

## Cuidar sim, excluir não

Ceres Braga Arejano

Psicóloga, Doutora em Enfermagem pelo  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
da UFSC.

e-mail: arejano@hotmail.com

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Doutora em Enfermagem pela EEAN/UFRJ.  
Profa. Adjunto do Depto de Enfermagem da  
UFSC.

End: José Dutra, 70. Apto 102, Bloco A. Trindade  
CEP 88036-205 Florianópolis/SC.

e-mail: padilha@nfr.ufsc.br

### RESUMO

O presente estudo aborda a temática da construção histórico-política da loucura no Brasil, destaca a institucionalização da assistência psiquiátrica e o controle do social através das inúmeras reformas e retrata, a partir da década de noventa, as novas

organizações do espaço terapêutico que têm como objetivo, não mais a exclusão do sofredor psíquico do social mas o resgate de sua cidadania.

Palavras Chave: exclusão, reforma psiquiátrica, cidadania, relações de poder

## ABSTRACT

The present study presents like reference the construction historical political of the madness in Brazil, highlights the institutional of psychiatric attendance and the control of the social in the of the diverse reformations, it depicts starting from the decade of ninety, the new organizations of the therapeutic space that have as objective the citizenship sick person exclusion.

Keywords: exclusion, psychiatric reformation, citizenship, relationships of power

## Introdução

Entre todas as razões apresentadas para mostrar o interesse desta análise que retrata a construção histórico-política da institucionalização da loucura no Brasil, o qual denominamos de Cuidar sim, excluir não, há pelo menos duas que são essenciais: o controle do social, através do poder disciplinar, nada deve ao moralismo e sim a ficção romanesca da medicina no início do século XIX e a convicção de que existe uma correspondência entre a modulação daquilo que constitui a existência comum entre o marco da psiquiatria no País e o estudo do movimento de reforma psiquiátrica inscrito numa diligência de cunho coletivo. Estas duas observações não foram, aqui, postas fortuitamente: elas marcam a história das inúmeras reformas (psiquiátricas) neste País e no mundo.

Não em nome da moral mas, sim, da segurança social, “a polícia médica” não permitiu, a cada um, o direito e a possibilidade de pensar e agir por si próprio. Não há, portanto, qualquer motivo para

surpresa ao se constatar que “tal estado de coisas” deixa marcas profundas nos conjuntos de representações, que nos falam das sociedades existentes no curso do tempo. A questão que se apresenta não é filosófica é antes histórica, porquanto sabemos que é justamente anotando a resposta, que uma dada época dá ao “problema” que será possível apreciar sua relação com o poder político, econômico e social vigente no período.

A normatização dos costumes, a medicalização da sociedade, o dogma moral fizeram na história as maiores barbáries e deram “acento” as piores tiranias políticas. Ao contrário, todo movimento ético salta ou se manifesta nos períodos de maior efervescência política da história e, é por uma ética solidária de inclusão nos serviços de atenção sanitária e social que precisamos lutar e estar atentos as correlações históricas, políticas, técnicas e administrativas que perpassam o processo de reforma psiquiátrica vigente no Estado do Rio Grande do Sul e no País.

Sendo assim, o que tentamos demonstrar por aproximações sucessivas é a manifestação do poder disciplinar e a permanência do todo nos serviços de atenção sanitária e social como um ciclo do “eterno retorno” através do conjunto de regras, de estratégias, de procedimentos, de cálculos, de articulações que permitem, ainda hoje, a produção do conhecimento “verdade”.

## Táticas e focos de poder da medicina a partir da organização do espaço terapêutico

O aspecto particular e especial do contexto histórico brasileiro, quando do surgimento do sofredor psíquico no cenário citadino, difere do que se observou nas sociedades européias, O Brasil encontra-se em plena vigência da sociedade rural pré-capitalista, pouco discriminativa para a diferença e não, em meio a um processo de industrialização e urbanização maciça, como no caso da Europa. Este aspecto particular, social e econômico do Brasil, na época, será de fundamental importância na determinação da organização e da ideologia da instituição psiquiátrica neste País, enquanto as idéias importadas terão apenas uma importância secundária. Estas idéias

ao chegarem ao Brasil serão transformadas e brasileiras - como é o caso do tratamento moral.

Tundis e Costa (1992, p. 27) consideram que o destino do doente mental seguirá irremediavelmente paralelo ao dos marginalizados de outra natureza: "exclusão em hospitais, arremedos de prisões, reeducação por laborterapias, caricaturas de campos de trabalho forçado", o que Foucault (1986), qualificou de "o grande enclausuramento".

Ainda, para Tundis e Costa (1992, p. 38-39) apresentam-se, naquela época, três proposições contraditórias entre si; "num extremo, uma indicação prioritariamente social, a remoção e exclusão do elemento perturbador, visando a preservação dos bens e da segurança dos cidadãos, e no outro extremo, uma indicação clínica, a intenção de curá-los. De permeio a proposta de minorar-lhes o sofrimento, na tradição das instituições de caridade brasileiras".

Aliado a isso, a situação social e econômica mundial, que determina o nascimento de instituições cuja única função é a exclusão dos desviantes, altera-se rapidamente e pede novas providências. Como proposta de recuperação do "material excluído" surge um campo de conhecimento que justifica e legitima a exclusão - a Psiquiatria.

Pode-se estabelecer grosseiramente no Brasil o período imediatamente posterior à proclamação da República como o marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica, a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado em questões de saúde e doença mental. Esta psiquiatria só se materializou com Juliano Moreira. Seus discípulos retratam um tempo de grande atividade científica: a classificação brasileira das doenças mentais, a criação das duas sociedades sábias (a da psiquiatria, neurologia e ciências afins e a Liga de Higiene Mental), congressos e conferências se multiplicam na tentativa de afirmarem o saber/poder psiquiátrico. Entre o "arsenal" terapêutico da época, destacamos a incorporação da glorificação do trabalho; trabalho e não trabalho passa a ser mais um ponto de clivagem a estabelecer o limite do normal e do anormal.

A medicalização da instituição psiquiátrica se dá na organização do cuidado ao sofredor psíquico através do chamado tratamento moral que compreende: o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo. Para Foucault (1986, p. 127) (...) “o momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tão pouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais útil”.

O isolamento, como técnica terapêutica de cuidado, tem como objetivo separar o sofredor da sociedade e da família, consideradas como responsáveis pelo desenvolvimento da doença mental. A disciplina procede em primeiro lugar à distribuição dos indivíduos no espaço o que é reafirmado por Foucault (1986, p. 130) (...) “a disciplina às vezes exige a cerca, a especificação de um local heterogêneo a todos os outros e fechado em si mesmo. (...) houve o grande encarceramento dos vagabundos e dos miseráveis; houve outros mais discretos, mas insidiosos e eficientes”.

A organização do espaço terapêutico prevê, ainda, a separação entre os sexos e entre os vários tipos de doentes. Há os pacientes pensionistas e os indigentes, os pensionistas são divididos, em primeira, segunda ou terceiras classes. Esse cuidado na distribuição dos corpos no espaço é próprio da disciplina, pois esta organiza um espaço analítico de poder. Foucault (1986, p. 131) declara que o espaço disciplinar tende a se decompor em tantas parcelas quantas forem necessárias e reafirma “(...) cada indivíduo em seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo”. “(...) decompor as implantações coletivas, analisar as pluralidades confusas, maciças ou fugidias”.

A vigilância é uma das atribuições básicas do pessoal da enfermagem. Para Machado (1978, p. 436) “no hospício quem se ocupa desta função de vigilância é sobretudo o enfermeiro, que deve acompanhar os doentes por todos os lugares e em todos os momentos”.

A distribuição do tempo prevê a terapêutica pelo trabalho e sua prescrição é rigorosamente indicada, sendo o principal elemento do

tratamento moral, é realizado mediante oficinas de costura, bordados, flores artificiais, alfaiataria, estopa, colchoaria, escovas, móveis, calçados ou jardinagem. Os doentes trabalham, ainda, como serventes nas obras, refeitórios, enfermarias, etc. No entanto, o trabalho é prescrito apenas para o doente pobre; o tempo do doente rico é utilizado para diversão. O trabalho passou a ser, ao mesmo tempo, meio e fim do tratamento. No que tange a proposta deste estudo, cabe salientar, portanto, que o processo de urbanização da sociedade e a domesticação dos costumes, concomitantemente, a medicalização do social, encontra seus fundamentos nas relações disciplinares de poder que tem como objetivo tornar o sujeito útil do ponto de vista do poder.

Assim, a criação e utilização de técnicas terapêuticas se constituíram em um “arsenal” de estratégias disciplinares de poder da medicina, enquanto poder-saber. Esses processos referendados pela ciência justificarão a presença de um número desproporcional de representantes das classes populares e de certos grupos étnicos, na população dos hospícios e, justificarão como taras hereditárias e tendências naturais, desses grupos, determinados distúrbios mentais. Além disso, também, a idéia da implantação de colônias agrícolas para a recuperação dos doentes mentais se coaduna com a decantada vocação agrária da sociedade brasileira. Segundo Júlio Prestes (apud Oliven, 1982, p. 67), em 1930, “O fazendeiro é o tipo representativo da nacionalidade e a fazenda é ainda o lar brasileiro por excelência, onde o trabalho se casa com a doçura da vida e a honestidade dos costumes completa a felicidade (...) o Brasil repousa sobre o núcleo social expresso pelas fazendas”.

## A loucura como questão de Estado

Quando da sua inauguração, o hospício D. Pedro II - marco institucional da psiquiatria brasileira – apresenta 144 dos 350 leitos ocupados e destina-se a receber pessoas de todo o Império. Após, um ano de funcionamento, sua lotação está esgotada. A partir de 1904, começa a haver excesso de doentes no hospício, levando a superpopulação. Entre 1905 e 1914, sua população é, em sua maioria, composta por brancos e mestiços – e 31% de estrangeiros. A

utilização do hospício como local de segregação da população não produtiva pode ser verificada pelo carácter que é dado ao trabalho como terapêutica, o que também, é explicitado por Foucault (1986, p. 127) ao referir-se "(...) A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência)".

O trabalho agrícola e em pequenas oficinas é a proposta terapêutica adotada nas décadas 10/20 no Brasil, sendo a base da criação das colônias agrícolas, o médico Juliano Moreira é um dos seus teóricos mais importantes. A "dança" dos vários conceitos de doença/saúde mental deveria convidar a uma atitude de reflexão à psiquiatria da época, porém a grande diversidade de quadros clínicos – nós diríamos étnico-sociais – faz com que cada um, a sua maneira, retome as características da psiquiatria europeia do momento. A superpopulação do hospício e a inadequação das colônias de São Bento e Conde de Mesquita, na ilha do Governador, criadas em 1890, resultam na proposta de criação de uma nova colônia agrícola no Distrito Federal, a ser implantada em Jacarepaguá. A nova colônia atende plenamente aos objetivos terapêuticos e econômicos propostos por seus idealizadores, possibilitando a cura dos doentes pelo trabalho agropecuário e em pequenas oficinas. Essa proposta resolve os impasses da assistência psiquiátrica da época: o número crescente de internações, os gastos do Estado e a ineficiência terapêutica do modelo anterior. As colônias da ilha do Governador são extintas quando da transferência das pacientes mulheres para a colônia do Engenho de Dentro, em 1911, e dos pacientes homens para a colônia de Jacarepaguá, em 1923. A colônia de Jacarepaguá é inaugurada em 1924; em 1935, passa a chamar-se Colônia Juliano Moreira.

Na observação de Teixeira (1993, p. 19), "(...) o ato de encarcerar o louco é a iniciativa primordial, a partir daí, o objetivo curativo pode ou não tornar-se factível".

Outra proposta terapêutica, entre os anos 10 e 20, é a assistência heterofamiliar (AHF). No Brasil, Juliano Moreira propõe que a AHF seja instalada próxima ou anexa a uma colônia agrícola. A

época, as ainda existentes “casas funcionais” da Colônia Juliano Moreira são construídas com o objetivo de implantar essa nova proposta.

Tentava-se, desse modo, através do trabalho, integrar o sofredor psíquico a uma pequena família, a título de solução terapêutica, recria-se artificialmente o ambiente rural pré-capitalista, no qual, algumas práticas propostas como estratégias terapêuticas eram, até certo ponto, espontâneas e de ocorrência natural da própria organização social da sociedade. No entanto, as novas práticas terapêuticas, o trabalho agrícola e a AHF não levam à cura dos pacientes. O trabalho serve apenas para manter os setores do asilo em funcionamento, com a exploração da mão-de-obra gratuita dos pacientes, tanto, pela instituição psiquiátrica, como pelas famílias que os recebem, as chamadas famílias nutrícias. Experiências como estas são analisadas por Foucault (1986, p. 179) quando refere-se ao Panóptico como modelo generalizável de funcionamento “(...) pode ser utilizado como máquina de fazer experiências, modificar o comportamento, treinar ou retreinar os indivíduos”. A proposta das colônias agrícolas nas décadas de 10 a 20, do sistema open-door (portas abertas) e do non-restraint (não-contenção), a partir de 1930, modifica-se, novamente, para um sistema fechado de “hospitalização definitiva” para os doentes crônicos e, portanto, considerados incuráveis.

## A Pedagogia das primeiras reformas – a norma do trabalho

Em 1890, é criada a Assistência Médico-Legal a Alienados – AMLA, compreendendo o Hospício – denominado Hospital Nacional – e as colônias de alienados situadas na Ilha do Governador. Em 1903, Juliano Moreira promove a Primeira Reforma Brasileira sob a orientação da AMLA. A Segunda Reforma Brasileira, de 1927, cria o Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP), ainda destinando para as colônias do Engenho de Dentro e Jacarepaguá um pequeno número de doentes, considerados calmos e adaptáveis ao trabalho.

Como podemos observar as reformas se sucedem ao longo das décadas no País, sem que se observe modificações significativas no tratamento do sofredor psíquico, ausência de resolutividade no



quadro clínico e a manutenção da exclusão através das justificativas terapêuticas. Este processo é explicitado por Foucault (1986, p. 176) "(...) Tratar os "leprosos" como "pestilentos", projetar recortes finos da disciplina sobre o espaço confuso do internamento, trabalhá-lo com os métodos de repartição analítica do poder, individualizar os excluídos, mas utilizar processos de individualização para marcar exclusões".

A população do Rio de Janeiro, então capital brasileira, cresce, bem como as internações psiquiátricas: em 1852, o Rio de Janeiro possuía 50.000 habitantes; em 1930, 2.000.000. Em 1903, o Hospital Nacional de Alienados contava com 800 doentes; em 1933, com 2.000; cinco meses depois, mais 856. As obras realizadas até então, não conseguem solucionar o problema da super demanda aos serviços de assistência. Outros projetos são então elaborados. Em 1931, o projeto de reformulação da assistência prevê grande aumento e remodelação do Hospital Nacional, baseado nas "(...) velhas idéias" "(...) que consistiam em julgar necessários um grande hospital urbano, destinado a toda espécie de doentes mentais, e duas colônias, uma para cada sexo, reservadas àqueles doentes que pelo quadro clínico pudessem viver em liberdade" (Prandoni e Padilha, 2004, p. 10). Este projeto foi abandonado, quase que imediatamente, por motivos de ordem técnica e econômica.

Em 1932, a nova reorientação da assistência baseia-se na "(...) inconveniência de qualquer obra de ampliação ou remodelação do grande hospital urbano da Praia Vermelha, pelo menos si tal obra visasse manter o caracter que anacronicamente o hospital ainda conserva" (Roteli, 1991, p. 05). A opção adotada, naquela época, é de construir três novos pavilhões na colônia de Jacarepaguá (cada um com capacidade para 50 doentes). Os pensionistas de serviço fechado são transferidos para a colônia do Engenho de Dentro e

(...) todos os indigentes de ambos os sexos, a internar em serviço fechado, (...) removidos da Praia Vermelha e do Engenho de Dentro para a fazenda do Engenho Novo, em Jacarepaguá, onde se instalaria um vasto hospital moderno, no gênero dos grandes manicômios americanos O projeto prevê um total de 5.256 leitos porém, não é executado em sua totalidade (Prandoni &

Padilha, 2004, p. 07).

Desde o início do século, os relatos das reformas são uma constante na atenção psiquiátrica prestada ao sofredor psíquico. De reforma em reforma podemos observar uma constante redistribuição dos internos nos diferentes espaços “manicomiais” assim, como uma acelerada construção de novos espaços de redistribuição. Essa estratégia utilizada traz como um de seus propósitos a perda dos vínculos familiares do sofredor psíquico e um agravamento na sua orientação espacial. Por outra parte a redistribuição agrega ao sofrimento uma sensação de insegurança frente a vida. Até 1937, e principalmente até 1941, a assistência tem sua atuação restrita ao Rio de Janeiro, capital da República. Em 1937, é criada a Divisão de Assistência de Psicopatas (DAP) e tem início um inquérito realizado nos principais estados brasileiros.

Concluído em 1941, o inquérito mostra a diversidade da assistência psiquiátrica prestada pelos estados – os quais são classificados em cinco tipos: os que não assistem os seus doentes; aqueles em que a assistência é rudimentar, não havendo tratamento diferenciado; aqueles em que a assistência é bastante deficiente porém o tratamento, apesar de rudimentar, apresenta certa orientação; aqueles em que a assistência é especializada mas ainda defeituosa e reduzida; e os que assistem e tratam seus doentes por métodos atualizados, fazem a prevenção das psicopatias e realizam serviços sociais.

Observa-se, neste mesmo inquérito, que a maioria dos estados brasileiros incorporam colônias agrícolas à sua rede de oferta de serviços, seja em complemento a hospitais tradicionais já existentes, seja como opção única ou predominante. No primeiro caso, esperava-se que as colônias dariam conta do resíduo de crônicos que as instituições “urbanas” produziam em quantidades crescentes.

## O asilo como local de seqüestro do louco através dos diversos discursos médicos

A partir do resultado desse inquérito e tendo em vista o número total de 20.526 doentes internados, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) elabora um Plano Mínimo Hospitalar Psiquiátrico que prevê a construção de 4.000 leitos nos estados, com a ajuda técnica e financeira da União. O tipo padrão de construção hospitalar preconizada pelo SNDM é o hospital colônia, considerado como modalidade hospitalar moderna, eficiente e menos dispendiosa. Através dos anos, é possível observar as contradições apresentadas nos diversos discursos médicos, ao justificar as modificações do sistema hospitalar. Em 1931 e 1932 são abandonados os projetos de hospitais colônias com justificativas técnicas e econômicas para tal, em 1941 já se pode observar que houve, novamente, uma retomada da validade terapêutica de utilização do modelo de hospitais colônias.

Em 1941, o recém criado Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) leva a ação do Governo Federal a todos os estados do País. Os auxílios aos estados são aprovados pelo governo em 1944 – ano em que o regimento do SNDM é aprovado –, sendo distribuídos a partir de 1947. Na gestão de Aduino Botelho (1945/54) o balanço do SNDM mostra os resultados da implementação do Plano Mínimo Hospitalar, com a ampliação e construção de vários hospitais-colônia no País. As propostas terapêuticas e a organização da assistência aos doentes mentais têm como base o discurso psiquiátrico predominante à época que: "(...) preconizava a higiene psíquica individual, limitando o conceito de eugenia à prevenção das doenças mentais. A partir de 1930, esse ideal eugênico transforma-se em higiene mental da raça. A higiene mental passa a ser entendida como uma aplicação desses princípios à vida social" (Lopez, 1954, p. 21).

O discurso organicista, também, está explicado na introdução do Plano Hospitalar de 1941 (Prandoni & Padilha, 2004), na relação entre a "ciência" psiquiátrica e o restante da medicina:

(...) a ciência que se volta ao estudo das desordens mentais já de há muito conquistou o seu lugar de domínio da medicina oficial, universitária. A patologia mental é

enquadrada nos postulados da patologia geral; o corpo da doutrina da psiquiatria vale por uma das ricas aquisições da ciência médica. A psicopatia tem provocado uma série infinita de pesquisas e trabalhos experimentais. (...) as enfermidades mentais são estudadas, nas Universidades, em cátedras autônomas. (...) a psiquiatria surgiu de fato quando o estudo da loucura saiu das querelas filosóficas e transbordou para o domínio da patologia e da clínica. Para o médico de hoje, o psicopata é um doente que tem características próprias e cuja afecção deve ser estudada e observada à luz dos conhecimentos científicos, visando atingir a terapêutica especializada (p. 10).

De acordo com Prandoni e Padilha (2004) ao fim da década de 50 a situação da atenção psiquiátrica no Brasil era caótica:

O Juqueri (RJ) abrigava 14 a 15 mil doentes. O mesmo ocorre em Barbacena (BH), que abriga 3.200 enfermos e com o Hospital São Pedro, de Porto Alegre, que acolhia mais de 3.000 e só tinha capacidade para 1.700; os hospitais colônias de Curitiba e Florianópolis, de construção recente, na época, atingiam cada um, a casa dos 800 pacientes, sem que suas instalações comportassem a metade dessa cifra (p. 07).

Essa situação de superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria ruins se repete em todos os estados brasileiros, exatamente como ocorrera cem anos antes quando do início da psiquiatria empírica no Brasil.

Atualmente, a atenção psiquiátrica oferecida em nosso País, continua com as mesmas carências e dificuldades enfrentadas na década de cinqüenta. Após, a realização da I Caravana Nacional de Direitos Humanos<sup>1</sup> que teve como eixo temático a Realidade Manicomial Brasileira “foi verificado o mesmo abandono, o mesmo abuso medicamentoso, as mesmas queixas dos pacientes, a mesma dor, a infinita dor”.

A assistência psiquiátrica pública brasileira revela extraordinária lentidão em tomar conhecimento das importantes transformações ocorridas na prática psiquiátrica na Europa e nos Estados Unidos, a partir da Segunda Guerra Mundial e, é, no mínimo curioso, que a Organização Mundial de Saúde, através de uma resolução de um comitê de peritos em saúde mental, em 1950, recomendem às nações membros, especialmente aos países em desenvolvimento, que invistam em ações de saúde mental, usando como argumento o alto custo da doença mental para o progresso produtivo. Concordo, com a afirmação de Castel (1977, p.53) de que "a prática psiquiátrica é a prática de uma contradição (...) entre uma finalidade terapêutica e certas funções político-administrativa". A partir de 1960, a psiquiatria pública no Brasil começa a declinar, tendo em vista, o crescimento da psiquiatria privada mediante convênios com o Estado. Somente, a partir de 1980, a psiquiatria pública retorna à cena novamente. Historicamente, no Brasil, a assistência aos portadores de transtornos mentais está centrada no recurso à hospitalização com os seus inconvenientes de cronificação, custos elevados, exclusão social. Também, como vimos anteriormente, no início do século XX, a assistência psiquiátrica era realizada em regime de filantropia ou em forma particular. O poder público não exercia nenhuma forma de administração da assistência prestada. Os loucos são colocados no mesmo espaço que os outros desviantes (pobres, desempregados, imigrantes, etc.), sendo submetidos a maus-tratos que, freqüentemente, os levam à morte. No Brasil, mesmo com o surgimento das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), na década de 20 e a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), nos anos 30, a assistência médico-hospitalar, na área da psiquiatria, era evitada. "Somente, em 1941, com a criação do Decreto Lei nº 3.142, é que, foi assegurado a prestação da assistência psiquiátrica aos doentes que fossem segurados e associados destes Institutos" (Oliveira & Teixeira, 1985).

Em 1966, ocorre a unificação dos Institutos de Previdência e Assistência, com a criação, através do Decreto nº 72, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado assume, neste momento, a administração da Previdência e o acesso a assistência, continua, ainda, vinculado à contribuição previdenciária. A partir,

desse momento, com a criação do INPS, observa-se a contratação de serviços na área da assistência médica, favorecendo a privatização do setor saúde. O declínio da psiquiatria pública, nesse momento, é alvo do descrédito popular, pois não acompanha as transformações do setor.

Para Oliveira e Teixeira (1985), é nos anos 70, que se inserem, neste sistema, a privatização das instituições de assistência psiquiátrica. Com isso, observa-se, no período, um crescimento assustador dos gastos da previdência com pagamentos a serviços hospitalares comprados de terceiros, representando a quase totalidade de sua arrecadação. O Brasil do "regime de exceção", como era assinalado, ou melhor dito, vivendo o processo de ditadura militar, não faz, portanto, nada além, naquele período histórico, que sanar tecnicamente a exclusão, já atuada pela sociedade, do sofredor psíquico. Somente, nos anos 80, dentro de um espírito de redemocratização do País, desenvolvem-se algumas tentativas de transformação das políticas de saúde, incorporando em seus objetivos: garantia de acesso ao atendimento; descentralização dos serviços de saúde, hierarquização dos atos e serviços de cuidado e participação popular nos serviços de saúde.

## Algumas experiências da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Nos anos 90, se observam várias experiências de assistência à saúde mental em nosso País. Às vezes, amparadas por leis estaduais ou municipais e mesmo, sem o apoio destas, estas experiências visam resgatar a singularidade e a complexidade do adoecer psíquico. São serviços novos ou em reformulação, que oferecem amparo e tratamento, sem associá-los à opressão, exclusão ou repressão.

Como exemplo dessas experiências: o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, é inaugurado em 1987 (Goldberg, 1984). Este CAPS estrutura-se em quatro núcleos: Núcleo Terapêutico, Núcleo de Projetos Especiais, Núcleo de Ensino e Pesquisa e um Núcleo Administrativo. Uma outra experiência é a realizada em Olinda. A Coordenação de Saúde Mental do município elaborou o projeto "Loucura e Arte: a Linguagem dos

Excluídos”, cujo objetivo é, dentro da tradição da cidade, articular grupos de criação artística e cultural visando estabelecer uma inter-relação entre a produção simbólica da loucura e a produção das artes plásticas, ciências e música. (Olinda, 1995). No Rio Grande do Sul, as mudanças na área de saúde mental vêm ocorrendo em várias frentes, com a criação do Curso de Saúde Mental Coletiva, no ano de 1990, nas cidades de Santa Maria e Bagé e os Cursos de Administração em Saúde Mental Coletiva nas cidades de Rio Grande, Alegrete e Melo (no Uruguai). Foram, também, abertos serviços “alternativos” em Saúde Mental sendo destaques os serviços dos municípios de São Lourenço do Sul (Nossa Casa), Bagé (Oficina de Criação Coletiva), Alegrete (Cooperativa Corpo Santo), Rio Grande (Oficina das Subjetividades Mar-Amar), entre outros, no Rio Grande do Sul. Esse trabalho recebe o apoio do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, o qual promove encontros para discussão e aprimoramento do trabalho. A Lei 9.716/92 da Reforma Psiquiátrica, no Rio Grande do Sul foi a primeira lei de proteção ao sofredor aprovada no País. A partir, desse momento, um terço, dos municípios do Estado, passam a desenvolver trabalhos de Atenção Integral à Saúde Mental. Enquanto isso, no maior hospital Psiquiátrico do Estado, o Hospital São Pedro, têm início um processo de ressocialização dos internos e de resgate de cidadania denominado: “São Pedro Cidadão”.

No Estado do Rio, as cidades de Volta Redonda e Angra dos Reis, também, experimentaram mudanças na assistência aos doentes mentais. Igualmente, em Niterói e São Gonçalo cerca de 14 serviços substitutivos ao modelo asilar estão em funcionamento, tendo sido criados na primeira metade dos anos 90. A experiência de Angra dos Reis centrou-se, além da criação dos Centros de Atenção Psicossocial, na reintegração de pacientes internados há vários anos. Como o Município não possuía hospitais psiquiátricos seus doentes mentais eram internados longe da local de moradia. A equipe, frente a esta situação, iniciou, na época, o programa “De volta para Casa” – que tem como objetivo a ressocialização na comunidade dos pacientes internados a vários anos.

A experiência mais conhecida e mais complexa foi a desenvolvida na cidade de Santos, no Estado de São Paulo. No contexto brasileiro, o processo Santista de transformação da

assistência em saúde mental deve ser considerado como de extrema importância. Santos foi a primeira cidade brasileira a construir uma rede de serviços totalmente substitutivos ao manicômio. A partir dessa experiência, multiplicam-se, por todo País, tentativas de superar o modelo psiquiátrico tradicional de atendimento. Santos pôde vivenciar uma profunda modificação da própria maneira de lidar com a loucura, além da simples reestruturação da assistência em si. Nesse processo de transformação, o primeiro passo foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico conveniado com o INAMPS, construído na década de 50 e em situação de violência e desrespeito aos direitos humanos. No final de 89 foi denunciado uma série de maus-tratos aos internos pela imprensa local. As vitórias realizadas, pelo então SUDS, revelam irregularidades e, a Prefeitura, juntamente, com vários setores da sociedade civil, decretou a intervenção no local, no dia 3 de maio de 1989.

A proposta inicial proíbe todo e qualquer ato de violência contra os internos e desativam-se as celas fortes – a liberdade é um ponto essencial e passa-se a promoção de atividades que estimulem a autonomia e a emancipação perdidas ao longo das internações.

Inicia-se, portanto, um processo pedagógico de resgate da individualidade e de reconhecimento do sofredor psíquico como sujeito de direitos. São construídas estratégias para desmontar a estrutura do manicômio: aproximações com a sociedade de um modo geral. Sob a influência da experiência italiana (psiquiatria democrática) começou a ser construído um novo sistema de saúde mental, com uma rede de estruturas externas totalmente substitutivas ao asilo. São, então, construídos cinco NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial (1989), a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência TAM-TAM, o Pronto Socorro Psiquiátrico Municipal e o Lar Abrigado República “Manoel da Silva Neto”. Os NAPS de Santos, são regionalizados, funcionam todos os dias (24 horas) e respondem pelo atendimento de sua região. Os NAPS procuram apresentar características dos espaços sociais públicos: salas-de-estar, de convivência, refeitórios, etc.

A Unidade de Reabilitação Psicossocial gerencia projetos de trabalho como cooperativas sociais. O Centro de Convivência TAM-



TAM busca facilitar a produção de novos valores sociais em relação à loucura, através de projetos artesanais, de teatro e da Rádio TAM-TAM. O Lar Abrigado é inaugurado em 1993, servindo de moradia e espaço de atenção para quatorze usuários, gravemente institucionalizados.

Como se pode observar, cada cidade tem uma maneira peculiar de encaminhar as questões relativas à transformação da assistência em saúde mental. Ao conhecermos as diversas propostas de trabalho em saúde mental, podemos identificar as influências dos diversos processos e o desenvolvimento singular de cada experiência. Cada serviço recebe uma denominação própria e a forma de atendimento e de cuidado procura ser personalizada, específica, respeitando as histórias de vida, a dinâmica familiar, as redes sociais.

Todas essas novas formas de atenção, têm encontrado respaldo nas políticas oficiais de saúde e o próprio Ministério tem procurado incentivar e facilitar a criação de serviços que respeitem a autonomia e liberdade do sofredor psíquico.

Como podemos observar, a partir da década de noventa, passa a existir uma preocupação com a reformulação na atenção ao sofredor psíquico. Essa reformulação pressupõe uma atenção mais humanizada, uma diminuição das internações, a existência de uma equipe mínima de trabalho e uma fiscalização das instituições psiquiátricas pelo próprio Estado. Este processo de transformações ocorridas na atenção ao sofredor psíquico em nosso País, precisa. Agora, ampliar o número de locais que desenvolvem as novas práticas e minimizar a carência na formação e capacitação dos recursos humanos que desenvolvem esse novo modelo de atenção à saúde mental.

Acreditamos, que essa situação expressa as dificuldades que esse novo modelo vem enfrentando, entre elas: a insistência na manutenção do modelo tradicional de atenção psiquiátrica; por parte de alguns profissionais da saúde e de administradores de hospitais psiquiátricos que lucram com esse modelo de assistência; ausência de capacitação, em nível nacional, que reforce a implantação generalizada do novo modelo e a atuação dos profissionais da saúde mental centrada nas novas práticas de atenção à saúde mental.

Portanto, o que se observa são trabalhos setorizados, com grandes dificuldades de desenvolvimento, desde a implantação do novo modelo e a manutenção do mesmo. Dentro de uma vivência prática, no Estado do Rio Grande do Sul, observamos, na maioria dos novos serviços, a manutenção dos dispositivos disciplinares de poder na relação que se estabelece entre o profissional da saúde e o sofredor psíquico e a utilização dos “velhos conceitos” sobre o processo saúde-doença mental. Por outra parte, sabemos que as mudanças políticas (troca de prefeitos) a nível municipal, também influem na qualidade do trabalho desenvolvido no novo modelo como, também, as alterações nos membros das coordenações de saúde mental quer a nível estadual ou municipal. Finalizando, continuamos ainda, infelizmente, a mover-nos no âmbito de uma tradição psiquiátrica ligada a uma concepção de saúde-doença mental e de cura, que é permeada de valores e juízos socialmente e historicamente determinados com força social suficiente para dificultar a implantação do novo modelo nesse mesmo social.

## Conclusão

Dentro da perspectiva histórica é possível fazer, como Foucault, através do estudo da microfísica de poder disciplinar, o parentesco histórico da formação da escola, do exército, da própria igreja, bem como, da psiquiatria com as estratégias e articulações do poder disciplinar.

Descobre-se, na obra de Michel Foucault, dentre outros, o entrelaçamento das relações de poder disciplinar na construção histórica da sociedade moderna. Nenhum dos símbolos convencionais desta sociedade – expressos nos modos de produção, poder, ideologia, ética, capitalismo, progresso, revolução – foi capaz de comportar-se como soberano absoluto.

O poder disciplinar, localizado na base da estrutura social, contendo todas as formas e estruturas, não se confundiu com nenhuma. Contradições, a parte, podemos encontrá-lo nas raízes de toda mudança da sociedade moderna. Pensamos, que não existe um único fator social privilegiado - econômico, político ou ideológico – como fator elementar dessa representação mas, nos atrevemos a

imaginar, aquilo que de uma ou outra maneira acha-se disseminado na própria existência cotidiana desse mesmo social - as relações de poder disciplinar.

## Notas

1 Organizada pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal (junho de 2000).

## Referências

- Belmonte, P. R., Reis, V. L. M., Pereira, R. C., Pereira, M., Jorge, M. S., & Costa, A. et al. (1998). Temas de saúde mental: Textos básicos do CBAD. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2001). Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil (p. 2). n. 69-E, Seção 1. Brasília, DF.
- Brasil. Câmara Federal. Comissão de Direitos Humanos (2000). I Caravana de direitos humanos: Relatório da visita aos manicômios. Brasília, DF. Não Publicado.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1992). Relatório da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Não Publicado.
- Castel, R.(1977). La contracción psiquiátrica: Los crímenes de la paz. México: Siglo Vientiuno.
- Foucault, M. (1986). Vigiar e punir (4a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lopez, C. (1954). Higiene mental. Rio de Janeiro: Pongetti.
- Machado. R., Loureiro, A., Luz, R., & Muricy, K. (1978). Danação da norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal.
- Oliveira, J., & Teixeira, S. (1985). (Im) previdência social: 60 anos da história da previdência no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Oliven, R. G. (1982). Urbanização e mudança social no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Organização Mundial da Saúde (1950). Séries Informes técnicos. Genebra: Autor.
- Prandoni, R. F. S., & Padilha, M. I. C. de S. (2004). A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras. Textos & Contexto - Enfermagem, 633-640.
- Rezende, H. (1992). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S. A. Tundis & N. R. Costa. Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil (pp. 15-74). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Rio Grande do Sul (1992). Lei da Reforma Psiquiátrica, nº 9.716, de 07 de agosto de 1992. In Brasil. Ministério da Saúde, Legislação em saúde mental (pp. 2-3). Brasília, DF: Autor.
- Rotteli, F. (1991, junho). A Lei 180 da reforma psiquiátrica: os problemas na sua aplicação. Divulgação em Saúde para o Debate, (4), 119-22.
- Teixeira. M. (1993). Hospício e poder. Brasília, DF: Senado Federal.
- Tundis, S. A., & Costa, N. R. (1992). Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes.

---

Recebido em 05 de janeiro de 2005

Aceito em 18 de janeiro de 2005

Revisado em 23 de fevereiro de 2005