença e doente mental repercute na aproximação ou distanciamento do sofredor psíquico. Então, conhecer concepções e pré-concepções destes sujeitos permite avaliar o processo discriminatório da loucura e as possibilidades de avanço no sentido da sua desmitificação. Vale destacar que este processo deve ocorrer em todos os espaços, não só na academia, embora neste estudo a preocupação seja com o ensino de Enfermagem, e os sujeitos envolvidos na educação representam papel importante na construção do olhar para o sofrimento psíquico e suas representações junto aos discentes. Mudanças não ocorrem facilmente, ao se tratar de conceitos, pensamentos, principalmente no campo da saúde mental é preciso envolver o conhecimento científico, vivências e o movimento histórico da loucura para despertar a reflexão e análise do tema. Dessa forma, a presente pesquisa inclui dados históricos da trajetória da Enfermagem e mais especificamente do profissional enfermeiro. Retoma-se então, esta história.

Segundo o Conselho Regional de Enfermagem (COREN, 200-?) do Rio de Janeiro destaca-se o início da Enfermagem moderna na Inglaterra no século XIX, com o avanço da medicina favorecendo a reorganização dos hospitais. A situação favorecia as pessoas com maior poder aquisitivo, que podiam pagar por serviços médicos, mantendo a posição destes na sociedade como detentores do saber e responsáveis pela ordem social. Nesta época, o cuidado de Enfermagem era realizado por leigos e não como prática profissional, o que vem a ser iniciado como processo a partir das contribuições de Florence Nightingale no século XIX.

O termo *nightingaliano* é oriundo da experiência de Florence Nightingale. Importante ainda dizer que Florence fundou o *Corpo de Enfermeiras Laicas*¹⁷ e revolucionou o termo “nurse” (enfermeira), contribuindo significativamente no final do século XIX e início do XX para a Enfermagem moderna. Porém, na época, o termo “nurse” significava mulher vulgar, velha, ignorante, suja, bêbada, não era profissão para pessoas consideradas direitas. (MIRANDA, 1994).

Já Saupe (1998) aborda as contribuições de Silva¹⁸ (1986) em relação à origem do termo *Enfermagem*. Em português significa agente que cuida dos enfermos (aqueles que não estão *firmes*), como crianças, velhos e doentes. Em inglês, o termo origina-se do verbo *to nurse*, que significa nutrir.

Há uma grande diferença de conceitos entre as épocas, provavelmente estabelecidos pelas crenças de cada período e mitos atribuídos ao cuidado de pobres e doentes. O entendimento destas crenças permite estabelecer a idéia de relação da prática do cuidado em que utilizavam-se procedimentos como hipnotismo e interpretação de sonhos (Egito), uso de talismãs contra demônios (Babilônia), banhos, sangrias e purgativos (Grécia) (COREN, 200-?).

O uso de termo “vulgar” para as mulheres que cuidavam de outros possivelmente estava relacionado ao ser atribuído a pessoas com pouca ou nenhuma qualificação para realizá-lo, pois não era considerado atrativo para mulheres da classe social mais elevada cuidar de doentes, ainda mais quando deviam realizar a higiene pessoal deles e não havia nenhum tipo de remuneração pelo trabalho.

O grande momento de Florence foi na Inglaterra, quando foi convidada para trabalhar junto aos soldados feridos na Guerra da Criméia (uma república da Ucrânia, entre 1853-1856), tornando-se grande marco para a Enfermagem. Nascida em 12 de maio de 1820 na Itália, filha de ingleses, ficou conhecida por sua dedicação, determinação e perseverança. Seu desejo de tornar-se enfermeira a fez buscar conhecimentos em outros países da Europa e seguir em missão na Guerra (1854), onde conseguiu reduzir a taxa de mortalidade dos soldados hospitalizados de 40% para 2%. Passou a ser imortalizada como a “*Dama da Lâmpada*”, por sua dedicação aos doentes, percorrendo as enfermarias com sua lanterna na mão. Depois da Guerra passou a dedicar-se aos trabalhos intelectuais, fundando a Escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, que serviu de modelo para as demais. O modelo de

¹⁷ O termo Laicas refere-se a leigo, próprio de leigo.

¹⁸ SILVA, Graciete Borges da. *Enfermagem Profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

ensino desta escola exigia rigor na disciplina e moral, tendo duração de um ano de curso e aulas ministradas por médicos (COREN, 200-?).

Neste relato aparece o poder médico atribuído na formação do enfermeiro, determinando o que era pertinente para o enfermeiro executar, confirmando as dificuldades ou conflitos presenciados na atualidade quanto às atribuições legais de cada categoria profissional. Fatos também confirmados por Miranda (1994) quanto à submissão dos enfermeiros à categoria médica em muitos locais de trabalho. Reflete ao mesmo tempo a luta e conquista pelo espaço do enfermeiro e a busca do trabalho interdisciplinar visando a um único objetivo, promover ou restabelecer a saúde do indivíduo.

Considera-se, segundo COREN (200-?), que a partir das contribuições de Florence a Enfermagem não é mais vista como uma atividade empírica, passa a se constituir enquanto prática social institucionalizada e específica.

Saupe (1998, p. 33) salienta as contribuições de Florence e até da própria Guerra para o desenvolvimento da profissão:

[...] fato histórico que possibilitou o aparecimento deste grande vulto da Enfermagem e também caracterizou a influência das guerras no processo evolutivo da profissão: as necessidades identificadas através do sistema de atendimento aos feridos e o conseqüente desenvolvimento da criatividade e improvisação, vão fazer vislumbrar, ainda tênues e imprecisos, os caminhos científicos que a profissão necessariamente teve (e/ou terá) de encontrar.

É difícil precisar a data de início do exercício da Enfermagem no Brasil, devido à falta de registros ou poucas informações sobre épocas passadas em relação ao tema. Sabemos que desde a colonização brasileira e com o aparecimento de doenças foi necessário instituir o cuidado de saúde. Conforme a época e a população existente, suas crenças, a cultura influenciou nas atividades de cuidado à saúde. Assim, segundo Geovanini et al (2002), por muito tempo a assistência aos doentes foi realizada por religiosos, em outra época por escravos e voluntários.

Em 1852, quando foi criado o primeiro hospício brasileiro no Rio de Janeiro (Pedro II) com ele também eram necessárias as práticas de cuidado de Enfermagem, embora no início, e por muitos anos, não houvesse exigência de nenhuma formação profissional para prestar estes cuidados. Destaca-se que a falta de estímulo e iniciativa para a formação profissional do enfermeiro teve sua influência por tratar-se de indivíduos isolados no

hospício, considerados socialmente desviantes, ociosos, desmerecendo ao olhar dos dirigentes o movimento em busca de alternativas para aperfeiçoar o cuidado. (GEOVANINI et al, 2002)

No relato de Geovanini et al (2002), o destaque para Enfermagem vem depois desta data, apresentando quatro períodos históricos da prática de Enfermagem no Brasil, que são baseados em Alves¹⁹ (1987): o primeiro período correspondendo a 1889 até 1930, o segundo de 1930 a 1945, o terceiro entre 1945 e 1964 e o último após esta data. No primeiro, o predomínio da sociedade era rural e a política para o setor de saúde estava voltada para o saneamento dos portos e controle de epidemias; o segundo caracteriza-se por mudanças e fortalecimento da burguesia industrial, vários hospitais escola são construídos no Brasil.

Nesse período a prática de Enfermagem possui caráter preventivo e curativo nos hospitais, porém, como um trabalho de extensão do médico. A partir de 1945 o ensino de Enfermagem cresceu, mas a influência da política religiosa mostrou conflito de idéias nos estudantes e na prática do exercício profissional como atividade de devoção, apresentando o contexto de dominação e subordinação e/ou repressão/autoritarismo (ALVES, 1987 in GEOVANINI et al, 2002).

Geovanini et al (2002) ressalta sobre o modelo de ensino de Enfermagem herdado por influência norte-americana até os anos 1970 com o rigor da disciplina e hierarquia. É possível relacionar a posição adotada pelo enfermeiro como submisso ao profissional médico e projetando sua postura de domínio sobre os estudantes, submissos a sua ordem e disciplina, mas que afasta os relacionamentos e, quando adotados em relação ao paciente, também provoca seu distanciamento e a execução do cuidado será possivelmente tecnicista.

O Hospício Pedro II acabou por ser então o precursor neste processo histórico da Enfermagem brasileira. Rocha (1994) comenta que este hospício foi criado como espaço organizado para cura dos alienados e projeto normatizador dos médicos. E a Enfermagem psiquiátrica brasileira surgindo junto a este hospício tinha por objetivo: vigiar, controlar e reprimir. A autora questiona, a partir destes termos, se a Enfermagem atual ainda está sintonizada neste papel de vigilância e disciplina, despertando para a mudança de paradigmas éticos e solidários.

Gussi (1987, apud Geovanini et al, 2002, p. 83) comenta a interação do ensino de Enfermagem no Brasil e o processo político existente, sofrendo influência direta dos conflitos existentes entre os poderes da Igreja, do Estado e da medicina: “[...] a Escola nasceu dentro de um contexto conflitante entre a Igreja e o Estado, dentro de uma Psiquiatria que estava

¹⁹ ALVES, Delvanir de B. Mercado e Condições de Trabalho da Enfermagem. Salvador: Central, 1987.

tentando se impor pela medicalização do espaço hospitalar, precisando para tal arregimentar aliados que levassem a cabo tal incumbência²⁰”.

Voltando à considerada precursora da Enfermagem, em homenagem a Florence Nightingale, o símbolo da Enfermagem mundial é uma lâmpada e a data comemorativa como Semana da Enfermagem no Brasil (12 a 20 de maio) tem relação respectivamente com o nascimento de Florence e a data da morte de outra enfermeira, considerada destaque em nosso país, que foi Anna Nery (1814-1880).

Em 1864, destaca-se a participação de Anna Nery, natural da Bahia, viúva e mãe de dois filhos que foram convocados para a Guerra do Paraguai (1864-1870). Ela decide colocar-se à disposição da Pátria e ir para os campos de batalha. Lá, improvisa hospitais e dedica seus cuidados aos feridos, sendo homenageada pelo país quando do seu retorno após cinco anos de Guerra. Destaca-se o aparecimento da primeira escola com o nome Anna Nery nesta época, porém, esta só aparece em destaque a partir de 1923, confirmando que a primeira escola de Enfermagem surgida no Brasil foi considerada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Rio de Janeiro em 1890 (COREN, 200-?). As autoras Geovanini et al (2002) reafirmam o surgimento desta primeira escola, instituindo a partir desta data o ensino de Enfermagem no país.

Entretanto, Rodrigues (2001) faz um comentário crítico em relação à origem da Enfermagem no Brasil, por estar ligada ao voluntarismo como foi o de Florence Nightingale e Ana Neri, tendo entre seus significados a abnegação, obediência e dedicação, marcando o enfermeiro como alguém disciplinado e obediente, sem crítica social, que consola e socorre vítimas da sociedade. Assim, a autora acredita que há razão dos enfermeiros enfrentarem dificuldades de ordem profissional (longas jornadas de trabalho, baixos salários, organização política frágil, pouca autonomia).

A primeira escola de Enfermagem brasileira (Escola de Enfermeiros e Enfermeiras, de 1890) atualmente é chamada de Alfredo Pinto e pertence à Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO). O ensino naquela época era baseado no modelo francês, com duração de dois anos, e o currículo era voltado para a assistência hospitalar, curativa. A escola funcionava no regime de internato e semi-internato, com carga horária de 10 horas por dia e recebia ajuda de custo do governo federal. Oficialmente foi criada na época do governo republicano, com as seguintes justificativas, segundo Geovanini et al (2002, p. 84): “a) suprir,

²⁰ GUSSI, Maria Aparecida. Institucionalização da psiquiatria e do ensino de Enfermagem no Brasil. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, São Paulo, 1987, p. 46.

no momento, a falta de mão-de-obra agravada com a saída das religiosas do hospício, e b) resolver o problema das pessoas de sexo feminino, com dificuldade de profissionalização”.

Esta escola teve influências de vários âmbitos e seu desenvolvimento permaneceu regulamentado por experiências européias, tendo em vista que as primeiras enfermeiras a prestar orientações e administrar o ensino eram francesas. O fato também da escola permanecer junto ao Hospital Nacional de Alienados, dependendo dos encaminhamentos e interesses locais, reforça a afirmação de Geovanini et al (2002, p. 86) quanto à institucionalização do ensino no Brasil:

Podemos dizer que a Enfermagem, no Brasil, teve como pano de fundo do processo de institucionalização de seu ensino as funções de preservação, manutenção e conservação da força de trabalho, constituindo-se simultaneamente, também em força de trabalho barata, mas imprescindível à implantação do projeto de controle social, que se estabelecia com a participação da psiquiatria.

A Enfermagem foi acompanhando e, de certa forma, obedecendo às necessidades da política social vigente, sua força de trabalho era determinada para suprir as deficiências existentes nas instituições de saúde. Como já foi relatado, a psiquiatria aparece em destaque com o Hospício Pedro II e, através do trabalho neste local, segundo Barros (2000), que ocorreu a primeira experiência na sistematização do ensino de Enfermagem.

Em 1939, segundo COREN (200-?), o curso da Escola Profissional Alfredo Pinto passou para três anos de duração e foi reorganizado por Maria Pamphiro, uma das pioneiras da Escola Anna Nery.

Na continuidade deste percurso histórico, Miranda (1994) relata que, com a ascensão sanitária no Brasil, advinda dos americanos, foi criado entre suas estratégias de ação o Serviço Distrital de Enfermeiras no Distrito Federal em 1922. Ainda Miranda, referindo-se a Carvalho (1972), cita que em 1922 foi criada a escola de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), sendo o quadro docente formado por professoras estrangeiras. O DNSP tinha como diretor o médico Carlos Chagas, que solicitou, segundo a autora, que o ensino fosse de padrão elevado, preparando tecnicamente para os serviços de saúde do país. Miranda (1994, p. 43) cita Lima (1981) ao abordar que os princípios utilizados no ensino eram nightingalianos, como:

- 1) grande preocupação com a conduta pessoal das alunas, traduzível em exigências expressas quanto à postura física, maneiras de trajar e de se comportar;
- 2) recomendação para que as escolas fossem dirigidas por enfermeiras e não por médicos;
- 3) exigência de ensino teórico sistematizado e de autonomia financeira e pedagógica.

Para frequentar o curso na escola de Enfermeiras do DNSP (1922) havia algumas exigências. Conforme Miranda (1994), as estudantes deveriam ser brancas e ter concluído o curso normal, o que atingia mais a camada social média e alta da sociedade. Esta escola teve o seu conteúdo basicamente voltado para a saúde pública e um discurso permeado pelo tema higiene. A autora critica este movimento ou processo de cuidar prevista na era sanitaria ou medicina preventiva:

[...] Assim, a saúde pública se propõe e a ela é cobrada uma rede de preceitos e conceitos que operam para abraçar e controlar o tecido social, a preservação a qualquer custo do ideal burguês de prevenção, eugenia, beleza e limpeza. No bojo das campanhas públicas contra a febre amarela e malária, o que vai ser cobrado à saúde pública é o controle médico e o esquadrinhamento urbano desse vizinho indesejável e malcheiroso, o pobre (MIRANDA, 1994, p. 45).

Este relato reporta ao que já vimos em relação à loucura, a medicalização e o processo de controle social, conforme Foucault (2002), seguindo o modelo da peste na organização sanitária do século XVIII. O autor comenta que o esquema para combater a peste na época não consistia em exclusão, mas na análise e vigilância minuciosa da população na cidade, semelhante a uma revista militar.

O sistema de esquadrinhamento do espaço urbano delimitava a população por bairros e também compartimentos, que eram as próprias residências, por onde passavam diariamente os inspetores a fim de verificar se havia novos casos de peste na comunidade. As pessoas deviam se apresentar na janela de suas casas para que os inspetores pudessem avaliar se estavam vivas e saudáveis ou, caso não aparecessem, a morte determinava presença de doença naquele local. A partir da constatação do foco da doença, o local deveria ser desinfetado e as pessoas doentes encaminhadas para tratamento em hospitais fora da cidade (FOUCAULT, 2002).

O encaminhamento para fora da cidade também pode ser enquadrado como forma de exclusão social, ainda que todo o processo fosse voltado para o evitamento da doença e, neste caso, não se excluía as pessoas, elas eram vigiadas. O esquema da medicina e a

vigilância fazem parte da trajetória da loucura e se repete na atualidade não em fatos em si, mas na forma de olhar, cuidar, adotando ainda o modelo não inclusivo, mas de rotulação, iatrogênico e violador de direitos humanos. A visão popular com desprezo pelo pobre e sofredor psíquico contribui até mesmo para o desmerecimento do profissional que presta-lhe o cuidado. Como se já não bastasse todo o mito que envolve o sofredor psíquico, incorporar mais um rótulo ao profissional só reforça o discurso com características que marginalizam o indivíduo e distanciam-se das concepções da Reforma Psiquiátrica, que tem como foco a sua inclusão.

Na década de 1930 a saúde, segundo Geovanini et al (2002), no Brasil passou a ser caracterizada como problema socioeconômico, devido à presença de doenças infecto-contagiosas, que se reproduziam progressivamente, afetando a produção econômica do país. A formação de pessoal de Enfermagem, de início, era para atender em hospitais militares e depois para as atividades de saúde pública. Já em 1931, quando existiam outras escolas no Brasil, foi criado decreto federal 20.109 para que todas seguissem os padrões da escola Anna Nery. Neste mesmo ano era instalado o Ministério da Educação e Saúde, responsável pela problemática saúde e educação da população brasileira. Com a sua criação, foram estabelecidas normas para o ensino e exercício de Enfermagem, sendo o ensino nesta época voltado para a saúde pública, no controle das endemias.

Miranda (1994) com base no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) comenta que em 1937 a escola Anna Nery foi incorporada à Universidade Federal do Rio de Janeiro. Seu ensino não incluía o cuidado ao louco até o ano de 1926, quando formou sua primeira turma, apesar de estar localizada junto ao Hospício. Durante vários anos, o conteúdo do curso era fundamentalmente de saúde pública, formando profissionais para atender a política na área. A partir de 1949 foi que a escola iniciou realização de estágio no Hospício e estudos sobre o tema. No ensino de Enfermagem psiquiátrica, um médico psiquiatra é que ministrava a teoria, ensino sobre patologias e síndromes psiquiátricas, depois é que era ensinado o cuidado de Enfermagem que, na época, pendia para o custodial. Quanto à visita a hospícios durante o ensino de Enfermagem, era feito brevemente, em forma de visitas aos locais, que provocavam reações até de pânico nas alunas, gerando afastamento do interesse pelo tema e locais.

Como foi apresentado, a Enfermagem Psiquiátrica nos cursos de graduação foi inserida há bastante tempo, surgindo praticamente paralela ao ensino de Enfermagem. No entanto, segundo Barros (2000), referindo-se a Sena (1986), a determinação de obrigatoriedade do ensino nesta área não atingiu mais de 50% das escolas brasileiras, devido à

precariedade existente nos campos de estágio da psiquiatria na época. Ainda Barros (2000) cita duas enfermeiras que se destacaram na Enfermagem psiquiátrica, que foram Hildegard Peplau²¹ e Joyce Travelbee²². Ambas descrevem a Enfermagem como “[...] processo interpessoal, fundamentam o ensino do relacionamento terapêutico enfermeira paciente hoje considerado pela maioria das escolas de Enfermagem como o instrumento básico da enfermeira que atua na área da Enfermagem psiquiátrica” (BARROS, 2000, p. 75).

As contribuições de Peplau e Travelbee permanecem atreladas ao ensino atual, na opinião de Barros (2000), algumas escolas passaram a abordar aspectos da relação familiar, técnicas grupais e relacionamento interpessoal. Apesar disso, alerta a autora, muitas pesquisas apontam para a atuação do enfermeiro psiquiátrico como *“burocrática e administrativa”* concentrando-se no modelo biológico. E reforçado por outros estudiosos, mostram a distância do discurso apresentado nos cursos de graduação e a realidade nos campos de atuação de saúde mental.

Outro destaque mencionado por Geovanini et al (2002), foi em 1949, a lei federal 775, que permitiu o controle da expansão das escolas de ensino e a educação em Enfermagem centralizada nas universidades. A partir desta lei, Saube (1998) cita que o ensino passa a ser em duas modalidades: curso de Enfermagem com trinta e seis meses e o do auxiliar de Enfermagem com dezoito meses, caracterizando a especificidade de cada profissional. A apresentação deste currículo estabelecia o ensino da Enfermagem e clínica neurológica e psiquiátrica bem como a prática e o estágio nesta área. Ainda Saube, referindo-se a Lanthier (1982), comenta que a lei 775 e o decreto 27.426 de 1949 mudaram o enfoque do ensino para uma atuação visando ao indivíduo integralmente.

A partir de 1950, segundo Miranda (1994), a saúde pública foi perdendo sua importância, ampliando a atenção médica individualizada e surgindo a necessidade de disciplinar o exercício da profissão do enfermeiro, feito através da lei 2604/55. Ressalta que a Enfermagem psiquiátrica no Brasil surgiu para atender questões político-ideológicas e tornar o discurso psiquiátrico científico no hospício brasileiro. O enfermeiro acabava sendo, de certa forma, submisso e pouco valorizado enquanto profissional ao cuidar do louco, como descreve Miranda (1994, p. 116):

²¹ Joyce Travelbee nasceu e viveu nos Estados Unidos (1926-1973), foi enfermeira psiquiátrica, docente e escritora. Contribuiu para área da Enfermagem e apresentou o sofrimento como experiência comum na vida do indivíduo.

²² Hildegard Peplau nasceu e viveu nos Estados Unidos (1909-1999), foi a primeira enfermeira que definiu a natureza e a aplicabilidade das relações interpessoais, estabelecendo uma teoria “psicodinâmica”. A partir dos seus estudos puderam-se formular definições de ansiedade, conflito e frustração. Sua contribuição também se estendeu para o aperfeiçoamento dos enfermeiros, criando o primeiro programa de pós-graduação em Enfermagem psiquiátrica. Considerada a ‘mãe da Enfermagem psiquiátrica’.

[...] Tradicionalmente, a Enfermagem prepara o corpo do paciente para que outros profissionais produzam seus saberes. Dessa mentalidade a Enfermagem psiquiátrica não pôde escapar. Ao contrário, para esta clientela silenciada, emudecida na exclusão das instituições totais, não era preciso muita qualificação [...].

Em 1961, conforme Geovanini et al (2002), com a lei 2.995/56, todas as escolas deveriam exigir curso secundário completo dos seus alunos e em 1962 a Enfermagem passou a ensino de nível superior. Uma importante mudança curricular ocorreu, segundo as autoras, em 1966, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e o modelo assistencial previdenciário possibilitou a ampliação do campo de prática da Enfermagem e os currículos, que antes privilegiavam a saúde pública, passaram a abordar a assistência curativa e ensino especializado, embora possibilitando a ampliação do campo de prática da Enfermagem direcionado ao curativo. Espinosa (2000) acrescenta que o INPS estabeleceu que os recursos financeiros para a área da saúde mental fossem destinados para construção de hospitais psiquiátricos, o que caracteriza a assistência hospitalocêntrica na área de saúde mental.

Nesta época também foram difundidos mais cursos de auxiliares e atendentes de Enfermagem e, mais adiante, de técnicos. Segundo Geovanini et al (2002), esta expansão das categorias acabou fragmentando o serviço e dificultando o próprio reconhecimento do profissional enfermeiro na sociedade. Outra questão apontada pelas autoras é quanto à composição da Enfermagem, surgida com objetivo de atender necessidades do mercado, com um alerta para a relação dicotomizada da prática:

[...] representada pelo saber e fazer atribuídos aos enfermeiros e ocupacionais respectivamente atende, por sua vez, às expectativas dos modelos administrativos que regem as instituições, e que sugerem o fracionamento do processo de trabalho em favor da disciplina e da organização, mas que paralelamente conseguem promover a alienação profissional (GEOVANINI et al, 2002, p. 39).

As autoras comentam que, apesar dos currículos abordarem o conhecimento na totalidade, na prática era diferente, os enfermeiros estavam afastados da crítica em relação ao fazer, por estarem alheios a esta prática profissional.

A década de 1980, segundo Geovanini et al (2002), foi considerada perdida, devido à ocorrência de muitas crises político-econômicas no país, porém, teve seus avanços no sentido de provocar movimentos sociais. Atualmente, devido às condições precárias de

saúde de camadas sociais, existem mais possibilidades para a Enfermagem investir na assistência à saúde pública e incentivar a inter e multidisciplinaridade, com o objetivo de manter a saúde do indivíduo como ser integral, vencendo a abordagem biologicista e tecnológica e assim os enfermeiros poder passar a ser reconhecidos e valorizados profissionalmente.

Saupe (1998, p. 50) descreve sobre alguns autores e suas pesquisas sobre a história da Enfermagem, entre eles cita a análise crítica de Silva²³ sobre a Enfermagem:

[...] a Enfermagem tradicional servia ao feudalismo e a Enfermagem moderna serve ao capitalismo, contribuindo para garantir a sua continuidade através do seu papel no processo de manutenção da força de trabalho necessária a produção social; de seu papel na realização da mais valia, sobretudo a gerada no complexo médico-industrial e ainda de seu papel na produção-reprodução da ideologia dominante.

Outra análise, de Loyola (1987), citada por Saupe (1998) estudando a relação entre enfermeiras e o poder institucional hospitalar através de estudo em uma unidade de terapia intensiva, aborda a submissão do enfermeiro ao médico, reforçando a relação de dominação e, por outro lado, denuncia e alerta para a projeção desta relação de poder e submissão para o paciente, tornando-o seu “mudo espectador”.

Ao refletir sobre a pesquisa da autora, é possível reconhecer que no cuidado de pacientes com sofrimento mental esta situação não é diferente, ao se presenciar a hegemonia médica. Este fato é ressaltado por Pires (1989), que comenta sobre as origens desta hegemonia, advinda da apropriação do saber médico sobre os povos, como detentor do saber e poder de controle sobre a saúde, delegando atividades aos demais trabalhadores. Assim, a Enfermagem não representa nenhuma ameaça à sua hegemonia.

Quanto ao ensino de Enfermagem e sua relação com a Reforma Psiquiátrica, Kantorski e Silva (2001) fazem um levantamento de produções científicas na área e constatam que a divulgação de produções no Brasil data do final dos anos 80 e início de 1990, porém acrescentam, que na sua opinião o movimento pela Reforma em um processo dialético já vinha acontecendo antes desta época no Brasil.

Guimarães e Medeiros (2001), em sua pesquisa sobre as contribuições do processo da Reforma Psiquiátrica ocorrida entre as décadas de 1980 e 1990 no ensino de saúde mental da graduação no Rio Grande do Norte, apontam para um conceito amplo de saúde. Alertam

²³ SILVA, Graciete Borges da. *Enfermagem Profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

quanto à necessidade da discussão sobre o processo saúde-doença não só dentro da universidade, mas também junto à comunidade, através das escolas, associação de moradores, centro social urbano, sedes rurais, clube de mães, grupo de jovens, grupo de idosos e sindicatos, entre outros. As autoras acreditam que é preciso superar obstáculos na prática da Enfermagem e viabilizar a experiência de desinstitucionalização, sob a ótica da cidadania do paciente psiquiátrico, sendo otimizado quando há participação de todos, alunos, professores e profissionais das instituições.

Barros e Rolim (1996), avaliando o ensino de Enfermagem psiquiátrica e a lei do exercício profissional²⁴, levantaram alguns pontos de discussão ou reflexão, dentre eles que a abordagem de Enfermagem costuma ser unilateral e precisa passar a contemplar outros fatores dentro do processo saúde-doença, tais como: condições de vida, acesso à assistência à saúde, qualidade da assistência prestada. Além disso, afastar a concepção de doença que está atrelada à assistência e enfatizar a “existência-sofrimento” nos pacientes e sua relação com o corpo social.

Importante ressaltar que estas idéias devem ser inseridas no ensino da graduação, possibilitando aos alunos a reflexão e discussão não só dos aspectos legais, mas também conceituais que implicam mudança. Para isso, Barros e Rolim (1996) afirmam que a integração com outras disciplinas durante o curso de graduação pode auxiliar o aluno na identificação de situações de crise ou sofrimento psíquico e facilitam o desenvolvimento de suas habilidades em lidar com estas situações. Ainda Barros e Rolim (1996) relatam a possibilidade de facilitar a aprendizagem do aluno a partir da apresentação e discussão sobre políticas de saúde mental nas diversas instituições e das dificuldades apresentadas de inserção dos enfermeiros nos programas de saúde mental das Unidades Básicas de Saúde.

Segundo Espinosa (2000, p. 99), “as intervenções terapêuticas em saúde mental compreendem um amplo grupo de atuações, que podem ir desde o apoio intenso e sincero, que inclui um aperto de mãos ou um olhar, a uma complexa intervenção psicofarmacológica, psicoterapêutica ou social”. O paciente portador de Sofrimento Psíquico necessita de atenção do profissional de Enfermagem, que saiba respeitá-lo e auxilie na sua reintegração social, planejando e executando os cuidados relativos às necessidades apresentadas por estes pacientes.

²⁴ A Lei do Exercício Profissional nº. 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional de Enfermagem, reconhece que a equipe de Enfermagem deve ser constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, com disposições precisas sobre outras categorias anteriores à Lei (atendentes e parteiras) (BRASIL, 1986).

Seguindo as contribuições do ensino de saúde mental na graduação, no sentido de conversão do olhar e de atitude frente ao sofrimento psíquico, Campoy; Merighi e Stefanelli (2005, p. 11) apontam a visão de alunos e professores sob a perspectiva da fenomenologia social:

Para o aluno de graduação, viver o ensino na disciplina, no cotidiano, foi importante e teve significado, possibilitou mudança de atitude, criou oportunidades de conhecer o outro e, principalmente, a si mesmo como alguém vital para desenvolver um trabalho terapêutico e, mais do que isso, pode refletir a todo o momento, sobre a prática que executava diariamente com a outra pessoa, melhorando o seu conhecimento, criando habilidades gerais, utilizando-se das específicas e gerando competência para ser futuramente um enfermeiro completo, preparando-se para que possa oferecer um cuidado multidimensional a qualquer indivíduo, família ou comunidade. A observação da pessoa em sua subjetividade foi valorizada pela ação dos sujeitos envolvidos no processo. A habilidade para agir com os problemas emocionais de outras pessoas, independentemente da causa geradora do quadro clínico e dos locais onde as pessoas são atendidas, mostrou-se como projeto de ação do professor e do aluno.

Frente a esta experiência constata-se a possibilidade de transformações produzidas a partir do ensino de saúde mental na graduação, desde que não seja constituído por reproduções de modos de pensar e agir, mas busquem construir espaços para discussão e reflexão de saberes e práticas, reconhecendo a emergência de mudança para romper com a prática e discurso de exclusão do sofrimento psíquico.

Para transformar o ensino e prática de Enfermagem psiquiátrica é necessário incorporar conhecimentos, cujas estratégias considerem sempre o exercício da cidadania dos portadores de sofrimento psíquico.

[...] já é possível identificar que os alunos que fazem estágio em um serviço organizado com propósitos reabilitadores passam a compreender o doente como sujeito doente, o tratamento em uma concepção ampliada que inclui possibilidades terapêuticas diversas e, também, tratamento como um processo, no qual as palavras autonomia e cidadania têm significado. Nesse “modo de andar o ensino” parece que estamos contribuindo para a transformação da assistência psiquiátrica, pois estamos tentando formar sujeitos em transformação em um campo de prática em transformação (BARROS, 2000, p. 79).

4.2 Ensino de Saúde Mental na graduação – UNESC

O curso de graduação de Enfermagem da UNESC iniciou no primeiro semestre de 2002, com funcionamento no período vespertino, oferecendo 80 vagas anuais, com a forma de ingresso semestral. Atualmente, formou sua quarta turma de alunos ao final do primeiro semestre de 2007. Segundo o projeto político pedagógico (PPP) do curso, o perfil do estudante de Enfermagem é definido como: “É um sujeito que busca formação profissional no Curso de Enfermagem respeitando os princípios de competência, autonomia, democracia, cidadania, ética, participação, inclusão, diversidade, acolhimento [...]” (UNESC, 2005, p. 17). Na formação profissional, pelo PPP são adotados valores que devem ser incorporados à prática do enfermeiro, que são a qualidade assistencial, a criatividade, o desenvolvimento integral, a inclusão, a diversidade, o acolhimento, o fortalecimento de relações interpessoais e de grupo.

Estes valores são atributos essenciais na prestação do cuidado e na assistência ao portador de sofrimento psíquico, destacando-se a inclusão, o acolhimento e as relações interpessoais como habilidades significativas para estabelecer o processo terapêutico. Desta forma, favorecem a compreensão dos comportamentos dos indivíduos e a capacidade de interagir em benefício do outro, neste caso, do sofredor psíquico. Reafirmando a opinião de Rocha (1994), considera-se a comunicação e o relacionamento da enfermeira com paciente a base da prática de Enfermagem psiquiátrica.

Quanto aos objetivos na formação do enfermeiro na UNESC são:

- Objetivo Geral
 - Proporcionar a formação de Enfermeiros generalistas para atuarem em todos os níveis de atenção à saúde do indivíduo e da coletividade, no âmbito de suas atividades profissionais, no gerenciamento de serviços e no desenvolvimento de pesquisas nas áreas das ciências da saúde, respeitados os preceitos éticos e legais no exercício de suas funções.
- Objetivos específicos
 - Habilitar profissionais Enfermeiros com conhecimentos técnico-científicos para atuarem na promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde na perspectiva da integralidade da assistência;
 - Formar Enfermeiros com compreensão do processo saúde-doença e seus determinantes;

- Preparar Enfermeiros para atuação em todos os níveis de complexidade de atenção à saúde;
- Capacitar Enfermeiros com compreensão da política de saúde no contexto das políticas sociais;
- Formar Enfermeiros capazes de adequar a atenção de Enfermagem ao conjunto de atenção à saúde, de acordo com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, família e grupos populacionais, reconhecendo o perfil epidemiológico de sua área de atuação, correlacionando-o com o de outras populações;
- Formar Enfermeiros para atuarem em equipe interdisciplinar;
- Capacitar profissionais para coordenação da equipe de Enfermagem;
- Formar profissionais capacitados à formulação e gerência de programas e serviços de saúde, segundo preceitos do SUS, estimulando a participação da população a ser beneficiada e dos profissionais envolvidos na sua execução;
- Formar Enfermeiros capazes de desenvolver e participar de pesquisas e/ou outra forma de produção de conhecimentos que objetivem a qualificação da prática profissional e a melhoria das condições de saúde da população. (UNESC, 2005, p. 3).

O currículo do curso foi construído na perspectiva de metodologia integrada, ou seja, apresentando diversos conteúdos em torno de temas agregadores, que constituem os módulos do curso. Este modelo é inovador nas universidades, a disciplina não é um conteúdo específico e sim o módulo, que pode apresentar vários conteúdos, conforme o tema agregador. Por exemplo, conteúdos de anatomia, bioquímica, filosofia, sociologia e outros compõem um módulo. O curso possui assim 27 módulos distribuídos em oito semestres letivos. A forma de integração curricular possibilita aos professores envolvidos no módulo realizarem atividades integradas, avaliações modulares, trabalhos e relatórios de observação de campo, seminários e outras, conduzindo à interdisciplinaridade (UNESC, 2005).

Em um curso de graduação de Enfermagem há, entre outras, a preocupação na formação de profissionais com habilidades para prestar cuidados, pois serão profissionais responsáveis pela assistência ou atendimento de necessidades humanas básicas de indivíduos em vários locais de trabalho. Nascimento (1998), em sua dissertação de mestrado, alerta sobre a questão tecnicista no ensino de técnicas de Enfermagem, sem a proposta de reflexão e pouca fundamentação científica, bem como sua preocupação com o profissional enfermeiro que presta o cuidado desta forma, voltado para a realização de técnicas. Nesta perspectiva, Nascimento (1998, p. 5) reforça aspectos atuais: “O processo de construção de conhecimento humano é fenômeno que exige um constante repensar, pois são vários os determinantes

políticos, ideológicos, culturais e sociais responsáveis pelo seu direcionamento em cada época da história do homem”.

Na área de saúde mental o foco de atendimento ao sofredor psíquico não são aspectos técnicos, pelo contrário, o objetivo é desenvolver ou promover o relacionamento interpessoal terapêutico e a comunicação interpessoal terapêutica. Essa tecnologia ou instrumento de cuidado já é usado há muito tempo, apesar de não ter sido assim denominado. É evidenciado quando o enfermeiro aborda pacientes e familiares, abrindo espaço para questionamentos, esclarecimentos e dúvidas, trata-se de relacionamento humano. O tema relacionamento interpessoal terapêutico é contemplado por Joyce Travelbee, uma das teóricas de referência no cuidado de Enfermagem, citada anteriormente.

No curso de Enfermagem da UNESC, o conteúdo de saúde mental é oferecido em três épocas diferentes, ou seja, em três semestres distintos, seguindo o tema modular de cada fase.

No segundo semestre, é abordada a promoção e prevenção de saúde mental, enfatizando temas como hábitos saudáveis, estresse, prevenção em saúde mental e relacionamento terapêutico. O módulo é identificado como “Atividade Física e Qualidade de Vida II” e composto por dois conteúdos: Atividade Física e Qualidade de Vida e Enfermagem em Saúde Mental. Sua ementa proposta no PPP é a seguinte: Exercícios físicos correlacionados com a integração corpo-mente e vida saudável. Importância da atividade física na produtividade e bem-estar pessoal. Incentivo à prática de hábitos saudáveis.

Os objetivos propostos neste módulo são:

- Desenvolver e incentivar junto ao aluno hábitos saudáveis e senso crítico frente ao atual contexto de assistência à saúde mental;
- Desenvolver a capacidade de intervir preventivamente e formular ações de saúde mental junto ao paciente, família e comunidade, nos três níveis assistenciais (primário, secundário e terciário);
- Desenvolver conteúdos teóricos e práticos sobre mecanismos de controle de estresse.

No quarto semestre, dá-se início ao conteúdo de psicopatologia, abordando temas como dependência de substâncias psicoativas, depressão, ansiedade e esquizofrenia, reforçando o contexto familiar, pois o tema do módulo está inserido na Estratégia Saúde da Família, cujo título é: Cuidados de Enfermagem em Atenção Básica de Saúde. Nesta fase, são introduzidos conhecimentos sobre serviços de saúde mental existentes no município, abordando brevemente sobre o modelo preconizado na Reforma Psiquiátrica.

A ementa deste módulo é: O serviço de atenção à saúde em nível básico. Saúde comunitária/Saúde da Família: a prática de Enfermagem e sua articulação com o contexto social. Modelos de Atenção à Saúde; Equipe multidisciplinar; distritalização; Saúde da Família – o Enfermeiro no PSF e no PACS. O processo de adoecer e ser saudável como dimensão do ciclo vital do ser humano, envolvendo: saúde da mulher; saúde da criança; saúde do adulto e saúde na terceira idade dos indivíduos e comunidades. Conteúdos relacionados ao desenvolvimento de habilidades em consulta de Enfermagem; diagnóstico e prescrição de Enfermagem na visita domiciliar; Enfermagem domiciliar; dietoterapia; controle microbiológico; ciclos das parasitoses humanas; bioquímica das patologias mais comuns.

Seus objetivos, abrangendo todas as unidades disciplinares do módulo são:

- Comparar e contrastar as diversas compreensões acerca dos processos: saúde-doença-cura;
- Compreender a atuação do enfermeiro nos programas de saúde pública, para o processo de formulação da Estratégia Saúde da Família no Brasil, em Santa Catarina e Criciúma, entendendo-a como uma possibilidade de reconstrução do Sistema Único de Saúde;
- Compreender conceitos de imunologia referentes às respostas do corpo humano às infecções microbianas e dos mecanismos envolvidos;
- Adquirir noções de patogenicidade dos helmintos, protozoários e sua epidemiologia, selecionando os recursos profiláticos para combatê-los;
- Compreender conceitos ligados ao controle de microrganismos, tanto na prevenção das contaminações como no controle de infecções;
- Contribuir para evitar um olhar etnocêntrico e como consequência preconceituosa acerca das medidas religiosas dos processos doença-saúde-cura;
- Desenvolver habilidades necessárias para atuação na Enfermagem na Saúde Coletiva inerentes à profissão, estimulando seu senso crítico com relação à ética e postura;
- Fornecer ao aluno conhecimentos básicos de farmacologia a fim de torná-los capazes de entender e relacionar esses conhecimentos aos procedimentos básicos de Enfermagem;
- Oportunizar aos acadêmicos os estudos da histologia, por meio de aulas teóricas, contextualizando e buscando interdisciplinaridade com as demais disciplinas do curso de Enfermagem;
- Prestar cuidados de Atenção Básica de Enfermagem à criança e ao adolescente, no seu ciclo vital, de forma integral, visualizando-os como integrantes de um grupo social e família, que utiliza estratégias de sobrevivência para satisfazer suas necessidades básicas;

- Propiciar experiências reflexivas acerca do movimento em prol da Enfermagem na Saúde Mental, considerando possibilidades de assistência integral;
- Propiciar ao acadêmico o conhecimento funcional de diversos sistemas orgânicos associadas às disciplinas clínicas, de forma que este conhecimento possa ser aplicado à prática da Enfermagem;
- Reconhecer os pressupostos teóricos básicos sobre o metabolismo intermediário de carboidratos, lipídios e aminoácidos, correlacionando-as com as exigências práticas da assistência de Enfermagem;
- Reconhecer que os rituais e os símbolos atuam em dois níveis: individual (psicossomático) e social;
- Ser capaz de reconhecer a etiologia (causa), a patogênese (desenvolvimento) e as implicações clínicas, que resultarão na doença (patologia) como um todo.

Fazem parte deste módulo as seguintes unidades disciplinares: Semiologia e Semiotécnica, Bioquímica, Farmacologia, Processos Patológicos Gerais, Parasitologia, Microbiologia, Enfermagem em Saúde Mental, Enfermagem Saúde da Criança e Adolescente, Enfermagem Saúde Coletiva, Enfermagem Saúde da Família, Enfermagem Saúde Pública, Metodologia da Assistência de Enfermagem e Nutrição. Cada unidade disciplinar é ministrada por um docente, podendo este ser responsável por mais de uma unidade disciplinar.

E no sexto semestre são abordados outros temas referentes à psicopatologia e locais de tratamento, recordando a Reforma Psiquiátrica, apontando formas de intervenção diante de situações ou comportamentos do sofredor psíquico. Aqui ocorrem mais discussões e questionamentos com alunos sobre os temas, devido à proximidade de realização de estágio supervisionado em instituições de saúde mental, que ocorre após o término das aulas teóricas.

Este módulo tem como tema “Cuidados de Enfermagem ao Indivíduo Hospitalizado em Intercorrências Psiquiátricas” e integra duas unidades disciplinares, que são Enfermagem em Saúde Mental e Farmacologia. Sua ementa é: Cuidado de Enfermagem ao doente mental. Aplicação de metodologia de Assistência de Enfermagem psiquiátrica. Aspectos relativos ao doente mental. Práticas alternativas de assistência psiquiátrica. Principais terapêuticas empregadas. Política nacional, estadual e municipal de saúde mental. Introdução ao estudo da Reforma Psiquiátrica – rotulações psiquiátricas e invalidação social. Loucura e sociedade. Desenvolvimento de habilidades inerentes ao cuidado de Enfermagem ao indivíduo com problemas de Saúde Mental.

Os objetivos deste módulo são assim propostos:

- § Refletir sobre a relação enfermeiro x paciente no processo de acompanhamento do indivíduo com sofrimento psíquico;
- § Compreender processos da doença mental a partir do modelo social no qual o indivíduo está inserido;
- § Desenvolver habilidades para o cuidado de Enfermagem ao doente mental, aplicando a metodologia de assistência de Enfermagem Psiquiátrica;
- § Conhecer práticas alternativas de assistência psiquiátrica e a política nacional, estadual e municipal de saúde mental;
- § Estudar a Reforma Psiquiátrica;
- § Fornecer conhecimentos básicos de farmacologia, relacionando as terapêuticas de saúde mental.

O primeiro contato com o sofredor psíquico hospitalizado geralmente é algo assustador para o aluno, exigindo maior supervisão e esclarecimento no sentido de tranquilizá-lo e encaminhá-lo para as interações e intervenções em saúde mental. Quando os alunos acompanham atividades realizadas em Centros de Atenção Psicossocial, diferentemente do hospital, é oportunizado maior interação com pacientes e familiares, além da proposta de trabalho interdisciplinar, importante eixo de tratamento, que faz parte da estratégia preconizada pela Reforma Psiquiátrica.

A qualidade da interação ou relacionamento interpessoal depende então da busca de olhar para o “louco”, da postura, reciprocidade, da utilização da sensibilidade ao cuidar. A prioridade para efetivar a assistência em saúde mental deve ser baseada em conceitos de cidadania, ética e humanização, como proposta de reformas.

Considerando a preocupação em relação ao processo de mudança de olhar para o sofredor psíquico ou a desmitificação da doença mental, concordamos com Kantorski e Silva (2001) que a formação profissional constitui um momento importante neste processo de mudança na assistência psiquiátrica, possibilitando aos alunos também a experiência com o sofredor psíquico em espaços diferenciados. A integração de conteúdos propostos pelo curso da UNESC aponta a relação intrínseca que deve existir entre eles, reforçando o trabalho interdisciplinar na formação do enfermeiro.

A educação fornece subsídios para o docente e discente aprimorarem seus conhecimentos. Acredita-se que o esforço e experiências individuais dos sujeitos envolvidos refletem significativamente nas estratégias e respostas apresentadas através de ações ou comportamentos sociais. Assim, a educação possui papel influente no processo de ruptura,

mudança de concepções, desde que haja interesse e entendimento dos participantes, permitindo-se problematizar a realidade.

A seguir, será apresentada a discussão sobre a concepção de docentes e discentes do curso de Enfermagem da UNESC sobre a saúde e a doença mental. E assim verificar então, se esta concepção está permeada de mitos, estigmas, e/ou de superações, rumo à desinstitucionalização de fato do louco, ou seja, partir da maneira como se olha para ele e sua situação.

5 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL NO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNESC

Neste capítulo serão apresentados os dados referentes à pesquisa desenvolvida junto a docentes e discentes do curso de Enfermagem da UNESC. Procurou-se identificar os temas relacionados aos objetivos propostos neste trabalho, fazendo recortes de falas dos entrevistados e interpretações da literatura pertinente, num movimento que permitisse a reflexão da teoria e da prática relativa ao tema saúde mental. Também “entraram em cena” as vivências da pesquisadora, no sentido de permear a análise dos dados, diante do seu objeto de pesquisa. Ao citar as falas dos entrevistados, foi respeitada sua identidade, apresentando-se codinomes, representando-se os docentes com nomes de cores e os discentes com nomes de flores.

Os dados estão apresentados em quadros, para melhor visualização das respostas, sendo os dados gerados na própria pesquisa a única fonte de todos os quadros aqui representados. Importante ressaltar que o total de respostas nem sempre correspondeu ao total de entrevistados, visto que uma pessoa pôde apresentar mais de uma resposta a cada questão. O total referido em cada quadro correspondeu sempre ao total de entrevistados.

Após análise dos dados, foram identificadas e classificadas categorias, segundo a proposta de Minayo (2003). No caso desta pesquisa foram: **Concepção de saúde e doença mental, Assistência ao sofredor psíquico e Ensino/Desmitificação da doença mental.**

O perfil dos 14 docentes entrevistados é de 11 do sexo feminino e 03 do masculino, sua idade foi variável entre 30 e 50 anos, atingindo a média de 41 anos. O maior tempo de docência no ensino superior ficou entre 4 e 6 anos, com um total de 5 professores, e também acima de 10 anos, correspondendo a 4 professores. Do total de professores, 7 são enfermeiros, 4 estão no curso de Enfermagem há mais de 4 anos e os 9 restantes há menos de 4 anos.

Quanto ao perfil dos 24 discentes entrevistados, foram 20 do sexo feminino e 4 do masculino, com idade prevalente entre 20 e 25 anos, tendo o restante a idade correspondente entre 20 e 37 anos, considerados discentes jovens. Em relação à profissão, 10 trabalham na área da saúde, destacando-se que 01 deles há mais de 10 anos, 05 alunos entre 1 e 5 anos e 4 alunos entre 6 e 10 anos. Nenhum deles possui experiência profissional em instituições de saúde mental. Este fato sintoniza o provável distanciamento ou resistência dos

discentes pela área da saúde mental devido aos mitos existentes na sociedade. Outra explicação para o dado é que ainda existem poucos serviços de saúde mental, se contrastados com as demais instituições de saúde no município. No entanto, deve-se lembrar que o sofredor psíquico pode buscar atendimento em qualquer serviço de saúde de uma comunidade e que ele não deve ser lembrado apenas como aquele que necessita de tratamento hospitalar e psiquiátrico. Os profissionais da área da saúde certamente em algum momento já atenderam pessoas com algum sofrimento psíquico, mas ao serem interrogados tendem a relacionar o atendimento específico, que é o especializado e mais rotulado, no caso as instituições de saúde mental.

Categoria 1 - Concepção de saúde mental e doença mental

Nesta categoria serão apresentadas as concepções de saúde mental e doença mental; compõem esta categoria as seguintes temáticas:

- a experiência com a doença mental;
- o comportamento atribuído ao sofredor psíquico;
- a crença em relação à etiologia da doença mental e
- a visão em relação à concepção social do sofredor psíquico.

Procurou-se mostrar as tendências de olhar para a doença mental ou loucura atualmente, refletindo com a literatura correspondente.

Inicialmente, serão expostos os resultados deste questionamento feito junto aos docentes e discentes, registrando o tema saúde mental.

Quadro 1- Concepção de saúde mental (docentes)

CONCEPÇÃO DE SAÚDE MENTAL	QUANTIDADE
Equilíbrio; estabilidade; ausência de doença/transtorno; saúde integral (físico, mental, social, ambiental e espiritual)	11
Autonomia	02
Normatividade	01
Total	14

Quadro 2 - Concepção de saúde mental (discentes)

CONCEPÇÃO DE SAÚDE MENTAL	QUANTIDADE
Estar bem, em equilíbrio, ter domínio das faculdades mentais	12
Relacionado a uma área de estudo	06
Alteração, perturbação da mente	02
Não respondeu	02
Planejar condições para que o portador de distúrbios tenha condições de viver dignamente	01
Práticas de reabilitação psicossocial capazes de compreender o sujeito com transtorno mental em sua totalidade	01
Total	24

Ao abordar o tema saúde mental, considera-se fundamental incluir conceitos preliminares de alguns autores, no sentido de refletir e/ou comparar com a realidade apresentada nesta pesquisa. O conceito não foi encontrado explícito em muitas bibliografias, pois muitas abordam mais o tema doença mental ou concentram-se em propostas de assistência em saúde mental nas áreas e programas específicos ou por especialidades profissionais. Seria então mais fácil apresentar o conceito de saúde da OMS, que é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. A partir dele, surgem questionamentos como: *O que é realmente saúde ou ter saúde mental? É possível definir saúde mental que contemple todos os indivíduos? Ter saúde agrega a saúde mental? Saúde integral ou total é possível? Pode-se realmente atingir o completo bem-estar em todas as fases da vida?*

Desse modo, ressalta-se a definição de saúde mental de Espinosa (2000, p. 15-16):

É um aspecto da saúde em geral, que a partir de uma concepção integral do ser humano como entidade biopsicossocial, não pode ser visto em separado, a menos que se trate de um objetivo meramente didático [...]. Os aspectos físico ou biológico, psicológico e social ou interpessoal constituem, assim, algo como um sistema aberto no qual se dá uma inter-relação de todos eles, coordenados por sua vez pelo cérebro como regulador central e pelos sistemas neurovegetativo e psiconeuroendócrino.

Já Stuart e Laraia (2002) apresentam a definição de saúde e doença mental do ponto de vista médico e de Enfermagem, mostrando conceitos distintos, mas que se complementam. Do ponto de vista médico, visa ao diagnóstico e investigação quanto à ausência de doença, e no da Enfermagem, parte da visão de capacidade de adaptação e inadaptabilidade do indivíduo. Trata-se de concepção sociológica apontando para adequação ou

ajuste do indivíduo à realidade vivida. As autoras listam os seguintes itens como critérios de saúde mental:

1. Atitudes positivas em relação a si próprio
2. Crescimento, desenvolvimento e auto-realização
3. Integração e resposta emocional
4. Autonomia e autodeterminação
5. Percepção apurada da realidade
6. Domínio ambiental e competência social (STUART e LARAIA, 2002, p. 23).

Este conceito aparece caracterizando mais o aspecto conceitual voltado para a medicalização da doença, sua classificação médica e o reconhecimento das limitações, incapacidades como algo distinto do saudável, o patológico. Embora reconhecendo a intenção de complementaridade da área médica e de Enfermagem apontada pelas autoras, pode-se associar tal definição de saúde mental ainda arraigado a conceitos de separação e exclusão de indivíduos a partir da medicina classificatória. Esta prática, no entanto, é o que se objetiva como carente por mudança, no sentido de propiciar o rompimento de mitos e estigmas que envolvem o sofrimento psíquico.

A pergunta sobre a concepção de saúde mental aos docentes foi feita junto com a de doença mental, sendo separada aqui, para melhor efetuação da análise de dados. Em relação ao tema saúde mental, suas respostas prevaleceram em torno do equilíbrio, estabilidade, totalizando 78% dos participantes; seria a saúde vista como resultado de uma relação de equilíbrio entre mente, corpo e ambiente, levando ao bem-estar do indivíduo. Destes, 1 entrevistado enfatizou os determinantes sociais, associando a condição de saúde mental ao acesso a uma sociedade organizada; ainda dentro destas respostas 2 caracterizaram a ausência de doença/transtorno, reportando-se ao caráter biológico, acompanhando relações estabelecidas entre normal e patológico. Algumas falas representativas do total de 78%, citando o equilíbrio e estabilidade:

Saúde mental seria o equilíbrio que existe entre o estado psicológico de uma pessoa ou o funcionamento das faculdades mentais. [...] A saúde mental vem mais da pessoa do que da parte externa, como ela conduz a vida, como ela trabalha as dificuldades do dia-a-dia, o que faz para se sentir bem, o que prioriza na saúde dela, não corporal, mas mental, sabendo a hora que precisa de ajuda, por exemplo, num caso de depressão (vermelho).

A minha concepção de saúde mental é a de que o indivíduo tem um equilíbrio entre o físico e espiritual e psíquico, consegue manter este equilíbrio e consequentemente ele tem saúde mental (marrom).

Eu não sei se é possível dar uma definição objetiva e completa sobre um tema tão complexo, mas eu prefiro dizer assim, que saúde mental é uma relação de equilíbrio entre o indivíduo e as situações vividas (preto).

Na leitura de Rotelli, inspirando-se em Basaglia, é preciso ter claro que não sabemos nada sobre a loucura e que só a partir deste pensamento é possível abrir o olhar, a mente, o corpo e a cidade aos loucos. Esta fala foi proferida pelo autor sobre os caminhos para uma melhor formação profissional para a área durante o Seminário comemorativo de 25 anos do curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial no Rio de Janeiro (BRASIL, 2007). Concordando com Rotelli, a pesquisadora acredita também na possibilidade de mudança de olhar ou de concepções quando os sujeitos estão abertos para novas leituras, discussões, afastando a inflexibilidade e partindo para uma visão problematizadora e não cristalizada na construção de saberes.

Entre as outras respostas dos docentes ainda sobre saúde mental, dois chamaram atenção em relação à independência do indivíduo, sua capacidade de autonomia, o que corresponde a uma idéia mais ampla de saúde, quando o indivíduo deve ser capaz de administrar sua vida:

Acho que saúde mental passa muito pelo caminho do auto gerir-se, talvez até pela dificuldade que a gente tem de rotular ou de conceituar, qual é o limite de saúde mental e da doença mental, pra mim tem sido o sentido do limite de até que ponto consigo tomar conta da minha vida. Muitas situações fazem com que eu me sinta mais ou menos saudável em termos mentais, depende de como eu acordo ou o momento que estou passando (bordô).

É a capacidade da gente gerenciar a própria vida, estar se autopercebendo e estar centrado naquilo que está fazendo, onde e por que está fazendo (prata).

E por fim, um entrevistado apontou a saúde relacionada aos padrões sociais, apresentando sua concepção de forma crítica, afirmando sobre o preconceito e enfatizando a importância do resgate social em relação ao diferente:

É aquela na qual a nossa sociedade aceita, desde que esteja nos seus padrões. Na verdade existe um certo preconceito no sentido de que o indivíduo é diferente dos demais (amarelo).

Entende-se que as diferentes concepções formuladas pelos entrevistados correspondem, em última análise, à sua visão particular de saúde e doença mental, que correspondem, por sua vez, as suas experiências de vida ou à própria tradição cultural, historicamente concebida.

As respostas dos docentes estão de acordo com os conceitos apresentados por Stuart e Laraia (2002) e Espinosa (2000), pois alguns citaram a saúde integral, outros relataram aspectos de autonomia e adaptação ao meio (ambiente e social).

Avaliando sob o prisma de norma social, o conteúdo das respostas permite observar o peso atribuído à normalidade, estabilidade, ausência de doença, bem como a independência ou autonomia pessoal, exigência muitas vezes de um sistema capitalista que visa, em suas instâncias, a produtividade dos sujeitos. Destacam-se entre os 78% algumas falas representativas das concepções, descritas pelos docentes, que criticam o modelo existente atribuído à saúde:

Saúde não é a ausência de doença, é o resultado de uma série de fatores que, bem resolvidos, te dão uma tranquilidade, uma estabilidade; uma pessoa tem saúde mental quando tem um equilíbrio na sua vida diária (branco).

A minha concepção de saúde mental não muda da concepção de saúde, pois ter saúde não é só não estar doente, mas envolve determinantes sociais, vai além do bem-estar. É ter condições, acesso, que depende de uma sociedade organizada e as condições oferecidas (verde).

A fala dos docentes em resposta ao conceito de saúde mental quando relatam o equilíbrio como forma de estabelecer o bem-estar do indivíduo, pode ser perfeitamente compreendida, também como uma norma social, algo construído culturalmente ou historicamente. É traçado um perfil de normalidade, condições para considerar ou reconhecer o indivíduo como equilibrado ou não mentalmente. Tais conceitos podem passar despercebidos na condição natural e aceita socialmente e não refletem o ideal do educador numa condição de ser agente de transformação.

A proximidade da saúde e doença e sua intrínseca relação conceitual com padrão de normalidade ou equilíbrio de fatores intrínsecos ou extrínsecos ao indivíduo elevam a possibilidade de classificar cada vez mais os indivíduos em saudáveis ou doentes, numa escala de valores socialmente atribuída e talvez concebida para garantir a integridade ou moralidade na sociedade. Em relação às respostas docentes, pode-se afirmar que buscam em parte superar este modelo, pois apresentam discurso mais crítico, reflexivo que os discentes. No entanto, é preciso reconhecer que há muito por fazer neste cenário, a saúde mental é permeada de mitos e estigmas que precisam ser rompidos.

Ao questionar sobre a concepção de saúde mental, dos 24 discentes entrevistados, a resposta que mais apareceu também foi relacionada às condições de equilíbrio, manutenção de saúde do indivíduo, caracterizando semelhança com as respostas docentes. Porém, chama atenção as respostas que totalizaram 10 entrevistados, respondendo diferentemente, referindo-se ou comparando ao tema doença mental (contrário do que foi questionado), área de estudo ou condições de tratamento. De início, não respondem exatamente à pergunta realizada, mas, se analisados de forma mais ampla, têm alguma relação com o tema saúde mental, ao pensarem no estudo ou pesquisa nesta área, bem como o tratamento ou meios de promover ou intervir na saúde mental de um indivíduo com sofrimento psíquico. Tais respostas poderiam ter sido esclarecidas se o instrumento de coleta fosse a entrevista. No entanto, a opção pelo questionário teve seu interesse voltado para a não-interferência ou influência nas respostas discentes, devido ao fato de a pesquisadora ser responsável pelos conteúdos de saúde mental ministrados no curso.

Entre as respostas dos discentes que contemplaram o tema equilíbrio, seguem exemplos:

Ser portador de mente sã, limpa de qualquer sofrimento e estresse (crisântemo).

Não ter problemas psíquicos, ter equilíbrio no tempo/espço. Apto para realizar atividades rotineiras (tulipa).

Bem-estar físico/psíquico/humano (cravo).

Nesta análise o termo equilíbrio no âmbito social, apresentado pelas respostas, aparece como sentido de pré-requisito indispensável para o desenvolvimento individual e coletivo.

As falas discentes apresentam aspectos mais conservadores e aqui as idéias de Foucault (2005) são significativas ao ressaltar a noção de loucura com a história, que no século XIX passou a ter sentido moral social.

E quanto às respostas diferenciadas dos discentes, apareceram termos referentes a tratamento, estudo e avaliação, que revelam o entendimento individual mais abrangente em relação ao tema proposto. Alguns destacaram atividades de tratamento ou reabilitação para o sofredor psíquico, o que ressalta certo entendimento do movimento da Reforma Psiquiátrica.

Área que estuda problemas psíquicos e relacionados ao uso de drogas/álcool (antúlio).

Processo de avaliação, cuidado, assistência à mente, respeitando medos, angústias. Visão além do corpo (cerejeira).

Práticas de reabilitação psicossocial capazes de compreender o sujeito com transtorno mental em sua totalidade (jasmim).

Planejar condições para que o portador de distúrbios/transtornos mentais tenha condições de viver dignamente (hortências).

Analisando as respostas dos docentes e discentes, pode-se dizer que seguiram um mesmo padrão quando se refere ao equilíbrio, estabelecendo um paradigma constante da saúde e doença mental, explicitando a doença como padrão de desequilíbrio e consequente perda da saúde. Seguindo as definições, pode-se determinar um modelo de saúde mental, porém ele aparece sempre atrelado ao conceito de doença mental, constituindo características comuns à compreensão do indivíduo e sociedade.

Ao mesmo tempo em que foram questionados quanto à saúde mental, os docentes foram também indagados sobre a concepção de doença mental.

Quadro 3 - Concepção de doença mental (docentes)

CONCEPÇÃO DE DOENÇA MENTAL	QUANTIDADE
Desequilíbrio, presença de transtorno	11
Perda da capacidade de autonomia, gerir-se, administrar sua vida	02
Fora dos padrões sociais	01
Total	14

Ao conceituar a doença mental, as opiniões prevaleceram no desequilíbrio (o inverso da concepção atribuída à saúde), citado pelo mesmo percentual, que totaliza 11

entrevistados. Houve um relato em relação aos padrões sociais, ou seja, a normatização social. Seguindo o raciocínio de norma ou padrão social, qualquer desvio social ou inadequação, desequilíbrio emocional, faz parte então da doença mental. Em uma das falas evidencia-se a crítica à concepção social e a necessidade de trabalhar com as diferenças, sem preconceito.

Doença mental é quando, na presença de algum desequilíbrio ou de alguma crise, essa pessoa não consegue resolver as suas questões (branco).

Doença mental é tudo que está fora do padrão aceito pela sociedade, na verdade existe um certo preconceito no sentido de que o indivíduo é diferente dos demais e não se sabe como trabalhar com o *diferente*, e aí muitas vezes a opção que as pessoas têm é a de deixar de lado e não serem colaboradoras que vão, no caso, resgatando a importância da diferença, bem como estar contribuindo com o *diferente* (amarelo).

As respostas dos docentes caracterizaram, em sua maioria, aspectos críticos ao modelo conceitual de saúde e doença mental, apesar de alguns fazerem a contraposição com o equilíbrio, apontaram para questões de natureza social, psicológica, biológica, ambiental e familiar. Acredita-se, assim, que a concepção dos docentes não se restringe muito a um contexto estático e tampouco à hegemonia médica, propõem flexibilidade de opiniões e inclusão de valores, vivências menos estigmatizadas e mais solidárias.

Apenas alguns entrevistados apresentaram a doença mental sob o modelo biológico: doença como uma perturbação de ordem biológica e não social. Uma das respostas com maior ênfase à palavra transtorno e deficiência, diferenciando da normalidade, é a que segue:

Doença mental, no meu entendimento, se refere ao transtorno e deficiências mentais que repercutem na vida das pessoas através de comportamentos anti-sociais que refletem na vida prática da pessoa. Então, doença mental seriam estes problemas no cérebro e que atrapalham a convivência das pessoas no dia-a-dia porque elas serão pessoas diferentes (bege).

Considerar a doença mental como alteração orgânica é uma conduta comum, ao observar uma escala de opiniões do cotidiano, provavelmente produto de semelhança às classificações nosográficas das demais doenças. Este é um dos enfoques abordados por Foucault (2005) e Pessotti (1995) ao apresentarem as concepções de loucura em uma trajetória histórica. O desequilíbrio, fora de padrão social recorda os conceitos atribuídos historicamente à loucura e descritos por Machado (1988, p. 60), apontando por Foucault:

“Loucura é presunção, ilusão, desregramento, irregularidade da conduta, defeito, falta, fraqueza”.

Rodrigues e Scóz (2003, p. 32), contribuindo na busca de mudança de contexto da saúde mental, chamam atenção para situações que colaboram com a rotulação do sofredor psíquico: “O saber centrado na doença tem possibilitado a manutenção de vários rótulos que limitam o modo como as coisas são vistas”.

O sofredor psíquico faz parte ainda de um grupo marginalizado, distinto da sociedade, embora venha despertando interesse em pesquisas e políticas de saúde, a mudança de paradigmas não ocorre em curto prazo. Como foi observada através das falas docentes, a identificação da doença mental se faz comparando as alterações fisiológicas, psicológicas e comportamentais, descrevendo o sofredor, em alguns casos, como alguém diferente dos demais. A abordagem temática reporta novamente ao conceito de normalidade e ordem social.

Compartilha-se da opinião de Bastos e Castiel (1998, p. 97), que chamam atenção para o campo da saúde mental e aspectos epidemiológicos, reportando idéias de outros autores como Kuhn e Feyerabend, afirmando que na prática das ciências é necessária a reflexão sobre a forma de ver o mundo mutável:

[...] diríamos que é cada vez mais difícil praticar a ciência “normal”, confortavelmente embalada pela certeza do enquadramento e da referência. É inegável constatar que carecemos de paradigmas explicativos com garantias de adesão incontestável, seja no âmbito mais restrito da comunidade científica, seja no que se denomina domínio social. Não se pode mais considerar a existência de estabilidade, mesmo provisória, dos paradigmas que poderiam servir de balizamento à prática cotidiana.

Aspectos conceituais do tema saúde e doença mental não podem ser restritos a definições de ausência ou presença de determinadas condições ou atitudes do indivíduo. O conceito deve considerar ou configurar possibilidade da prática de mudanças atitudinais por parte de profissionais e da sociedade, que incorporem o portador de sofrimento psíquico a possível convivência no meio social. Ou seja, em meio a “antigas certezas” surgem “outras certezas de incertezas” que desafiam as anteriores, caracterizando, talvez, um movimento dialético de uma nova síntese.

Ainda Bastos e Castiel (1998) destacam que a relação da epidemiologia no campo da saúde mental é complexa, sendo o próprio termo *saúde mental* alvo de críticas e controvérsias. Comparando com outras especialidades médicas, a psiquiatria não é vista com muita resolutividade, falta-lhe, segundo os autores, um conjunto de recursos ou estratégias

complementares que auxiliem no diagnóstico, que não podem ser semelhantes aos exames complementares realizados pela medicina tradicional. Os autores criticam este reforço ao modelo médico e do poder centralizado nele e enfatizam o desafio da epidemiologia e o campo da saúde mental:

[...] perceber a complexa diversidade dos elementos que envolvem os fenômenos Saúde/Doença, inalcançável diante do reducionismo homogeneizador do dispositivo epidemiológico e das atuais limitações das definições do Mental. Através das contribuições que aprofundem esta ordem de problemas, será possível ampliar o entendimento do adoecer humano e propor modos mais satisfatórios de intervenção (BASTOS e CASTIEL, 1998, p. 109-110).

Retomando o conceito de normalidade e ordem social, Foucault (2002) contribui para a sustentação da discussão, abordando a relação de poder e disciplina sobre o corpo do homem, como dispositivo de ordem social. Trata-se de uma vigilância, como instrumento de poder ou controle sobre o comportamento dos indivíduos perante a sociedade. O julgamento moral do indivíduo para manter a disciplina e não promover desordem social.

O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder (FOUCAULT, 2002, p. 107).

Ao destacar diferenças individuais, salienta-se esta classificação, tão conhecida na história da loucura através dos tempos, principalmente ao se falar da prática de exclusão como solução para a sociedade restabelecer a aparente ordem social. O exame do qual fala Foucault é uma das características da disciplina e método das ciências humanas, que detêm um “olhar clínico” sobre o indivíduo. Este indivíduo, ao ser “examinado”, é classificado e rotulado. Daí as designações da Medicina, Psiquiatria e Psicologia aos seus “doentes”.

No sentido de complementar ou aprofundar esta questão buscando o entendimento de doença mental, os docentes foram questionados quanto a sua experiência pessoal e profissional relacionada a ela.

Quadro 4 – Experiência pessoal e profissional x doença mental (docente)

EXPERIÊNCIA PESSOAL E PROFISSIONAL	QUANTIDADE
Pessoal, experiência com familiares e/ou amigos	09
Pessoal (próprio docente)	07
Profissional, enquanto exercício da docência	10
Profissional, em outro local de trabalho	04
Total	14

Ao serem questionados sobre experiências com a doença mental ou sofrimento psíquico, todos os docentes registraram algum tipo, pessoal ou profissional. A experiência profissional foi registrada pela maioria dos entrevistados, podendo ser associada à prática assistencial e características do curso, que tem entre seus objetivos o atendimento do indivíduo de forma integral, incluindo aqui o sofrimento psíquico e suas manifestações, bem como a promoção e prevenção em saúde. Cabe ressaltar que as vivências próximas (família ou próprio docente) foram bem referidas, totalizando mais de 50% cada, o que evidencia o contato com sofrimento mental em práticas da vida cotidiana. Este número de respostas dos profissionais foi significativo em relação à experiência próxima do convívio e pessoal, considerando que esta experiência/vivência pode auxiliar na compreensão do sofrimento psíquico e abordagem docente. Algumas falas a seguir representam a experiência com a doença mental, de ordem pessoal e familiar:

Eu tenho experiência própria, eu tenho depressão, dez anos eu fiquei com depressão sem tratar e comecei a tratá-la depois. Agora eu faço tratamento, eu sei bem o que é. E já tive familiares com esquizofrenia que cometeram suicídio, outros familiares com depressão, com alcoolismo (branco).

Eu tenho sido levada ultimamente a muita reflexão sobre isso sabe, e aí pela primeira vez na vida eu fui procurar terapia, porque eu não enxergava em mim coisas que eu não conseguisse controlar [...] Mas, chegou num determinado momento em que eu comecei a me questionar se a maneira como eu estava conduzindo as coisas era certa ou não e cheguei a adoecer por isso (bordô).

Uma outra questão é o caso de uso de drogas na família, que podemos chamar de doença mental. Essa situação surgiu recentemente lá em casa e eu constatei que ninguém da minha família tomava uma atitude diante de uma situação clara e quando estávamos reunidos, que eu poderia tentar fazer algo, eu não consegui. Mas agora comecei a refletir e pensar: chegou a hora da ajuda técnica, vou tentar oferecer o serviço de saúde de acordo com a necessidade de cada um (bordô).

Trabalhei muito tempo com pessoas internadas e também com pessoas da família, e também acho que posso me colocar como uma pessoa que apresenta alguns problemas. A gente precisa ter um equilíbrio pra não estar doente. Por exemplo, a insegurança em demasia, as fobias. E isso foi uma coisa que me prejudicou durante muito tempo, porque acabava fazendo com que tivesse limites dos meus procedimentos, nos meus afazeres. Então, isso incomoda muito porque te poda de

algumas coisas, pela insegurança e por determinados medos, fobias que a gente tem (dourado).

Martins (2006), ao comentar sobre a saúde mental dos profissionais de saúde, registra semelhança de efeitos ou reações do ponto de vista ocupacional. E cita, fazendo referência a Pitta (1991, 1992):

[...] embora conservando características próprias de cada profissão, vários aspectos da atividade profissional em saúde são compartilhados por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos; no que diz respeito à saúde ocupacional, por exemplo, o sofrimento psíquico inerente ao trabalho no âmbito hospitalar tende a ser comum a todos esses profissionais (MARTINS, 2006, p. 141).

Os motivos que levam os profissionais a desenvolver algum tipo de sofrimento psíquico não podem ser percebidos como homogêneos e generalizados, porém, o convívio com o sofrimento alheio, as condições de trabalho, as pressões sociais e institucionais exercidas sobre o trabalhador, entre outras, podem repercutir no desenvolvimento de algum sofrimento psíquico. Atualmente, um termo bastante conhecido e utilizado em discussões tem sido o estresse ou estresse ocupacional, citado aqui por um entrevistado.

Já tive estresse e depressão de caráter ocupacional, diagnosticados por psiquiatras e tive que me afastar do trabalho (azul).

Nahas (2003) comenta sobre o estresse e sua relação com a qualidade de vida do indivíduo, sendo um aspecto natural da própria vida, necessário para adaptações cotidianas. No entanto, ressalta o autor, a sociedade moderna tem apresentado o estresse crônico:

[...] Nas sociedades modernas, enfrentamos as situações de stress agudo com muito maior frequência (trânsito, divergências no trabalho, problemas domésticos) e passamos a conviver com uma forma de stress que não era comum entre nossos antepassados: o stress crônico, responsável por graves problemas associados à vida nas sociedades urbanas contemporâneas. O Brasil, ao contrário do que muitos imaginam, é um país composto de pessoas *estressadas*, em permanente competição e, muitas vezes, em luta pela sobrevivência. Isto é particularmente sentido nos grandes centros urbanos (NAHAS, 2003, p. 199).

Acredita-se que vários fatores são contribuintes para desenvolver o estresse e aproximando-se ao tema e entrevistados docentes e discentes estão expostos a muitos eventos ou situações que favorecem seu aparecimento, como jornada dupla de trabalho, exigências de desempenho docente e discente e o próprio contato com o sofrimento alheio, ao prestar assistência de Enfermagem nas mais variadas áreas da saúde.

Profissionalmente, ressaltamos a fala de dois entrevistados, que registraram sua experiência na área de saúde mental, participando da implantação de serviços alternativos, e outro entrevistado comentou sua experiência com pacientes clínicos, destacando que sua atuação é somente voltada para este aspecto, mesmo reconhecendo que são portadores de algum sofrimento psíquico.

Profissionalmente, já tive que coordenar o serviço de saúde mental na região há uns quinze anos, na época a assistência era voltada mais pro atendimento individual por médico psiquiatra ou generalista treinado... Acompanhei a criação dos primeiros centros de atenção nas cidades de Cocal e Içara, hoje denominados CAPS, também pude participar de um curso de saúde mental coletiva no Rio Grande do Sul, e foi quando comecei a despertar o olhar para essa questão de saúde mental, e na época, juntamente com um médico, desenvolvi um projeto nessa área aqui em Criciúma, porém não conseguimos pôr em prática esse plano em Criciúma, mas tivemos a felicidade de começar um outro em Cocal do Sul (marrom).

Pessoalmente não, mas tenho contato quando nós vamos pra campo de estágio. Lá nós encontramos, por exemplo, pacientes que vão fazer uma cirurgia de prostatectomia²⁵ e que se observa que eles possuem algum transtorno mental; só que na verdade nós direcionamos nossos cuidados para a assistência em Enfermagem, para os cuidados físicos e a cirurgia em si, deixando o transtorno mental para o psiquiatra (bege).

A primeira fala corresponde à atuação e participação enquanto profissional no movimento da Reforma Psiquiátrica, através de estratégias políticas de implantação de serviços alternativos de saúde mental, demonstrando entendimento e fortalecendo a importância do movimento de mudança na saúde mental.

Já a segunda colocação revela a visão do sofrimento psíquico presente em doença clínica, não esclarecendo bem a relação entre ambos. Ressalta a separação do indivíduo conforme as manifestações apresentadas, separando a assistência por área profissional. A assistência centralizada ou focalizada apenas para uma área ou parte referida do indivíduo decorre, neste caso, provavelmente pela dificuldade em se lidar com aspectos da saúde mental

²⁵ Prostatectomia é a intervenção cirúrgica em que ocorre a retirada da próstata, indicada em situações de aumento desta, devido a patologia benigna ou maligna.

ou pelo não-reconhecimento desta como inerente ao quadro de saúde de qualquer indivíduo, não podendo ser dividido ou isolado do contexto saúde/doença. Mostra, em todo caso, o modelo hegemônico de cuidado em saúde, que separa o indivíduo em partes e o encaminha a especialistas.

Bastos e Castiel (1998) salientam sobre as manifestações psicossomáticas da doença mental, que são consideradas mais brandas e não obrigatoriamente medicalizáveis, mas que, no entanto, são comuns e de número relevante em ambulatórios. Sinais e sintomas do *mal-estar social* da atualidade, que são, de certa forma, abandonados pela medicina, por dar preferência aos casos em que há tecnologia para estudos diagnósticos, bem como a contribuição de especialistas.

Para realizar o diagnóstico de sofrimento psíquico é necessário investigar vários fatores, junto à história pregressa e familiar, não existindo nenhum exame específico para definir ou classificar a doença mental, como acontece na maioria das manifestações clínicas e cirúrgicas. Bastos e Castiel (1998) fazem uma crítica a esta prática médica, que se preocupa e investe mais nos casos clínicos, levando ao abandono do contingente mental, que é problemática presente em seu cotidiano, pelo número expressivo de queixas psicossomáticas apresentadas na maioria dos atendimentos ou associadas ao sofrimento psíquico:

Isto se manifesta de modo evidente nas populações que perambulam pelos serviços de saúde sem encontrar acolhimento resolutivo para suas queixas. Ou seja, a prática médico-cirúrgica está preferencialmente dirigida aos consumidores de tecnologia diagnóstica e intervencionista e *mão-de-obra* especializada, eminentemente hospitalocêntrica (BASTOS e CASTIEL, 1998, p. 104).

Apesar dos entrevistados não terem comentado o fato, concorda-se com a citação anterior, no sentido de que as situações de sofrimento psíquico da população são comuns em locais que prestam assistência à saúde. Observou-se durante a prática profissional-docente um número significativo de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentando queixas somáticas, de etiologia relacionada a situações de sofrimento psíquico, envolvendo situações individuais e/ou familiares. Estes usuários buscam, em sua maioria, o atendimento de um profissional da saúde, geralmente o médico, para atender necessidades básicas como a dor, a angústia ou o sofrimento atual.

Além disso, situações como a hospitalização, internação de longa duração, diagnósticos imprecisos ou de gravidade/risco de vida, situações em que o prognóstico é ruim,

entre outros, que geram expectativa, sentimentos de apreensão, tristeza, medo no indivíduo despertam necessidade de atenção e cuidado profissional. Fazendo esta relação é possível considerar que a experiência ou vivência com o sofrimento psíquico é bastante comum e de fácil acesso/contato para todos os entrevistados nesta pesquisa, principalmente para os enfermeiros.

Destaca-se um relato de agressão física como experiência acadêmica de um docente, que marcou sensivelmente o olhar e atitudes frente à doença mental, no sentido do entrevistado demonstrar inquietação durante a entrevista, apontando para sua dificuldade em lidar com o sofrimento psíquico em sua prática profissional, tendo internalizado esta experiência negativa, que possibilita a discussão para o resultado de algo difícil de ser superado, a revelação do estigma ou da mitificação da doença mental.

Eu tive alguma experiência com doença mental através dos estágios da faculdade, que não foram muito boas, pois sofri uma agressão física, sendo que foi uma experiência muito negativa, criando em mim até um bloqueio para continuar. [...] já na parte profissional, só tive experiência em atendimentos de emergência onde as pessoas apareciam com indivíduos com surtos psicóticos e era muito comum pessoas de algumas Igrejas com transtornos e muito agitadas, mas nós pedíamos auxílio pro pessoal da psiquiatria e assistência social no sentido de encaminhar esses pacientes para um atendimento adequado (vermelho).

Importante lembrar aqui que a experiência deste entrevistado com a doença mental ocorreu em instituição psiquiátrica há mais de 10 anos, portanto, tipicamente uma “instituição fechada”, quando pouco ainda se ouvia sobre a Reforma Psiquiátrica e a prática era institucional, asilar e opressiva para os internos. As experiências de sofrimento contextualizando o tema de rotulação e exclusão social reafirmam a mitificação da doença mental e o confronto com estereótipos de alienação mental. Castel (1991) apresenta a loucura no final do século XVIII, vista como violação de todas as regras, associando o louco à imagem do nômade e do comportamento de insanos ou furiosos, como comparado a animais nocivos ou ferozes. A loucura, segundo este prisma, é a desordem social que, para ser tratada, necessitava do internamento, impondo a disciplina e ordem social.

Já os discentes não foram questionados especificamente sobre a concepção de doença mental, mas quanto a sua concepção do comportamento do sofrimento psíquico, no sentido de evidenciar ou reconhecer a visão pessoal da doença mental. A partir da referência encontrada torna-se possível avaliar a lógica dos conceitos discentes e sua compreensão do fenômeno loucura ou doença mental.

Quadro 5 - Concepção sobre o comportamento do sofredor psíquico (discente)

CONCEPÇÃO QUANTO AO COMPORTAMENTO DO SOFREDOR PSÍQUICO	QUANTIDADE
Mudanças de humor (alegria, agressividade, manias, tristeza). Pode não ser compreendido	6
Alguém que precisa de ajuda, cuidado, atenção	5
Diferente, fora do contexto social	4
Não informado	3
Isolamento social	2
Defensivo, cria cenário imaginário	1
Religiosidade e familiar	1
Embotamento social, tristeza, apatia	1
Adequado ao seu estado mental	1
Total	24

Questionando os discentes sobre seu entendimento do comportamento do portador de sofrimento psíquico, três temas foram os mais apontados: diferentes comportamentos dependendo do transtorno; pessoa que necessita de ajuda/atenção/cuidado e alguém diferente, fora da realidade social. Quando foi citado o sofredor psíquico como pessoa que precisa de ajuda/atenção/cuidado é possível olhar sob dois aspectos: como alguém necessitado, que pode ser chamado de “coitado”, neste caso acaba sendo excluído socialmente, visto como diferente, que não se enquadra nas normas sociais e seguirá as concepções estigmatizadas ao longo da história. E sob outro aspecto, o olhar para o cuidado como desenvolvimento de sua autonomia, aqui ao contrário, envolvendo o processo de inclusão social, de respeito e interesse em atender as necessidades do indivíduo. Algumas falas representativas são descritas a seguir:

Alguém que precisa de ajuda. Normal, que precisa de cuidados (margarida, copo de leite e lírio).

Depois do estágio entendi que é alguém que precisa de atenção, amor, paciência, cuidados e ambiente compatível, que proporcione crescer e não vegetar como se vê (hortências).

Quando o discente entrevistado respondeu *ambiente compatível*, também ofereceu ambiguidade de interpretação, podendo este local ser o ambiente familiar ou instituição de tratamento voltada para o atendimento especializado, presenciado através da experiência do estágio. Ao mesmo tempo, ao citar a necessidade de cuidado, envolvendo palavras como atenção, amor e paciência, introduz idéias de um processo interpessoal.

Travelbee (1979) define a relação interpessoal como vínculo inerente da Enfermagem ao indivíduo, família e comunidade. A autora destaca que a concepção de saúde e doença mental depende da natureza do ser humano e da sociedade em que vive, reconhecendo que os seres humanos vivem em constante interação uns com os outros e com seu ambiente. Esta visão direciona para a avaliação do indivíduo como parte integral do seu sistema social, não devendo ser isolada de sua família, comunidade e outros grupos de referência local. Este processo, segundo Joyce Travelbee (1979) em sua teoria da *Relação Pessoa – Pessoa*, enfatiza a relação humanista do enfermeiro e paciente com demais pessoas ao seu redor. Evidencia o *amor* como princípio básico na construção da assistência humanizada e salienta a necessidade do indivíduo acima de tudo amar-se para poder amar os outros, estabelecendo questionamentos como: “[...] se um indivíduo não se ama e se respeita a si mesmo, como pode amar e respeitar os demais?” (TRAVELBEE, 1979, p. 8).

Norteando o tema transtorno mental a comportamentos inadequados ou excessivos apareceram duas falas mais representativas:

Dependendo do transtorno, em momentos de surto podem apresentar agressividade, medo, alegria excessiva ou atitudes não aceitas na sociedade (tulipa).

Depende da patologia/sofrimento. Agitado, nervoso, com manias, ora alegre, ora triste, deprimido, carente (antúlio).

Acredita-se que a reprodução de uma lógica que vê os comportamentos citados vem de um olhar social e também está presente na experiência dos discentes nos estágios de saúde mental. Percebe-se o olhar menos crítico que os docentes, levando a um entendimento voltado para a dificuldade de estabelecer maior vínculo com o sofridor psíquico, por atribuir-lhe mais características patológicas ou de desordem social. No entanto, é sabido que os meios de comunicação de massa também colaboram para generalizar a imagem de indivíduos com sofrimento psíquico associado a situações consideradas *anti-sociais*.

A discussão de tais comportamentos pode ser complementada com o termo *alienação social*, que pode ser percebido através das falas que destacaram o sofridor psíquico como diferente frente à sociedade e portador de doença que possui características comportamentais inadequadas perante as normas sociais, como se observa pelas falas a seguir, acentuando uma fala que referiu a possibilidade do comportamento como herdado, a pessoa já nascendo com este “destino” de ser diferente:

Comportamento inadequado na visão da sociedade, porém adequado aos padrões patológicos da doença, que precisam de tratamento, pois causam sofrimento ao indivíduo (gardênia).

Uma pessoa que, por destino, adquiriu ou nasceu diferente daquilo que a sociedade preconiza (girassol).

No entanto, na resposta a seguir, o conceito de *diferente* atribuído ao sofredor psíquico pode ser entendido como pessoa que sofreu transformações no percurso da vida, patológica ou não, e a partir destas mudanças de comportamento ou pensamento o indivíduo sente-se diferente dos outros, o que não caracteriza a exclusão social dele, neste caso a diferença que o indivíduo observa em si não é vista como uma projeção social.

A pessoa começa a mudar, ela fica se sentindo diferente, algo difícil de explicar. É um comportamento, na verdade, fora da realidade (crisântemo).

Um discente respondeu ser problema relacionado à religiosidade/espiritualidade e problemas na família, chamando atenção para aspectos como relacionamento familiar, crenças religiosas ou apoio na fé e espiritualidade como um julgamento moral, o que pôde ser interpretado a partir da observação da constância de suas respostas voltadas para este aspecto, como é expresso na resposta a seguir:

Falta de Deus e problemas pessoais familiares (narciso).

Tal afirmação reporta para a concepção de doença mental na época medieval, como na inquisição comentada por Pessotti (1995), com aspectos restritivos à identificação da loucura com o campo da demonologia, predominando a concepção religiosa e dos feitiços. Este foi efeito político e moral presente na época que, segundo o autor, refletiu no desenvolvimento e poder do cristianismo, cultuando os termos bem e mal para explicar a tendência à perversão ou pecado, presentes no próprio homem.

Além da informação sobre a concepção discente quanto ao comportamento do sofredor psíquico, foi questionado sua opinião a respeito da concepção social do mesmo tema.

Quadro 6 - Entendimento quanto à concepção social frente ao sofredor psíquico (discente)

CONCEPÇÃO SOCIAL	QUANTIDADE
Louco, excluído, discriminado, indesejado	16
Que provoca medo, perigo, ameaça, agressivo	05
Que não tem utilidade, incapaz	02
Especial, diferente	01
Total	24

Aqui surgiram várias respostas apontando para a exclusão social e o desejo de manter os sofredores psíquicos afastados da sociedade. As respostas foram unânimes em apresentar sentimentos que caracterizam ou expressam o olhar discriminatório, que provocam exclusão e rejeição social. As respostas apontadas pelos discentes atribuem estes sentimentos à sociedade, porém, é preciso reconhecer que todos fazem parte desta sociedade.

É possível que os discentes tenham maior reconhecimento da situação do sofredor psíquico, tendo passado pelo campo de estágio e pelos conteúdos abordados durante o curso e sua visão esteja voltada para a necessidade de inclusão social e não mais de exclusão. Acredita-se neste discurso, que o ensino da graduação do curso de Enfermagem possa ser capaz de promover o olhar voltado para a desmitificação da doença mental.

No entanto, fica um questionamento: será que o olhar destes discentes para o sofredor psíquico pode estar de acordo com a opinião relatada sobre a sociedade? Pode haver certo retraimento das pessoas (discentes) em expressar a realidade de sentimentos pessoais, como medida preventiva para não sofrer críticas e acabam comentando o olhar/visão externa, que se encarrega de excluir o sofredor psíquico do contexto social. São questionamentos que podem ser investigados ao longo da experiência profissional da pesquisadora e permanecem em aberto para futuras pesquisas na área.

As palavras excludentes citadas em relação ao sofredor psíquico foram: *incapaz, inútil, louco, desprezado, irresponsável, agressivo, indesejado, impotente, inadequado, ameaçador, constrangedor, perigoso, que provoca medo, um problema*. São vários adjetivos para caracterizar expressões, sentimentos voltados para a mitificação da doença mental que, acredita-se, desta forma, estar fortemente presente nos comportamentos ou relacionamentos sociais. Destaca-se um relato de discente, que afirmou entre as concepções sociais a necessidade de internar o sofredor psíquico, confirmando mais uma vez a exclusão ou intolerância social.

Exemplos destes sentimentos atribuídos às reações da sociedade frente ao sofredor psíquico:

Pessoa que não tem utilidade (copo de leite).

Indivíduo incapaz de conviver na sociedade, excluído e indesejado (orquídea).

Louco, que pode agredir a qualquer momento (boca de leão).

Louco, impotente, ameaçador e constrangedor (tulipa).

Pessoa que deve ser mantida em confinamento, isolada dos outros (estrelícia).

Pessoa que deve permanecer separada dos outros, que não sabe viver em harmonia, precisa ser internado (lilac).

Como já foi comentado anteriormente, trata-se de conferir rotulações aos indivíduos, caracterizando-os como forma de ameaça e incapacidade de convivência social. Concebendo a loucura como desvio moral, a sociedade, neste caso, apresenta resistência ou pouco conhecimento em relação às políticas de saúde mental e às estratégias de mudança que cercam o sofredor psíquico.

Tais afirmações são compartilhadas por Livramento (2003), ao apresentar resultados de sua pesquisa em uma instituição psiquiátrica, destacando as seguintes concepções dos profissionais sobre a loucura: falta de razão, fora da normalidade, estado alheio à normalidade. Agregando a esta discussão, destaca-se a citação de Livramento (2003, p. 95), comentando a obra *História da Loucura*, de Foucault:

[...] a loucura, assim como as práticas e discursos que a definem, não é um processo atemporal, muito pelo contrário, ela se insere nos modelos de cada sociedade para explicar certa forma de exclusão que ela mantém com seus grupos sociais marginalizados. Longe de ser a psiquiatria quem descobre a loucura, é ela que a constrói.

Assim, tem-se que esta forma de olhar para o louco é antes um produto social, do qual as ciências fazem parte, do que uma “descoberta científica” que se pretende neutra.

A seguir, ao apresentar-se o entendimento dos discentes sobre a causa da doença mental foram registradas/agrupadas como causas físicas todas as consideradas externas, como: ambiente, estresse, uso de drogas, cansaço, sedentarismo, vida agitada e outros.

Quadro 7 - Entendimento quanto à etiologia da doença mental (discente)

ETIOLOGIA DA DOENÇA MENTAL	QUANTIDADE
Causa física (ambiente, estresse, uso de drogas/medicação)	19
Causa psicológica (sofrimento, decepções, perturbações psicológicas, traumas emocionais)	16
Causa genética, hereditária, familiar ²⁶	15
Causa biológica (doenças)	07
Causa social	04
Causa espiritual	02
Inúmeras, mas não especificadas	01
Total	24

Quanto às causas da doença mental ou sofrimento psíquico, a grande maioria respondeu que a doença mental está associada a mais de um fator causal, destacando-se 3 causas mais citadas: física, psicológica e genética/hereditária. Nestes três temas destacamos o que ficou mais evidente nas respostas: dos 19 que responderam ser devido à causa física, 10 citaram o fator estresse e 06 o uso de drogas ilícitas; na causa psicológica, 16 discentes responderam de forma homogênea aspectos como trauma/choque/situações de sofrimento emocional. E entre os 15 que apontaram o fator genético, apenas 01 respondeu este fator exclusivamente, o restante apresentou outros fatores causais associados.

O entendimento dos agentes etiológicos influencia na crença ou expectativa em relação à cura da doença mental, assim como na possibilidade e tipo de tratamento. Assim, ao atribuir a natureza da loucura a várias causas, os discentes socializam vários fatores, a partir de situações comuns numa sociedade capitalista e passível ou próxima de qualquer indivíduo. Recordando as concepções de loucura em sua historicidade, ao apontar fatores físicos, psicológicos, hereditários e biológicos, os discentes entrevistados abordaram dois enfoques comentados por Pessotti (1995): o entendimento da loucura como produto de conflitos passionais do homem e como efeito de disfunções somáticas ou enfoque organicista. A causa passional, segundo Pessotti (1995), está relacionada ao conflito das paixões, às emoções humanas e à norma, a razão e o instinto. Estas emoções e instintos humanos podem ser julgados pelos seus excessos e conflitos em confronto com a realidade e normas sociais.

Alguns relatos dos discentes, que evidenciam estas crenças sobre etiologia da doença mental:

²⁶ O registro de resposta apontando *família* como fator causal foi apresentado por dois entrevistados sem maior especificidade, podendo ser caracterizado como genético ou emocional. Neste estudo, a pesquisadora optou em relacionar ao fator genético, devido à experiência na academia, quando discentes comentam sua preocupação com os aspectos de herança genética x aparecimento da doença mental.

Acredito que sejam as disfunções anatômicas (genéticas) e o ambiental como estresse (chuva de ouro).

O fator genético, uso de drogas, os traumas e a depressão (tulipa e jasmim).

Eu penso que é por doenças, grandes perdas (mãe, pai, filho, marido) e o choque emocional (lilac).

Com certeza, muitos fatores como genético, separação, depressão, estresse, dano no Sistema Nervoso Central (SNC) e acidentes traumáticos (cravina).

As respostas são semelhantes às concepções atribuídas na pesquisa de Livramento (2003, p. 97): “De um lado, com incrível força histórica, a explicação organicista de suas origens. De outro, todo um conjunto de explicações que varia de fatores pessoais, familiares, sócio-culturais ao cansaço ou estafa”.

Cabe destacar ainda a resposta a seguir, que expressa a crença do discente para o aspecto religioso e moral, mantendo o julgamento da doença com caráter mitológico e relacionado ao demoníaco medieval da psicopatologia apontado por Pessotti (1995).

Falta de Deus e muito sofrimento e pecado no mundo (narciso).

Fica evidente a relação entre o bem e o mal, através das palavras *Deus, sofrimento e pecado*, fortalecendo a trajetória da concepção medieval da loucura, citada em Pessotti (1995), relacionando a uma invasão demoníaca:

Não se encontra um raciocínio do tipo “está possuído pelo demônio, por isso está louco”. O que se encontra, em vez disso, é a idéia de quem faz ou diz coisas raras, estranhas ou imorais age por obra do diabo, está possuído por ele. Entre outros termos, não se afirma algo como “posseço, portanto louco”, mas “louco, portanto posseço” (PESSOTTI, 1995, p. 90).

A compreensão quanto à etiologia da doença mental pode influenciar positivamente quando voltada para a atenção e tratamento do sofredor, família e sociedade, desde que não ocorra um julgamento moral ou que não corresponda ao pensamento traduzido em incurabilidade e na degenerescência da doença mental. A teoria da degenerescência foi instituída por Morel em 1857 e, segundo Portocarrero (2002), ele traduziu esta teoria como

fixa e permanente, considerando-a um perigo incessante, pois, segundo a teoria, a doença mental era transmitida aos seus descendentes até a última linhagem. Comentando esta mesma teoria, Castel (1991) cita a repercussão desta concepção promovendo o tratamento moral e a medicalização mais extensa, fazendo emergir a moralização das massas, atingindo as camadas sociais menos favorecidas. O autor chama atenção para as consequências deste tratamento, que reflete ainda no asilamento:

A transformação do fundamento teórico da doença mental irá, desse modo, produzir um duplo efeito em contraste mútuo. Por um lado, os prognósticos pessimistas comandados por uma etiologia orgânica, o aumento do número dos incuráveis, o aparecimento dos ineducáveis, irão fechar a noite asilar sobre si mesma. Enormes “morredouros” onde a referência médica se torna cada vez mais paródia. Por outro lado, abre-se um campo infinito de intervenções: prevenção, profilaxia, despistagem... o médico oferece seus serviços e se multiplica, quer estar presente em todas as linhas de frente onde emerge um risco de desordem. Para essas novas atividades Morel conserva o rótulo de “tratamento moral” que lhe “parece uma feliz designação” [...] (CASTEL, 1991, p. 265).

Desta forma, a compreensão da etiologia do fenômeno da doença mental guarda uma estreita relação com o olhar que se tem para com o doente que, por sua vez, determinará o tratamento a ser dispensado a ele. Este conjunto etiologia/olhar/tratamento é revelador da proximidade ou não de superação do modelo hegemônico.

Categoria 2 - Assistência ao sofredor psíquico

Esta categoria será apresentada a partir dos seguintes elementos:

- Percepção em relação à cura da doença mental;
- Conhecimento sobre o movimento da Reforma Psiquiátrica;
- Sentimentos relacionados ao estágio supervisionado de saúde mental em locais de assistência hospitalar e ambulatorial;
- Tratamento adequado para o sofredor psíquico ou doença mental.

Quadro 8 - Entendimento sobre a possibilidade de cura da doença mental (docente)

CURABILIDADE DA DOENÇA MENTAL	QUANTIDADE
Sim	06
Não, somente equilíbrio, estabilidade	05
Depende do caso, alguns sim	03
Total	14

A partir da experiência própria com o sofrimento mental, relatada anteriormente pelos docentes, acredita-se na formação de opinião dos entrevistados em relação à concepção e evolução destes pacientes. Ao serem questionados sobre a possibilidade de cura, a maioria respondeu afirmativamente, totalizando seis participantes, e mais três docentes responderam que é possível, dependendo do caso. Quanto às respostas negativas, todas foram citadas argumentando que não há cura, mas há equilíbrio, estabilidade ou controle dos casos de sofrimento mental. Destaca-se um relato que afirma não ter presenciado ou vivenciado nenhum caso de cura, trazendo à tona a incurabilidade, a exclusão deste indivíduo, sem chance de reabilitação.

Olha, eu não conheço ninguém até hoje que tenha obtido a cura, por isso eu penso que existe o tratamento no sentido de amenizar a doença e lidar com ela, mas a cura total eu acredito que não (bege).

Outra situação registrada que chamou atenção foi o fato da cura ser possível, mas necessitar de controle, que não foi especificado, mas deveria ser feito por apresentar risco de adoecimento posterior.

Eu acho que sim, na medida em que a pessoa consegue se auto-gerir, mas vamos analisar a seguinte situação: hoje eu obtive uma cura ou tive alta da terapia e só por isso estou curado pra sempre? Eu tenho que ter as minhas responsabilidades de pensar o que eu preciso e quais são os sinais que eu tenho que aprender a conhecer em mim que indicarão que eu vou estar recaindo [...]. Então, resumindo, eu acredito que a cura pode não ser definitiva, mas as pessoas podem passar por transtornos sérios e dar a volta por cima e viver em sociedade, porém sempre focadas no auto-controle e usando as ferramentas necessárias para isso (rosa).

Entre os próximos relatos aparece a preocupação com a rotulação da doença mental:

Graças a Deus sim, porque se a gente não visualizar uma cura para um processo como a doença mental, seria como se a gente rotulasse essa pessoa e ela vivesse eternamente nessa condição de doente mental. Eu profissionalmente já acompanhei alguns casos e a pessoa retoma a sua vida mesmo estando num estágio que depende de medicação, mas ela tem a possibilidade de se voltar pra si e de construir suporte interno e retomar a sua vida, retomar o seu trabalho, sua família e ter uma vida socialmente adequada, então eu com certeza acredito muito na cura, todos têm esta possibilidade, o quanto vão conseguir alcançar dependerá do nível de debilidade do próprio organismo (prata).

Eu não falo em cura, porque eu acho que é um equilíbrio. [...] Eu acredito que doença mental é que nem a diabetes e a hipertensão, ela tem um controle e tu consegues conviver normalmente com esse desequilíbrio, com essa doença, mas isso não inviabiliza a tua vida diária, tua vida como cidadão e a tua qualidade de vida [...] (branco).

Eu acho que existem muitos casos que têm cura, outros são mais difíceis, mas eu acredito na cura desde que a gente consiga trabalhar corretamente com esses indivíduos, seja em casa ou na escola e na sociedade em geral, visando sempre à inclusão social e não a exclusão [...] (amarelo).

Apesar de não haver maior prevalência nas respostas quanto à cura da doença mental, houve relatos significativos dos docentes em relação à assistência e reabilitação do sofredor psíquico, percebendo-se temas como direitos de cidadania, inclusão e autonomia, que podem ser adotados como exercício no processo de reabilitação psicossocial do sofredor psíquico, dentro do movimento pela Reforma Psiquiátrica. Neste momento, não será possível comparar as respostas com a concepção sobre etiologia, não questionada junto aos docentes, mas acredita-se que não apresente grande diferencial em relação aos discentes, dispondo vários fatores contribuintes para este fenômeno. O importante aqui é destacar que os docentes acreditam na possibilidade de tratamento, mesmo que seja para controle de manifestações/sintomas. Tal concepção está vinculada ao ensino e discussão junto aos discentes, como formadores de opinião sobre saúde e doença mental.

De certa forma, as respostas deste estudo também compartilham com a discussão de Livramento (2003) sobre a concepção apresentada entre os profissionais de saúde de um Hospital Psiquiátrico entrevistados, ao afirmarem, em sua maioria, que a doença mental não possui cura, mas controle de causas.

[...] Essa resposta traz à tona a importância da concepção da causa da loucura como passional ou orgânica nesta última classificação principalmente a sua categorização como doença genética. Afinal, como curar aquilo que se encontra presente nas mais íntimas entranhas de nosso ser? Como curar aquilo que habita, não nossa alma, não nossa mente nem nossa imaginação, mas sim nosso código genético, que se constrói completamente independente de nossa vontade? (LIVRAMENTO, 2003, p. 100).

Quadro 9 - Entendimento sobre a possibilidade de cura da doença mental (discente)

CURABILIDADE DA DOENÇA MENTAL	QUANTIDADE
Sim	12
Depende da patologia, transtorno	09
Não, só estabilizam	03
Total	24

Os discentes foram questionados quanto à possibilidade de cura da doença mental e solicitados para justificarem sua resposta. Em maior destaque responderam acreditar que sim e também grande parte deles respondeu que depende da patologia associada. Somente três discentes responderam que não há cura, só estabilizam através de tratamento. Desta forma, é evidente que nenhum deles desacredita na possibilidade de tratamento, apesar de citar a possibilidade de mudança ser dependente do quadro apresentado pelo sofredor psíquico. Nota-se semelhança nas respostas discentes e docentes, mas destaca-se o relato mais otimista dos discentes. Esta manifestação positiva em relação à cura tem intensa relação com o relato anterior sobre as causas da doença mental serem consideradas pelos discentes, na maioria determinadas por vários fatores do cotidiano do indivíduo.

A aproximação da cura e doença mental foi assim descrita pelos entrevistados:

Sim. Porque a ciência evoluiu e há muitos estudos na área (orquídea).

Sim, porque pode ser causada por uma fase conturbada da vida e passar e ela superar a doença (gérbera).

Sim, basta um tratamento com a ajuda de medicamentos e da pessoa doente (palma).

Alguns relatos que citaram a cura como dependente da causa ou doença apresentada:

Depende da situação. Com causa biológica/patológica não, mas com a causa social e familiar tem cura. Porque os problemas sociais, tendo ajuda, se resolve parte deles com pessoal especializado (hortências).

Sim, depende do tipo de doença. Ex: depressão é um transtorno psíquico que tem cura (jasmim).

Depende do tipo de patologia. Ex. esquizofrenia não tem cura, porém existe tratamento. Na minha opinião todos têm tratamento (antúlio).

Observa-se o termo *crônico* associado a doenças consideradas incuráveis, passíveis de tratamento ou controle.

Algumas sim, com tratamento medicamentoso, terapias, acompanhamento multiprofissional, outras são crônicas (cravina).

Não. Estabilizam, mas não curam, é crônica (lírio da paz).

O discente que correlacionou o aspecto religioso ao tema mantém sua concepção também na crença da cura:

Sim, creio que só Jesus pode curar (narciso).

A interpretação desta fala segue o raciocínio mitológico comentado por Pessotti (1995, p. 100), podendo ser exemplificada com a concepção demonista cristã:

[...] essa concepção demonista cristã exclui as paixões, os instintos e os desejos humanos, da etiologia da loucura, pois eles já não são forças próprias de uma natureza autônoma do homem. São obras do demônio, ou dos Anjos, ou de Deus. Ao homem cabe fugir delas e culpar-se, quando 'erradas', perigosas, ou entregar-se a elas, quando santas ou meritórias.

Quadro 10 - Conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica (docente)

CONHECIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	QUANTIDADE
Questão de mudança de paradigma, tratamento. O paradigma do médico centrado e o hospital no centro. Trabalho interdisciplinar. Avanço na atenção à doença mental.	4
Tratamento domiciliar, evitando internação. Mudança ou extinção de locais precários de assistência. Evitar o enclausuramento.	4
Reformulação desde políticas, econômicas, até de procedimentos como a humanização do atendimento, estrutura física. Precisa de pessoas treinadas, especializadas. Mudanças institucionais, reconhecer o doente mental como alguém com capacidades.	3

Não se considera apto a responder.	2
Reduzir internações, mas ainda é preciso criar mais alternativas para situações de emergência psiquiátrica.	1
Total	14

A Reforma Psiquiátrica é o movimento atrelado à assistência ao portador de sofrimento mental, discutindo propostas de reabilitação psicossocial, a desinstitucionalização, estabelecendo direitos de cidadania, possibilitando a articulação de serviços e políticas públicas de saúde, constituindo-se em um contraponto ao modelo hospitalocêntrico e medicamentoso vigente. Questionando os docentes sobre o conhecimento que possuem deste Movimento, somente dois entrevistados se abstiveram de responder, o restante apresentou discursos variados, evidenciando temas como mudança de paradigma, assistência domiciliar no tratamento ao sofredor mental, mudanças institucionais e políticas e redução de internações.

No entendimento destes profissionais, a Reforma vem dar contribuição para o tratamento, não sendo referido como agravante no processo de cuidado – crítica presente entre especialistas e opinião pública; apenas houve registro de três participantes chamando à discussão da necessidade de melhorar alguns aspectos, como a maior participação de gestores de nível municipal, estadual e federal e a formação ou articulação de profissionais especializados na área de saúde mental. Abaixo, alguns relatos para ilustrar esta análise. De início, as falas registram necessidade de mudança no tratamento, incentivando o tratamento extra-hospitalar:

O que eu sei a respeito não é muito, acho que tem a ver com o fato das pessoas serem assistidas em suas próprias casas e assim diminuir as internações, ao invés das pessoas ficarem enclausuradas atrás dos muros dos sanatórios, terem um acompanhamento em sua própria casa junto com sua família, amigos e na comunidade onde vivem (verde).

Eu já ouvi falar alguma coisa, e me lembra a passagem dos manicômios para tratamento domiciliar e tratamento ambulatorial, abolindo aqueles tratamentos horríveis com eletrochoques, confinamento, etc. É tudo que eu me lembro sobre a Reforma Psiquiátrica, mas com relação às novas leis, eu não estou ao par (vermelho).

Esta fala aponta aspectos de políticas públicas:

[...] eu vejo que através das novas leis e portarias do Ministério da Saúde está havendo um grande avanço na atenção à saúde mental, só que ainda faltam gestores a nível municipal mais sensibilizados pra essa questão de saúde mental e também se preocupando em criar serviços de atenção à saúde mental, não necessariamente CAPS, mas um serviço de referência a nível ambulatorial, para que as pessoas também possam procurar esse serviço, e nas secretarias municipais de saúde, as equipes que trabalham nos Programas de Saúde da Família possam voltar a sua atenção para essas pessoas que têm essas necessidades especiais, porque o que se vê é que estão sendo criados serviços que dão conta da doença mental, e para a saúde mental está se fazendo muito pouco, porque é na atenção básica que a gente vai começar a prevenção e neste nível estar trabalhando com a comunidade, seja com criança, adolescente ou adulto [...] (marrom).

A mudança de paradigma das concepções da loucura e suas vertentes conduz à prática da Reforma Psiquiátrica, ocupando-se de transformações efetivas no campo da saúde mental. Este acontecimento histórico-político, apesar de ter iniciado há pelo menos vinte anos no Brasil, é um modelo anunciado e confrontado na área específica de saúde mental, o que pode tornar-se um pouco restrito e, paralelo a isso, ser tema desconhecido por parte da população, que não acompanha as políticas e movimentos de saúde mental. Correspondendo a este desconhecimento, destacam-se duas falas docentes:

Não me considero apta a comentar (azul).

Eu realmente não sei sobre o assunto, desconheço (lilás).

Ao comentar sobre mudança de paradigma e a necessidade de conhecimento sobre a Reforma, não só pelos profissionais, mas pela própria sociedade, um docente disse:

A sociedade também tem que receber informação a respeito disso, senão essas coisas de tirar todos esses rótulos, essas coisas não se consegue (dourado).

Aparece também a mudança de paradigma envolvendo o médico e hospital como centralizadores na assistência ao sofredor psíquico:

Eu acho que a Reforma é um ganho bastante grande pra psiquiatria e ela veio pra mudar de forma benéfica, porque eu acho que a Reforma trabalha com a questão de mudança de paradigma. O paradigma do médico centrado e o hospital no centro. A Reforma vem pra dizer que não, que tem outras possibilidades. Ela não inviabiliza, ela não impede a hospitalização, ela não vem dizer isso. A Reforma veio pra isso, ela mexeu com isso [...] (branco).

As práticas de internamento e as relações de poder são analisadas por Foucault (2002, p. 127), que comenta sobre o adestramento dos loucos:

[...] As relações de poder constituíam o *a priori* da prática psiquiátrica. Elas condicionavam o funcionamento da instituição asilar, aí distribuíam as relações entre os indivíduos, regiam as formas de intervenção médica. [...] É este triplo poder que constituía a loucura como objeto de conhecimento possível para uma ciência médica, que a constituía como doença, no exato momento em que o 'sujeito' que dela sofre encontrava-se desqualificado como louco, ou seja, despojado de todo poder e de todo saber quanto à sua doença [...].

A proposta da Reforma torna-se então polêmica e difícil a partir do momento em que propõe a ruptura de paradigmas, e entre eles está o poder, tão cristalizado na prática por alguns profissionais, acostumados a trabalhar mantendo a hegemonia de conceitos e atitudes, reafirmando ou revivendo condições históricas de poder sobre a loucura. A questão da hospitalização vista como única alternativa de tratamento para o sofredor psíquico sustentando o modelo manicomial entra também em debate com os modelos alternativos, extra-hospitalares de tratamento, voltados à inclusão social.

Ao analisar o conjunto de falas dos docentes, observa-se que alguns possuem esta compreensão de ruptura da reforma, outros conhecem parcialmente e ainda dois responderam desconhecer. Assim, é possível afirmar que o processo da Reforma Psiquiátrica ainda carece de informação entre os entrevistados no sentido de reconhecer a real proposta do movimento diante da questão saúde e doença mental e os acontecimentos voltados à humanização do atendimento do sofredor psíquico. É compreensível que alguns docentes, por não estarem tão próximos do cuidado, contato com os pacientes ou área de conhecimento, estejam à margem desta discussão.

A finalidade de integrar ou promover argumentações do saber psiquiátrico atual envolve maior discussão sobre a desinstitucionalização, comentada por Rotelli, Leonardis e Mauri (2001) como transformação das relações de poder entre instituições, sujeitos e

principalmente pacientes. Segundo os autores, são mudanças simples e visíveis, porém, pouco efetivadas.

[...] desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se “resolva” por hora, não se “cure” agora, mas no entanto seguramente “se cuida”. Depois de ter descartado a “solução-cura” se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do “paciente” e que, ao mesmo tempo se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento (ROTELLI, LEONARDIS, MAURI, 2001, p. 33).

Outro relato de Rotelli (BRASIL, 2007) cita a importância da formação dos profissionais de saúde para não reproduzir práticas de institucionalização, permitindo aprender novos saberes, aprofundar as relações do corpo social e buscar a melhoria dos serviços de saúde. Quanto ao tempo para mudança, é desconhecido, comenta o autor, mas é graças ao cenário da loucura que se permitem mudanças contínuas na interação entre sujeitos, inspirando coragem e confiança.

Com o objetivo de compreender ainda mais o fenômeno doença mental, os discentes foram questionados quanto às reações despertadas pelo contato com o sofrimento psíquico nos estágios realizados em instituições de saúde mental.

Quadro 11 - Sentimentos despertados em relação ao estágio de saúde mental (discentes)

SENTIMENTOS	QUANTIDADE
Angústia, mal-estar	08
Solidariedade, vontade de ajudar	08
Impotência	03
Medo	03
Tristeza	03
Despreparo	02
Pena	02
Bem, igual aos outros	02
Insegurança	01
Não respondeu	01
Total	24

Os discentes foram questionados quanto aos sentimentos apresentados quando realizaram estágio supervisionado de saúde mental. Interessante observar que as respostas de mal-estar e angústia foram citadas pela mesma quantidade de alunos (08) que relacionaram a

experiência do estágio ao sentimento de solidariedade, vontade de ajudar os sofredores psíquicos. Apesar de certo equilíbrio entre estes primeiros relatos, a soma de outras manifestações que geram insegurança, mal-estar leva a um total maior, levando à conclusão de que há mais dificuldades do que facilidades para o discente prestar o cuidado de Enfermagem ao sofredor psíquico. São exemplos destas manifestações, relatadas pelos discentes:

De mãos atadas, impotente, outras vezes, muito bem, sentindo-me útil por poder ajudar (gérbera).

Satisfação, humanização, solidariedade, amor e aceitação (tulipa).

Sentimento de incapacidade, no início me senti horrível. Hoje sei que tenho muito a fazer (lírio).

Tristeza, angústia diante dos pacientes (lírio da paz).

Medo, pena, preocupação, incapacidade de curar a mente (girassol).

As respostas dos discentes foram variadas, demonstrando o misto de sentimentos que o contato com o sofredor psíquico desperta, já esperado diante das respostas apontadas anteriormente sobre a concepção de doença mental. O entendimento desta está proporcionalmente ligado às expectativas e sentimentos diante do sofredor psíquico. É possível que a maior representação destes sentimentos esteja associada à experiência vivenciada nos estágios, principalmente do contato em hospital psiquiátrico, que apesar das mudanças importantes que vem ocorrendo, seguindo as políticas de saúde mental vigentes, historicamente ainda representam espaços segregadores e de exclusão.

Tais afirmações estão baseadas em relatos cotidianos durante realização dos estágios, presenciados pela docente pesquisadora junto aos discentes. Acredita-se ainda que a carga horária disponível para o estágio de saúde mental não é suficiente para desenvolver papel de mudança de olhar do discente, que ao finalizar o estágio costuma relatar que naquele momento é que está se sentindo mais confortável e seguro no ambiente.

Este relato é confirmado por Miranda (1994, p. 65), como enfermeira psiquiátrica e sua experiência docente na graduação de Enfermagem, ao citar:

[...] observando mais de perto o estágio das estudantes no hospício, vamos presenciar e ouvir representações sociais coletivas sobre a loucura e o louco que não tem ligação direta com o conteúdo teórico administrado, mas que apresentam uma

eficácia orientadora e prática inquestionável. [...] Essa instrução, alimentada pelas representações sociais leigas ou não científicas sobre a loucura, permanece no espaço asilar e contamina todos os atores, inclusive e talvez principalmente o louco.

A autora reforça que estas representações são dificuldades reproduzidas historicamente, através do modelo asilar: “[...] O discurso acadêmico e a sua racionalidade tentam romper com essas representações, mas não sem tatuar resistências, impasses e tensões no cotidiano do espaço asilar (MIRANDA, 1994, p. 65).

O quadro a seguir apresenta informações discentes sobre tratamentos possíveis e adequados, considerando-se subsídio para o entendimento do processo saúde-doença e sua assistência.

Quadro 12 - Tratamento mais adequado ao sofredor psíquico (discentes)

TRATAMENTO ADEQUADO	QUANTIDADE
Atenção, amor, carinho, afeto	16
Medicação, médico	14
Terapias (não especificadas e ocupacional)	08
Equipe multiprofissional	06
Família	06
Não respondeu	03
CAPS, Reinserção social	02
Apoio psicológico	01
Diferenciado	01
Internação	01
Oração, fé	01
Total	24

Quanto ao tratamento ou assistência necessária para o sofredor psíquico, a grande maioria dos discentes apresentou mais de uma resposta, caracterizando o tratamento a partir de diversas atividades, envolvendo assistência humanizada. Segundo suas respostas, prevaleceu atenção, amor e apoio e também a medicação, que foi bastante citada. Ao apontar palavras como *amor, atenção, apoio* indica-se a possibilidade do cuidado ao sofredor psíquico ser realizado por qualquer pessoa. Acredita-se que ao apontar esta assistência, o discente reforça a necessidade de ajudar, atender as necessidades do outro, como é preconizado no exercício da Enfermagem. Porém, é pertinente estabelecer aqui o questionamento quanto à realidade proposta, que não é de retirar toda a especificidade, simplificando o tratamento, mas de garantir a assistência adequada, especializada e interdisciplinar. A proposta da Reforma Psiquiátrica não pode cair na vulgarização, todos os profissionais de saúde possuem

responsabilidade participativa; apesar de cada um ter sua competência e especificidade, todos devem trabalhar em harmonia e equipe, pois a estratégia e eficácia dos serviços de saúde mental dependem da integração e continuidade da assistência.

Quando os discentes apontaram várias modalidades de tratamento, apresentaram possibilidades alternativas e integradas ao portador de sofrimento psíquico, não centralizando o tratamento no profissional médico, sendo que as práticas envolvendo terapia ocupacional, grupos operativos e psicoterápicos e outras atividades terapêuticas, além da participação da família, fazem parte da estratégia da reabilitação psicossocial proposta na Reforma Psiquiátrica e comentada por Pitta (1996). A autora cita, entre outros conceitos de reabilitação psicossocial, o proposto pela OMS: “[...] conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários” (PITTA, 1996, p. 21). Algumas falas exemplificando a variedade no tratamento do portador de sofrimento psíquico, apontando aspectos de humanização:

Amor, humanização, vivência com a família (camélia).

Apoio psicológico, psiquiátrico, medicação, terapias ocupacionais e tratamento com amor e respeito (gérbera).

Compreensão e humanização, tratamento medicamentoso-psíquico e terapêutico para reinserir paciente na sociedade (jasmim).

Quanto à proposta de terapias, apenas dois especificaram o tipo de terapia como sendo a ocupacional, o restante deixou margem para contemplar qualquer tipo de terapia que, desta forma, fica vago e ao mesmo tempo amplo, abrangendo desde a medicamentosa, psicoterapia, ocupacional ou outra, envolvendo desde um profissional responsável ou vários, numa atividade interdisciplinar.

Ao analisar as respostas que apontam o tratamento médico e medicamentoso, que também foram registradas por grande parte dos entrevistados, salienta-se como algo positivo o fato de nenhum deles ter apresentado esta resposta com exclusividade, concordando que o tratamento não pode ser voltado apenas para aspectos biológicos ou para a medicalização do cuidado. Suas respostas descrevem a integração de cuidados, o que leva a determinar a doença como proveniente de vários fatores, como podemos observar através das respostas a seguir:

Medicação, terapia, equipe multiprofissional e apoio de familiares e amigos (violeta).

Medicamentoso, terapêutico, psicológico. Altas doses de carinho e atenção (gardênia).

Medicação, terapias e equipe mutiprofissional (antúlio).

Entre as respostas discentes, seis apontaram o apoio e/ou participação da família no tratamento, o que constitui parte da proposta da Reforma Psiquiátrica, no processo de reinserção social do sofredor psíquico. Prioriza-se o atendimento que permita o convívio social e familiar do paciente. Confirmando a importância do papel da família no tratamento do sofredor psíquico, Maftum et al. (2005, p. 4-5) citam: “Acredita-se que a família informada, orientada e incluída no projeto terapêutico, atuará como agente co-terapêutico contribuindo para maiores possibilidades de alívio do sofrimento mental e integração social”.

A etiologia atribuída à doença mental pelos discentes ao ser associada à causas físicas, genéticas e psicológicas vem ao encontro das respostas para a assistência do sofredor psíquico, citando tratamentos variados e interligados, como possibilidade de atender às necessidades do indivíduo. No entanto, é preciso prestar atenção às respostas que reforçam o modelo asilar, quando for acentuado ou restrito o valor da medicalização e internamento do sofredor psíquico. Neste estudo apenas um entrevistado referiu a internação e medicação como importante no tratamento, associado ao apoio da família, como apresenta a fala:

Internação, medicação e apoio familiar (girassol).

Como não houve maiores detalhes nesta resposta, ficam alguns questionamentos: se o olhar é para todo sofrimento psíquico ou se refere às situações em que outras tentativas de tratamento não foram suficientes ou adequadas para o caso. Este discente relatou anteriormente acreditar na cura de alguns pacientes e controle de outros. Outro fato importante é que os sentimentos despertados no discente no estágio de saúde mental foram *medo, pena, preocupação e incapacidade de curar a mente*, que aproximam-se do entendimento do modelo asilar, que perpetua-se historicamente.

Categoria 3 – Ensino/Desmitificação da doença mental

Nesta categoria apontamos a contribuição dos conteúdos do curso de Enfermagem para a desmitificação da doença mental, através da prática docente e experiência discente na graduação. Foram questionados os docentes sobre sua prática de ensino na graduação ou realizada em campos de estágio, se observam e fazem correlação do tema saúde e doença mental, exemplificando a seguir de que forma o fazem.

Na próxima questão, apresentada no quadro abaixo, os docentes foram indagados sobre a inter-relação do tema saúde e doença mental com os conteúdos que lecionam no curso de Enfermagem e solicitados para que especificassem as áreas ou temas que mais se aproximavam do tema em questão.

Quadro 13 - Relação do tema saúde e doença mental no ensino (docentes)

RELAÇÃO DO TEMA SAÚDE/DOENÇA MENTAL	QUANTIDADE
Enfermagem e suas especificidades	6
Área de ciências humanas	5
Conteúdos biológicos afins	2
Estágios de saúde mental	1
Total	14

Todos os docentes afirmaram aproximar o tema saúde e doença mental aos seus conteúdos no curso, a maioria aborda com profundidade por pertencer a sua área de conhecimento e domínio, outros nem tanto, apenas abordam de forma mais superficial. Recordando a proposta desta pesquisa, que é conhecer a existência ou não de contribuição do ensino através de seus diversos conteúdos na desmitificação da doença mental. Foi perguntado também aos docentes de que forma relacionam o tema saúde e doença mental na sua prática docente, como abordam a questão junto aos discentes.

Quadro 14 - Abordagem sobre o tema saúde e doença mental (docentes)

ABORDAGEM DO TEMA	QUANTIDADE
Exemplificando e discutindo através do conteúdo: concepções mais tradicionais e as alternativas relativas ao tema, para uma visão mais inclusiva; culturas existentes e preconceituosas; livros e textos; Reflexão de pontos de vista, busca do autoconhecimento dos alunos. Reflexão quanto ao comportamento do sofredor psíquico e do seu direito de cidadania, seu sofrimento manifesto e da importância de valorizar seus sentimentos.	11
Mostrando/realizando o atendimento integral do indivíduo com sofrimento mental.	1
Teoricamente faz essa relação com os alunos, mas na prática não se sente preparado para lidar com essas situações.	1
Em alguns conteúdos existe uma relação, só que não aborda por falta de domínio do assunto e conteúdo mais aprofundado.	1
Total	14

O total de docentes entrevistados respondeu que existe relação com seus conteúdos, embora alguns não tenham conseguido explicitar de que forma fazem isso. Pode-se observar que nos diversos conteúdos citados pelos professores, a saúde e doença mental foram relacionadas em todos sem distinção, mesmo ao afirmar que em alguns casos não estão diretamente ligadas ao assunto do módulo ou conteúdo.

Também é importante lembrar que nem todos relataram ter a experiência profissional com o sofrimento mental, mas aqui registram sua contribuição em sala de aula ou estágio supervisionado. A forma de articular o tema, em sua maioria, é através de exemplos relacionados ao conteúdo e discussão junto aos alunos sobre possíveis experiências cotidianas. Chama atenção um professor afirmando que, apesar de reconhecer a realidade presente na prática de Enfermagem, não se considera apto para trabalhar a questão e outro por não dominar o assunto, como aparecem nas falas:

Quando tem um estudo de caso, se tem um paciente doente mental na família e o aluno se identifica e quer pegar aquele estudo, faz parte. Eu não separo por ter um doente mental, não existe isso, mas eu me sinto insegura em avaliar este estudo pelo fato de ter um doente mental. É diferente se comparar com outras doenças. Teoricamente eu faço esta relação com os alunos, mas na prática não me sinto preparada para lidar com estas situações (verde).

Em alguns conteúdos existe uma relação, só que a gente não aborda, não é integrado pela falta de domínio do assunto e conteúdo mais aprofundado (bege).

É a realidade identificada na área da Enfermagem, por experiências do cotidiano desta pesquisadora, sendo comum ouvir comentários entre os docentes de que a área da saúde mental é distinta das demais e que os docentes que abordam o tema saúde e doença mental em sala de aula ou estágios possuem maior afinidade e proximidade devido a sua especificidade e experiência com o tema. Apesar disso, os relatos docentes apontam para o entendimento mais abrangente da loucura, ainda que não especializado. Suas falas descrevem subjetivamente a forma que abordam o tema em sala de aula, associando mais a discussões junto aos conteúdos de cada docente ampliando o espaço para o tema saúde e doença mental:

Quando trabalho conteúdos com relação a concepções de saúde, então normalmente eu discuto as concepções tradicionais e as alternativas, que vão para este campo de uma visão mais inclusiva, então nesse momento eu trago à discussão os exemplos de como se fazer o olhar acerca do tema saúde e doença mental, incluindo nas questões de concepção de saúde de uma forma geral (amarelo).

Procuro direcionar a disciplina de acordo com o curso e ao falar de algumas doenças, entre elas a esquizofrenia, ansiedade, depressão [...] uma coisa que chamo atenção e procuro passar para os alunos é a história do tabu que você coloca, eu procuro esclarecer através de exemplos. Quando um paciente apresenta alucinação, por mais estranho que possa ser o medo que ele possui, sente é real para ele. Chamo atenção para a valorização, o respeito por esses pacientes, pois a pior coisa para eles depois da esquizofrenia, por exemplo, é a perda da cidadania (laranja).

Quanto à caracterização do sofredor psíquico a partir do ensino da graduação de Enfermagem, ao questionar os discentes observa-se a tendência de respostas para a concepção do sofredor psíquico como portador de doença, diferente, dependente, ainda enraizados os aspectos de mitificação da doença mental, apresentados no quadro a seguir.

Quadro 15 - Concepção de doença mental após ensino de graduação (discente)

CONCEPÇÃO DE DOENÇA MENTAL	QUANTIDADE
Pessoa diferente, que precisa de cuidados, respeito	05
Não respondeu	04
Pessoa igual às outras, com suas necessidades	03
Pessoa com transtorno mental	03
Pessoa com embotamento, tristeza, apatia	02
Pessoa com distúrbio psíquico, emocional	02
Pessoa com sofrimento psíquico	01
Pessoa com doença mental	01
Não sabe	01
Total	24

Após discussão de conteúdos ao longo do curso abordando aspectos referentes à saúde mental, bem como o contato direto com instituições de assistência e o sofredor psíquico, entende-se que o aluno construiu sua concepção de saúde e doença mental. Neste sentido, foi solicitado aos discentes que caracterizassem o doente mental a partir do que foi ensinado durante a graduação do curso de Enfermagem e aqui foram descritas no quadro, especificando as respostas como foram citadas. As respostas mais presentes relacionaram o doente mental a aspectos biológicos e de diferença, que denotam o olhar hegemônico. Apesar do entendimento multifatorial da doença, expressa em outros quadros, aqui se faz evidente o olhar hegemônico de modelo médico e excludente, distante da concepção da Reforma.

A resposta de um discente chama atenção, por registrar o desconhecimento diante deste questionamento. Tal afirmação pode significar, em princípio, o estranhamento ao tema, mas também pode representar a dificuldade pessoal em refletir e/ou manifestar sua concepção, pois ao ser questionado anteriormente o discente respondeu quanto à concepção de doença mental.

A visão dos discentes traz contradições ao ser comparada às respostas anteriores, pois fica evidente a concepção de doença nas falas a seguir:

Possui uma doença mental (copo de leite).

Cidadão com transtorno mental que precisa de atenção na sociedade, atendimento humanizado e solidário da equipe de saúde para ser inserido na sociedade (tulipa).

Portador de distúrbio psíquico controlado ou não com medicação (girassol).

O olhar para a diferença aparece em outras falas, reforçando aspectos de estigma, já comentados por Goffman (1996), que neste caso perpetuam na sociedade, contrapondo-se a ideias da Reforma Psiquiátrica, que resgata aspectos de cidadania e reinserção social.

Pessoa diferente, com suas particularidades, sentimentos. Precisam de cuidado e respeito (gérbera).

Pessoa com distúrbios emocionais, com pensamentos fragmentados, ansioso (cravo).

Desta forma, nota-se que os docentes do curso inserem conteúdos de saúde e doença mental em suas aulas, ainda que, como foi dito, de forma não especializada, mas com

uma visão abrangente do fenômeno. Esta visão abrangente não se faz tão presente nos discentes quando confrontados com sua concepção de doença mental após o término do estágio na área. No entanto, os discentes também demonstraram uma visão fora do olhar hegemônico em outras questões. Isto aponta para uma realidade multifacetada. O curso de Enfermagem da UNESC vem construindo mediações para a desmitificação do fenômeno do sofrimento psíquico, ainda que também esteja reproduzindo o modelo hegemônico. E pode-se dizer que os docentes têm um olhar mais desmitificado do que os discentes. Talvez o que se evidencie também é o fato de a própria Reforma Psiquiátrica não se constituir em um conteúdo mais sistematizado e aprofundado no curso.

Para que este processo ofereça mediações em relação aos mitos da doença e doente mental, como se pretendeu estudar nesta pesquisa, concorda-se com o autor, considerando complexo, mas necessário. As pessoas envolvidas, sejam docentes ou discentes, que foram objetos deste estudo devem aprender a refletir sobre conceitos, paradigmas, relações entre saber, poder, hegemonia, dominação, economia, ciência e história. Não existem fórmulas ou ensinamentos que determinem caminhos, mas problematizar a experiência individual e coletiva é essencial nesta formação de saberes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim” (Francisco C. Xavier).

Ao finalizar este estudo percebe-se, na verdade, a criação de outro espaço ou abertura para continuidade de discussões sobre a proposta de desmitificar concepções de saúde e doença mental, considerando que a sociedade ou o indivíduo sofrem transformações ao longo da história da humanidade. Assim, o final deve se tornar provisório, no sentido de permitir e estimular a continuidade de estudos na área ou tema relacionando à saúde e doença mental e a educação na graduação de Enfermagem. O conhecimento de algo para se ter a crítica ou opinião não basta, mas seu desconhecimento propicia ao sujeito julgamentos precipitados e errôneos, baseados em percepções sociais impregnadas de valores historicamente construídos e não problematizados.

Partindo da prática docente desta pesquisadora, encontram-se inquietações envoltas na marginalização do sofredor psíquico e sua assistência, como também a apreensão e preparo dos discentes. Estes, ao tematizarem a loucura em sala de aula, produzem discursos e interpretações que se distanciam das discussões críticas sobre a questão. O tradicional é separar o sofredor psíquico sempre que possível, considerando-o mais difícil em termos de compreensão, abordagem e assistência, gerando os mais variados sentimentos e expressões de rejeição e medo por parte dos discentes. Dessa forma, a escolha do tema desta pesquisa foi gerada significativamente pela experiência docente e desejo de transformação e influência na prática de futuros enfermeiros. A questão da educação vai além da sala de aula, expressa o desafio da informação e transformação social.

Pimenta e Anastasiou (2002), falando da mediação do professor e a universidade, citam alguns itens importantes na tarefa de ensinar, como: integrar o ensino e aprendizagem à investigação, criar e recriar situações de aprendizagem, entre outros. Destacam que associado ao ensino deve estar a ética e o compromisso com resultados do ensino, sensibilidade e sabedoria dos docentes.

Neste sentido a aprendizagem está diretamente relacionada à pesquisa. O que dizer então da desmitificação da doença mental sem o conhecimento histórico da loucura?

Acredita-se que a possibilidade de desfazer mitos só é possível através do conhecimento aprofundado do tema em questão e esta condição deve ser oferecida ou apresentada ao discente no sentido de instigar o senso crítico reflexivo sobre a realidade existente envolta da loucura.

Reconhece-se, porém, que a construção de um novo olhar implica uma série de interrogações, entre elas: como definir o sofrimento e sofredor psíquico nesta proposta de mudança de olhar? De que forma o ensino que se pratica no âmbito do curso de Enfermagem da UNESC pode contribuir na desmitificação de concepções, mitos e estigmas? Como analisar este tema tão complexo, reconhecendo as individualidades, as diferenças e o processo de mudança que, por sua vez, exige tempo e empenho?

Ao iniciar este estudo havia um outro olhar, outros objetivos que, por fim, também necessitaram passar por um processo de transformação, mantendo o envolvimento com o tema central, que é a desmitificação da loucura ou sofrimento psíquico, no contexto do curso de Enfermagem da UNESC.

O ensino e a Reforma Psiquiátrica são temas relacionados em estudo de Kantorski e Silva (2001, p. 212), que ressaltam a importância de seu entendimento no contexto social:

A prática de ensino nos cursos é entendida em um contexto de determinações sócio-históricas que configuram a sociedade capitalista, na qual procuramos apontar suas contradições intrínsecas, as formas de reprodução da ideologia dominante e as possibilidades de rupturas. A Reforma Psiquiátrica é tomada como um processo social que extrapola a reformulação dos serviços, as mudanças administrativas, técnicas e jurídicas para atingir a produção de um novo senso comum acerca da loucura, dos saberes e práticas, da relação da sociedade com o indivíduo portador de sofrimento psíquico.

A política de saúde mental em nível nacional vem se estendendo, através das propostas da Reforma Psiquiátrica, procurando atingir cada vez mais regiões em que inexistem tratamentos ou assistência de saúde mental à população. No entanto, somente a legislação não irá transformar o cenário existente da loucura. Concorda-se com Kantorski e Silva (2001), ao afirmarem que professores e alunos são atores sociais e sujeitos sociais participantes deste processo da Reforma Psiquiátrica. As autoras fundamentam-se em Sader (1988) e Castoriadis (1991) ao usarem os termos *ator e sujeito social*, reforçando a importância e sua influência na transformação de saberes e práticas psiquiátricas vigentes.

O sofrimento psíquico é uma realidade e está cada vez mais próximo e presente no meio social, caracterizando a necessidade de romper paradigmas construídos sobre a loucura.

A constatação de que nosso imaginário, sob a ação direta da história, cultura, filosofia, ciência e tecnologia, sofre transformações e dissemina a construção/demolição de vários muros em nossas mentes, impulsiona a necessidade de lutar pela continuidade do processo de conscientização das questões da Reforma Psiquiátrica (RODRIGUES e SCOZ, 2003).

A proposta de romper muros é feita através do processo de mudança de olhar, buscando novas formas de lidar com o sofrimento psíquico. Para Rodrigues e Scoz (2003), os muros são o poder, rótulos, julgamentos, preconceitos e ganância, que cercam as pessoas em toda a sua existência.

Faz-se importante rever conceitos, espaços e conhecimento quando o tema é saúde mental, no sentido de romper pilares construídos sobre a loucura. O julgamento inerente ao louco e seu enquadramento social deve passar do olhar o diferente para um novo olhar, o do nosso cotidiano e familiar, considerando, desta forma, o ser humano que clama por dignidade e respeito.

Termos como estes, de ruptura e mudança, estão inseridos na proposta da Reforma Psiquiátrica, que permite extensa reflexão sobre a possibilidade de assistência humanizada ao sofredor psíquico e diversidade de tratamentos extra-hospitalares, como alternativas para mudar o quadro hospitalocêntrico e institucionalizante do sofredor psíquico, tão reproduzido histórica e socialmente. Faz-se importante destacar que não se está querendo fazer “a apologia” da Reforma Psiquiátrica, o que a tiraria de seu papel revolucionário em termos de rompimento de paradigmas. Ela não pode ser vista como uma linha reta, pois também se insere em uma prática social, que é contraditória.

Não se dispõe a fazer nesta pesquisa a análise crítica das possibilidades e obstáculos da reforma, pois não era seu objeto. A Reforma foi trabalhada aqui enquanto matriz potencializadora de efetiva mudança na forma de se olhar, conceber e tratar o não mais “doente mental”, mas “sofredor psíquico”. Entende-se que o movimento da Reforma Psiquiátrica faz parte do processo de ampliação da prática assistencial, implementando ações de saúde que promovam uma vida mais saudável, porém, fugindo da polícia médica, diminuindo a exclusão social e ampliando os direitos de cidadania para todos. Importante destacar que este processo deve ser orientado pela interdisciplinaridade.

Ao aproximar os resultados desta pesquisa à sua pergunta central, interpreta-se que as respostas encontradas nos discentes confirmaram as expectativas e experiências anteriores em relação à concepção de saúde e doença mental, no sentido de mitificação da loucura. Já em relação a outros aspectos, como assistência ao sofredor psíquico e possibilidade de cura, entende-se que há maior entendimento positivo, voltado para a possibilidade de superação do sofrimento e assistência humanizada.

Os docentes, por sua vez, em sua maioria, foram mais críticos e apresentaram discurso abrangente, reflexivo em relação às concepções de saúde e doença mental. Porém, o entendimento da Reforma Psiquiátrica não é profundo, talvez porque o sofrimento psíquico não seja o objeto específico de ensino da maioria e fruto também da falta de experiência com o tema saúde e doença mental e déficit de conhecimento da Reforma Psiquiátrica. Mesmo assim, em um currículo estruturado em módulos, questiona-se se o tema não deveria estar mais integrado entre os docentes.

Percebe-se que a concepção dos docentes sobre doença e saúde mental, apontando para questões de natureza social, psicológica, biológica, ambiental e familiar, é fruto tanto de suas vivências cotidianas como também de sua formação acadêmica, pouco ou não problematizada no curso enquanto objeto específico. O mesmo ocorre com a assistência, no seio da qual está a Reforma Psiquiátrica. Ela não é academicamente conhecida, não é problematizada enquanto objeto no curso. O ensino destas questões no curso passa, então, mais por uma visão social e formação geral do que pela discussão pontual. Isto implica que a lógica fundamental da Reforma Psiquiátrica não esteja coerentemente impregnada, uma vez que se altera o entendimento de “sofrimento psíquico” – dimensão integral de homem –, com a de “cura” – dimensão médica do fenômeno. Este olhar pouco difere do senso comum, demonstrando a ausência de estudos.

Quanto aos discentes, é mais evidente a concepção médica do fenômeno. Mas também apresentam a visão de integralidade. Apesar de uma visão integral, basicamente parece que o “transtorno” ainda é a referência para se entender o sofrimento psíquico. E mesmo a visão integral não corresponde ao olhar de intervenção específica, não médica, ao sofredor psíquico, ou seja, entende-se que sentimentos humanitários podem cumprir o papel de terapêutica. Ou então, juntamente à medicalização. Será, então, que o fenômeno do sofrimento psíquico está sendo compreendido? Sem dúvida, é importante o olhar humanitário para com estas pessoas, mas este olhar implica fazê-las ter acesso a uma equipe multiprofissional, junto a qual seu sofrimento será trabalhado. O olhar dos discentes muitas vezes se aproximou mais de sentimentos - preciosos, sem dúvida – entendidos como

suficientes para “ajudar” estas pessoas. Questiona-se, então que, se elas precisam de “ajuda”, esta se constitui em uma intervenção multiprofissional qualificada, que implica, também, que estes profissionais trabalhem junto às famílias destes sofredores e às comunidades. Se isto não for compreendido, se permanecerá em uma lógica assistencialista, mesmo que esta não seja a escolha deliberada de docentes e discentes do curso. Mas, sabe-se, muitas ações concretas acabam tomando forma a despeito da intenção de seus sujeitos.

Vê-se que docentes e discentes, cada um a seu modo - e também guardando diversidades internas a cada um destes dois grupos -, tanto constroem caminhos de ampliação do olhar para com o sofrimento psíquico, o que direciona para sua desmitificação e desestigmatização, como também mantêm o olhar ainda hegemônico que o medicaliza. A proposta da Reforma, com seus princípios estruturantes, não está sendo objeto de estudo e problematização no curso. Não que estudar a Reforma, tão somente, seria suficiente para a mudança de olhar. Mas, da maneira como ela foi significada neste estudo, ela se constitui na maior referência de mudança efetiva de que se dispõe, pelo menos em seus princípios teóricos. Assim o tema está pulverizado no curso e não problematizado academicamente. Esta “ausência” é “vista” nestas “faltas” encontradas.

Ao se visualizar concepções que fazem perpetuar os rótulos já existentes e manifestos sobre a loucura, desperta-se a necessidade de mudança. É preciso um trabalho intenso, tanto individual como coletivo, seja no ensino, seja através de ações ou políticas públicas de saúde mental, no sentido de desmitificar a doença mental. Assim, concorda-se com Serrano (1988, p. 68): “Se o sofrimento psíquico está vinculado à vida em sociedade, é dentro deste palco real que ele precisará ser abordado”.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2003. 1014p.
- ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A Reforma Psiquiátrica e os Desafios na Desinstitucionalização da Loucura. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu- SP, jul/dez, 2006.v.10 n.20. p. 299-316. Disponível em: [www.scielo. br/ pdf/ icse. pdf](http://www.scielo.br/pdf/icse.pdf). Acesso em 10 ago. 2007.
- AMARANTE, Paulo Duarte de C. (coord). **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 132p.
- _____. Novos Sujeitos, novos direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n.3, jul./set. 1995. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024. Acesso em 08 nov.2007.
- _____. **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 144p.
- BARROS, Sonia. Ensino da Enfermagem psiquiátrica e reabilitação psicossocial. In: JORGE, Maria Salete B. SILVA, Waldine V. da; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. (org.). **Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos, 2000. p. 73-79.
- BARROS, S.; ROLIM, M.A. O ensino de Enfermagem psiquiátrica e a lei do exercício profissional da Enfermagem. **Rev. latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, p.47-54, janeiro 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n1/v4n1a05.pdf>. Acesso em 10 ago.2007.
- BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001. 326p.
- BASTOS, Francisco I. P.; CASTIEL, Luis David. Epidemiologia e Saúde Mental no Campo Científico Contemporâneo: labirintos que se entrecruzam? In: AMARANTE, Paulo (org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 202p.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues; ALESSANDRINI, Cristina Dias; LIMA, Edvaldo Pereira. **Criatividade e Novas Metodologias**. São Paulo: Pierópolis, 1998. (Série Temas Transversais; v. 4), 121p.
- BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498/86. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>. Acesso em 14.out.2007.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Concepção do tema saúde. Disponível em <[http:// portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf](http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf).> acesso em 21.nov.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Educação Permanente. Disponível em: www.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1265. Acesso em 12. nov.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca- Fiocruz. Sessões científicas. Rotelli: Nós não sabemos nada sobre loucura. 2007. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?origem=3&matid=6635>. Acesso em 02 dez. 2007.

CAMPOY, Marcos Antonio; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa; STEFANELLI, Maguida Costa. O ensino de Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.13 n.2. Ribeirão Preto- SP. Mar./Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104>. Acesso em 10 ago. 2007.

CASTEL, Robert. **A ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1991. 330p.

COREN. História da Enfermagem. Rio de Janeiro. Disponível em: www.medicinaintensiva.com.br/Enfermagem-historia.htm. Acesso em: 10 ago.2007.

COSTA, Eliani (org.). **Manual de Enfermagem Psiquiátrica: gerenciamento e cuidado**. Florianópolis: IPQ/SC, 2005. 180 p.

CUNHA, Maria Clementina P. **O Espelho do Mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 217p.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 167p.

ESPINOSA, Ana Maria Fernandez. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2000. Guias Práticos de Enfermagem. 358p.

FOUCAULT, Michel. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000. 100p.

_____. **História da Loucura: na Idade Clássica**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005. 551 p.

_____. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002, 296p.

GEOVANINI, Telma. et al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. 338p.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. 159p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996. 320p.

GUIMARÃES, Jacileide; MEDEIROS, Soraya Maria de. Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**.v.6,p. 97-

104, 2001. Disponível em : < <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-> Acesso em 03. ago.2007.

HADDAD, Sérgio. A educação continuada e as políticas públicas no Brasil. **Revista de Educação de Jovens e Adultos**. v.1, n.0, p1-113, ago.2007. Disponível em: <http://www.oei.es/noticias/spip.php?article985>. Acesso em 12 nov.2007.

HOUAISS, Antonio. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. 2922p.

KANTORSKI, Luciane Prado; SILVA, Graciete Borges da. **Ensino de Enfermagem e Reforma Psiquiátrica**. Pelotas: Universitária, 2001. 241p.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: NFR/UFSC-Graduação de Enfermagem, 2002. 294p.

LIVRAMENTO, Rafael Machado do. As diversas faces da loucura: uma reflexão sobre as concepções de loucura existentes em um hospital psiquiátrico. **Revista Ciências Humanas**, Criciúma, v.9 n. 2, p.79-103, jul/dez. 2003.

LUIS, Margarita Antonia V. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In: JORGE, Maria Salete B. SILVA, Waldine Viana da; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Saúde Mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos, 2000. p. 15-40.

MACHADO, Roberto (et al). **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 494p.

MACHADO, Roberto. **Ciência e Saber: A Trajetória da Arqueologia de Foucault**. Rio de Janeiro: Graal, 1988. 220p.

MACHADO, Kátia. Como anda a Reforma Psiquiátrica? **RADIS. Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, out, 2005. Seção Saúde Mental. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis.htm>>. Acesso em 21 mar. 2006.

MAFTUM, Mariluci Alves et al. O cuidado a saúde de familiares de pessoas com sofrimento mental. **Pró-reitoria de extensão e cultura coordenadoria de extensão (PROEC)-UFPR**. Disponível em: <www.proec.ufpr.br/enec2005>. Acesso em 28 mai. 2007.

MARTINS, Luis Antonio Nogueira. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, Neury José (org). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, 572p.

MINAYO, Maria Cecília de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2003, 80p.

MIRANDA, Cristina Loyola. **O Parentesco Imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar**. São Paulo: Cortez, 1994. 175p.

MOSTAZO, R.R.; KIRSCHBAUM, D.I.R. - O cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico nas representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n 2, p. 04 – 13, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em 11 set. 2006.

NAHAS, Markus V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo**. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003. 278p.

NASCIMENTO, Suzana R. do. **A Educação Tecnológica no processo de Ensino-Aprendizagem das Técnicas de Enfermagem**. 1998. 105p. Dissertação de Mestrado. Centro Federal de Educação Tecnológica, Curitiba. Disponível em: <http://www.ppgte.cefetpr.br/dissertacoes/1998/suzana.pdf>. Acesso em 18 mai. 2006.

PEDRÃO, Luiz Jorge; AVANCI, ita de Cássia; MALAGUTI, Silmara Elaine. Perfil das Atitudes de Alunos do Curso de Enfermagem frente à Doença Mental, antes da Influência da Instrução Acadêmica, proveniente de Disciplinas de Área Específica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. V.10, n.6, nov/dez, Ribeirão Preto, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 14 dez. 2006, p.339-343.

PESSOTTI, Isaias. **A Loucura e as Épocas**. 2. ed. Rio de Janeiro: 34, 1995. 208p.

PIMENTA, Selma G. ANASTASIOU, Lea das Graças C. **Docência no ensino superior**. São Paulo: Cortez, 2002, 280p.

PITTA, Ana Maria F. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In: _____. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.19-26.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Coleção Loucura & Civilização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 152p.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida. ; COSTA, Nilson do Rosário (orgs). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**, 6.ed Petrópolis: Vozes 2000. p. 15-73.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem Psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Cora, 1994. 140p.

RODRIGUES, Jéferson; SCÓZ, Tânia Mara Xavier. Muros nas Mentas: Obstáculo da Reforma Psiquiátrica. Artigo publicado na Revista Nursing, v.65, n.6, p. 29-34, 2003.

RODRIGUES, Rosa Maria. **Enfermagem compreendida como Vocação e sua Relação com as Atitudes dos Enfermeiros frente às condições de Trabalho**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol 9 n 6, p.76-82, 2001. Disponível em: www.scielo.br/cgi-bin/fbpe/fbtext?pid=S0104-11692001000600013 - 51k. Acesso em 18 ago.2007.

ROTELLI, Franco; LEONARDS, Ota de; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 113p.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. **Divisão de Políticas de Saúde Mental. Relatório de Gestão- 2005.** Florianópolis, 2006. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas e projetos/saude mental/relatorio gestao 2005.doc](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/relatorio_gestao_2005.doc)>. Acesso em: 20 jul. 2007.

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado da Saúde. **Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.** Florianópolis, 2006. Disponível em: [http://www.saude.sc.gov.br/geral/orgaos vinculados/ Hospitais/ipq/ historico.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/orgaos_vinculados/Hospitais/ipq/historico.htm)>. Acesso em 24 jul.2007.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: Uma Estratégia para a Passagem do Milênio. In: Pitta, Ana. (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996. p. 13-18.

SAUPE, Rosita (org). **Educação em Enfermagem:** da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: UFSC, 1998. 306p.

SERRANO, Alan Índio. 6. ed. **O que é Psiquiatria Alternativa.** Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 1988. 112p.

SILVA, Waldine Viana da. Reflexões sobre o cuidar em saúde mental. In: JORGE, Maria Salete Bessa; SILVA, Waldine Viana da; OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Saúde mental da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio.** São Paulo: Lemos, 2000.p.81-92.

SILVA, Ana Luisa Aranha e; FONSECA, Rosa Maria G. S. da. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.11 n.6 Ribeirão Preto nov./dez. 2003, p.800-806. Disponível em <http://scholar.google.com>. Acesso em: 07 set. 2006.

SILVEIRA, Lia C. ; BRAGA, Violante A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.13 n.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2005, p.591-595. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/ v13n4a19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf). Acesso em 28 ago. 2006.

STUART, Gail Wiscarz; LARAIA, Michele Teresa. **Enfermagem Psiquiátrica.** 4 ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002, 385p.

TEIXEIRA, Mário. **Hospício e Poder.** Brasília: [s.e], 1993. 90p.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde,** Rio de Janeiro, vol. 9, n.1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en Enfermeria Psiquiátrica:** El Proceso de la Relacion de Persona a Persona. Colombia: Universidad del Valle Cali, 1979. 257p.

UNESC, Universidade do extremo Sul Catarinense. **Projeto de Reconhecimento do Curso de Enfermagem,** v. 1, 2005.

UNESC, Universidade do extremo Sul Catarinense. **Projeto Político Pedagógico do curso de graduação em Enfermagem,** 2000.

VILLELA, Sueli de C.; SCATENA, Maria Cecília M. A Enfermagem e o cuidar na Área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.6, p. 738-741, nov/dez. 2004.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar**: Expressão humanizadora da Enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007. 192p.

APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa intitula-se “MITOS, ESTIGMAS E SUPERAÇÕES NA CONCEPÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: ESTUDO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNESC - SC”.

As informações obtidas por meio de entrevistas ou questionário serão transcritas e utilizadas apenas pelos pesquisadores do presente projeto, garantindo o sigilo e privacidade dos pesquisados. As informações colhidas poderão ser utilizadas pelos pesquisadores em textos acadêmicos: relatórios e textos científicos. O pesquisado poderá ter acesso a todas as informações colhidas e poderá desistir de sua participação na pesquisa a qualquer momento.

Equipe de pesquisadores:

-Izabel Scarabelot Medeiros : Prof^ª do curso de Enfermagem da UNESC- Fone: 3431-2562

-Janine Moreira: Professora do PPGE- Orientadora - Fone: 3431-2584

Criciúma, _____ de _____ 200__.

Concordo com as condições dos pesquisadores para utilização de minhas informações

Nome: _____

Assinatura: _____

CPF ou identidade: _____

APÊNDICE 2 - Entrevista com docentes

ENTREVISTA COM DOCENTES

Tema: “MITOS, ESTIGMAS E SUPERAÇÕES NA CONCEPÇÃO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: ESTUDO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNESC - SC”.

Enfª Izabel Scarabelot Medeiros
Orientadora: Dra Janine Moreira

Roteiro

1. Perfil

Sexo: () fem () masc

Idade: _____

Tempo de docência no ensino superior: _____

Tempo de docência no curso de Enfermagem da UNESC: _____

2. Conteúdos que leciona no curso de Enfermagem.
3. Qual a sua concepção de saúde mental /doença mental?
4. Possui alguma experiência com a doença mental, em termos pessoais ou profissionais?
Qual?
5. Na sua opinião, a doença mental tem cura? Por quê?
6. O que sabe sobre a Reforma Psiquiátrica?
7. Existe relação dos seus conteúdos com o tema saúde/doença mental? Em quais conteúdos?
8. Como você aborda seu conteúdo de forma a integrar o tema saúde/doença mental?

APÊNDICE 3 - Entrevista com discentes

ENTREVISTA COM DISCENTES

1. Perfil

Sexo: () feminino () masculino Idade: _____

Estado civil: _____ Ocupação atual: _____

Trabalha na área de saúde: () sim () não Tempo : _____

Trabalha ou já trabalhou em instituição de saúde mental? () sim () não

2. Qual a sua concepção de saúde mental?

3. Qual a sua concepção de comportamento do portador de sofrimento psíquico?

4. Para a sociedade, como é o portador de sofrimento psíquico?

5. Aponte, segundo sua percepção, as possíveis causas da doença mental.

6. Em sua opinião a doença mental tem cura?

7. Quais os sentimentos relacionados ao estágio realizado em saúde mental?

8. Qual o tratamento/assistência de saúde necessária ao doente mental/sofredor psíquico?

9. Se você fosse caracterizar o doente mental/sofredor psíquico a partir do que foi ensinado no curso, como você o faria?

ANEXO 1 - LEI Nº 10.216, DE 06 DE ABRIL DE 2001

LEI Nº 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. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado.**

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

- Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.
- Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.
- Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:
- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
 - II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
 - III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.
- Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.
- Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
- Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.
- § 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.
- § 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.
- Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.
- Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.
- Art. 11º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.
- Art. 12º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.
- Art. 13º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.
- Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Gregori
José Serra

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)