

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



**MÓDULO V: FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA SAÚDE MENTAL
E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) Mozart Júlio Tabosa Sales

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) Mônica Sampaio de Carvalho

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento Lúcia Nazareth Amante

Subchefe do Departamento Jane Cristina Anders

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora Vânia Marli Schubert Backes

Subcoordenadora Odaléa Maria Brüggemann

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização Vânia Marli Shubert Backes

Coordenadora Didático-Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora de Tutoria Lúcia Nazareth Amante

Coordenadora de EaD Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

Coordenadora de TCC Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadoras Pólos Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

EQUIPE DE APOIO

Secretaria: Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier

Tecnologia da Informação: Fábio Schmidt Reibnitz

AUTORES

Maria Terezinha Zeferino

Jonas Salomão Spricigo

Lucilene Cardoso

Zeyne Alves Pires Scherer

Tania Maris Grigolo

Jeferson Rodrigues

REVISÃO TÉCNICA

Maria Gabriela Curubeto Godoy

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

M5 - Fundamentos Históricos e Conceituais da Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Z41c ZEFERINO, Maria Terezinha

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Fundamentos históricos e conceituais da saúde mental e atenção psicossocial / Maria Terezinha Zeferino; Jonas Salomão Spricigo; Lucilene Cardoso; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.
62 p.

ISBN: 978-85-88612-65-5

1. Saúde Mental. 2. Enfermagem Psiquiátrica. 3. Atenção Psicossocial.

CDU – 616-083:616.89

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Isabela C. G. de Oliveira

Revisão Textual Ariele Louise Barichello Cunha

Coordenação de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

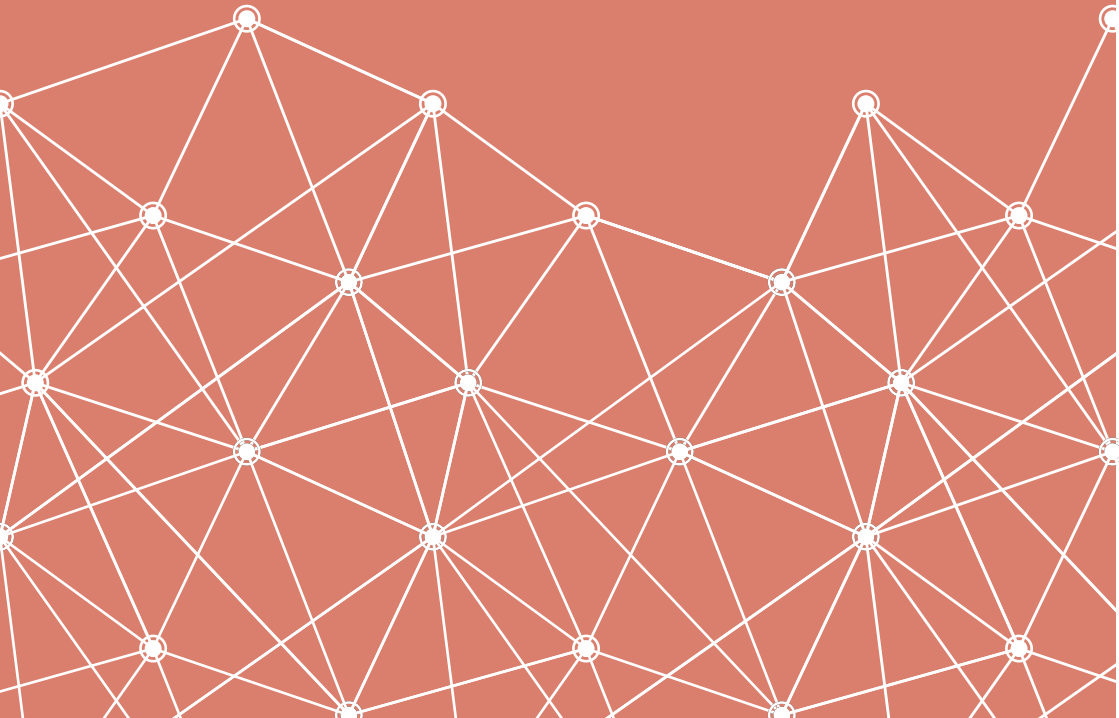
Projeto Editorial Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO V

FUNDAMENTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DA SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



FLORIANÓPOLIS
2013

CARTA DO AUTOR

Caro aluno,

É um prazer recebê-lo para o Módulo V – Atenção Psicossocial!

Ao longo das próximas páginas apresentaremos, resumidamente, um recorte sobre a história da loucura, o surgimento da Psiquiatria e suas várias reformas, fruto de críticas e questionamentos decorrentes tanto da forma de gestão quanto do saber que lhes dão sustentação.

Procuramos destacar os aspectos principais, momentos históricos e concepções, estabelecendo um fio condutor que o possibilite a melhor compreensão da trajetória das abordagens da questão louco/loucura, para que você tenha condição de problematizar a sua realidade.

Seja bem-vindo e bons estudos!

Maria Terezinha Zeferino, Dra.

Jonas Salomão Spricigo, Dr.

Lucilene Cardoso, Dra.

Zeyne Alves Pires Scherer, Dra.

Tania Maris Grigolo, Dra.

Jeferson Rodrigues, Dr.

Aprender é descobrir aquilo que você já sabe. Fazer é demonstrar que você sabe. Ensinar é lembrar aos outros que eles sabem tanto quanto você. Somos todos aprendizes, fazedores, professores.

Richard Bach

OBJETIVO GERAL

Ao final deste módulo o aluno será capaz de refletir o processo histórico da Saúde Mental e Atenção Psicossocial e sobre suas bases conceituais para produzir novos sentidos em sua prática.

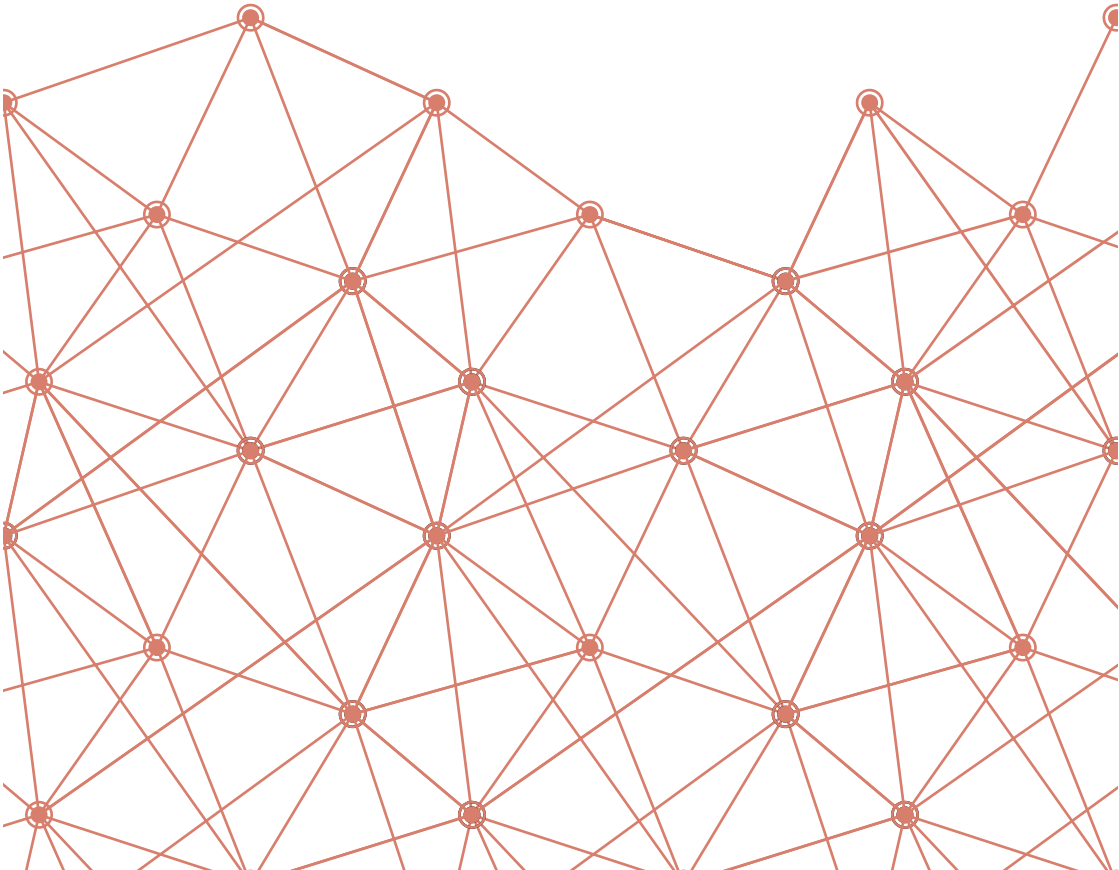
CARGA HORÁRIA

45 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 — ASPECTOS HISTÓRICOS E FUNDAMENTOS DA PSIQUIATRIA, DA SAÚDE MENTAL E DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	9
1.1 Introdução da Unidade	9
1.2 Recortes históricos da loucura: saber em construção	10
1.3 Aspectos das Reformas Psiquiátricas	22
1.4 Resumo da unidade	32
1.5 Fechamento da unidade	33
1.6 Recomendação de leitura complementar	33
UNIDADE 2 — BASES CONCEITUAIS	35
2.1 Introdução	35
2.2 O conceito de saúde	35
2.2.1 Saúde-doença, o normal e o patológico	37
2.2.2 Sofrimento, sofrimento psíquico, transtornos mentais	39
2.2.3 Desinstitucionalização e reabilitação psicossocial	43
2.2.4 Psiquiatria, saúde mental, atenção psicossocial	44
2.3 Resumo	50
2.4 Fechamento da unidade	50
2.5 Recomendação de leitura complementar	51
ENCERRAMENTO DO MÓDULO	52
REFERÊNCIAS	53
MINICURRÍCULO DOS AUTORES	59

UNIDADE 1



Unidade 1 – Aspectos históricos e fundamentos da psiquiatria, da saúde mental e da atenção psicossocial.

Ao final dessa unidade você será capaz de conhecer o processo histórico da psiquiatria e saúde mental para que possa compreender as mudanças neste campo.

1.1 Introdução da Unidade

Nesse módulo foi feito um recorte contextual sobre a história da **loucura** e sua relação com a Psiquiatria para que você possa compreender os fatos históricos que configuraram as mudanças no campo da psiquiatria culminando com a Atenção Psicossocial.

A terminologia utilizada como louco, loucura, alienação, alienado, doente mental entre outras foi mantida para preservar as expressões utilizadas em cada época determinada.

História, na perspectiva marxista, é a busca humana por seus objetivos (BOTTOMORE, 2001), logo, o ser humano é um ser histórico, pois utiliza-se de sua realidade para transformar/conformar sua existência. Neste sentido, o conhecimento da loucura é o estudo da condição humana relacionado aos contextos sociais, culturais e políticos. Assim, as respostas sociais de como lidar com a loucura são decorrentes da forma como cada sociedade produz seu saber-fazer-discurso sobre o louco e a loucura de acordo com cada momento histórico. Portanto, saber como o louco foi cuidado no decorrer da história é uma premissa necessária para que possamos compreender o cuidado dispensado a ele nos dias atuais.

A sociedade explicou e tratou a loucura de diferentes maneiras em diferentes momentos. O modo como uma sociedade particular reage a uma anormalidade depende dos seus valores e suposições sobre a vida e o comportamento humanos.

Nas seções a seguir, a história e a evolução do pensamento concernente à loucura serão abordados brevemente. Lembramos que as modificações se dão aos poucos e em partes, portanto, podemos, ainda hoje, encontrar práticas assistenciais como as de antigamente.

1.2 Recortes históricos da loucura: saber em construção

Desde os primórdios da história, a loucura é interpretada e cuidada de acordo com o modo de vida da época. Dessa forma, os seres humanos que não se comportavam de acordo com as normas vigentes eram tidos como anormais/loucos.

A cultura e suas normas sociais influenciam desde a antiguidade no modo como a loucura é vista e tratada na sociedade atual e nas formas como é estudada e cuidada pelos profissionais de saúde. Vale fazer uma retrospectiva para compreendermos os vários olhares para a loucura, desde a Antiguidade, passando pela Idade Média até chegarmos aos dias atuais para olharmos sob outra perspectiva e darmos vez, voz e cuidado para os seres humanos em sofrimento.

A seguir apresentaremos como era percebido o louco/loucura nos diferentes períodos históricos.

Na Antiguidade acreditava-se que o comportamento fora da norma sociocultural de cada local era causado por forças sobrenaturais, que assumiam o controle da pessoa ditando seus comportamentos. Os antigos egípcios, árabes e hebreus acreditavam que o comportamento distinto era decorrente de possessão por forças sobrenaturais, deuses irados, maus espíritos e demônios (HOLMES, 2001).

As formas de intervenção utilizavam desde encantamentos, preces ou poções até a imposição de sofrimentos físicos, como apedrejamento e açoitamento, objetivando livrar a pessoa das possessões (HOLMES, 2001).

Nas eras grega e romana (século IX a.C. – 476 d.C.), a ênfase mudou para explicações naturais ou fisiológicas. A primeira tentativa de explicar o comportamento diferente da norma sociocultural em termos de causas naturais ocorreu quando Hipócrates (460 – 377 a.C.), conhecido como o “pai da medicina moderna”, formulou a Teoria Humoral, sugerindo que o comportamento era governado pelos níveis relativos de quatro humores (Líquidos) no corpo. Esta teoria constituiu a principal explicação racional sobre a saúde e a doença entre o Século IV a.C. ao Século XVII (HOLMES, 2001).

De acordo com tal teoria, a vida era mantida pelo equilíbrio entre quatro humores: sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra procedentes, respectivamente, do coração, cérebro, fígado e baço. Segundo o predomínio natural de um destes humores na constituição dos indivíduos, teríamos os diferentes tipos fisiológicos: o sanguíneo, o fleumático, o colérico e o melancólico.

A doença teria como causa o desequilíbrio entre os humores.

Hipócrates acreditava que um excesso de bile negra causava depressão, que o excesso de bile amarela estava associado à tensão, ansiedade e instabilidade pessoal, que níveis elevados de fleuma resultavam em um temperamento sombrio ou preguiçoso, e que um excesso de volume sanguíneo estava relacionado a oscilações de humor rápidas (HOLMES, 2001, p. 26).

As formas de intervenção tinham como foco manter o equilíbrio dos humores, ajudando a expulsar o humor em excesso. Neste contexto histórico, Hipócrates substituiu o conceito sobrenatural da loucura pelo de sua natureza patológica. Descreveu algumas perturbações mentais (PAIXÃO, 1979, p.119) como mania, demência, paranoia entre outras. Assim, as pessoas com comportamento distinto eram tratadas como se estivessem sofrendo de doenças e eram cuidadas como as outras pessoas doentes. Foram introduzidos meios terapêuticos racionais tais como: banhos de imersão, dieta vegetal, sangrias, música e viagens (HOLMES, 2001; PAIXÃO, 1979).

Naquele período, grego e romano, havia, também, a visão passional, expressada nas tragédias gregas, a qual acreditava que a gênese da loucura encontrava-se nas emoções intensas e descontroladas. Nessa mescla de fortes sentimentos que levam ao descontrole do comportamento, estaria a raiz da insanidade. Essas duas visões, apesar de conviverem no mesmo período da Grécia clássica, têm concepções distintas. Enquanto Hipócrates concebia a loucura como gênese organicista, os trágicos, a exemplo de Eurípidas, concebiam a visão passional associada aos desvarios, às explicações psicológicas para a loucura (PESSOTTI, 1995).

Na Idade Média (500 – 1500 d.C) as causas para os comportamentos diferenciados em determinados contextos socioculturais foram, novamente, atribuídas aos demônios. Nessa época, os ensinamentos de Hipócrates caíram no esquecimento e surgiu na Europa um movimento de perseguição religiosa aos judeus, aos protestantes, às bruxas e aos loucos, em que as pessoas com comportamentos estranhos eram vistas como uma ameaça social (HOLMES, 2001; PAIXÃO, 1979).

As formas de intervenção eram do tipo exorcismo para expulsar os demônios, sendo que tais pessoas eram rotuladas de bruxas e acreditava-se que deveriam ser destruídas numa tentativa de proteger a sociedade dos seus malefícios. A punição ou a redenção eram concebidas como forma de tratamento (HOLMES, 2001; PAIXÃO, 1979).

No **século XVI** foi reconhecido que os indivíduos com comportamento diferenciado da norma sociocultural estavam doentes, ao invés de possuídos. Tentativas foram empreendidas para tratá-los de forma mais humanitária, sem condenação ou exorcismo. Neste contexto, foi criado em Londres, no ano de 1547, o hospital *Saint Mary of Bethlehem*, que foi um lugar dedicado ao “cuidado de pessoas perturbadas”. Na realidade os primeiros asilos eram mais prisões do que hospitais (HOLMES, 2001, p.27).

As formas de intervenção eram o confinamento e o acorrentamento das pessoas às paredes, de modo que as impediam de se deitarem para dormir (HOLMES, 2001).

Cabe ressaltar que o hospital na Idade Média era uma “instituição de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. [...] Hospital que, em latim, significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade” (AMARANTE, 2007, p.22). Estes hospitais eram mantidos por instituições religiosas de caráter filantrópico, em seu início, onde a medicina não era exercida (AMARANTE, 2007).

A partir da metade do século XVII, na França, em 1656, sob o poder real, foi fundado o Hospital Geral. Não sendo um estabelecimento médico no sentido dos dias atuais, deixou de ser apenas filantrópico e passou a cumprir função de ordem social e política. A criação do Hospital Geral definiu um novo “lugar social para o louco e para a loucura na sociedade ocidental” (AMARANTE, 2007, p. 23).

Foucault referiu-se ao Hospital Geral como a “Grande Internação”, pois as casas e hospitais serviam de destinos para

os pobres de Paris, de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis (FOUCAULT, 2005 p.49).

O que os internados apresentavam de comum era o fato de serem pobres, improdutivos, de não trabalharem, não pelo desemprego, mas segundo a concepção vigente, pelo esmorecimento da disciplina e a frouxidão dos costumes. Portanto, uma **percepção moral** sobre todos aqueles considerados indesejáveis.

As autoridades reais e judiciárias passaram a delegar a internação no Hospital Geral. Foi concedido poder aos diretores dos hospitais a ser exercido sobre a população, aquela tida em potencial para ser internada. O hospital transcende um caráter de caridade para “funções mais sociais e políticas” (AMARANTE, 2007 p.24).

No final do século XVIII destacamos um importante momento histórico, a Revolução Francesa (1789). Esta revolução teve raízes não somente na França, mas em todos os centros vitais do pensamento europeu sendo fundada no racionalismo. As idéias elaboradas propunham o progresso geral e a felicidade do gênero humano à luz da ciência, da razão esclarecida e do humanismo, em oposição ao obscurantismo e a aceitação cega dos dogmas (ENCICLOPÉDIA MIRADOR, 1986). Esta visão determinou uma nova abordagem da questão louco/loucura. Conforme Amarante (2007) a Revolução Francesa contribuiu significativamente com os direitos humanos, sociais e políticos e atualizou a noção de cidadania da Grécia antiga.

No campo político, as idéias da Revolução Francesa estabeleceram a separação dos poderes – Legislativo, Executivo e Judiciário - com o predomínio do primeiro. Ao Direito Histórico, base da autocracia do absolutismo e fonte de privilégios da nobreza e do clero, contrapunha-se o Direito Natural dos homens nascidos iguais (ENCICLOPÉDIA MIRADOR, 1986).

Em 26 de agosto de 1789, na França, a Assembléia Constituinte aprova a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, com ênfase na liberdade, entendida como o direito de fazer tudo aquilo que não prejudique outrem. A declaração outorga o direito natural não somente à liberdade, mas também à igualdade, à propriedade e à segurança (ENCICLOPÉDIA MIRADOR, 1986).

A Revolução Francesa conjuga este feixe de idéias, colocando-as em prática. Emerge a concepção moderna de democracia pautada na figura do cidadão, indivíduo dotado de subjetividade fundada na razão universal, atributo que o eleva à condição de sujeito, apto a gerir sua vontade e responder por seus atos. Não sendo mais aceitável o poder absoluto, as condutas devem, de agora em diante, pautar-se em normas racionais (ENCICLOPÉDIA MIRADOR, 1986, p. 9.858).

Segundo Castel (1978, p.9), em 27 de março de 1790, na França, a Assembléia Constituinte estabelecia o Decreto que abolia as *Lettres de cachet*, cujo Art. 9º prescreveu que:

As pessoas detidas por causa de demência ficarão, durante três meses, a contar do dia da publicação do presente decreto, sob os cuidados de nossos procuradores, serão interrogados pelos juizes nas formas de costume e, em virtude de suas prescrições, visitadas pelos médicos que, sob a supervisão dos diretores de distrito, estabelecerão a verdadeira situação dos doentes, a fim de que, segundo a sentença proferida sob seus respectivos estados, sejam relaxados ou tratados em hospitais indicados para esse fim.

Lettres de cachet eram cartas assinadas pelo Rei e utilizadas, dentre outras finalidades, para autorizar a prisão de alguém.

Naquele momento, os loucos são separados dos seus companheiros da

Grande Internação e a questão relativa à loucura recebe uma nova face.

Na medida em que o hospital deixou de ser um espaço da filantropia e da assistência social para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados, desacomodados, porém institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico. (AMARANTE, 2007 p. 35).

Com a chegada das instituições hospitalares, os médicos, em nome do saber sobre as doenças, passaram a administrar o hospital e deixaram a filantropia e o clero como instâncias secundárias. É nesse momento que **Philippe Pinel** inicia sua grande obra de “medicalização do Hospital Geral de Paris. Em 1793, Pinel passou a dirigir o Hospital de Bicêtre e Salpêtrière” (AMARANTE, 2007 p.28).

Assim, os loucos que Pinel encontra em Bicêtre e Salpêtrière pertenciam a esse universo - os indesejáveis de toda ordem, os vagabundos, os indigentes, os desempregados, os delinquentes e os pobres - é o local onde Pinel e a psiquiatria do século XIX encontram os loucos, e onde eles permanecerão (FOUCAULT, 2005).

Figura 1: Conduite des filles de joie à la Salpêtrière



Fonte: <http://www.malerei-meisterwerke.de/images_large/etienne-jeaurat-transport-der-freudenmaedchen-zur-polizeiwaechen-04963.jpg>

Essa decisão, de manter os loucos institucionalizados, circunscreve toda a problemática moderna da loucura. A abolição das *Lettres de cachet* inscreve-se nessa ordem e são definidos, pela primeira vez, os elementos que constituem os fundamentos da assistência ao louco, conforme apresentado no quadro 1:

Quadro 1: Elementos que constituem os fundamentos da assistência ao louco

NOVA ORDEM	CARACTERÍSTICA
Contexto político do advento do legalismo	A lei é a expressão da vontade geral - dela decorre a ruptura pela supressão do poder real que, juntamente com a família e o judiciário, mantinham o equilíbrio na questão da sequestração do louco.
Novos agentes	A justiça, os diretores de distritos e a medicina - passam a ter a incumbência de gerir a questão loucura.
Atribuição do status de doente ao louco	O louco deve se diferenciar dos seus companheiros da Grande Internação – os criminosos, vagabundos, mendigos e outros. O louco passa a ser reconhecido na sua diferença, a partir do aparelho que vai tratá-lo de agora em diante.
Nova estrutura institucional	A prática nos hospitais é definida como um lugar próprio para o louco dentro da sociedade burguesa em vias de se estabelecer.

Fonte: Castel (1978, p. 10)

Para justificar a permanência do louco nos locais, era necessária uma justificação congruente com o novo contexto social, cujo lema passou a ser a liberdade, igualdade e fraternidade. Esses locais eram vistos como símbolo do poder despótico (SPRÍCIGO, 2002).

Com a nova ordem burguesa, começa a existir a necessidade de que o todo social seja ordenado por contrato, possibilitando um espaço autônomo necessário ao livre desenvolvimento de uma economia de mercado. Ao Estado, compete a vigilância da realização do acordado, fazendo prevalecer a liberdade dos cidadãos, os contratos firmados acerca da propriedade privada e a livre realização das trocas sob as leis de mercado. Sua função é garantir as premissas da legislação, somente intervindo quando é colocada em risco a estrutura contratual da sociedade. É nesta matriz que o louco não encontra o seu lugar, sendo necessário impor-lhe um estatuto (SPRÍCIGO, 2002).

O estatuto jurídico é alcançado através da promulgação pela Assembléia Constituinte, em 1838, na França, do regime dos insensatos. A justificativa para o internamento, além da esfera jurídica, vai sendo produzida à medida que se desenvolve a ideia de que a reclusão é capaz de eliminar a loucura (CASTEL, 1978).

No início século XIX foi elaborado o Tratado Médico Filosófico sobre a Alienação Mental, escrito por Pinel, que é considerada a primeira incursão médica sobre a loucura. Para Castel (1978, p. 83), “o ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas o ordenamento do espaço hospitalar”.

Entretanto, Gladys Swain, citada por Roudinesco (1994, p. 22), afirma que “Pinel nunca fizera aquele gesto, retirar as correntes dos alienados, pois na realidade, foi o Enfermeiro Pussin quem promoveu a gradativa libertação dos alienados”.

Figura 2: Philippe Pinel à la Salpêtrière



Fonte: <http://19thcenturyrealism.com/wp-content/uploads/2013/03/pinel-a-la-salpetriere_fleury.jpg>



Compartilhando

Pinel introduziu o conceito de alienação mental e a profissão de alienista. Alienação mental “era conceituada como um distúrbio das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade”. A alienação mental seria a desordem parcial da razão. Alienado significa “alguém de fora, estrangeiro, alienígena [...] fora da realidade, fora de si, sem o controle de suas próprias vontades e desejos. [...] Alienado, de *alienare* e *alienatio*, significa também tornar-se outro” (AMARANTE, 2007, p. 30).

Considerado o pai da psiquiatria, **Philippe Pinel**, além de médico era filósofo, matemático e enciclopedista. Pretendeu explicar a loucura, para a qual buscou uma base verdadeiramente científica, tomando como suporte principal o modelo da História Natural, cujo conhecimento era conquistado pela observação empírica dos fenômenos que constituíam a realidade (AMARANTE, 2007).

Com a publicação do Tratado Médico, em 1809, Pinel contribuiu decisivamente para que esta área do conhecimento passe a fazer parte da medicina. A loucura, que até aquele momento era campo da filosofia, passa a ser também objeto da medicina, à medida que esta constrói uma forma de classificar e tratar a alienação. As manifestações dos alienados são registradas, comparadas e agrupadas de acordo com as semelhanças. Desta forma, o alienista, conduzindo-se dentro de uma crença de observador neutro, não sujeito às influências culturais, determina o que é normal e o que é patológico e, com isso, marca o momento em que a loucura recebe definição médica como **alienação mental**, sendo integrada ao campo da medicina, de uma medicina especial que é a psiquiatria (MACHADO, 1978).

Para os alienistas da época, não havia alienação mental sem que as paixões, as afecções morais, não estivessem desordenadas, pervertidas, destruídas, situando, dessa forma, a alienação no campo da moral, cujo tratamento recebeu o nome de **tratamento moral**.

A partir desse momento, a loucura, agora alienação mental, ganha um *status* de doença com possibilidade de cura, ganhando também um espaço próprio, o **hospital**.

Assim, o hospital constitui o anteparo necessário à reclusão do alienado com vistas a sua possível recuperação, inscrevendo-se num ideário de liberdade na justa medida em que o alienado aí recluso, recobrando a razão, volta a comungar dos direitos de todo cidadão e a participar do contrato social.

O **tratamento** tinha na ordem seu recurso mais valioso, e as formas de impô-la eram: o isolamento do mundo externo, fonte de influências nefastas e alimentadora das desordens; a manutenção do controle rigoroso dos lugares, das ocupações, do emprego do tempo; a hierarquia, constituindo uma rede de regras imutáveis; a relação de autoridade que une o médico e seus auxiliares ao doente, no exercício de um poder sem reciprocidade (CASTEL, 1978).

Numa sociedade em que o trabalho passou a ser um divisor entre saúde e doença, a restauração da força de trabalho também atingiu o asilo. O tempo ocioso e improdutivo do alienado passou a ser preenchido pelo trabalho, tanto como forma de suprir necessidades da instituição como de tratamento, pois estar ocupado permite fixar a atenção do alienado, reprimir suas paixões e impulsos, aprender regras e leis, além de produzir maior tranquilidade asilar.

Figura 3: Ateliê de costura do Hospício de Pedro II



Fonte: Acervo do Instituto Philippe Pinel (IPP)

Num esforço para oferecer uma justificativa médica, “Pinel afirma que o trabalho tornaria a circulação mais uniforme, preveniria as congestões cerebrais; prepararia para um sono tranquilo.” (BIRMAN, 1978, p. 418).

Hierarquia, ordem, vigilância e dominação caracterizam o hospital como um lugar especial, onde o tratamento moral ganha sentido, cujo objetivo é subjugar o alienado de forma a inseri-lo num sistema hierárquico.



Palavra do profissional

Os pilares da construção alienista estão definidos por: um saber médico sobre a loucura, a outorga de um estatuto de doença mental, a alienação, um espaço próprio e a tecnologia assistencial, estabelecendo, dessa forma, o tratamento moral.

Segundo Machado (1978) o tratamento moral apoia-se em cinco pilares:

1. Isolamento

Tem por finalidade afastar o alienado das causas de sua alienação, isto é, o convívio em sociedade e, principalmente, em família, pois esta, além de causar a alienação, também agravava o estado mental. O isolamento passa a ser uma condição básica do tratamento. O Hospício é, portanto, um lugar fechado, onde ninguém entra para não interferir na relação da psiquiatria com o seu doente, ou seja, não atrapalhar o processo terapêutico. Diferente dos demais hospitais, no hospital psiquiátrico a visita não vai até o interno. O paciente é que vem até a visita, geralmente no espaço externo do hospital.

2. Organização do espaço terapêutico

Visa primeiramente a separação por sexo. Outras separações podem ser feitas, como tranquilos/agitados, sujos/limpos etc.

3. Vigilância

É realizada dia e noite, de forma que nunca os alienados deixem de estar acompanhados. Para tanto, a arquitetura do hospital deve levar em conta e favorecer esse aspecto do tratamento.

4. Distribuição do tempo

O hospital não pode ser lugar de ócio ou inércia. O tempo é todo regulado, tendo horário para dormir, acordar, fazer as refeições, horário de visitas, tomar banho e, principalmente trabalhar.

5. Repressão, controle e individuação

A persuasão e a repressão são meios usados com o objetivo de curvar o capricho do doente. Dessa forma o médico acaba persuadindo o louco a tornar seu comportamento ordeiro, ordenado, calmo, obediente.



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre esse assunto, consulte a obra de CAPONI, S. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Verifique disponibilidade em: <[http://www.fiocruz.br/ editora/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=994&sid=52](http://www.fiocruz.br/editora/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=994&sid=52)>

A maioria dos psiquiatras, a partir da **segunda metade do século XIX e início do século XX**, passou a procurar causa orgânica para as doenças psíquicas. Neurologistas, dedicaram-se ao estudo do córtex e base do cérebro descobrindo relações associativas. Dentre eles, Alois Alzheimer e Arnold Pick - estudo das demências; Emil Kraepelin - estudos com base na observação clínica e na identificação das lesões cerebrais da loucura, Morel - classificou as patologias mentais a partir da etiologia, Bleuler – cunhou o termo esquizofrenia (HOLMES, 2001; PESSOTTI, 2006).

Estudos continuavam a ser empreendidos na crença de que as causas da doença mental fossem psicológicas. Dentre várias figuras importantes na Europa do século XIX e XX, destacou-se o mais famoso, **Sigmund Freud (1856-1939)**, que introduziu explicações psicológicas para a doença mental. Os problemas eram os conflitos inconscientes. A mente humana é semelhante a um *iceberg*: a maior porção está completamente encoberta – o inconsciente – contendo desejos, medos e conflitos que exercem uma forte influência sobre o comportamento da pessoa, embora ela esteja completamente inconsciente de sua existência. Assim, formulou-se a sua teoria psicodinâmica. O **tratamento** dispensado nessa época foi a psicanálise (HOLMES, 2001).

No campo do tratamento, várias tentativas foram empreendidas para curar o doente mental como: choque insulínico em doentes esquizofrênicos, feitas por Manfred Sakel. Egas Moniz, em 1935, realiza as primeiras intervenções psicocirúrgicas, na primeira lobotomia frontal. A eletroconvulsoterapia é utilizada pela primeira vez, em 1938, para fins terapêuticos. Em 1952, Jean Delay e Pierre Deniker relataram os efeitos da clorpromazina em doentes psicóticos. Desde então, começou a introdução dos psicofármacos no tratamento das doenças psiquiátricas (HOLMES, 2001).

Nesse período, o diagnóstico destacou-se em detrimento dos conteúdos subjetivos da esquizofrenia e psicose, culminando na relação da psiquiatria farmacológica com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (PESSOTTI, 2006).

No **século XX**, houve uma mudança: o interesse teórico e clínico desloca-se para a subjetividade do doente, para a sua vida psíquica, que agora não é mais vista como defeituosa, desarranjada, deficitária, com defeito. A doença mental é encarada como outro jeito de ser; não é mais o jeito normal com defeito (PESSOTTI, 2005).

Este recorte contextual revela que a história da loucura está intimamente ligada à psiquiatria, que a institucionaliza como seu objeto de conhecimento. Entretanto, vale destacar que a loucura sofreu mudanças tanto de concepção teórica, quanto de cuidados dispensados às pessoas que apresentavam comportamento sociocultural estranho a partir das guerras mundiais. Assim, na unidade seguinte, você retornará à história para compreender tais transformações, a partir do processo da Reforma Psiquiátrica Mundial.



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos acerca do assunto consulte a obra: FOUCAULT, M. **História da Loucura na idade clássica**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

1.3 Aspectos das Reformas Psiquiátricas

Vimos que a assistência psiquiátrica vai se consolidando a partir da Revolução Francesa e veremos, a seguir, que até os dias atuais é objeto de reformas.

A loucura, ao passar para o campo da medicina com a contribuição decisiva de Pinel, adquire o *status* de doença recebendo uma nova designação: alienação mental. E o louco, agora alienado mental, passa a ser considerado doente, ganhando, portanto, um espaço próprio para o tratamento: o hospital e uma tecnologia do cuidado conhecida como tratamento moral.

O tratamento centrado na internação, com o passar dos tempos, é origem de críticas, principalmente às condições desumanas às quais os alienados mentais estavam submetidos: superlotação, maus tratos, alto índice de cronificação, dentre outras.

Os questionamentos se tornam mais frequentes e incisivos no pós Segunda Grande Guerra, no século XX, período de crises e transformações profundas que favoreceram a discussão e implementação de novas idéias. A partir daí surgiram reformas que posteriormente se expandiram para grande parte do ocidente, incluindo o Brasil.

A psiquiatria se constitui a partir da Revolução Francesa e se reforma depois da Segunda Grande Guerra.

As críticas abordam duas questões distintas. Uma abordagem refere-se ao conjunto das condutas institucionais em termos de sua maior ou menor adequação à consecução da finalidade proclamada pela psiquiatria, qual seja, a cura do doente. O que é trazido à discussão são as precárias condições do asilo e a estrutura organizacional que contraria as exigências de uma gestão racional. Trata-se de corrigir distorções, de recuperar o atraso, de atualizar as práticas gerenciais.

A outra abordagem critica os fundamentos, o saber da psiquiatria e as instituições e práticas decorrentes deste saber.

A tentativa de superação das lacunas apontadas pelas críticas leva ao surgimento da psicoterapia institucional e das comunidades terapêuticas, representando as reformas restritas ao âmbito asilar; a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva, representando um nível de superação das reformas ao espaço asilar; e por fim, a anti-psiquiatria e a psiquiatria democrática colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionado (AMARANTE, 1998, p.27).

Comunidade Terapêutica, termo criado por Maxwell Jones (1972), desenvolve uma metodologia assistencial marcada pela adoção de medidas liberalizantes que visam a participação de toda a comunidade hospitalar, objetivando a transformação da dinâmica do hospital. Neste contexto é utilizada a terapia ativa ou terapia ocupacional.



Palavra do profissional

Segundo Amarante (1998), a terapia ativa decorre das observações de Hermann Simon (1867-1947). Ao verificar que a utilização da mão de obra dos pacientes internos considerados crônicos tinha como resultado a realização das tarefas propostas, observou ainda os efeitos benéficos de tal atividade para os pacientes. É importante ressaltar que o doente mental, num determinado contexto histórico, é descoberto como capaz de realizar algum trabalho, ou seja, a ocupação revela-se válida, com potencial terapêutico, sem que os profissionais tenham clareza do que isto significa em termos de concepção.

A Comunidade Terapêutica criada por Jones, na Inglaterra, nos anos 50, apresenta um diferencial em relação às intuições congêneres. Nela, os técnicos não são os únicos responsáveis pela administração e definição das terapias, passando a participarem os internos e seus familiares. Através de reuniões, assembleias, grupos operativos e outras modalidades de agrupamento, procura-se dinamizar a vida da instituição e a responder às críticas dirigidas ao asilo (BIRMAN; COSTA, 1994).

A Comunidade Terapêutica não desconsidera o hospital como o local próprio para a prática psiquiátrica. Propõe, sim, uma vida comunitária, com uma estrutura social mais horizontalizada e a participação de toda a comunidade hospitalar, com uma janela aberta à participação da comunidade extra-hospitalar, mesmo o hospital continuando a ser visto como o lugar do louco (BIRMAN; COSTA, 1994).

Seguindo linha semelhante, há a **Psicoterapia Institucional**, experiência realizada por François Tosquelles, no Hospital Saint-Alban - França, nos anos 50 do século XX, com forte inspiração na terapia ativa e mais tarde na psicanálise. Esta experiência também visava recuperar o potencial terapêutico do hospital, tendo como premissa tratar os males da instituição para que esta cumpra com a sua finalidade, qual seja, tratar o doente (BIRMAN; COSTA, 1994). A Psicoterapia Institucional alarga as trocas do mundo interno com o externo.

A abertura de portas e a multiplicação de trocas interior/exterior do hospital psiquiátrico; a criação de clubes, de grupos terapêuticos e de cooperativas na organização da vida diária dos pacientes; o envolvimento de intelectuais, artistas e da comunidade nas iniciativas do hospital; o questionamento dos papéis profissionais [...] Todas as ideias-motoras entrelaçadas na história da psiquiatria europeia deste século (XX) encontravam-se concentradas na experiência de Sant-Alban, desde os últimos anos da Segunda Guerra. (GALLIO; CONSTANTINO, 1994, p. 86).

A **Psiquiatria de Setor** foi uma estratégia com a finalidade de reduzir a importância do hospital em detrimento da atenção extra-hospitalar. Setor era uma denominação para delimitar áreas geográficas em que os profissionais pudessem acompanhar os pacientes, onde as equipes se responsabilizavam pelos pacientes conforme sua área geográfica. Foi um mecanismo para conciliar o hospital e a rede extra-hospitalar (ROCHA, 2005). Essa estratégia reflete-se atualmente na regionalização em saúde e áreas de abrangência.

Na década de 60 (século XX), nos Estados Unidos da América, também em decorrência da constatação da precariedade da assistência oferecida aos doentes mentais e dos altos índices de cronificação, surge o que passou a ser denominado de **Psiquiatria Comunitária ou Preventiva**.

Apoiada na obra de Caplan (1966), é produzido um novo enfoque de assistência ao doente mental, tendo como objeto privilegiado não mais a doença, mas a saúde mental, deixando de ser a cura o objetivo, passando este a ser a prevenção. A comunidade passa a ser eleita como o *locus* das ações assistenciais em detrimento do hospital. O conceito chave da produção teórica de Caplan é o de crise, que se guia pelo marco teórico do modelo da História Natural das Doenças que possibilita construir as prioridades da assistência psiquiátrica, assim definidas:

Psiquiatria Preventiva se refere a um corpo de conhecimento profissional, tanto teórico quanto prático, que pode utilizar-se para planejar e promover programas para: 1) reduzir a frequência dos transtornos mentais na comunidade através da prevenção primária, 2) reduzir a duração de um número significativo de transtornos através da prevenção secundária, 3) tratar os danos decorrentes dos transtornos. (CAPLAN, 1966, p.34)

Crise tem o sentido de dificuldade, de vulnerabilidade, um ponto decisivo quando se tem que optar por uma ou outra direção, podendo levar à adaptação ou à desadaptação. A crise, neste enfoque, passa a conter um duplo sentido: pode significar doença, como, também, pode significar saúde, apresentando-se como um momento privilegiado para a ação psiquiátrica.

Crises repetidas levariam à doença mental. Assim, a crise representa a encruzilhada onde a saúde ou a doença espreita o indivíduo. O indivíduo pode por si só superar a crise, mas com a intervenção de um técnico em saúde mental consegue conduzi-la de maneira mais rápida e eficaz.

Com estes procedimentos, evita-se o aparecimento da doença e a instituição hospitalar, alvo de críticas cerradas, tende à extinção, e, com a criação de “serviços alternativos”, ocorreria a “desospitalização”. Com este enfoque, a psiquiatria rompe o espaço hospitalar avançando rumo à comunidade. O preventivismo significa, para Amarante (1998, p. 41), “um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas sociais”.

Do indivíduo que apresenta sintomas de doença mental - que no modelo hospitalocêntrico seria encaminhado à internação -, a ação da psiquiatria se estende aos indivíduos suspeitos, mantendo-os sob o olhar atento do saber psiquiátrico, que nada mais representa do que “interná-los nas suas origens”, mantendo-os cidadãos tutelados. Importante salientar que este modelo influenciou as reformas iniciais no Brasil (SPRICIGO, 2002, p.34).

As críticas direcionadas à instituição psiquiátrica, aos fundamentos, ao saber que lhe dá sustentação, passaram a ser designadas de **antipsiquiatria**. Na década de 60 (século XX), surge na Inglaterra um movimento contestatório das práticas psiquiátricas vigentes, no qual se destacam Ronald Lang, David Cooper e Aaron Esterson, que formulam crítica radical ao saber médico-psiquiátrico.

O primeiro questionamento é dirigido aos princípios que são adotados para a construção deste saber. Apontam que os princípios e métodos originários das ciências naturais são inapropriados quando aplicados ao campo das ciências do homem.

Mesmo que a ação do homem possa ser probabilística, nada assegura que o homem não possa agir de maneira diferente do esperado, isto é, por geralmente ter um determinado comportamento, nada assegura que não possa se comportar de maneira diferente.

Tal discordância tem como pano de fundo a diferença dos conceitos de natureza humana e condição humana. Este tema você encontrará na Unidade II: Bases Conceituais deste texto.

A antipsiquiatria vê a doença entre os homens e não dentro do homem. A doença é vista como consequência das relações estabelecidas entre as pessoas.

A ideia chave para a antipsiquiatria é a de relação, na medida em que nossas vidas se dão e se definem a partir dos relacionamentos que mantemos com os outros, onde decorre a insistência da antipsiquiatria no caráter político da vida humana (DUARTE JUNIOR, 1987, p. 30).

Política entendida como o poder que permeia as relações sociais como, por exemplo, o poder do pai sobre o filho, do professor sobre o aluno, do patrão sobre o empregado. A antipsiquiatria destaca, enfaticamente, o poder que o terapeuta tem sobre o doente em definir o que é normal ou anormal, sadio ou doente. As relações de poder passam a serem entendidas como a gênese da doença mental, na medida em que impedem o indivíduo de ser ele mesmo para ser aquilo que os outros querem que ele seja (DUARTE JUNIOR, 1987).

O louco seria nada mais do que a vítima da alienação geral tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública.

Para Manonni (1982, p. 62), “a questão para a antipsiquiatria é a instauração de uma verdadeira *despsiquiatrização* empreendida a partir de uma re-interrogação sobre o saber psiquiátrico”.

A antipsiquiatria considera o episódio psicótico como uma desestruturação dos esquemas alienantes de vida, para posterior reestruturação em bases mais sólidas, enraizadas nas reais vivências do indivíduo. Para Cooper (1967, p. 104), “a experiência psicótica, contando com a orientação certa, é capaz de conduzir a um estado humano mais avançado, porém, é convertida pela interferência da psiquiatria num estado de paralisia da pessoa”.

A **psiquiatria democrática** surge da experiência italiana que, nas palavras de Barros (1994, p. 53), pode ser considerada como

um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo de comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade.

A **psiquiatria democrática** tem forte influência na reforma psiquiátrica brasileira.

As reformas anteriormente citadas propunham-se a atingir a superação gradual da internação nos manicômios através da criação de serviços na comunidade, do deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, a prevenção e a reabilitação. A criação de estruturas extra-hospitalares, médica e social, deveriam assistir os pacientes constituindo-se num “filtro” para as internações ulteriores.

Na ótica de Rotelli (1990, p. 20),

as internações continuam e o hospital psiquiátrico mantém um peso não secundário. A política de desospitalização foi acompanhada por uma redução do tempo de internação, aumentando as altas e recidivas, à medida que surgem estruturas que internam e asilam pacientes psiquiátricos, destacando-se como exemplos os lares protegidos, as casas de albergados e outras. Além disso, emergem os serviços que se especializam segundo a lógica de um serviço para cada problema, isto é, cada problema vem selecionado e é assumido com base no critério da coerência e da pertinência aos códigos da prestação do serviço.

Estes serviços formam um circuito, no qual a internação estática num hospital passa a ser substituída pela internação dinâmica entre os vários serviços especializados que prestam assistência pontual e fragmentada. Esta fragmentação é originada inicialmente no modelo médico; modelo do auxílio social voltado para as condições materiais da vida da pessoa e o modelo de escuta terapêutica que privilegia a vivência subjetiva e oferece psicoterapia, sem que haja uma relação entre estes diversos tipos de serviços.

Para Basaglia (1985, p. 29), “o doente mental é ‘doente’ sobretudo por ser um excluído, um abandonado por todos; porque é uma pessoa sem direitos e, em relação a quem, pode-se tudo”.

O internamento como modalidade assistencial, pretensamente garantindo um direito - o de ser assistido -, priva-lhe da liberdade - uma vez que o indivíduo é internado, geralmente, sem o seu consentimento, fruto da própria compreensão sobre as características da doença - reduzindo o sujeito de direito a uma doença objetivada, na qual todas as manifestações do indivíduo passam a ser percebidas como manifestação da doença.

A doença objetivada fala pelo doente, diz da pessoa, um dizer que é o fruto do modo pelo qual se constitui um conjunto de formas de lidar, de perceber, a partir daquilo que se supõe ser o louco. A isto Basaglia (1985, p. 124) “denomina como sendo o duplo da doença mental: a face institucional que é construída a partir da negação da subjetividade do louco e da negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber”.

Separando a doença do doente, da sua existência concreta, descolada da sua realidade social, o saber produzido pela psiquiatria possibilitou a construção de aparatos legislativos, administrativos e códigos de poder sempre referidos à doença caracterizando, assim, a institucionalização. A imprevisibilidade, periculosidade e improdutividade são expressões desta ordem.

Para Basaglia,

se faz necessário colocar a doença ‘entre parênteses’ para poder perceber o doente em seu caminhar e para ocupar-se do doente e não de sua doença como conceito psiquiátrico. Assistir a pessoa porque ela precisa, está sofrendo, e não porque ela é perigosa. A loucura e o sofrimento psíquico não são condições a serem nem violentas, nem simplesmente toleradas, precisam, pelo contrário, de aceitação da sociedade e serem verdadeiramente tratadas. (BASAGLIA, 1985, p. 132)

Na impossibilidade de uma transformação das instituições psiquiátricas,

as ações terapêuticas não se mostraram suficientes frente ao problema mental enquanto doença, faz-se necessária a busca e invenção de novos tipos de terapêutica que permitam uma aproximação a realidade da experiência, do sofrimento e da vida do indivíduo enquanto doente (BASAGLIA, 1985, p. 105).

Nesta forma de apreender o problema como doença mental, a desinstitucionalização, não sendo sinônimo da desospitalização, torna-se, a um só tempo, processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e a invenção de novos saberes e práticas que dizem do sujeito. Uma nova forma de se relacionar e de lidar com o doente, fundada na possibilidade de estabelecer uma relação na qual exista reciprocidade entre sujeitos, uma relação contratual entre doente, terapeuta e sociedade, que gera a necessidade de invenção de novas modalidades de mediação, não somente médicas, mas principalmente políticas, sociais e culturais (NICÁCIO, 1989).



Palavra do profissional

Por conseguinte, os papéis profissionais, tal como concebidos, transformam-se e ampliam-se na passagem de uma relação de tutela para uma relação contratual. Requerendo assim, nova concepção e nova prática. Um exemplo é o enfermeiro que, de agente de custódia e controle, expande suas ações pautadas numa relação de reciprocidade com o internado. Busca alternativas para além do espaço institucional da loucura, repropõe ações, procurando o contato com a família, resgatando os laços sociais.

Neste processo, não apenas se reconstitui a subjetividade do internado, mas do próprio trabalhador - a emancipação diz respeito a todos; evidentemente, a relação agora é nova porque não se trata do louco 'inábil, incapaz e perigoso' mas do louco cidadão (NICÁCIO, 1989, p. 100).

Assim, a 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. Cuidar significando 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. (ROTELLI, 1990, p. 33).

O objetivo, agora, não é mais a cura, mas a vida concreta do sujeito. Muda-se o objetivo, muda-se a terapia e a profissionalidade. Quando o olhar encontra a doença, mas não o doente, este é objetivado nos sinais sintomáticos da doença que não remetem a um ambiente, a um modo de viver, mas a um quadro clínico onde o sujeito é diluído. Mas quando os sintomas são vistos como expressão de um sofrimento, de uma dificuldade e de desequilíbrio nas condições de vida, como expressão do viver, é o doente que o olhar encontra. É o indivíduo vivendo que se apresenta ao serviço, para o qual não se tem resposta pronta à sua demanda. A profissionalidade se expressa menos em termos de competências técnicas especializadas e muito mais como "capacidade de escolher, utilizar e combinar uma ampla variedade de modalidades e recursos de intervenção" (ROTELLI, 1990, p. 45).

O trabalho passa a ser em equipe, na colaboração e no confronto cotidiano entre os operadores, enfrentando juntos os problemas, compartilhando os conhecimentos, avaliando e corrigindo as decisões que cada operador toma.

As responsabilidades, mesmo aquelas adstritas aos estatutos de cada profissão, são assumidas em conjunto. A profissionalidade de cada operador em particular não é avaliada separadamente, mas no interior do trabalho operativo da equipe. Esta avaliação refere-se, sobretudo, à capacidade de autotransformação e aprendizagem da equipe e de cada operador. À formação definida pelo título acadêmico soma-se a adquirida através da ancoragem no trabalho operativo, no cotidiano do serviço (NICÁCIO, 1989).

Barros (1994) afirma que a ação terapêutica só é possível se o profissional correr o risco de estar no mesmo plano de liberdade do paciente, mantendo o desafio a sua própria liberdade. Assim, podemos ver que a doença mental apropriada por um saber médico provocou a perda da liberdade ao institucionalizar o louco. No manicômio, o louco está privado de ter perspectivas de vida. Não há possibilidade de se exercer a vida internado de maneira perpétua. Pinel libertou e aprisionou, agora é a libertação do manicômio que o louco precisa conquistar.



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos acerca do assunto tratado, consulte a obra de AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos Pela Vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: FioCruz, 1998. Verifique disponibilidade em: <<http://www.fiocruz.br/editora/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=595&sid=5>>

Sobre a liberdade como a melhor terapia, foi no período de 1971 a 1975 que ficou conhecida a luta contra todas as formas de institucionalização. “O símbolo dessa época se revelou no *slogan* internacionalmente conhecido como: A Liberdade é Terapêutica!” (AMARANTE, 2008, p. 75).

Basaglia testemunhou que uma das terapias mais importantes para lidar com a loucura é a liberdade, pois o homem livre tem a posse de si e da própria vida. A liberdade é terapêutica quando a pessoa pode trabalhar, ganhar seu dinheiro, viver, e essa é uma outra forma de pensar a loucura. “A liberdade é terapêutica quando existe a possibilidade de se relacionar com os outros livremente, fora de espaços institucionais, como o fez contraditoriamente Pinel, ao libertar e aprisionar o louco” (BASAGLIA, 1979, p. 72).

Rotelli refere que a liberdade só é terapêutica quando não se deixa a pessoa só, pois a liberdade é um fato coletivo. “É preciso que estejamos juntos para sermos livres. Ninguém pode ser livre sozinho, ninguém pode ser livre se não se tem uma finalidade comum a todos”, ou seja, para o exercício da liberdade é preciso modificar as instituições, pois elas não se interessam pela liberdade dos indivíduos (ROTELLI, 2008, p. 41).

Rotelli citado por Barros (1994, p. 55) salienta que terapia é

realargar os espaços de liberdade interna do ser humano, no sentido de sua emancipação. Para isto, é necessário também emancipar o ambiente no qual se vive, pois não é possível aumentar a liberdade sem aumentar o estatuto de liberdade de sua volta.

Liberdade terapêutica passou a ser um questionamento relativo ao saber psiquiátrico, às formas de tratamento manicomial do louco e da loucura e à discussão sobre os direitos e ao acesso a formas substitutivas de tratamento que ofereçam dignidade a vida humana.



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos acerca do assunto tratado consulte a obra de AMARANTE, P; RANGEL, M. A liberdade é terapêutica: reiventando vidas na reforma psiquiátrica. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 10-16, dez, 2009.

1.4 Resumo da unidade

Você viu nesta unidade uma consideração do nosso entendimento e tratamento do comportamento tido como estranho ou diferente, mas que carrega em si intenso sofrimento. E vimos que esse quadro, dentro de um contexto sociocultural local, também evoluiu ao longo da história. Inicialmente, acreditava-se que os indivíduos que se comportavam de forma distinta estavam possuídos por demônios e/ou uma atribuição dos deuses. Nas eras grega e romana, a ênfase mudou para explicações naturais ou fisiológicas, como humores do corpo. A partir dos séculos XVII e XVIII, foi novamente reconhecido que os indivíduos perturbados estavam doentes ao invés de possuídos e tentativas foram empreendidas para tratá-los de forma mais humanitária. No século XIX, a atenção começou a se focalizar em explicações psicológicas para comportamento estranho. Sigmund Freud desenvolveu a explicação psicodinâmica, que enfatiza conflitos inconscientes como a causa para o comportamento diferenciado da norma, mas em sofrimento intenso. Na década de 50 do século XX, as descobertas de fármacos para tratar o comportamento anormal renovaram o interesse em explicações fisiológicas para o comportamento. No decorrer da história observou-se que o tratamento da loucura passou por várias etapas e, mesmo assim, não atingiu os fins propostos para a cura, pois os estudos estavam centrados na doença, deixando de lado o ser humano. No século XX, o manicômio deixa de ser o espaço definitivo do louco. A liberdade terapêutica passou a ser um questionamento ao saber psiquiátrico, às formas de tratamento manicomial do louco e da loucura e à discussão sobre os direitos e ao acesso a formas substitutivas de tratamento que ofereçam dignidade a vida humana. A Liberdade Terapêutica inicia a discussão dos direitos humanos dos loucos buscando, assim, formas de cuidar da pessoa em sofrimento.

1.5 Fechamento da unidade

Nesta unidade apresentamos os fundamentos e a história do campo da psiquiatria e saúde mental culminando com a introdução ao processo de reforma psiquiátrica. Salientamos que no século XXI, caracterizado pela pós-modernidade, a saúde mental continua no processo de lutas e transformações. Os próximos módulos abordarão temas da atualidade no campo da atenção psicossocial.

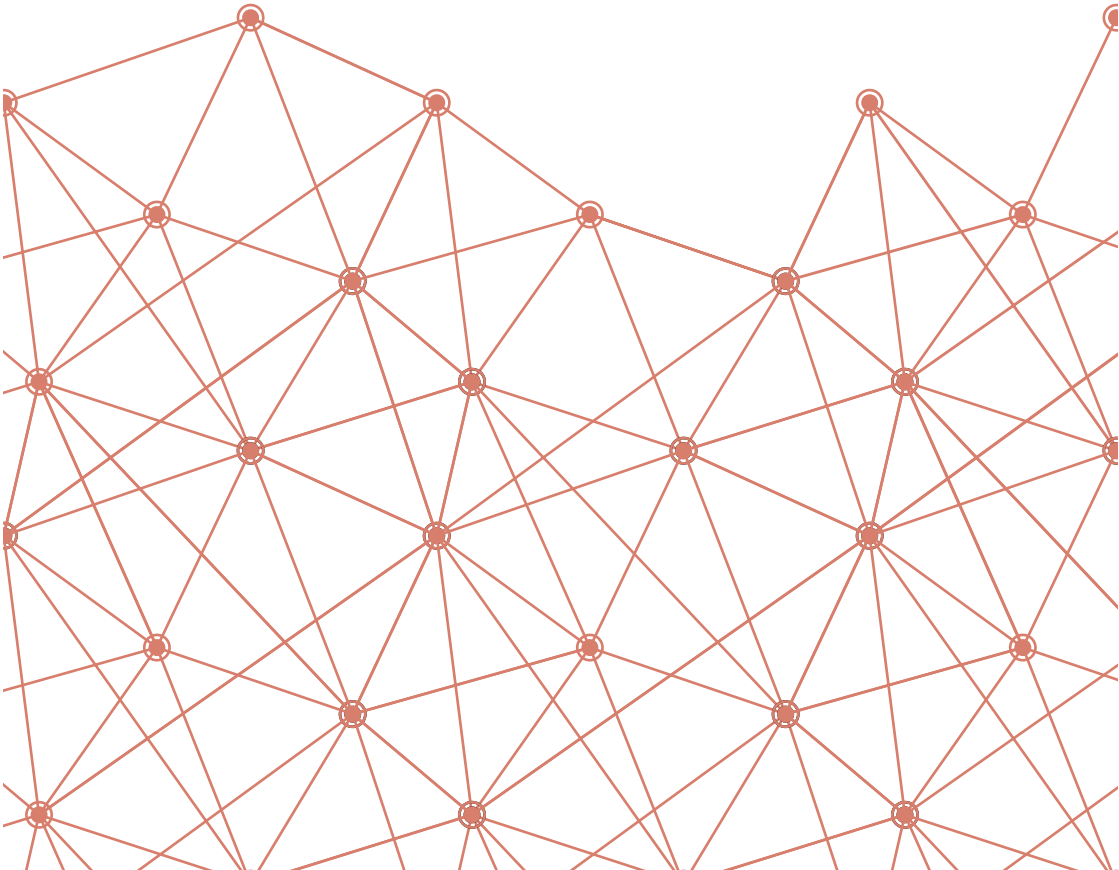
Na próxima unidade serão abordado os principais conceitos do campo da saúde mental e atenção psicossocial.

1.6 Recomendação de leitura complementar

Como leitura complementar aos assuntos abordados, recomendamos que você leia a seguinte obra:

AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Franco Basaglia - Escritos Selecionados**. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005. 336p.

UNIDADE 2



Unidade 2 – Bases Conceituais

Ao final desta unidade, você será capaz de refletir sobre as bases epistemológicas e sociais do processo saúde-doença-loucura.

2.1 Introdução

O processo histórico da constituição do campo da Psiquiatria e Saúde mental, como você estudou na Unidade I deste módulo, implicou muitas transformações nas teorias e práticas frente à experiência da loucura. Os conceitos que fundamentavam as visões tradicionais e científicas sobre o “louco” foram sendo modificados em um cenário de intensas mudanças sociais, políticas e econômicas das sociedades.

Os movimentos de reforma psiquiátrica em todo mundo e no Brasil impulsionaram essas mudanças conceituais e, especialmente, as formas de cuidado. Mas ainda há muito por questionar, produzir e principalmente por construir no campo da Atenção psicossocial e no trabalho cotidiano com as pessoas em sofrimento. Sabendo disso, vamos fazer uma incursão sobre alguns conceitos fundamentais desse campo complexo.

2.2 O conceito de saúde

O Art. I da Declaração dos Direitos Humanos (ONU, 1948) decreta a igualdade de todos os seres humanos em dignidade e direitos. A dignidade da pessoa humana é uma qualidade intrínseca, inseparável de todo e qualquer ser humano. Essa Declaração considerou que em razão, tão somente, de sua condição humana e independentemente de qualquer outra particularidade, o ser humano é titular de direitos que devem ser respeitados pelo Estado e por seus semelhantes.

A dignidade é uma qualidade inerente a todos os seres humanos e configura-se como um valor próprio que os identifica. Então, ser humano é ser sujeito de dignidade e “sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição” (ONU, Artigo II, 1948).

No tocante aos direitos, a referida declaração, no Art. XXV, preconiza que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis.” (ONU, Artigo XXV, 1948).

Nesse sentido, vale ressaltar que a Constituição Brasileira de 1988 define, no Art. 196, que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Essa ideia reafirma a concepção de saúde como resultante das condições de vida amplamente discutida na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

Rey (1997), retomando seu trabalho de 1993, define a saúde por meio de alguns aspectos essenciais:

- a saúde não se pode identificar com um estado de normalidade, pois para cada indivíduo é um processo único e com manifestações próprias.
- a saúde não é uma “média” estatística, é uma integração complexa que se alcança por múltiplas e diversas alternativas.
- a saúde não é um estado estático do organismo, é um processo que constantemente se desenvolve e em que participa de forma ativa o indivíduo como sujeito do processo.
- a saúde é plurideterminada e seu curso depende de diversos fatores.
- o processo saúde-doença define-se qualitativamente antes do surgimento dos sintomas.

Nessa definição de saúde, torna-se claro sua característica integral e completa, irredutível a fórmulas únicas aplicáveis a todos os indivíduos diante de doenças similares. A saúde não é a ausência de sintomas, senão um processo integral que otimiza os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade diante dos diferentes agentes e processos causadores da doença. Assim, na definição de saúde considerada, destacam-se as suas características plurideterminada, singular e complexa. (REY, 1997, p. 4).

A saúde tem sido vista de forma diferenciada em diversos campos do conhecimento e da pesquisa, ampliando seus conceitos para além da ausência de sintomas ou de doença, conforme a OMS já reconheceu.



Palavra do profissional

Então, vamos refletir: o que é a saúde? E o que é a doença? E o que é ser normal? Faz sentido, na condição humana, falarmos em normalidade?



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto, consulte a obra: REY, F.G. **Subjetividade e Saúde: superando a clínica da patologia**. São Paulo: Cortez, 2011.

2.2.1 Saúde-doença, o normal e o patológico

Os conceitos de saúde-doença, normal e patológico vêm sofrendo muitas mudanças nos últimos anos. Esses conceitos estão sendo questionados como instrumentos para a compreensão dos fenômenos do sofrimento humano e da capacidade de expressarem a realidade dos problemas vivenciados, pois a visão que temos de uma situação é decisiva na forma como responderemos a ela.

Uma referência importante na discussão epistemológica sobre saúde-doença é a de Canguilhem (2002), que problematizou as fronteiras rígidas entre o normal e o patológico. Esse autor questionou a associação entre o normal (no sentido estatístico da média, do mais frequente) ao saudável, e o anormal (menos frequente estatisticamente) ao patológico.

Outro autor reconhecido, principalmente por seus estudos sobre psicopatologia do trabalho, é Dejours (1986), cuja concepção de saúde considera que “é para cada homem, mulher ou criança ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem estar físico, psíquico e social” (DEJOURS, 1986, p. 11).

De acordo com Coelho (2009), neste processo de desconstrução de fronteiras rígidas entre a normalidade e as patologias, podemos destacar Freud, que no século XX realizou um estudo chamado *Psicopatologia da Vida Cotidiana* (1987), verificando que na vida mental considerada sadia há também os sinais e sintomas das patologias, o que abriu caminho para o questiona-

mento fundamental sobre o que caracteriza o funcionamento considerado normal. Já Jaspers (1979) procurou diferenciar o conceito de normalidade e anormalidade estatística, buscando não a explicação, mas a compreensão dos fenômenos psíquicos.



Saiba mais

Não poderíamos deixar de referenciar um livro clássico da literatura brasileira: *O Alienista*, de Machado de Assis (1991), o qual faz uma importante crítica ao saber fundado nas ciências no século XIX, que se baseiam no modelo das ciências naturais, biológicas, como detentoras da verdade sobre a vida e a condição humana.

É o modelo das ciências naturais que fundamenta os principais manuais de diagnósticos e de classificação das doenças mentais (Classificação Internacional de doenças (CID 10) e *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*, em português, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*). Essas formas de classificação dos transtornos mentais são baseadas em modelos descritivos de conjuntos de sintomas a partir dos quais se estabelecem pontos de corte estatísticos para definir as fronteiras entre o normal e o patológico.

Como já apontado na unidade I, essas classificações de base positivista têm inspiração na proposta de sistematização do saber psiquiátrico elaborado por Emil Kraepelin, aluno da escola organicista alemã. Conforme Coelho (2009), no campo da produção sociológica e da antropologia há críticas a essa tentativa de categorização dos sujeitos. Os teóricos do rótulo, como Goffman (1975), Becker, (1963) e Scheff (1966),

[...] são autores de referência, que problematizaram os efeitos do estigma no tratamento social das pessoas consideradas como doentes mentais, apontando para a importância dos papéis sociais instituídos a partir da classificação dos indivíduos (COELHO, 2009, p. 568).



Palavra do profissional

Então, vamos refletir: quais são os padrões de normalidade de nossa época? Nós nos encaixamos nesses padrões? Como a sociedade lida com as pessoas que não se encaixam? Como nós vemos essas pessoas? E o que é o sofrimento psíquico para nós?

2.2.2 Sofrimento, sofrimento psíquico, transtornos mentais

Os conceitos de sofrimento, sofrimento psíquico e transtornos mentais se constituem a partir de diferentes abordagens teóricas e são importantes na problematização do cuidado em atenção psicossocial, pois é necessário colocar em questão os fundamentos teóricos que os conceitos convencionais de doença e de transtorno mental trazem incorporados. Lobosque (2001), abordando a questão do sofrimento psíquico, coloca que as concepções existentes sobre o tema são diversas no âmbito da luta antimanicomial e que assim esta deve ser, considerando que esse movimento busca a pluralidade como uma de suas marcas.

A desinstitucionalização italiana, como visto na unidade anterior, demonstrou que não se trata de encontrarmos respostas simples para um problema (problema-solução), mas sim de enfrentarmos a complexidade das concepções, das instituições e das práticas instituídas nesse campo, colocando em questão não apenas os conceitos, mas também as práticas de tratamento e cuidado. Neste horizonte, de acordo com Rotelli *et al.* (1990, p. 30), o objeto do cuidado não é mais “a doença”, mas sim a “existência-sofrimento” dos pacientes e a sua relação com “o corpo social”. É necessário reconstruir a complexidade do objeto-sofrimento mental, e não reduzi-lo.

Sofrimento é entendido, de acordo Rodgers e Cowles (1997), como uma experiência individualizada, subjetiva e complexa caracterizada pela percepção de uma situação, ou ameaça, e de um significado negativo intenso. Esse significado envolve perda, ou perda percebida da integridade, da autonomia ou da humanidade.

Para Yasui (2006), falar de sofrimento é identificá-lo integralmente, perceber a dor, o desespero, a ansiedade, a dificuldade que a vida coloca. O autor comenta que agregar o termo psíquico à palavra sofrimento significa enfatizar a subjetividade como possível caminho para a integralidade.

O sofrimento psíquico é parte do humano e da vida; é de seu ser biológico, mas o ultrapassa; é complexo, não descarta a dimensão subjetiva e nem a concreta e a relacional da experiência do sofrimento; e não pode ser reduzido aos seus sintomas e nem patologizado.

Neste sentido, faz-se necessário realizar uma discussão sobre a gravidade do sofrimento, algo para além de uma classificação específica, mas atrelada as suas formas de expressão e sua intensidade, assim como sobre suas implicações quanto à produção de conflitos e aos riscos envolvidos no contexto em que se desenvolve.

Hoje, faz-se necessária a inclusão de novas práticas, que requerem do profissional da enfermagem na Atenção primária e da Atenção psicossocial um olhar voltado para a dimensão subjetiva de todas as enfermidades e também para o sofrimento psíquico, desde os mais comuns até os mais graves, privilegiando o cuidado comunitário e a inserção social para que, assim, se possa trabalhar em rede.

O desafio colocado é o de repensar nossos conceitos e nossas práticas e questioná-los em suas consequências para os sujeitos de que cuidamos.

Rodgers e Cowles (1997) salientam que o enfermeiro, por vezes, não sabe o que fazer quanto ao sofrimento – ou não sabe como atuar ou ignora o cuidado. No entanto, as autoras destacam que é necessário questionar como o sofrimento é percebido e sentido pela pessoa no momento da aproximação corporal. Quando possível (salvo questões culturais de cada ser), em relação à pessoa, é necessário focar no desenvolvimento da consciência dos sentimentos do indivíduo e seus propósitos, as ameaças a estes propósitos e o significado geral vinculado a essa experiência no contexto de todo o ser do indivíduo. As abordagens serão permanentemente diferentes para cada pessoa. A utilização da compaixão é apontada como um modo apropriado de interagir com a pessoa que está sofrendo. Assim, o respeito e a empatia ao sofrimento humano são temas relevantes para os cuidados de enfermagem e a produção de conhecimento.

O desafio para um cuidado de enfermagem em Atenção psicossocial inicia-se por meio de um saber-fazer a partir da existência concreta do sujeito do sofrimento em que a especificidade seja o posicionamento deste sujeito em relação a sua subjetividade atravessada por conflitos. Isso marca uma ruptura para o campo da Saúde mental. Dell'Acqua e Mezzina (1991, p. 58) referem que “o conflito se dá no interior de um sistema que cristaliza o paciente e os outros e impede a todos a possibilidade da emancipação”. Por isso, a importância de ser incorporada na prática de cuidado recursos capazes de favorecer a autonomia das pessoas e, conseqüentemente, o seu poder contratual.

As formas de cuidado de enfermagem devem ser planejadas, executadas e avaliadas no contexto do Projeto Terapêutico Singular e do trabalho em equipe. No entanto, isso exige um rigor racional, criativo e inventivo que, por vezes, necessita de critérios e parâmetros para eleger as abordagens do cuidado que será desenvolvido.

Para Yasui (2009), é no cotidiano que a atenção psicossocial inventa suas ações por meio dos encontros com o existir e, a partir delas, constrói suas estratégias de cuidado. Para o autor, o cuidado se concretiza na produção constante, no fazer-acontecer, com produções orientadas por valores, como solidariedade, coletivização e resistência à conformação e à mesmice.

O cuidado na atenção psicossocial trata de qualificar a experiência subjetiva do sofrimento psíquico dos usuários e de suas relações familiares, sociais, no cotidiano dos serviços e do território. Grigolo (2010) ressalta que as dimensões da clínica da atenção psicossocial estão relacionadas à complexidade das relações entre seus agentes, usuários, profissionais, familiares, a comunidade onde se constroem o vínculo, a escuta, as negociações de projeto terapêutico e os embates entre diferentes racionalidades e concepções de ser humano, de mundo e de sofrimento psíquico de todos os envolvidos.

Um conceito a ser problematizado no campo da Atenção psicossocial que não substitui, mas tenta fazer um deslocamento em relação ao sofrimento psíquico, é o de transtorno mental, oriundo de um saber psiquiátrico biomédico. Nas formações discursivas desse campo, o conceito de transtorno mental tem substituído o de doença mental nas últimas décadas. A justificativa para essa substituição é a inexistência de uma base anátomo-patológica identificável dos problemas mentais, o que caracterizaria uma doença.

O termo transtorno mental associa-se, assim, a um distúrbio do funcionamento cerebral sem correlações causais etiológicas ou anatomopatológicas claras, encontradas na maioria dos outros problemas orgânicos.

Encapado pela OMS, o conceito de transtorno mental refere-se a problemas, sintomas e transtornos de caráter temporal ou contínuo, indicando

[...] um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado na maioria dos casos a sofrimento e a interferência nas funções pessoais. O desvio ou conflito social por si só, sem disfunção pessoal, não deve ser incluídos no transtorno mental conforme aqui definido (OMS,1993, p. 5).

O deslocamento conceitual de doença mental para transtorno mental favoreceu a ampliação e a elaboração de novos diagnósticos psiquiátricos. Essa “virada” conceitual ocorreu a partir da década de 1980, com a elaboração do DSM-III pela Associação psiquiátrica Americana, nos Estados

Unidos da América (EUA). E representa uma retomada de um projeto organicista de aproximação cada vez maior da Psiquiatria ao restante da medicina, referendando o modelo biomédico.

A catalogação de transtornos mentais por grupos de peritos que convenionam as características de cada categoria diagnóstica e cada transtorno possibilitou uma padronização da linguagem médico-psiquiátrica ao redor do mundo, favorecendo estudos epidemiológicos de prevalência, incidência, carga de doenças, incapacidades e outros, que referendam, a partir dos recortes arbitrariamente estabelecidos do que seja um transtorno, aquilo que se pretende perceber (AGUIAR, 2004).

O novo fôlego dado ao projeto organicista da Psiquiatria, que atualmente busca as bases moleculares e genéticas para as perturbações mentais, advém de uma conjunção de fatores. Dentre eles, encontramos: esse deslocamento epistemológico da doença para o transtorno e a configuração de novas classificações psiquiátricas; os novos conhecimentos do campo das neurociências e suas pesquisas de neuroimagem e funcionamento cerebral; e a elaboração de novos psicofarmacológicos pela indústria farmacêutica (AGUIAR, 2004). Ou seja, a retomada de um projeto organicista na Psiquiatria é congruente com o ordenamento socioeconômico atual, de base capitalista, e os diversos interesses que o compõem. É justamente no confronto e na disputa com tais concepções e práticas que se articula o campo da atenção psicossocial.



Palavra do profissional

Para refletir: estamos produzindo, com nossas práticas de saúde, a medicalização de todos os usuários com algum sofrimento? Estamos escutando, respeitando e oferecendo acolhimento ao sofrimento humano como parte da condição humana? Nos casos em que há sofrimento psíquico grave, estamos conseguindo cuidar? De que forma?



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos acerca do assunto abordado, consulte a obra: YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2010.

2.2.3 Desinstitucionalização e reabilitação psicossocial

A desinstitucionalização é um marco teórico, político e assistencial que está presente na política de saúde mental brasileira desde os anos 1980. Amarante (1998, p. 88) enfatiza que “a desinstitucionalização passa a ser o conceito básico determinante da reorganização do sistema de serviços e das ações de saúde mental”. Prevê, até os dias atuais, um complexo processo de transformação, que inclui a substituição dos hospitais psiquiátricos, a criação de condições de vida, moradia, trabalho e renda, além de rever concepções e práticas terapêuticas no âmbito da atenção em saúde mental e da sociedade.

A Reforma Psiquiátrica brasileira traz da experiência italiana a concepção de desinstitucionalização, que segundo Rotelli, De Leonardis e Mauri (1990), implica, em primeiro lugar, renunciar toda forma de reduzir e simplificar a problemática do sofrimento mental a uma fórmula única: problema-solução, causa-efeito ou diagnóstico-tratamento. Os autores propõem uma mudança de concepção e de prática ao confrontar as estruturas científicas e organizativas, já produzidas nesse campo, e a existência concreta das pessoas em seu sofrimento e em suas relações com a vida social.

Nesse sentido, a primeira forma da desinstitucionalização é uma mudança de objeto (da doença para a existência de sofrimento dos pacientes) e uma ruptura de paradigma (do modelo manicomial para a intervenção social). O objetivo maior no processo de desinstitucionalização não é a cura, mas a produção de vida, de saúde e de sociabilidade.

A desinstitucionalização também implica mudanças nas relações entre técnicos e pacientes (usuários), entre técnicos e técnicos, entre técnicos e familiares e toda a sociedade, considerando os profissionais da Saúde mental seus principais protagonistas. Enfim, a desinstitucionalização tem como objetivo prioritário transformar as relações de poder entre as instituições e os sujeitos e entre quem cuida e é cuidado, restituindo os direitos e as capacidades, a interlocução, a escuta e o respeito, bem como mudando progressivamente o estatuto jurídico e social do paciente. Podemos dizer, então, que não se trata de apenas desospitalizar pacientes, mas também de uma transformação profunda das relações sociais e profissionais no campo da Saúde mental.

Outra referência conceitual importante para a Saúde mental no Brasil é a Reabilitação Psicossocial, que pode ser vista como um caminho a seguir para a transformação das práticas. Para Saraceno (1999, p. 112), a reabilitação psicossocial “é um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos”.

A reabilitação psicossocial, dessa forma, é mais do que a realização de oficinas, de grupos ou de outras técnicas para reabilitar o sujeito para a vida social. É a produção cotidiana de cidadania com as pessoas com transtornos mentais e de aumento das suas capacidades de enfrentamento dos problemas da vida, dos contextos em que percorre, dos desafios de morar, trabalhar, viver e ser feliz. A reabilitação, nesse sentido, faz parte da desinstitucionalização e é um instrumento para ela.

De acordo com Pitta (1996, p.21),

a Reabilitação Psicossocial é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam cuidados igualmente complexos e delicados.

Nesses dois conceitos estão os pilares para a Reforma Psiquiátrica brasileira que ajudam na condução da política de saúde mental do Brasil em direção ao cuidado na comunidade e à produção de cidadania e de laços sociais para todos.



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos acerca do assunto abordado, consulte as obras: NICÁCIO, F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990; e SARACENO, B. **Libertando Identidade: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1999.

2.2.4 Psiquiatria, saúde mental, atenção psicossocial

Agora, apresentaremos conceitos muito importantes para dar continuidade aos seus estudos. Acompanhe conosco.

Psiquiatria

Do grego *psyché* (alma) e *iatria* (tratamento), estas palavras configuram a especialidade médica que realiza o diagnóstico e o tratamento médico da mente. Essa especialidade estuda os transtornos mentais e os comportamentos. Para compreendê-la melhor, recorreremos a Foucault (2001), quando este refere que a constituição da medicina moderna, a partir do século XVIII, volta-se para a anatomia patológica, aproximando-se das ci-

ências naturais; e a Canguilhem (2002), que aponta que a medicina contemporânea estabeleceu-se cindindo a doença e o doente. A medicina de hoje se fundamentou, com a eficácia que cabe reconhecer, na dissociação progressiva entre a doença e o doente, ensinando a caracterizar o doente pela doença. Esse paradigma biomédico ainda fundamenta a Psiquiatria e as várias disciplinas deste campo.

Práticas na atenção psicossocial demonstram que o modelo biomédico reducionista não responde às necessidades das pessoas em sofrimento psíquico nem teórica nem tecnicamente. Esse modelo, que vem se revigorando com a retomada do projeto organicista da Psiquiatria, tem sido incorporado em propostas que pretendem renovar a assistência psiquiátrica, incluindo projetos de assistência extra-hospitalar. Entretanto, tais projetos não realizam a ruptura necessária de renúncia ao exercício de um saber psiquiátrico que tem se renovado em suas formas de intervenção, mas não nas suas bases de fundamentação teórico-epistemológicas.

Saúde Mental

É um conceito de caráter polissêmico e com limites imprecisos, por isso, deve ser visto em uma perspectiva histórica para ser entendido. Possui suas origens ligadas à história da saúde pública e da Psiquiatria clínica. O mental, tido como elemento na saúde pública, foi posto em um Projeto de Lei proposto por Neumann, em 1849, para a Sociedade de Médicos e Cirurgiões de Berlim como “o desenvolvimento mental e físico do cidadão” (BERTOLOTE, 2000, p. 46-47).

Veja os aspectos históricos do contexto que envolve o conceito de saúde mental conforme Bertolote (2000):

1843 Aparição da expressão higiene mental na língua inglesa no livro *Mental Hygiene or an Examination of the intellect and passions Designed to Illustrate their influence on Health and Duration of life* (Higiene mental ou um exame do intelecto das paixões destinado a ilustrar sua influência sobre a saúde e a duração da vida), de W. C. Sweester.

1946 Data em que referências técnicas à Saúde mental como um campo ou disciplina começa a se esboçar. A Conferência Internacional de Saúde (Nova Iorque) aprovou a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Criação da Associação de Saúde Mental em Londres.

-
- 1948** Fundação da OMS. Primeiro Congresso Internacional de Saúde Mental em Londres.
-
- 1950** Comissão de Peritos da OMS define higiene mental como as atividades e técnicas que encorajam e mantêm a saúde mental. Saúde mental: uma condição sujeita a flutuações devidas a fatores biológicos e sociais que permite ao indivíduo atingir uma síntese satisfatória de seus próprios impulsos instintivos potencialmente conflituais, estabelecer e manter relações harmoniosas com os demais e participar das modificações construtivas de seu ambiente social e físico.
-
- 1962** A partir deste ano, registra-se o termo “saúde mental” em vez de higiene mental.
-

Para o autor, a natureza polissêmica da expressão saúde mental tem causado dificuldades na clareza conceitual entre os termos Psiquiatria e saúde mental. De um lado, há propostas de que a Saúde mental englobe a Psiquiatria e, de outro, há considerações sobre a Saúde mental distinta da Psiquiatria, já que desde seu início o movimento de higiene mental tinha uma inequívoca natureza parapsiquiátrica por dirigir seus esforços em busca da melhoria dos cuidados psiquiátricos. A inclusão de atividades preventivas entre seus interesses não a distinguia da Psiquiatria, porque este movimento buscava maximizar o que era aceito e proposto pelos mais avançados psiquiatras da época nos EUA e que seguiam uma orientação psicanalítica (BERTOLOTE, 2000).

Para Almeida, Coelho e Peres (1999), no que se refere ao planejamento na área de saúde mental, não se deve confundir as atividades de assistência psiquiátrica ou de prevenção dos transtornos mentais com ações de promoção de saúde mental. A saúde mental está fora do âmbito dos programas de assistência. Nesse raciocínio, Bertolote (2008) destaca que a maior diferença entre as duas plataformas políticas (Psiquiatria e saúde mental) é a relação da Psiquiatria com a melhoria do fornecimento do cuidado hospitalar (a única forma de tratamento disponível nele) e a ênfase contemporânea da saúde mental na comunidade.

Todavia, o conceito de saúde mental tende a ser empregado como o desígnio de um estado, ou uma dimensão, da saúde e como um movimento internacional derivado do movimento de higiene mental, que corresponderia à aplicação da Psiquiatria a grupos, comunidades e sociedades em vez de indivíduos. Saúde mental também é vista como uma disciplina, seja como um “sinônimo mal posto de Psiquiatria, seja como um de seus campos complementares”. (BERTOLOTE, 2000, p.54)

Almeida, Coelho e Peres (1999) afirmam que saúde mental significa um *socius* saudável, implicando emprego, satisfação no trabalho, vida cotidiana significativa, participação social, lazer, qualidade das redes sociais, equidade, qualidade de vida. Ou seja, esse conceito vincula-se a uma pauta política de emancipação do sujeito.

Amarante (2007) relata que saúde mental é um campo polissêmico e plural à medida que está relacionada ao estado mental dos sujeitos e das coletividades, que são condições complexas. Tentativas de categorização são acompanhadas do risco de um reducionismo da existência humana e social.

As formas de conceituar saúde mental transcendem disciplinas científicas e territórios de ação em saúde, colocando para o profissional uma constante formação nesse campo. Saúde mental é um sistema aberto, que pensa o ser humano e o contextualiza com sua existência cognitivo-intelectual e suas interações simbólicas e que constantemente elabora e restabelece valores, símbolos e significados. É também um “campo que contribui com a formação, compreensão e elaboração de atitudes e comportamentos pessoais, profissionais e institucionais influenciadores na qualidade de vida dos indivíduos e comunidades” (OLIVEIRA, 2008, p.46).

Para Malvarez (2009), o modelo social tem sido o marco para definir saúde mental na América Latina, pois se está presente um contexto de debate sobre a transformação da atenção em psiquiátrica. Este marco contribui na compreensão de saúde mental em uma perspectiva social e política e serve de fundamento para explicar a promoção da saúde mental.

Saúde mental, para a autora, pode ser conceituada em diferentes perspectivas, tais como: historicamente pela ausência de doença; do ponto de vista qualitativo e relativo ao estado de vida mental; do ponto de vista etiológico; da perspectiva política; do ponto de vista científico-epistemológico.

Assim, uma definição de saúde mental que pode ser adotada nessa discussão é a de Malvarez (2009, p.173), que diz: “Saúde mental é promover as condições favoráveis e apoiar as pessoas, grupos, comunidades e sociedades no desenvolvimento máximo de suas capacidades e bem estar”. Ainda para essa autora, “saúde mental é uma experiência subjetiva e objetiva em essência instável, caracterizada pela capacidade de afrontar crises, enriquecer a subjetividade e lidar com a própria experiência mental”. (MALVA-REZ, 2009)

Outro conceito importante é o de Saraceno (1999, p.144), que, ao propor uma noção complexa para a saúde mental, considera os fatores psicossociais que determinam a saúde e a doença com correlação de diferentes dimensões: legislativas, sociais, econômicas, culturais e políticas. Assim,

define que “saúde mental é o conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento referentes ao melhoramento ou à manutenção ou à restauração da saúde mental de uma população”.

O Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, que foi publicado pelo governo brasileiro em 1994, adotou a concepção de que o processo saúde-doença deve ser entendido a partir de uma perspectiva contextualizada, em que a qualidade e o modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito. O conceito de saúde é vinculado à cidadania, conforme o que já vinha sendo referendado na discussão da 8ª Conferência Nacional de Saúde e incorporado na Constituição Brasileira de 1988.

Atenção Psicossocial

Há hoje produções científicas no campo da Saúde Coletiva, da Saúde mental e da Atenção psicossocial que estão construindo e sustentando outro modelo de gestão e de cuidado, como é o caso das obras de Campos, Furtado, Passos e Benevides (2008); Leal e Delgado (2007); Benevides e Passos (2000); e Leal (1997).

As práticas instituídas nas Redes de Atenção Psicossocial, no Brasil, têm desenvolvido formas de cuidar e promover os laços sociais para as pessoas com sofrimento psíquico a partir dos serviços comunitários e abertos que vão desde a atenção primária em saúde e saúde mental até a oferta de uma rede complexa de atenção, passando pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelos Hospitais Gerais e por uma gama de serviços e ações de inserção social.

Trata-se, então, de novos conceitos e referenciais construídos e alimentados nas práticas de cuidado na comunidade que fundamentam as atuais políticas nessa área e que estão redirecionando o modelo de atenção do hospital psiquiátrico para a saúde mental comunitária, nos anos de 1980, e para a Rede de Atenção Psicossocial, nos dias atuais, como um processo dialético de superação do modelo hospitalocêntrico e do paradigma biomédico.

Então, o que é a Atenção Psicossocial?

Atenção psicossocial é o estatuto de designação das práticas em saúde mental coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da Psiquiatria, conservando para o termo a função de designar práticas reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2003, p.19).

De acordo com Oliveira e Marcon (2006), a assistência de enfermagem em Atenção psicossocial requer métodos e sistematização baseados no Paradigma Psicossocial que incluam a avaliação física e mental, socialmente referenciada, e que dialoguem com outros saberes e fazeres (interdisciplinaridade). Deve amparar seu trabalho em equipe e participação na elaboração e avaliação de projetos terapêuticos dos sujeitos envolvidos.

O cuidado, como resultado do trabalho de enfermagem na atenção psicossocial, não pode negligenciar o corpo e, nesse sentido, o cuidado de enfermagem é característico como o de todos os serviços de saúde. O cuidado de enfermagem na atenção psicossocial envolve a implicação subjetiva e sociocultural do enfermeiro, a atitude permanente de pesquisa e atualização, a ampliação de espaços de participação e um investimento no processo de autoconhecimento.



Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto tratado, consulte as obras:

COSTA-ROSA, A; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**, v. 2, Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003. p. 13 - 44.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível**. Tradução de Lúcia H. Zanetta, M. do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

2.3 Resumo

Nesta Unidade, refletimos sobre as bases epistemológicas e sociais do processo saúde-doença e loucura. Vimos que os principais conceitos que sustentam e possibilitam uma interpretação mais adequada para que o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico e com transtorno mental torne-se um cuidado mais profissional, estão alicerçados em um paradigma advindo da Reforma Psiquiátrica: o da Atenção Psicossocial. Os conceitos de ser humano, condição humana, subjetividade, saúde-doença, normal e patológico, sofrimento, sofrimento psíquico, transtornos mentais, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, Psiquiatria, saúde mental e atenção psicossocial devem ser constantemente discutidos no trabalho e em rede, pois essas bases epistemológicas são conceitos-imagens que servem como diretrizes para as ações em saúde mental.

2.4 Fechamento da unidade

Encerramos, aqui, a segunda Unidade deste módulo sobre os **Fundamentos Históricos e Conceituais da Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Nela, refletimos primeiramente sobre os conceitos de ser humano, condição humana e subjetividade, que nos dão as bases para considerar os conceitos de saúde-doença, normal e patológico como categorias centrais para refletirmos e podermos enfrentar os desafios e a condução das práticas de cuidado nesse campo. Além desses conceitos, problematizamos também as noções de sofrimento, sofrimento psíquico e transtornos mentais a partir de diferentes autores e referenciais que norteiam atualmente as práticas em atenção psicossocial. E, finalmente, vimos a discussão sobre a Psiquiatria, a Saúde mental e a Atenção psicossocial, na qual o importante é compreendermos os contextos em que esses conceitos foram surgindo e se modificando e como eles, nos dias atuais, estão possibilitando mudanças nas formas de cuidado.

2.5 Recomendação de leitura complementar

Como leitura complementar aos assuntos abordados, recomendamos que você leia as obras indicadas a seguir.

COSTA-ROSA, A; YASUI, S. Algumas notas para pensar a Psiquiatria psicossocial. In: RABELO, I. V. M; TAVARES, R. C; FARIA, Y. R. A. (Org.).

Olhares - experiências de CAPS: centros de atenção psicossocial. Goiânia: Kelps, 2009. p. 123-137.

GULJOR, A. P., PINHEIRO, R.; GOMES, A. Jr. (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental:** contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC, UERJ, Abrasco, 2007.

MENEZES, M. P.; YASUI, S. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 217-226, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a27v14n1.pdf>>.

Encerramento do módulo

Finalizamos o Módulo V sobre Fundamentos Históricos e Conceituais da Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Iniciamos nossos estudos a partir da revisão dos aspectos históricos e dos fundamentos da Psiquiatria, da Saúde mental e da Atenção psicossocial. Perpassamos o caminho histórico da loucura e compreendemos que sua construção epistemológica é diretamente proporcional à construção sociopolítica de cada época. Revisitamos o tratamento moral e a liberdade terapêutica como expressões das mudanças de cuidado no campo da Psiquiatria e da Saúde mental. Finalizamos a Unidade I com a introdução da Reforma Psiquiátrica no mundo para preparar o terreno do conhecimento relacionado às bases teórico-conceituais que envolvem o cuidado em Saúde mental.

Pudemos perceber que as transformações no campo da Saúde mental e da Psiquiatria estão envolvidas por disputas políticas, científicas, sociais e de poder, e que a “verdade” nesse campo do saber-fazer é condicionada a uma estrutura, isto é, à forma como cada sociedade, à sua época, produz-se socialmente por meio da ideologia, da ciência e da tecnologia. Nosso intuito é provocar você para que aprofunde cada conteúdo desses também em seu local de trabalho.

Advindo desse debate, a Unidade II enfatizou as bases epistemológicas que alicerçam a prática em Saúde mental. Os conceitos-imagens abordados têm a finalidade de ampliar a relação entre a teoria e a prática das ações em Saúde mental. Esse direcionamento teórico possui origem na Reforma Psiquiátrica e no paradigma da Atenção psicossocial, dimensões sustentadoras da atual Política Nacional de Saúde Mental. Lembramos que esses conceitos são perspectivas para ampliar a visão de interpretação-ação dos fenômenos-objetos-sujeitos do campo psiquiátrico, de Saúde mental e de Atenção psicossocial.

Para prosseguir com os estudos, o Módulo VI apresentará a Estruturação do Campo da Atenção Psicossocial no Contexto da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Serão abordados os conteúdos de Reforma Psiquiátrica no Brasil e de Política e de Legislação de Saúde Mental, do Álcool, do Crack e de outras drogas. Temas atuais, como o emponderamento de usuários e familiares, movimentos sociais com a participação de usuários, familiares e trabalhadores e controle social em Saúde Mental, também serão abordados ao longo das unidades.

Agradecemos por estar conosco até o presente momento e contamos com você para os estudos seguintes!

Referências

AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã**: entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M. T. A. D.; PERES, M. F. T. O Conceito de Saúde Mental. **Revista USP**, São Paulo, v. 43, p.100-125, 1999.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. (Org.). **Franco Basaglia**: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. **Apostila do curso de especialização em saúde mental e atenção psicossocial**. [S. l.: s. n.], 2008.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1996.

BARROS, D. D. **Jardins de Abel**: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EDUSP/LEMOS, 1994.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.11, n.1, jan./jul. 2002.

BASAGLIA, F. **A Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

_____. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar institucionalização. In: AMARANTE, P. (Org.). **Franco Basaglia**: escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 23-34.

BECKER, H. S. **Outsiders**: studies in the sociology of deviance. New York: Free Press, 1963.

BENEVIDES, R. B.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Teoria e Pesquisas**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 71 -79, jan./abr. 2000.

BERTOLETE, J. M. As origens do conceito de saúde mental. **Temas**, São Paulo, v. 30, p. 46-56, 2000.

_____. The roots of the concept of mental health. **World Psychiatry**, v. 7, p. 113-116, 2008.

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. São Paulo: Jorge Zahar, 1989.

BIRMAN, J. **Psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma Psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BOTTOMORE, T. (org.) **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

CANGUILHEM, G. O. **Normal e o Patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CAPLAN, G. **Princípios de Psiquiatria preventiva**. Buenos Aires: Paidós, 1966.

CAPPONI, S. A hereditariedade mórbida: de Kraepelin aos neo-kraepelinianos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 833-852, 2011.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica**: A Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COELHO, M. T. A D. Concepções de normalidade e saúde mental entre infratores presos de uma unidade prisional da cidade do Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 567-575, 2009.

COOPER, D. **Psiquiatria e antiPsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1967.

COSTA-ROSA, A; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.) **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**, v. 2, Rio de Janeiro. Fiocruz, 2003. p. 13-44.

_____. Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. **Saúde e Sociedade**, São Paulo. v. 20, n.3, p. 743-757, set. 2011.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, J. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo: Resenha, 1991. p. 58.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, 1986.

DUARTE JUNIOR, J. F. **A política da loucura**. São Paulo: Papirus, 1987.

ENCICLOPÉDIA MIRADOR. São Paulo: Melhoramentos, 1986.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FREUD, S. Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

GALLIO, G; CONSTANTINO, M. François Tosquelle: a escola da liberdade. In: LANCETTI, A. (Org.) **Saudeloucura: grupos coletivos**. n. 4. São Paulo: HUCITEC, 1994.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GRIGOLO, T. M. **O Caps me deu voz, me deu escuta: um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura), Programa de Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

HOLMES, David. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 2001.

JASPERS, K. **Psicopatologia Geral**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

LAPLANCHE, J. ; PONTALIS, J. B. Conflito Psíquico. In: _____. **Vocabulário da Psicanálise**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 89-92.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. O debate sobre a “natureza” da clínica na reforma psiquiátrica brasileira: algumas considerações iniciais sobre a relação desta questão com descrições essencialistas e idealizadas do sujeito. In: VENANCIO, A. T.; DELGADO, P. G.; LEAL, E. (Orgs.). **O campo da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Corá, 1997, p. 11-21.

_____. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: GULJOR, A. P.; PINHEIRO, R.; GOMES JR., A. (Orgs.). **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: UERJ; Abrasco, 2007.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MACHADO, A. **O alienista**. São Paulo: Ática, 1991.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978

MALVAREZ, S. Promoción de la salud mental. In: RODRIGUEZ, J. (Org). **Salud Mental en la comunidade**. 2. ed. Washington: OPS, 2009. p. 167-181.

MANONNI, M. **O psiquiatra, seu “louco” e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MARX, K. H. Materialismo Histórico. In: BOTTOMORE, T. (Org). **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

NICÁCIO, M. F. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A. (Org.) **Saudeloucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 91-108.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. **Revista Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 18, n. 3, p.143-151, set./dez. 2007.

OLIVEIRA, A. G. B; MARCON, S. R. Modelo médico-psiquiátrico e psicossocial: implicações para o processo de trabalho de enfermagem em saúde mental. In: OLIVEIRA, A. (Org.) **Ensino de Enfermagem**: temas e estratégias interdisciplinares. v. 4. Cuiabá: UFMT, 2006. p. 27-50.

OLIVEIRA, W. F. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e sobre a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n.78-80, p. 38-48, 2008.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ONOCKO, R. et al. (Org.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental**: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. [S. l.: s. n.], 1948.

OULÈS, J. **Neurologia e Psiquiatria para enfermeiras**. São Paulo: Organização Andrei, 1985.

PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Julio Reis, 1979.

PESSOTTI, I. **Sobre a teoria da loucura no século XX**. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, dez. 2006.

_____. Teoria da loucura no século XX. In: MELLO, M. C. B; COSTA, M. C. S. **Saúde Mental numa sociedade em mudança**. Ribeirão Preto: Legis Summa; FIERP, 2005.

_____. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 1995.

PITTA, A. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

REY, F. G. **Psicologia e saúde**: desafios atuais. Psicologia: reflexão e crítica. Porto Alegre, v. 10, n. 2, 1997.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: SENAC, 2005.

RODGERS, B. L.; COWLES, K.V. A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. **Journal of Advanced Nursing**, n. 5, p. 1048-1053, 1997.

ROSA, C. A.; LUZIO A. C.; YASUI S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Arquivos de Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P; BRASIL, L. (Org.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 37-50.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990. p. 17-59.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROUDINESCO, E. Leituras da história da loucura. In: ROUDINESCO, E. et al. **Foucault**: leituras da história da loucura. Rio de Janeiro: Relume&Dumará, 1994. p. 22.

SARACENO, B. **Libertando Identidade**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; Te Corá, 1999.

SCHEFF, T.J. **Being mentally ill**: a sociological theory. Chicago: Aldine, 1966.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O Conceito de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 539, 1997.

SPRICIGO, J. S. **Desinstitucionalização ou desospitalização**: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002. 147 p.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Marca D' Água, 2001.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49-56, jul/dez. 2001.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, p. 1-9, 2009.

Minicurriculo dos autores

Maria Terezinha Zeferino

Maria Terezinha Zeferino é enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Catarina (1984); Mestre em Engenharia Civil pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004); Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2010); Pós-doutorado na área do Fenômeno das Drogas pelo *Center for Addiction and Mental Health University of Toronto/Canadá*. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisadora do grupo de pesquisa Cuidando e Confortando do PEN/UFSC. Desenvolve seus trabalhos acadêmicos e de pesquisa na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Mental e Fenômeno das Drogas, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, fenômeno das drogas, enfermagem psiquiátrica, saúde do caminhar, fenomenologia sociológica compreensiva de Alfred Schutz, atenção básica e acidente de trânsito.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2532658022267499>>

Jonas Salomão Spricigo

Jonas Salomão Spricigo possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1976), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1983) e doutorado em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2001). Atualmente é professor associado I da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental. Atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, ensino enfermagem, desinstitucionalização, atenção psicossocial e reforma psiquiátrica. Tutor do Programa PET- Saúde da Família da UFSC, 2010, PET-Saúde Mental UFSC, 2011, com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC, nos Editais 2009 e 2010-2011. Coordenador do projeto de extensão Atenção ao Usuário de Drogas em parceria com o Fórum Judiciário Norte de Florianópolis/SC.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5481355832257570>>

Lucilene Cardoso

Lucilene Cardoso é docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2008), Mestra em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2006), Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP (2003). Atua no ensino, pesquisa e extensão universitária através de pesquisas, produção científica, assistência em saúde mental e docência. Está inserida na linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas, desenvolvendo pesquisas relacionadas à manutenção do tratamento e cuidado extra-hospitalar em saúde mental, tais como: práticas da enfermagem psiquiátrica na comunidade, egressos de internação psiquiátrica, reabilitação psicossocial, adesão ao tratamento, relações familiares, sobrecarga de cuidadores, recaída psiquiátrica e saúde mental.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0318576941807474>>

Zeyne Alves Pires Scherer

Zeyne Alves Pires Scherer possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Espírito Santo (1989), mestrado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (1995) e doutorado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2005). Atualmente é professor doutor MS-3 da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Psiquiátrica, atuando principalmente nos seguintes temas: violência doméstica contra crianças e adolescentes, violência interpessoal, estudantes, mulheres, doentes mentais, depressão, prisão, educação superior; educação em enfermagem.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0261961257446579>>

Tânia Maris Grigolo

Tânia Maris Grigolo é Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (UnB), Mestra em Sociologia Política (UFSC) e Especialista em Saúde Mental Coletiva (UFMS). Assessora do Ministério da Saúde na Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e outras Drogas. Tem experiência profissional no campo da Saúde Pública/Saúde Mental. É docente na área de Psicologia e de Saúde Mental. Atua principalmente nos seguintes temas: políticas de saúde mental, clínica da atenção psicossocial, organização e avaliação de serviços, educação permanente, formação e pesquisa em saúde.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3418714031200761>>

Jeferson Rodrigues

Jeferson Rodrigues é graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2002). Especialista em Atenção Psicossocial pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2003). Mestre em Enfermagem pelo PEN/UFSC (2005). Doutor pelo PEN/UFSC (2010). Professor substituto da Universidade Federal de Santa Catarina na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica nos anos 2002-2004; 2007-2009. Assessor Parlamentar de 2011-2012. Professor adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem em saúde mental e atenção psicossocial. Atuando principalmente nos seguintes temas: Reforma Psiquiátrica; situação de Crise no campo da saúde mental; organização política de usuários e familiares; associações de usuários e familiares em saúde mental e movimento nacional de luta antimanicomial. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental. *Membro da Red Internacional de Enfermería en Salud Mental/OPAS.*

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3947827508844058>>



Ministério da
Saúde

