

Loucura e sanidade psíquica: duas faces do desenvolvimento humano – alguns aspectos historiográficos (Brasil, 1808-2008)

Madness and mental health: two sides of human development - some historiographical aspects (Brazil, 1808-2008)

Resumo

Este artigo propõe-se a apresentar e discutir algumas facetas da historiografia sobre a loucura no Brasil, a criação de manicômios, desde meados do século XIX até a aurora do século atual, quando as neurociências imperam e, dificilmente nos deixam vislumbrar formas mais humanas de tratamento da loucura. Em contraponto a isso, apresentamos sucintamente alguns aspectos teóricos na prática da Psicologia Analítica, corrente psicológica que parte da saúde mental do indivíduo e não da doença, postulando o ‘processo de individuação’ como a mola propulsora do desenvolvimento humano saudável.

Palavras-chave: Loucura, Hospício, Desenvolvimento humano, Historiografia brasileira, Psicologia analítica, Processo de individuação

Abstract

This paper aims to present and discuss some aspects of the historiography on the madness in Brazil, the creation of asylums, since the mid-nineteenth century to the dawn of the present century, when the neurosciences prevail and hardly let us glimpse ways more humane of treatment of the insane. As counterpoint to this, we briefly present some theoretical aspects in the practice of the Analytical Psychology, psychological field that emphasizes the mental health of the individual and not of the illness, and points out the ‘individuation process’ as the driving force of healthy human development.

Keywords: Madness, Hospice, Human development, Brazilian historiography, Analytical psychology, Individuation process

Nádia Maria Weber Santos¹

¹Médica Psiquiatra. Docente-Pesquisadora do Programa *Stricto Sensu* em Memórias e Bens Culturais do Unilasalle/Canoas.

Correspondência: Rua Miguel Couto 464/407, Porto Alegre, RS, 90850-050, Brasil

E-mail: nmmws@gmail.com

Recebido : 04/03/2013

Aprovado : 23/04/2013

Introdução

A historiografia sobre a loucura no Brasil está estreitamente relacionada à história da criação dos manicômios brasileiros. Porém, antes do surgimento do primeiro, durante o Império (1852), há a discussão de leis e posturas acerca do que fazer com o grande contingente de alienados mentais que perambulavam pelas ruas e cidades do país. No Segundo Império, muitos manicômios (hospícios) foram criados pelo Brasil. Posteriormente, na República, a entronização do perito psiquiatra mudou mais uma vez a forma como se tratou da doença mental, passando ao domínio médico especializado o que antes havia sido matéria de leis e governantes. Nas últimas duas décadas do século XX, seguindo uma corrente mundial, surgiu a Luta Anti-manicomial, ganhando o país, na virada para o século XXI – a primeira Lei da Reforma Psiquiátrica. Já existe uma quantidade grande de pesquisadores brasileiros, citados no decorrer deste texto e elencados ao final em “fontes bibliográficas para pesquisa”, que se ocupam em escrever essa história vivida durante dois séculos em nosso país [1808-2008].

A loucura no Brasil colonial

A loucura começou a ser pensada no Brasil, mais efetivamente, no momento da chegada da família imperial, em 1808. Antes, os loucos perambulavam pelas ruas e ajudavam a lotar as cadeias públicas, ou eram internados em asilos religiosos. Alguns até permaneciam em porões de casas particulares, prática comum ainda na Idade Média.

Durante muito tempo, os hospícios brasileiros não se caracterizaram como casa de loucos, mas sim um lugar geralmente administrado por religiosos, que acolhia os pobres, órfãos, doentes sem recursos, velhos abandonados, peregrinos e outros necessitados. O hospício no Brasil serviu antes aos hansenianos (portadores de lepra) que aos doentes mentais: “Existe em São Paulo um hospício para o recolhimento dos infelizes atingidos pela morfêia, horrorosa enfermidade, que só a caridade pode impedir de ser olhada sem enorme repugnância”¹.

A vinda da família imperial para o Brasil, no início do século XIX, sob a coroa de D. Maria I, foi fundamental para a criação do ensino médico no país e para a realização das primeiras discussões sobre “psiquiatria” em solo colonial. A primeira rainha a pisar em solo brasileiro foi D. Maria I, de Portugal, que chegou louca e interditada, em 1808. Ela tinha em torno de 55 anos quando foi interditada. Médicos do momento referiam-se à sua doença como loucura, vesânia, demência, entre outros. Júlio Dantas considera que muito concorreu para sua doença uma série de choques psíquicos determinados por emoções de caráter político, religioso e doméstico².

Foi o cirurgião-mor do reino, o pernambucano José Correia Picanço, formado em Lisboa e com estágio em Paris que, ao assinar o laudo de interdição de D. Maria I (juntamente com o doutor Francisco de Mello Franco) e assumir seu tratamento na sua chegada à colônia, em 1808, ficou conhecido como o fundador do ensino médico brasileiro (por sua influência e solicitação foi assinada, neste ano, a lei para a fundação da Escola Médico-Cirúrgica da Bahia) e mentor da psiquiatria legal brasileira. Além disso, foi ele que, durante anos, assistiu a rainha louca em sua longa enfermidade, até que ela viesse a falecer, em 1816, no Rio de Janeiro.

Em meados do século XIX, no Brasil, seres humanos rotulados como “improdutivos, inadaptados e inúteis” vagueavam pelas ruas das cidades, havendo a necessidade de elas serem “limpas” desses desafort-

tunados seres indesejáveis, os quais, muitas vezes, iam parar em porões de casas particulares, em hospitais gerais e mesmo nas cadeias públicas³.

Foi um período que marcou a emergência de uma nova sensibilidade quanto à loucura e a internação especializada dessas pessoas foi sendo paulatinamente requerida. A modernização crescente das cidades, a economia competitiva e a necessidade de “higienização moral” da urbe levou à exclusão de muitos dos referidos indivíduos, inadaptados aos padrões de vida aceitáveis pela sociedade, improdutivos que eram economicamente. Esses “desajustados sociais”, os loucos ou “alienados mentais”, como foram chamados na época, precisavam de um lugar que os contivesse e os excluísse da sociedade⁴.

Pode-se dizer que, a partir de motivações diversas, lutas políticas distintas e brigas por poderes e saberes, o resultado foi um só: a construção de manicômios nas cidades brasileiras cada vez mais populosas. O hospício surgiu, assim, como necessidade de uma época histórica, ligada a outras transformações do período, sociais e urbanas.

A loucura no império

Em 1830, quando o relatório da Comissão de Higiene da Sociedade de Medicina e cirurgia do Rio de Janeiro recomendava “*Aos loucos, o Hospício!!*”, ocorreu o reconhecimento da loucura como objeto de caridade, sem qualquer outro tipo de abordagem. O relatório revelava, no que diz respeito aos doentes mentais, tendência maior para o tratamento moral, posição inicial tomada pela nascente medicina brasileira, em relação ao problema. Além disso, inaugurava-se, na época, a fase de saneamento das cidades: cada problema deveria ter um lugar apropriado para ser resolvido. O hospício ingressou no cenário brasileiro para exercer sua função de controle social, em uma sociedade em transformação e, portanto, geradora de conflitos e contradições localizados no coração do governo e da sociedade⁵.

Havia uma relação estreita entre a criação de hospícios de alienados e práticas de caridade e de controle social, numa sociedade tradicionalmente católica e num século em que a libertação de escravos, a imigração, a explosão demográfica e a urbanização conduziram a contradições sócio-econômicas que impunham políticas de confinamento para “desclassificados, inadaptados e inúteis”. Também o princípio do isolamento, fundamentado na escola institucional francesa de Pinel e Esquirol, para alienados mentais, legitimou o discurso médico da época e reforçou os princípios da caridade e a necessidade de o estado implementar novas formas de exclusão social.

Encabeçada pelos médicos da Academia Imperial de Medicina e fortalecida pelo apoio político do prestigiado provedor da Santa Casa do Rio de Janeiro, José Clemente Pereira, a recomendação recém-citada foi aceita em 1841 e tornou-se realidade edificada em 1852, junto à Praia da Saudade, no Botafogo: “O Hospício Pedro II, fundado por decreto de 18 de julho de 1841, debaixo da Augusta Proteção de Sua Majestade o Imperador, he destinado privativamente para asylo, tratamento e curativo dos alienados de ambos os sexos de todo o Império, sem distinção de condição, naturalidade ou religião”. A escolha da denominação hospício foi providencial, tendo em vista que a noção de caridade contida na expressão podia ser adaptada às ideias do tratamento moral em voga. E nenhuma outra instituição assistencial brasileira tinha mais força moral e tradição de caridade do que a Santa Casa de Misericórdia.

Então, “O mesmo hospício, em virtude do Decreto da sua fundação, e do termo da sua incorporação na Santa Casa de Misericórdia da cidade do Rio de Janeiro, he igual em direitos, prerrogativas e isenções

aos outros pios Estabelecimentos da mesma Santa Casa”⁶.

Cabe ressaltar que o Asilo Provisório de Alienados da capital de São Paulo, ao ser instalado a 14 de maio de 1852, antecipou-se historicamente à inauguração do Hospício Pedro II, que ocorreu no dia 5 de dezembro do mesmo ano. Mas devemos lembrar que, no Rio de Janeiro, o asilo provisório foi instalado em 1941, no mesmo terreno onde posteriormente foi construído o Pedro II. Onze anos antes, portanto, daquele de São Paulo, o que confere à cidade do Rio de Janeiro a primazia na inauguração de modelos assistenciais para alienados no Brasil⁷.

Durante o Segundo Império no Brasil, houve a criação de quinze instituições exclusivas para alienados, conforme segue: 1841 – Asilo Provisório, RJ; 1852 – Hospício Provisório de Alienados, SP; 1852 – Hospício Pedro II, RJ; 1860 – Casa de Saúde Dr. Eiras, RJ; 1864 – Hospício de Alienados Ladeira de Tabatinguera, SP; 1864 – Hospício de Visitação de Santa Isabel, Olinda – Recife; 1865 – Enfermaria do Hospital de Caridade, Belém; 1873 – Hospício de Alienados, vizinhança do Hospital dos Lázarus, Belém; 1874 – Asilo de São João de Deus, Salvador; 1875 – Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, Paraíba; 1878 – Enfermaria do Hospital de São João Batista, Niterói; 1883 – Hospício de Alienados Tamarineira, Recife; 1884 – Hospício São Pedro, Porto Alegre; 1886 – Asilo de Alienados de São Vicente de Paula, Fortaleza; 1887 – Asilo de Loucos, Maceió³.

As intenções de tratamento e cura enunciadas no decreto imperial não alcançaram os seus objetivos, tornando-se o hospício mais uma organização cujos fins eram de proteção social e secundária e, eventualmente, curativos, tendo em vista que a psiquiatria chegou ao Brasil décadas após a criação dos primeiros hospícios. Os hospícios de alienados atravessaram toda a segunda metade do século XIX superlotados, de tal maneira que só mesmo o controle social podia dar conta, ainda assim nem sempre, conforme revelou a rebelião de 1852 no Hospício Provisório de São Paulo. O Hospício de Pedro II foi inaugurado para receber 350 pessoas, quantidade excedida já um ano depois. O hospício de São Paulo, no primeiro ano de sua existência, devido à superlotação, foi “palco de uma rebelião que teve como consequência a total depredação do edifício” da rua São João. O hospício São Pedro, em Porto Alegre, conhecido como “cadeião”, estava abarrotado no final do século e o Hospício de Visitação de Santa Isabel, em Olinda, “não tinha as acomodações e condições indispensáveis para recolher 82 alienados quando não devia seu número exceder de 40”, o tanto que a casa² podia comportar.

O Hospício São Pedro de Porto Alegre (HPSP), que no início da República já era o terceiro maior do país, foi fundado no final do Império, em junho de 1884, bem bem distante do centro da cidade, na “Estrada do Mato Grosso”, atual avenida Bento Gonçalves, vizinha ao Arraial do Partenon. As preocupações do governo iam no sentido de que o terreno não ficasse junto à cidade, tal como a maioria dos outros hospícios, favorecendo o distanciamento daqueles que se queriam “sadios” e perpetuando a exclusão. Somavam-se a isso as recomendações médicas de que “os infelizes” ficassem em sítios campestres, “onde o ruído e o movimento popular não vá perturbar o repouso que lhe é mister”⁸. Passaram-se doze anos entre a primeira sugestão (1872) do Provedor da Santa Casa de Misericórdia – local onde eram internados esse tipo de doentes – para a construção de um asilo próprio para alienados e a inauguração do mesmo.

A ideia da construção de um lugar para guardar doidos, em Porto Alegre, foi de iniciativa do referido provedor e não de uma sociedade de médicos, como ocorreu na capital brasileira. O movimento deflagrado pelos protestos do então provedor da Santa Casa, José Antonio Coelho Junior, em 1873, apoiava-se em três argumentos principais: a) as péssimas condições em que viviam, no asilo da Santa Casa, os alienados enviados para a capital de todos os pontos da Província, sem que se pudesse minorar seus sofrimentos;

b) a confusão existente entre alienados e criminosos, fazendo com que ocupassem os mesmos lugares de reclusão, ou seja, a Cadeia Pública, por não existirem lugares suficientes no Hospital de Misericórdia para receber os primeiros; c) a responsabilidade da sociedade cristã e civilizada, que não deveria ter fechado seus olhos para tais problemas⁹.

O HPSP tem como um “orgulho” de sua história ter sido visitado pela princesa Isabel em 1885, numa de suas visitas à Província. Sua assinatura está registrada num livro de visitantes, inaugurado nesta ocasião e guardado como relíquia da Instituição até hoje. Essa visita, segundo foi registrada, corrobora, de certa forma, o que se vem dizendo em relação à função que os “governantes” viam nesse tipo de instituição: “casa de caridade”¹².

Encontramos o registro que a Princesa fez em seu Diário de Viagem, no mesmo ano: ela foi “... juntamente com a Baronesa (de Suverhy) e o Presidente (da Província) ao Hospício de Alienados, obra caridosa quanto é possível, tirando 70 e tantos infelizes de cadeias, onde não podem senão piorar. Pareceu-me bem atendido, bem dirigido e será imenso, pois o que está construído é a quarta parte e já é muito grande”¹².

Vendo sob tal perspectiva histórica, problemas específicos demarcaram as práticas de exclusão desses indivíduos: ao doente mental, na condição de excluído da sociedade urbanizada, foi negado o papel de agente/sujeito da história, restando marginal à sua própria contemporaneidade, estigmatizado frente ao convívio social; as representações da loucura que a sociedade construiu, as quais, nessa prática social de exclusão, foram legitimadas pelo discurso médico oficial ou serviram para legitimá-lo; o imaginário da exclusão, o qual favoreceu à formação de espaços urbanos que privilegiaram o isolamento e o confinamento do doente, criando verdadeiros depósitos de seres humanos, fora de toda a prática social integradora. A esses “excluídos da história”, os loucos, a sociedade negou o papel de cidadãos, privando-os de ter sua dignidade respeitada, sua autonomia realizada e seus direitos e deveres exercidos em todas as instâncias individuais e sociais.¹¹

A sua identidade foi privada de sentido social, tornando-se negativa e estigmatizada, e sua cidadania, constringida em “camisas-de-força sociais”, confeccionadas pela sociedade como um todo, pela medicina ou pela família.

A loucura na república

O decreto n. 142-A, de 1890, na República nascente, “desanexa do hospital da Santa Casa de Misericórdia desta capital (RJ) o Hospício Pedro II, que passa a denominar-se Hospício Nacional de Alienados”.¹²[Coleção das Leis do Império e da República, 1891] Assim, pode-se constatar que caiu D. Pedro II, mas não o hospício. Já estava consagrado! E foi assim que também atravessou a República, chegando a Belém (1892), Manaus (1894), Sorocaba (1895), São Paulo (1898), Natal (1911), Vitória (1944) e Goiânia (1950)³.

Quando a nascente psiquiatria brasileira, no final do século XIX, ingressou no hospício, os psiquiatras assumiram a direção de alguns deles, como os do Rio de Janeiro e São Paulo, e, progressivamente, foram ampliando o domínio da psiquiatria em outros manicômios. Porém, ao entrarem, no contexto de caridade e controle social vigente, os psiquiatras brasileiros e demais profissionais da área de saúde mental herdaram tal cultura, encontrando dificuldades para conciliar as práticas com as recomendações contidas

no edifício teórico construído pela psiquiatria e ciências afins. Dessa forma, tratamento psiquiátrico, caridade e controle social conviveram um bom tempo num complexo relacionamento e, dessa interação, surgiram muitas intervenções¹³. E o hospício, de um lugar para peregrinos, órfãos, velhos abandonados, doentes, transformou-se em instituição exclusiva para loucos.

Em 1890, bem no início da República, o jovem doutor Franco da Rocha ingressou no corpo clínico do Hospício Provisório de São Paulo, fazendo duras críticas à Instituição, denunciando seu modelo arcaico, “superado e anticientífico”. Ele pregou o monopólio do setor médico sobre a loucura, em contraposição ao hospício leigo, buscando, assim, equacionar a contradição do social com o científico. Propôs a clínica e o tratamento para os doentes mentais e elaborou o discurso científico brasileiro sobre a questão, sendo considerado, na época, o “nosso Pinel”. Em 1896, com a autoridade do saber médico, ele assumiu a direção desse hospício e, em seguida, com o apoio de setores políticos importantes da República, desenhou os contornos daquele que viria à luz em 1898, o grande e majestoso hospício de São Paulo, o Jaqueiri. Até meados dos anos 20 do nosso século, a loucura vai sendo incorporada pelo saber psiquiátrico e o grande hospício é inaugurado como sede desse saber. Fundamentados nas teorias organicistas da época, Franco da Rocha e seus seguidores reproduziam no interior do hospício uma prática questionável no plano científico e que, no plano microssocial da instituição, reproduzia os modelos adequados para a República oligárquica e de ascensão da burguesia industrial e comercial da época.² Quanto às intervenções, no interior dos hospícios – não importa se estamos falando do Rio de Janeiro ou de São Paulo – eram utilizadas “camisoladas de força, jejuns impostos, cacetadas, maus tratos e até assassinatos”³.

Em relação ao Rio de Janeiro, com a República veio também a modernização da capital brasileira, que coincidiu com a reforma no Hospício Pedro II, Hospício Nacional de Alienados. Já sob a direção de Juliano Moreira, iniciada em 1903, as novas instalações (ampliações de pavilhões e construção de outros) foram inauguradas em 1905, com o intuito de desfazer a superlotação existente em algumas unidades.

Diferentemente do Império, as primeiras administrações republicanas estariam mais atentas às reivindicações dos psiquiatras. Em 22 de dezembro de 1903, era finalmente aprovada a lei que fazia do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido.⁵ Mesmo assim, não houve uma mudança substancial na questão de enclausurar os loucos. No que diz respeito às práticas “republicanas”, “reeditavam-se, assim, os mesmos argumentos utilizados nos textos médicos da década de 30 do século XIX: internar os loucos nos hospícios significava proteger a sociedade, a paz, a tranquilidade e a moral públicas, mas representava, sobretudo, um benefício para o próprio louco”⁵.

O fato é que, no Brasil republicano, aumentou o número de internações psiquiátricas. Porém, faltava ainda uma mudança de paradigma no que dizia respeito à própria maneira de encarar a doença mental, pois permaneciam os meios coercitivos que, aos poucos, foram sendo trocados por terapêuticas químicas, elétricas (a exemplo do eletrochoque), e cirúrgicas. As referidas técnicas seriam tão deteriorantes do psiquismo normal como o fator social de exclusão.

A loucura na fronteira do século xxi: neurociências, psicologia analítica e algumas ações de políticas públicas em saúde mental no Brasil

O hospício continua até hoje se transformando; adaptando-se à modernidade, evoluiu, mas carrega consigo, nesse percurso, traços culturais que merecem discussões permanentes. No contexto contemporâneo desta virada de século, discutimos a dualidade que sempre atravessou a história da psiquiatria e da

loucura: o enfoque organicista, que hoje culmina nas neurociências, e o psicológico que, no século XX, teve seu expoente máximo no pensamento freudiano da psicanálise, o qual, na presente virada de milênio, reencontra seu sucedâneo na teoria de C. G. Jung. No Brasil, foram os trabalhos da psiquiatra carioca Nise da Silveira, no Centro Psiquiátrico Pedro II, em Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, que deram novo enfoque à psiquiatria hospitalar, trabalhando com terapêutica ocupacional nos moldes junguianos, aplicada em pacientes psicóticos. Porém, na maioria dos hospícios que ainda existem no país (por exemplo, o HPSP de Porto Alegre ainda não fechou suas portas), a terapêutica é medicamentosa e ainda é utilizada a Eletroconvulsoterapia (ECT ou eletrochoque) em muitos serviços públicos e privados. Neste início do século XXI, em um momento no qual se discute amplamente o fim dos manicômios, isto é, a “desinstitucionalização da loucura”, observa-se uma crescente proliferação de novos medicamentos e condutas terapêuticas, respaldados nas neurociências, que tomam um vulto quase hegemônico. A “camisa-de-força” de pano e também aquela “social” foram substituídas pela “camisa-de-força” química.

Contrapõem-se, atualmente, às terapias medicamentosas para tratamento psíquico/psiquiátrico, as psicoterapias e psicoanálises cuja base é a interpretação do inconsciente. Este, por sua vez, manifesta-se espontaneamente através dos sonhos.

Conforme o psiquiatra suíço Carl Gustav Jung (1875-1961), foi Freud o primeiro a conferir aos sonhos e à sua interpretação um caráter científico, apesar de remontar à Antiguidade e à existência de profetas, sacerdotes e médicos, que prestavam atenção aos sonhos e os interpretavam, inclusive já com caráter terapêutico. Os sonhos, desde sempre, tiveram sua importância e seu sentido, tanto individual quanto coletivamente. Temos exemplos nos Antigo e Novo Testamentos, na antiga Grécia, na epopeia suméria de Gilgamesh, entre outros.

No entanto, diferentemente do que Freud pensava, o sonho é o que é; ele não é uma fachada, nem algo pré-arranjado, ou um disfarce qualquer, mas uma construção completamente realizada, plena de sentido. O sonho é uma representação espontânea, sob forma simbólica, da situação do inconsciente. Jung sustentava que a imagem que aparece no sonho é no próprio sonho, ela mesma, cujo sentido contém inteiramente, não havendo disfarce. Isto é, quando sonhamos com uma faca, a imagem representa uma faca e não o órgão sexual masculino. O que Freud chamava de ‘fachada’ do sonho é sua ininteligibilidade, ou seja, é a projeção de nossa incompreensão racional ou racionalista. Nossas imagens são partes integrantes de nossa psique e, quando o nosso sonho reproduz algumas representações, elas são, antes de tudo, as nossas representações para cuja elaboração contribui a totalidade de nosso ser; trata-se de fatores subjetivos que, no sonho, não por motivos exteriores, mas pelos movimentos mais tênues da nossa alma, se agrupam de tal ou qual modo, exprimindo este ou aquele sentido. A existência de sonhos expressa a autorregulação psicológica existente no indivíduo. O efeito “terapêutico” dos sonhos acontece ao levarmos em consideração os aspectos inconscientes dos elementos simbólicos fornecidos pelos materiais oníricos.

A importância, numa terapia, de analisarmos os sonhos, é diretamente proporcional ao benefício psíquico de autoconhecimento e de autorregulação da energia psicológica que esse material adormecido no inconsciente pode nos trazer quando vem à luz. E não esqueçamos que a psique é tudo, pois é dela que partem todas nossas atitudes! E, além do mais, não existe corpo sem psique e psique sem corpo! Assim como cuidamos de nosso corpo, é urgente cuidarmos também de nosso mundo psicológico interior!

Partindo de uma conceituação específica de “doença” e, por conseguinte, de “doença mental”, conforme empregada pelo psiquiatra suíço Carl Gustav Jung e do pressuposto de que o ser humano é constitucionalmente saudável, inclusive sob o ponto de vista psicológico, postula-se a psique (e o inconsciente)

como um órgão, da mesma forma que temos os outros órgãos do corpo. Ela tem sua fisiologia própria e também adoece como os outros órgãos. Além de possuir grande capacidade de regeneração e de autorregulação. Encarada assim, os sintomas de uma doença psíquica são, ao mesmo tempo em que uma tentativa de cura, símbolos daquilo que se quer curado. Dessa forma, o surgimento de uma “neurose” ou de uma “psicose” acontece com a finalidade de restabelecer o equilíbrio psicológico, perdido em alguma situação extrema ou em um momento de crise.

Defendo a ideia de que a doença mental não é *por si só* parâmetro de exclusão de qualquer indivíduo de seu meio sócio-cultural, uma vez que a grande maioria dos primeiros surtos da doença pode ser evitada ou plenamente tratada com sucesso fora do ambiente hospitalar, uma vez diagnosticados no início de sua evolução e desde que não tenham sido ainda manipulados com medicamentos, eletrochoque ou outros meios deteriorantes do psiquismo.

Para colocar esse posicionamento em prática, aportamos com o referencial da psicologia junguiana, outro nome dado à Psicologia Analítica de C. G. Jung, segundo a qual o inconsciente pode ser analisado e a pessoa, curada de seus problemas, ao levar em consideração minuciosamente seu mundo interior – o que nos remete à etimologia da palavra ‘religião’. Conforme postulação do psiquiatra suíço, a psique possui uma função religiosa natural. A religião é – como diz o vocábulo latino *religere* – uma acurada e conscienciosa observação daquilo que Rudolf Otto chamou de “numinoso”, isto é, uma existência ou um efeito dinâmico, não causado por um ato arbitrário. Jung compreende a religião, ou religiosidade, como uma *atitude* do espírito humano, atitude que, de acordo com o emprego original do termo *religio*, poderia ser vista como uma consideração e uma observação cuidadosas de fatores dinâmicos, concebidos como potências que influenciam a consciência e, portanto, a experiência: “um observar os elementos ou forças inconscientes (‘spiritual agencies’) projetados como deuses – em outras palavras, dar a estas forças a atenção que precisam de forma a tomarem parte na vida do indivíduo. De fato, este é o sentido original do termo *religio* – uma observação e consideração cuidadosas do numinoso”¹⁰. As religiões, para Jung, são grandes sistemas psicoterapêuticos e os psicoterapeutas contemporâneos nada mais fazem do que tentar curar o sofrimento da alma, do espírito, da mente humana. Deus é um agente de cura, dizia ele; é um médico que cura os doentes e trata dos problemas do espírito, fazendo exatamente o que os psicoterapeutas fazem.

Dessa forma, pensando no paradigma junguiano e sua forma de encarar os processos psíquicos, a doença mental, ou o que socialmente chamamos de loucura, será tratada e quem sabe até curada quando o indivíduo levar em consideração o seu mundo interior e perceber a vida psíquica prenhe de significado, reconhecendo, assim, o sentido de seus sintomas. O processo que desencadeia uma doença pode ser o mesmo que desencadeia sua cura, desde que levado a sério, paciente e conscienciosamente. Não há medicamento que restabeleça as funções psíquicas de forma saudável. E não há “fórmulas mágicas”, químicas ou psíquicas, que façam o ser humano retornar ao seu funcionamento normal ou ideal. Há que se prestar atenção no mundo interno, em suas fantasias e nos simbolismos prenhes de significado que estão em seu inconsciente. E o desenvolvimento humano, pleno e sadio, pode alcançar espaço neste mar medicamentoso em que se encontra mergulhado o ser (humano?) contemporâneo.

Seguindo o pioneiro da reforma psiquiátrica italiana, Franco Basaglia assim nos ensina, ao referir-se à possibilidade de reconstrução do conceito de saúde-doença mental:

Possível no sentido de que, se junto com o desmantelamento dos velhos hospitais, não se ficasse limitado a organizar simples serviços ambulatoriais; mas se criou, para os novos e velhos doentes, a possibilidade de viver de maneira diversa o próprio sofrimento, visto

como o produto de um conjunto de fatores e não apenas como sinal de periculosidade social a reprimir¹².

A crítica ao modelo ‘hospitalocêntrico’ não é nova e ganha no Brasil um adepto contemporâneo que pensa a questão e já publicou muitas obras a respeito: Paulo Amarante. Em uma reflexão ainda anterior à reforma, ele faz referência a algo de interesse à nossa pesquisa, às nossas preocupações:

A desinstitucionalização é um processo ético porque, em suma, inscreve-se em uma dimensão contrária ao estigma, à exclusão, à violência. É a manifestação ética, sobretudo, se exercitada quanto ao reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos, de novas possibilidades de subjetivação daqueles que seriam objetivados pelos saberes e práticas científicas e inventa – prática e teoricamente – novas possibilidades de reprodução social desses mesmos sujeitos¹².

Em termos de políticas públicas em saúde mental, a “luta antimanicomial” iniciou na década de 1980 por parte de grupos independentes, ONGs e entidades privadas. Porém, a reforma psiquiátrica, iniciada na metade da década de 1970, a partir das comissões de saúde mental, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do MTSM (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental), tomou forma na Lei Federal 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica, também chamada Lei Paulo Delgado), sancionada somente em 6 de abril de 2001, a qual regulamentou as internações psiquiátricas e promoveu mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental. Destaca-se o processo de “desospitalização”, implementado através da criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os centros de atenção psicossocial (CAPS). Seu objetivo foi, inicialmente, humanizar o tratamento, de modo que a internação fosse o último recurso – e, ainda assim, cercado dos devidos cuidados e do absoluto respeito à cidadania do paciente¹³.

As políticas governamentais de saúde mental criaram serviços substitutivos, atualmente atuantes em grande parte dos municípios brasileiros, para que essa população fosse atendida fora dos hospitais, introduzindo novos modelos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento psíquico, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), no âmbito municipal. A luta antimanicomial está, pois, embasada na retirada dos pacientes dos hospitais e em sua reabilitação psicossocial, materializando a regulamentação de tais serviços alternativos aos manicômios.

Há, ainda, a preocupação de se evitar as internações prolongadas e de reduzir as compulsórias. A proposta foi, desde então, privilegiar o convívio do paciente com a família. Nesse novo modelo, a sociedade é chamada a assumir sua responsabilidade com os portadores de transtornos mentais, o que certamente implica a conscientização de que eles não são incapazes e de que a inserção social é mais eficaz para a sua recuperação. A forma ideal defendida ainda está longe das práticas sociais de exclusão realizadas nas cidades brasileiras há duzentos anos.

A reforma psiquiátrica constituirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospital dia, hospital noite, centros de atenção psicossocial, centros de residências de cuidados intensivos, lares e abrigos, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades e construtivas e similares¹⁵.

Observa-se, assim, que a questão da cidadania permeia tanto as reflexões quanto as práticas, no que

tange à re-discussão sobre saúde e doença mental em nosso meio. Durante o Forum Social Temático, que aconteceu em Porto Alegre, em janeiro de 2012, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão lançou a Cartilha Direito à Saúde Mental¹⁴, destinada aos usuários do sistema de saúde mental, seus familiares e a toda a comunidade, com o objetivo de informar aos cidadãos acerca dos direitos à saúde mental, “de modo que possam conhecer e exigir dos poderes públicos o cumprimento de seus deveres”. De forma simples e direta, responde a questões importantes ao esclarecimento dos usuários, tais como: O que é o direito à saúde mental? , Quem garante esse direito? Uma pessoa pode adoecer mentalmente? Como identificar uma situação de risco à saúde mental? Ficar triste porque morreu alguém, desconfiado por conta de alguma briga ou esperando uma notícia com as mãos frias e o coração disparado quer dizer que a pessoa ficou doente? Em caso de suspeita de transtorno mental, a quem recorrer? Os remédios causam dependência? O que é hospital psiquiátrico? Quais os direitos das pessoas com transtornos mentais? O que é o Movimento da Reforma Psiquiátrica? Como as pessoas com transtorno mental podem participar da construção da política de saúde mental? Quais são esses serviços substitutivos extra-hospitalares para o tratamento das pessoas com transtornos mentais? Como obter acesso aos serviços? Quem é responsável pela implantação dos serviços de saúde mental fora do hospital psiquiátrico? Como lidar adequadamente com a pessoa com transtornos mentais? O que devemos fazer quando uma pessoa com transtorno mental está em crise? O que se deve fazer quando uma pessoa com transtorno mental sofre maus-tratos e tem seus direitos violados? A quem pode ser comunicada a violação de direito da pessoa com transtornos mentais ou a falta de serviços adequados para seu atendimento? Como os serviços de saúde mental podem atender às necessidades individuais das pessoas com transtorno mental? As pessoas com transtorno mental são perigosas? As pessoas com transtornos mentais são incapazes de responder pelos seus atos? As pessoas com transtornos mentais devem ser interditadas? Como é avaliada a capacidade de discernimento de uma pessoa com transtorno mental?

De maneira simples e direta, as questões citadas são respondidas na cartilha recém-mencionada, sendo essa uma das possíveis formas de dotar socialmente o doente mental, estigmatizado há séculos, com um pouco de dignidade e cidadania. Também questões relativas à drogadição, à violência física e aos modos de tratamento são elencadas no referido documento.

Conforme Gilda Pereira de Carvalho, procuradora federal dos direitos do cidadão,

Para que a saúde mental seja um direito de fato é indispensável, portanto, que os gestores públicos contemplem em seus planos e programas de governo as ações, os serviços e os equipamentos necessários à prestação de cuidados às pessoas com transtorno mental. Isso porque os serviços e atendimentos voltados a esse grupo – inclusive os dependentes de álcool e outras drogas e os que praticaram ilícitos penais – devem ocorrer na rede criada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em regime de cooperação e descentralização com as secretarias de saúde de estados e municípios. Nesse sentido, é fundamental que os cidadãos e cidadãs exerçam controle social a partir da cobrança de gestores e políticos para a disponibilização e prestação desses serviços, mediante monitoramento dos Conselhos de Saúde nos estados e municípios e ainda do Conselho Nacional. A ausência ou precariedade de tratamento devem também ser denunciados junto às promotorias e procuradorias da saúde do Ministério Público para que – conjuntamente ou pelas atribuições repartidas – adotem medidas extrajudiciais perante os órgãos públicos e ações judiciais, quando for o caso, para a efetivação desse direito^{16,17}.

Porém, longe ainda de possuímos um sistema médico, social e político ideal para o tratamento da loucura e para reintegrar essas pessoas à sociedade, continuamos caminhando na marcha cuja preocupa-

ção maior deve residir realmente em transformar o paradigma da doença mental e, conseqüentemente, a relação que se estabelece com seu tratamento e com a inserção na sociedade das pessoas acometidas por sofrimentos psíquicos.

Referências

1. Saint-Hilaire A. Viagem à Província de São Pedro e resumo das viagens no Brasil, Província Cisplatina e missões do Paraguai. São Paulo: Martins Editores, SP, s.d.
2. Figueiredo G; Ferraz M. Século XIX no Brasil: D. Maria I, fundação do ensino e hospício de alienados. In: Rev da Assoc Bras de Psiquiatria. 1998; 20 (3): 75-85.
3. Medeiros T. Formação do Modelo Assistencial psiquiátrico no Brasil. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1977.
4. Santos NMW. Narrativas da loucura & Histórias de sensibilidades. Porto Alegre: UFRGS, 2008.
5. Engel MG. Os delírios da razão - médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
6. Conferências. IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial.
7. 2010.http://conselho.saude.gov.br/web_saudemental/index.html
8. Uchôa DM. Organização da Psiquiatria no Brasil. São Paulo: Sarvier, 1981.
9. Schiavoni A. A institucionalização da loucura no Rio Grande do Sul: o Hospício São Pedro e a Faculdade de Medicina. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em História, UFRGS, 1997.
10. Wadi YM. “Palácio para guardar doidos”: uma história das lutas para a construção do hospício de alienados e da psiquiatria no RGS. Porto Alegre: UFRGS, 2002.
11. Jung CG. Psicologia e religião. Petrópolis: Vozes, 1998.
12. Santos NMW. Histórias de vidas ausentes – a tênue fronteira entre a saúde e a doença mental. Passo Fundo: UPF, 2005.
13. Amarante P. O Homem e a serpente – outras histórias para a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
14. Franco SC. Porto Alegre: guia histórico. Porto Alegre: UFRGS, 1987.
15. Amarante P. Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
16. Cartilha Direito à Saúde Mental. Ministério Público Federal/Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. 2012. http://osm.org.br/osm/wp-content/uploads/2012/02/cartilha_saude_mental_final.pdf. Acessado em 28/04/2013.
17. Guia de serviços de saúde mental do Rio Grande do Sul, 2002. Disponível em <http://www.sipergs.org.br/guia.pdf>. Acessado em 15/04/2013.