

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Memória da Loucura

Apostila de Monitoria

Série I. História da Saúde no Brasil

Brasília – DF
2008

© 2008 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série I. História da Saúde no Brasil

Tiragem: 1.ª edição – 2008 – 30 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Centro Cultural da Saúde

Praça Marechal Âncora, s/n.º, Praça XV

CEP:200221-200, Rio de Janeiro – RJ

Tel.: (21) 2240-5568

E-mail: ccs@saude.gov.br

Home page: <http://www.ccs.saude.gov.br>

Coordenação:

Jussara Valadares

Capa e projeto gráfico:

Ana Aparecida Ramos

Revisão:

Mônica Quiroga

Colaboração:

Janine Sampaio Munk do Prado

Ilustrações:

Gilles Collete

Rita Loureiro

Rômulo Bonelli

Fotos:

Acervo Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS)

Acervo Instituto Philippe Pinel (IPP)

Acervo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN)

Acervo Museu de Imagens do Inconsciente (MII)

Acervo Museu da Imagem e do Som (MIS)

Radilson Carlos Gomes

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos.

Memória da loucura : apostila de monitoria / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. –

Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

88 p. : il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

1. Psiquiatria. 2. Saúde mental. 3. Transtornos mentais. I. Título. II. Série.

NLM WM 11

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/ 0466

Títulos para indexação:

Em inglês: Memory of the Madness: instruction book

Em espanhol: Memoria de la Locura: catilla de instrucción

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774/2020

Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe editorial:

Normalização: Vanessa Leitão

Revisão: Mara Pomplona

Editoração: Gleidson de Azevedo Cruz

Sumário

<i>Apresentação do Centro Cultural da Saúde</i>	5
<i>Apresentação da Mostra</i>	6
<i>Um Breve Histórico da Psiquiatria</i>	8
<i>Philippe Pinel</i>	11
<i>Esquirol</i>	14
<i>Política e Hospital Psiquiátrico</i>	17
<i>Aos Loucos, o Hospício</i>	19
<i>Nuno de Andrade</i>	20
<i>Teixeira Brandão</i>	21
<i>As Classes Sociais da Corte e o Hospício de Pedro II</i>	23
<i>Emil Kraepelin</i>	24
<i>Juliano Moreira</i>	25
<i>Ulysses Pernambucano/Luiz Cerqueira</i>	27
<i>Wilson Simplicio/Oswaldo Santos</i>	29
<i>Sigmund Freud</i>	31
<i>Síntese da Psicanálise de Freud</i>	32
<i>Síntese da Teoria de Carl Jung</i>	33
<i>Nise da Silveira</i>	34
<i>Síntese do Trabalho de Nise da Silveira</i>	35
<i>Formas de Tratamento e Instrumentos Utilizados</i>	38
<i>Reforma Psiquiátrica</i>	45
<i>Franco Basaglia</i>	47
<i>Roteiro de Monitoria da Mostra</i>	59
<i>CAPS – Centros de Atenção Psicossocial</i>	86
<i>Referências</i>	87
<i>Bibliografia</i>	88

Apresentação do Centro Cultural da Saúde


 Centro Cultural da Saúde (CCS), situado na cidade do Rio de Janeiro, iniciou suas atividades em dezembro de 2001 com o objetivo de promover e integrar os campos da informação, da documentação e da comunicação em saúde, utilizando uma linguagem criativa que permita ao público conhecer e compreender aspectos históricos, sociais, políticos e científicos da saúde no Brasil.



Ilustração: Rita Loureiro

Por meio da realização de mostras culturais locais, virtuais e itinerantes contextualiza a saúde com uma abordagem artística, colocando na pauta temas de interesse público. Em conjunto com as instituições parceiras realiza programação com eventos técnicos, apresentações culturais, exibição de vídeos, produção e distribuição de materiais educativos, que fomentam o intercâmbio e valorizam a expressão de grupos populares e outros segmentos específicos.

A cada nova cidade experiências regionais são acrescentadas às mostras, com o objetivo de dar visibilidade às ações e programas locais, comprometer as instâncias públicas, suscitar o debate, democratizar a informação e fortalecer as redes sociais.

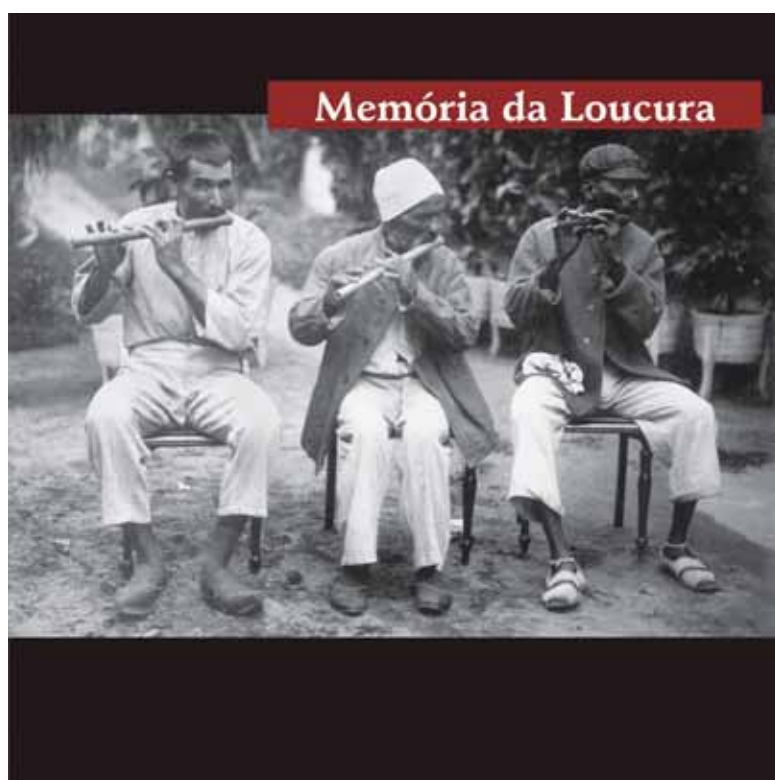
O CCS é uma unidade vinculada à Coordenação-Geral de Documentação e Informação do Ministério da Saúde, que integra também a Biblioteca, o Arquivo e a Editora. Sua criação estabeleceu uma nova etapa, um modelo diferenciado, um espaço democrático e plural onde a interatividade e a participação social são princípios norteadores e o maior desafio é viabilizar, de forma sustentável, o intercâmbio praticado a cada mostra realizada e tema abordado.

Conheça mais sobre o CCS no *site*: <http://www.ccs.saude.gov.br>.

Apresentação da Mostra



mostra Memória da Loucura apresenta a história da Psiquiatria no Brasil, documenta as diversas formas de tratamento, as personalidades relevantes, as influências estrangeiras e retrata a assistência psiquiátrica,



marcada por isolamentos e terapêuticas repressoras e desumanas.

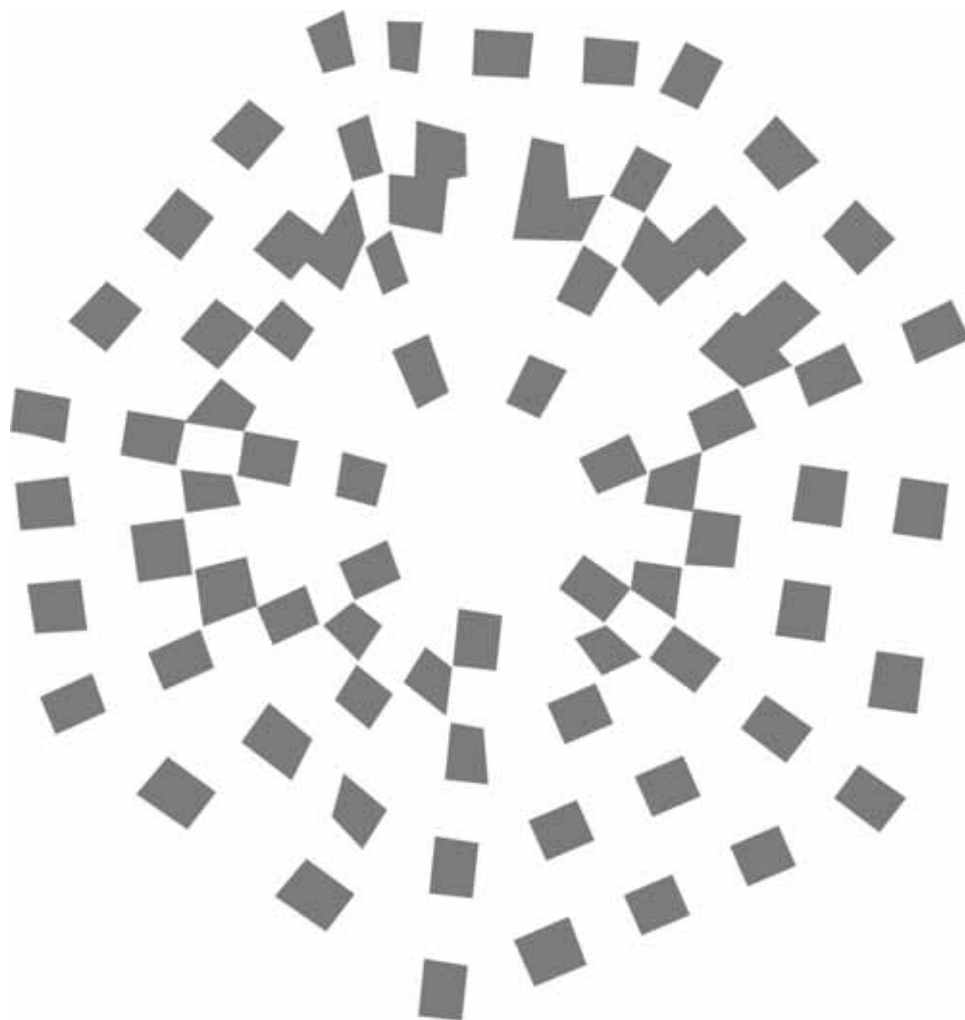
Uma história que a sociedade hoje se empenha em reescrever, tornando realidade a Lei Antimanicomial n.º 10.216, de 6/4/2001, que dispõe sobre a humanização da assistência, a gradativa desativação dos manicômios e a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que, junto com os Serviços Residenciais Terapêuticos (Portaria MS/GM n.º 106, de 11/2/2000), são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, essenciais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos.

Muitos preconceitos ainda persistem e muitas ações ainda se fazem necessárias para que o País garanta os legítimos direitos civis e humanos às pessoas acometidas de transtorno mental. A proposta é contribuir para que gestores, profissionais e usuários,

junto com a comunidade, efetivem os programas de saúde mental e conquistem uma nova realidade nesse campo.

De forma instigante e criativa, a mostra desperta o interesse do público e agrega valores e informações das instituições por onde passa, buscando favorecer a inclusão social dos usuários dos serviços de Saúde Mental e a atuação do Estado.

A mostra Memória da Loucura já foi montada no Rio de Janeiro, Nova Friburgo e São Pedro da Aldeia (RJ), Santo André (SP), Betim e Ouro Preto (MG), Fortaleza (CE), Feira de Santana e Salvador (BA), Recife (PE), Campina Grande (PB) e Maceió (AL).



Arthur Amora
Acervo: MII - RJ

Um Breve Histórico da Psiquiatria

Por muito tempo, os portadores de doenças mentais foram considerados alienados. Eram vistos como pessoas que viviam fora da realidade, sem capacidade para entender ou exercer seus direitos. Hoje, essa história já mudou bastante e a luta diária é para que os usuários de serviços de Saúde Mental possam ter um tratamento diferenciado e para que a sociedade os respeite como seres humanos comuns, mesmo com capacidades restritas e algumas limitações. Apesar dos avanços do modelo assistencial e da humanização do atendimento, a história mostra que as atitudes em relação aos portadores de transtornos mentais nem sempre foram as mais adequadas.

Na Grécia Antiga, acreditavam que os loucos possuíam poderes divinos. Na Idade Média, eram associados ao demônio e vistos como entes possuídos e, por isso, passavam seus dias acorrentados e expostos ao frio e à fome ou, em casos extremos, queimados em fogueiras como hereges.

Esse tipo de tratamento se estendeu até o século XVIII. Nessa época, ainda não se falava em doença mental e, como sempre, o desleixo com as pessoas acometidas de transtornos mentais persistia. Todos que apresentavam um comportamento diferente, sobretudo quando agitados e agressivos, eram considerados loucos. A sociedade, preocupada apenas com a sua segurança, permanecia com a mesma conduta: jogava os loucos em prisões e eles lá ficavam ao lado de outros excluídos à espera da morte .

As reformas políticas e sociais, na virada do século XVIII para o século XIX, inspiraram o francês Philippe Pinel a dar o primeiro passo para mudar a vida dessas pessoas. A loucura tornou-se uma questão médica e passaria a ser vista como uma doença que poderia e deveria ser tratada. Surgiram a clínica, como local de internação, e os estudos sobre psiquiatria. Com essa nova estrutura, coube aos enfermeiros os cuidados com os loucos. Na constante tentativa de dominar a loucura e defender-se de tudo o que o desconhecido representava, as instituições psiquiátricas no mundo inteiro se transformaram em locais de repressão, onde o paciente era isolado da família que desconhecia ou ignorava o que se passava com ele.

A partir dessas mudanças, o médico que se especializava no tratamento dos alienados era chamado de alienista e, após essas transformações, grandes nomes se destacaram na medicina por suas pesquisas e inovações nessa área. Nesse período, pode-se destacar o trabalho de Esquirol, aluno e seguidor de Pinel, precursor da psiquiatria, que integrou, juntamente com Morel (1809-1873) e Edouard Séguin (1812-1880), a escola francesa iniciada por Pinel. No século XIX, Emil Kraepelin, integrante da corrente organicista alemã, que após cuidadosa descrição de sintomas clínicos, a evolução e a análise

anatomopatológica, formula uma nova doutrina que serve de referência às próximas gerações de especialistas. No século XX, Freud cria a psicanálise que se populariza em todo o mundo e se impõe como marco no campo da Saúde Mental.

Apesar de toda a evolução dos estudos sobre a mente, entre 1940 e 1960 algumas terapias beiravam à barbárie. Havia o eletrochoque (ainda usado, nos dias atuais, em casos graves com laudo de junta médica), a malarioterapia (contaminação do paciente com o protozoário da malária na tentativa de criar distúrbios), a insulino-terapia (coma diabético provocado por meio de injeção de insulina) e o uso do cardiazol (droga para provocar convulsões).

Na década de 60, Kaplan e sua psiquiatria preventiva e as experiências das comunidades terapêuticas da Inglaterra criaram outros paradigmas até as idéias de Franco Basaglia, lançadas na Itália, em 1968, e influentes até hoje no cuidado com o paciente psiquiátrico. Atualmente, o Brasil se encontra em pleno desafio de implementar um processo de desospitalização no tratamento de portadores de sofrimento psíquico. O objetivo dos partidários da Reforma Psiquiátrica é transformar o quadro da Saúde Mental em uma nova realidade, que tenha como lema “ Cuidar, sim, excluir, não.”

As palavras de Octávio Inácio, paciente do Centro Psiquiátrico Pedro II, atual Instituto Municipal Nise da Silveira, descrevem bem o que representa para um interno a contenção atrás das barreiras de uma instituição. “O muro é bonito para quem está do lado de fora, mas para quem está aqui, é horrível. Este muro serve para fechar nossa vida para o lado de fora, nós nunca poderemos ser considerados gente com um muro desses tapando a nossa visão.” Hoje, boa parte desse muro foi substituída por uma grade e os doentes podem circular dentro do hospital e, inclusive, fora dele.

Esses esforços já dão sinais positivos, especialmente pela forma com que o problema é enfrentado. Nesse mesmo hospital, está sendo construída uma nova realidade: a Casa d’Engenho. Criado em 1990, esse espaço não se parece com um hospital. Dentro dele o que há é muito trabalho e calor humano.

Pessoas portadoras de transtorno mental que são tratadas corretamente e vivem com dignidade participam da sociedade como qualquer outro cidadão. E são vários os exemplos de instituições que, mudando a forma de tratar seus usuários, vêm transformando a vida de muita gente. Muitos ambulatórios especializados em Saúde Mental só recorrem à internação em último caso e desenvolvem várias atividades, não só com o usuário, mas também com suas famílias, oferecendo assistência ambulatorial de consultas e oficinas terapêuticas.

A cidade de Santos, no litoral de São Paulo, foi a pioneira na transformação da Saúde Mental no Brasil. Foi a primeira cidade brasileira e a quarta do mundo a construir uma rede de serviços que substituíam inteiramente o asilo e o manicômio.

No Instituto Philippe Pinel, no Rio de Janeiro, também se realiza um trabalho diferenciado. Trata-se da TV Pinel, um espaço em que os usuários têm a possibilidade de se

expressar por meio da televisão. Em Volta Redonda, também no Rio de Janeiro, existe uma experiência muito interessante: A Usina dos Sonhos. Nesse ambulatório especializado, os usuários dão asas à sua criatividade e transformam sonhos em realidade. Fazem artesanato, jardinagem, pintura; escrevem em um jornal e possuem até um conjunto musical, os “Mágicos do Som”.

Com a implementação da Lei n.º 36.570, de 1989, que consolida a substituição dos serviços de natureza manicomial para serviços abertos na comunidade, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros. Essas unidades de tratamento intensivo para portadores de sofrimento psíquico precisam contar com, no mínimo, um psiquiatra, um enfermeiro e mais três profissionais de nível superior, podendo ser clínico geral, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, entre outras categorias, além de quatro profissionais de nível médio como auxiliar de enfermagem, artesão, técnico administrativo e educacional, entre outros, de acordo com a proposta do centro. Nessas equipes, é enfatizada a busca de autonomia, emancipação, liberdade e o direito de expressão dos usuários.

A luta pela melhoria da atenção à Saúde Mental é uma bandeira do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela quase totalidade do tratamento psiquiátrico. No Brasil, experiências bem-sucedidas não faltam e podem ser reproduzidas. A conscientização política se faz presente para a ampliação desses serviços, de forma igualitária e humanizada, proporcionando aos portadores de transtornos mentais a possibilidade de reinserção social.

Philippe Pinel

(...) há sempre um resto de razão no mais alienado dos alienados.

Sintonizado com os ideais revolucionários franceses de liberdade, igualdade e fraternidade, preconizou o tratamento moral para os alienados e desacorrentou os loucos em Paris. Sua prática médica exercida durante os anos em que chefiou os hospitais em Bicêtre e La Salpêtrière na França, aliada a sua profunda reflexão sobre a alienação mental, concorreram para inaugurar a Escola dos Alienistas Franceses.

Em 1801 publicou o "Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou a mania", no qual descreveu uma nova especialidade médica que viria a se chamar Psiquiatria (1847).

1745-1826



Ilustração: Rômulo Bonelli

Philippe Pinel (1745-1826)

Júlia Paglioza Álvares

psicóloga e integrante da Academia Brasileira de Psicologia

Philippe Pinel nasceu em 20 de abril de 1745, em Saint-André, Tam, França, e faleceu em 25 de outubro de 1826, em Paris. Filho de médico, formou-se em medicina em Toulouse no ano de 1773. Mudou-se para Paris em 1778 e, para se sustentar, traduzia obras de medicina, ao mesmo tempo em que lecionava matemática.

Nessa época, Pinel visitava doentes mentais confinados e escrevia artigos sobre suas observações. Em 1792, tornou-se médico-chefe do asilo para homens, em Bicêtre. Em 1794, passou a ocupar idêntico posto no Hospital La Salpêtrière, para mulheres. Em 1803, foi eleito membro do Institut de France e, mais tarde, professor de patologia da Escola de Medicina de Paris.

Sob sua direção, o Hospital La Salpêtrière tornou-se um dos mais conhecidos estabelecimentos neuropsiquiátricos do mundo, sendo que, mais tarde, com acertada justiça, lá seria erguida uma estátua em sua memória.

Costuma-se falar de Philippe Pinel como um homem dotado de generosidade incomum à sua época, conhecida por sua filantropia. O libertador dos alienados, aquele que lhes quebrou as correntes e lhes deu dignidade, que os retirou das celas nas quais estavam confinados há anos, atos que deixaram a sociedade e a classe médica estarecidas.

Pinel, como se vê, teve fartas razões para ser considerado pioneiro no tratamento de doentes mentais, sendo um dos precursores da psiquiatria moderna, ramo da medicina a que ele se dedicou após a tragédia ocorrida com um amigo seu – conta-se que tendo enlouquecido, o amigo fugiu para a floresta onde foi devorado por lobos.

Sem dúvida, foi um revolucionário no método de tratamento dos doentes mentais. Para a França Revolucionária, era de profundo interesse que seus cientistas se sobressaíssem e Pinel se constituiu, na área da medicina e da psicologia, em um dos seus principais expoentes. Seus escritos privilegiam o refinamento literário, característico da Europa do século XVIII e início do século XIX, em que predominaram as concepções de humanismo e liberalismo, de forte influência iluminista.

Pinel elevou a categoria dos doentes mentais, antes tratados como criminosos ou endemoniados, à condição de *homo sapiens* e essa doença, como resultado de uma exposição excessiva a estresses sociais e psicológicos e, em certa medida, a danos hereditários, sendo que tais enfermidades decorriam de alterações patológicas no cérebro. Com isso, banuiu tratamentos antigos tais como sangrias, vômitos, purgações e ventosas, preferindo terapias que incluíssem a aproximação e o contato amigável com o paciente, proporcionando-lhe,

ainda, um programa de atividades ocupacionais, no qual o tratamento digno e respeitoso foi a tônica.

O século XVIII na Europa foi aquele em que reinou, de forma absoluta, a razão, emanada do pensamento de Descartes e entronizada pelos iluministas. Dessa forte tradição, procedeu o pensamento de Philippe Pinel, em que o psíquico se tornou matéria de conhecimento objetivo e quantitativo.

Pinel foi o primeiro a elaborar uma classificação para as doenças mentais, fato este que constituiu extraordinário avanço da psiquiatria. Utilizou como principal método a observação e a análise de seus pacientes.

Em sua primeira obra, *Nosographié Philosophique* (1798), destinada à classificação das doenças, distinguiu várias psicoses e descreveu, entre outros fenômenos, alucinações, isolamentos e uma variedade de outros sintomas, o que lhe rendeu grande projeção. Seu principal livro, um dos clássicos da psiquiatria, *Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale ou la Manie* (1801), discutiu sua abordagem psicologicamente orientada.

É possível dizer que Philippe Pinel distinguiu-se pelas inovações que introduziu. Sua orientação foi visivelmente psicológica, suas idéias características de sua época, do Iluminismo e das tendências promovidas pela Revolução Francesa: igualdade, liberdade e fraternidade.

A psicologia, tendo em vista o momento em que as ciências físico-químicas e biológicas monopolizavam as atenções, adotou, com a contribuição de Pinel, um modelo de cientificidade, inspirado no marco referencial Galileico-Baconiano, uma nova epistemologia e uma nova visão do homem que, em determinadas circunstâncias da vida e de sua conflitualidade, expressa o sofrimento humano por meio da mente e da alma.

Foi dessa forma que a psicologia, na metade do século XIX, aprendeu a considerar o seu material de estudo como parte da natureza e a tentar explicá-lo em termos naturais, ou seja, a psicologia tornou-se capaz de construir uma ciência, tanto na matéria como no método, faltando pouco para passar a ser experimental, tarefa empreendida por Wundt, em Leipzig, ao criar o primeiro laboratório de psicologia.

Assim, por qualquer lado que se olhe a vida e a obra desse extraordinário psiquiatra e psicólogo, encontrar-se-á sempre a marca de alguém que revolucionou a concepção de loucura de um tempo e promoveu um caminho de humanização e de libertação para o enfermo mental, inscrevendo-o nos mais nobres ideários da modernidade: dignidade e liberdade!

O moderno movimento de humanização dos manicômios, a que estão engajados os organismos de ponta da evolução social, não pode esquecer, na sua trajetória de luta, que o seu representante primeiro foi, sem sombra de dúvida, Philippe Pinel.

Esquirol

No hospício o que cura é o próprio hospício. Por sua estrutura e funcionamento, ele deve ser um operador de transformações dos indivíduos.

Precursor da Psiquiatria, integrou, juntamente com Auguste Morel (1809-1873) e Édouard Séguin (1812-1880) a escola francesa iniciada por Pinel. Ao penetrar a mente humana, com o intuito de compreender os transtornos do humor e da melancolia como importantes agentes que conduzem à perda do juízo, elevou pela primeira vez os alienados à condição de homens.

Reformador de asilos e hospícios franceses, fundou o primeiro curso para o tratamento das enfermidades mentais e lutou pela aprovação da primeira Lei de Alienados na França. Seu trabalho influenciou sobremaneira a criação do Hospício de Pedro II, primeira instituição brasileira de assistência aos doentes mentais.

1772-1840

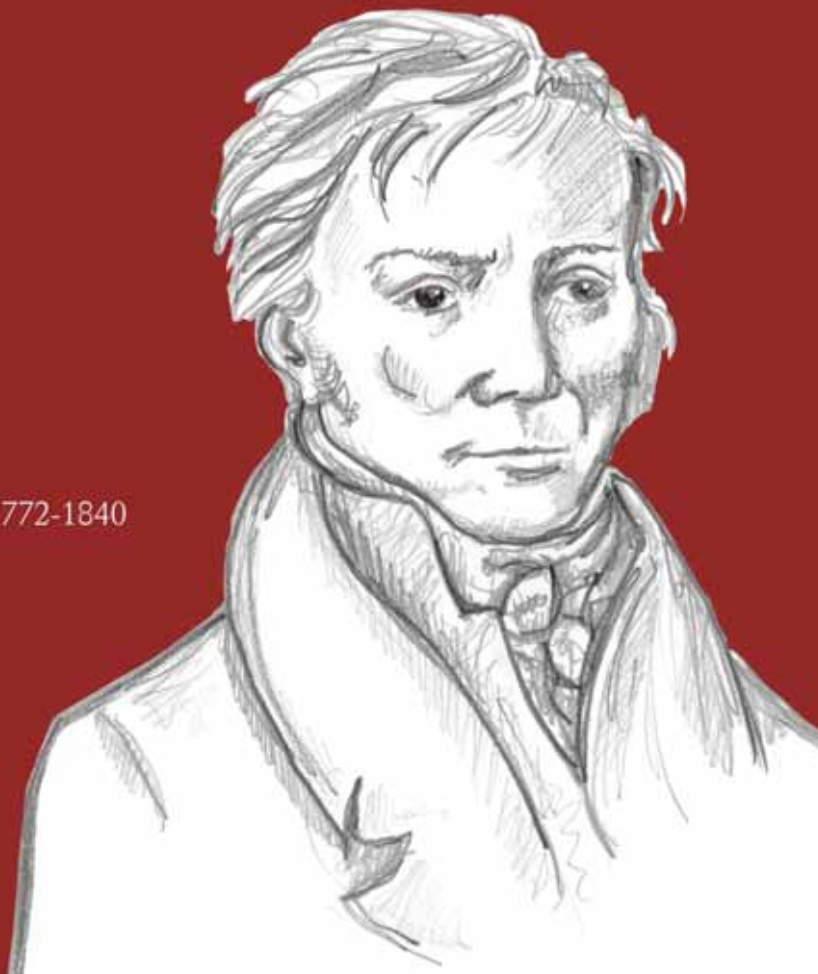


Ilustração: Rômulo Bonelli

Esquirol (1772-1840)

1799 Em Paris, Esquirol conhece Pinel trabalhando no hospital La Salpêtrière. Esquirol, atuando como reformador das instituições psiquiátricas, visita os asilos, hospitais e prisões de toda a França.

1807 É nomeado médico plantonista da divisão de alienados de La Salpêtrière, tornando-se médico titular no ano seguinte.

1811 Inaugura em La Salpêtrière um curso clínico de medicina mental, onde suas qualidades de orador atraem um grande público. Torna-se um discípulo ortodoxo de Pinel. Como seu mentor, Esquirol acha que a loucura tem causas físicas e morais, insiste na tendência hereditária e coloca na raiz do organismo a causa principal do transtorno mental. Critica os conceitos mesográficos de seu mestre Pinel e volta a dividir as moléstias mentais em quatro grupos principais: demência, cuja forma aguda e curável é chamada de estupidez; idiotia, termo que ele prefere a idiotismo; mania, delírio geral com exaltação; e a parte mais original e criticada de sua obra clínica, o vasto grupo de monomanias, derivado do desdobramento da melancolia de Pinel, “delírio parcial crônico, de natureza alegre ou triste, mas limitado a um número pequeno de objetos.” Esquirol subdivide esse novo conceito em três categorias: as monomanias intelectuais, no qual o delírio está no primeiro plano – uma das múltiplas formas possíveis é a lipomania ou melancolia, com “delírio crônico parcial, sustentado por uma triste paixão, debilitante e opressiva”; as monomanias afetivas ou ressonantes que levam o doente a condutas “bizarras” e “inconvenientes”; e as monomanias instintivas que reagrupam as futuras “perversões” e psicopatias e que serão a fonte de violentas contestações, na medida em que parecem fornecer as justificativas de comportamentos criminais, num tempo em que a medicina legal estava em vias de formação.

1817 Acolhe em sua casa alguns alienados “pagantes”.

1820 Torna-se membro da Academia de Medicina.

1825 Assume o posto de médico chefe da Maison Royale de Charenton por falecimento de Royer Callard.

1826 É nomeado membro do Conselho de Salubridade Pública do Departamento do Sena, participando ativamente com seus alunos Ferrus e J.P. Falret, dos trabalhos preparatórios da Lei n.º 1.838 sobre os alienados.

1827 Adquire uma vasta propriedade e nela instala uma casa de saúde que dirige com seu sobrinho, Mitivié. Começa a colocar em prática suas idéias sobre a construção de asilos que ele tinha apresentado no seu célebre relatório de 1819 ao Ministro do Interior.

1838 “Os estabelecimentos destinados aos alienados na França e os meios de melhorá-los”. Publica os dois volumes “Considerações das Doenças Mentais sob as Visões da Medicina, da Higiene e da Medicina Legal”, que nada mais é do que uma coletânea de suas publicações anteriores.

Política e Hospital Psiquiátrico

*Roberto Machado,
psicanalista e professor titular do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ,
autor de vários livros editados por algumas das mais importantes editoras do País*

O início do século XIX assinala o momento em que o hospital é percebido como fator patogênico, causa de doença e de morte e, portanto, incompatível com a medicina moderna. Até então, o hospital não é uma instituição médica; é uma entidade religiosa destinada à assistência a doentes pobres, forasteiros, soldados, marinheiros e outros. Não tem por objetivo a saúde, mas a salvação: o plantão, por exemplo, é do “capelão da agonia”. Sua arquitetura não obedece a um plano médico. Não há médico em sua administração. A assistência hospitalar é, portanto, menos uma assistência à doença do que à miséria na hora da morte, parte de uma ação criativa da Santa Casa da Misericórdia que inclui crianças abandonadas, indigentes e prisioneiros.

É nesse espaço que se encontram os loucos, quando não vagam pelas ruas ou – no caso dos ricos – são contidos pelas famílias. E no hospital, ele está como em uma prisão: trancado e até mesmo preso a um tronco de escravos. Não é considerado um doente; não recebe tratamento; não tem médico ou enfermeiro específico; vive sem condições higiênicas. Pode ser louco, mas ainda não é doente mental.

No século XIX, a medicina coloniza o hospital. Ruptura com o passado que pode ser compreendida não só a partir de transformações médicas, mas também econômicas – advindas da abertura dos portos, intensificação do comércio, implantação de manufaturas – e políticas que modificarão o Rio de Janeiro depois de 1808 e integrarão ainda mais o Brasil na nova ordem capitalista internacional.

Nesse contexto, o papel que desempenham os médicos tem um objetivo claro: combater a desordem social, o perigo dos homens e das coisas decorrente da não-planificação da distribuição e do funcionamento da cidade. A medicina começa a se interessar por tudo o que diz respeito ao social. Deixa de ter fronteiras. Peça integrante da nova estratégia política de controle dos indivíduos e da população, vai pouco a pouco – não sem lutas e obstáculos – impregnar o aparelho de Estado e se interessar por instituições como a escola, o quartel, a prisão, o cemitério, o bordel, a fábrica, o hospital, o hospício...

Sua política em relação ao hospital é clara: dominar o perigo que grassa no seu interior. E para isso não basta expulsar o hospital do centro da cidade; é necessário transformar o seu espaço, para capacitá-lo a realizar a cura. O hospital é um operador terapêutico, uma “máquina de curar”.

Essa política orientou, em 1841, a criação, no Rio de Janeiro, do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro. Resultado de uma crítica higiênica e disciplinar às instituições

de reclusão, o Hospício de Pedro II significou a possibilidade de inserir, como doente mental, uma população que se começa a perceber como desviante nos dispositivos da medicina social nascente. De que forma? Realizando os seguintes objetivos: isolar o louco da sociedade; organizar o espaço interno da instituição, possibilitando uma distribuição regular e ordenada dos doentes; vigiá-los em todos os momentos e em todos os lugares, por meio de uma “pirâmide de olhares” composta por médicos, enfermeiros, serventes...; distribuir seu tempo, submetendo-os ao trabalho como principal norma terapêutica. Terrível máquina de curar, que levou Esquirol a afirmar: no hospício o que cura é o próprio hospício. Por sua estrutura e funcionamento, deve ser um operador de transformação dos indivíduos. Em suma, é uma nova máquina de poder, resultado de uma luta médica e política que impõe, cada vez com mais peso, a presença normalizadora da medicina como uma das características essenciais da sociedade capitalista.

Mas o hospital psiquiátrico não está isento de críticas. Elas o acompanham desde a sua origem. E não só críticas externas. Principalmente críticas internas: de seus médicos ou seus diretores. Como os ilustres Nuno de Andrade, Teixeira Brandão, Juliano Moreira que atacam a sua organização arquitetônica, a subordinação do médico ao pessoal religioso, a ignorância ou a maldade dos enfermeiros, o processo não-médico de internação, a falta de uma lei nacional para alienados e de um serviço de assistência organizado pelo Estado.

Essas críticas, hoje ainda mais virulentas, são importantíssimas para fazer pensar não só no fracasso real da psiquiatria como instância terapêutica, mas, principalmente, na exigência de medicalização cada vez maior do espaço social que ela representa. Por um lado, se a medicina mental apresenta a cura como sua aquisição científica, até hoje nunca deixou de reconhecer o seu lado negro: só se entra no hospício para não sair ou, na melhor das hipóteses, para logo depois voltar. Por outro lado, essa reconhecida incapacidade terapêutica, longe de pôr em questão a própria psiquiatria, serve fundamentalmente de apoio a uma exigência de maior medicalização. A crítica faz a psiquiatria, cada vez mais, refinar seus conceitos para atingir novas faixas da população – numa evolução que vai do doente mental ao anormal e do anormal ao próprio normal –, tornando a sociedade uma espécie de asilo sem fronteiras.

A questão política da psiquiatria me parece assim mais profunda do que em geral se pensa. Será que as transformações contemporâneas propostas à prática e à teoria psiquiátricas, mesmo as que se vestem de psicanálise em seus conceitos básicos, se intitulam psiquiatria como instância político-científica de controle normalizador da vida social, característica que a acompanha desde sua constituição?

Aos Loucos, o Hospício

*Paulo Sérgio da Silva Alencar,
psiquiatra e atualmente trabalha no Instituto Fernandes Figueira*

Em 1830 não há ainda no Brasil tratamento para os doentes mentais: os ricos são mantidos isolados na casa da família, longe dos olhares curiosos, enquanto os pobres perambulam pelas ruas ou vivem trancafiados nos porões da Santa Casa de Misericórdia.

Nessa época, inspirados pelos ideais revolucionários franceses de Pinel e Esquirol, propõem-se novas formas de assistência à doença mental, que tem na existência da instituição manicomial o próprio método de tratamento.

Essas idéias contagiam a recém-criada Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que se mobiliza em torno do lema “Aos loucos o hospício!”, pleito esse formulado em 1839 no contundente relatório de José Clemente Pereira.

“Parece que entre nós a perda das faculdades mentais se acha qualificada como crime atroz, pois é punida com a pena de prisão, que pela natureza do cárcere onde se executa, se converte na de morte”.

Sensibilizado por essas denúncias e impressionado com os gritos dos loucos vindos dos porões da Santa Casa, Pedro II assina, em 1841, o decreto de criação do primeiro hospício brasileiro que, por 40 anos, leva seu nome.

1841 Sagração de Pedro II e decreto de criação do hospício. José Clemente Pereira faz relatório a D. Pedro II em que descreve a real situação dos doentes mentais na Santa Casa.

1852 O Hospício de Pedro II é inaugurado com 140 leitos.

A inauguração do suntuoso Hospício de Pedro II, em 1852, instalado na praia da Saudade, retira os pacientes da Santa Casa de Misericórdia, que se encontravam em condições insalubres, e acena com a possibilidade do tratamento moral. Surge a primeira instituição psiquiátrica do Brasil.

Localizado em uma chácara afastada do centro da cidade, foi construído com dinheiro de subscrições públicas. O edifício, em estilo neoclássico, era provido de espaços suntuosos e decoração de luxo, e passa a ser popularmente conhecido como o “palácio dos loucos”.

A amplidão dos espaços, a disciplina, o rigor moral, os passeios supervisionados, a separação por classes sociais, os diagnósticos e a constante vigilância dos enfermos, materializada arquitetonicamente como um panóptico, representam o nascedouro da psiquiatria no Brasil.

Nuno de Andrade

1851-1922

*N*uno de Andrade foi trabalhar no Hospício de Pedro II onde foi o primeiro a lutar pela desanexação da Santa Casa de Misericórdia.

Permanece no Hospício de Pedro II até a chegada de Teixeira Brandão. Deixa o cargo e passa a dar aulas de psiquiatria na Faculdade de Medicina e a escrever artigos para jornal.

1883 Realizado o primeiro concurso da área de psiquiatria no País, no qual cinco candidatos se inscrevem. Dentre eles Teixeira Brandão, um médico do interior do Rio de Janeiro.

Teixeira Brandão

Em 1883 assumiu a Cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo, por essa razão considerado o primeiro alienista brasileiro. Como diretor do Hospício de Pedro II (1886), desanexou essa instituição da Santa Casa de Misericórdia e, em 1890, fundou a primeira Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Brasil.

Tornou-se deputado federal em 1903 e relatou a Lei de Assistência aos Alienados, primeiro documento legal específico sobre alienação mental, baseado na legislação francesa e inspirado nos preceitos defendidos por Esquirol, de quem Teixeira Brandão foi fiel seguidor.


Na qualidade de diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados, iniciou a construção das colônias de alienados, que surgem como alternativas ao modelo adotado na época.

1854-1921



Ilustração: Rômulo Bonelli

Teixeira Brandão (1854-1921)

 considerado o primeiro alienista brasileiro devido ao concurso de 1883, no qual é aprovado com louvor e assume, portanto, o cargo de diretor do Hospício de Pedro II. Ao assumir, Teixeira Brandão entra em choque com o poder das freiras e entra em confronto com a administração. Também torna-se um dos grandes responsáveis pela desanexação do Hospício de Pedro II da Santa Casa de Misericórdia.

Essa desanexação acontece com a chegada da República e, assim, o hospício passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados. Sob sua administração, Teixeira Brandão funda, em 1904, a Escola Alfredo Pinto, a primeira a formar enfermeiros no Brasil. Era o início da formação em Enfermagem no País.


Dessa forma, é criada a assistência médica aos alienados e Teixeira Brandão assume, com essa mudança, outro cargo dentro do mesmo hospital, acumulando os papéis de diretor e o de administrador.

Em 1902, Teixeira Brandão torna-se deputado federal e elabora a primeira lei de assistência aos alienados.

Devido à lei, que proíbe o acúmulo de funções, Teixeira Brandão é obrigado a abdicar de algum cargo, e com isso acaba optando em deixar o Hospital Nacional de Alienados e passa a se dedicar à política, a dar aulas na faculdade e a escrever para jornal, fazendo uma trajetória parecida com a de Nuno de Andrade.

As Classes Sociais da Corte e o Hospício de Pedro II

*Edmar de Oliveira,
psiquiatra e diretor do Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS)*

 Alguns prontuários encontrados nos arquivos do Centro Psiquiátrico Pedro II nos levam aos anos entre 1854 e 1861 e com eles à classificação social do paciente, subdivididos em primeira, segunda e terceira classes, o que parece ser um dado importante para as anamneses da época.

Entre os de primeira classe, chama atenção serem pacientes moradores da corte, brancos, cidadãos, fazendeiros ou funcionários públicos, e em número muito pequeno em relação às outras classes.

Na segunda classe, encontramos lavradores e pessoas que têm o ofício de prendas domésticas, ainda brancos e livres.

Na terceira, são todos escravos, pretos, pertencentes a um senhor importante, já que na sua identificação possuíam apenas o primeiro nome seguido da nomeação senhorial: escravo de tal senhor, com nome e sobrenome para o seu imediato reconhecimento na corte. Acrescente-se ainda a nação africana de origem: Nagô, Congo, Iorubá, Mirra, dentre outras. Nesse período, não havia sido abolida oficialmente a escravidão no país, no entanto, outra classificação aparece em maior número do que as das três classes anteriores. São os “indigentes”. Às vezes, possuíam apenas o primeiro nome, outras vezes já traziam sobrenome. Nessa classificação estão, sobremaneira, os pretos ou pardos libertos. Eram funileiros, carvoeiros, quitandeiros ou cozinheiros, mas, em sua maioria, não tinham profissão. Essa parece ser uma classe inferior à terceira, pois libertos não possuíam o *status* de pertencerem a um senhor.

Foi encontrado ainda um único prontuário que não pertence às classificações anteriores. Está classificado como “pobre”. Possuía nome e sobrenome, era branco, livre, brasileiro, paulista, morador da corte, tinha 26 anos, era solteiro e estudante.

Quais seriam os tratamentos ou a destinação arquitetônica que o Hospício de Pedro II disporia para essas novas classificações?

Os pacientes de primeira e segunda classes habitavam quartos individuais ou duplos, ficavam entretidos com pequenos trabalhos manuais ou jogos. Os de terceira, e muito provavelmente, os pobres e indigentes trabalhavam na manutenção, na jardinagem, na limpeza e na cozinha. Paradoxalmente, se recuperavam em maior número que os primeiros que, paralisados pelo ócio, perpetuavam-se na internação.

Emil Kraepelin

O manicômio deve diferir o mínimo possível de uma casa particular.

Discípulo de Wilhelm Griesinger (1817-1868), integrou a corrente organicista alemã. Após a descrição acurada de sintomas clínicos, sua evolução e a análise anatomo-patológica, formulou sua doutrina que, expressa no livro "Psychiatrie", serviu de referência a muitas gerações de especialistas em doenças mentais. Isolou as formas básicas da enfermidade psíquica: psicose maníaco-depressiva e demência precoce; e promoveu a separação entre demência senil e paralisia geral.

Dirigiu durante muitos anos a Clínica de Munique, onde buscou oferecer aos pacientes um ambiente semelhante ao doméstico, que influenciou a formulação da primeira legislação brasileira de assistência às doenças mentais.

1855-1926



Ilustração: Rômulo Bonelli

Juliano Moreira

Nomeado diretor do Hospital Nacional de Alienados, ocupou o cargo por mais de 20 anos, acumulando-o com o da Direção Geral de Assistência a Alienados. Poliglota, tornou-se capaz de assimilar, de forma abrangente, as influências européias no campo da psiquiatria. Suas medidas de impacto, como a incineração de camisas-de-força e a criação de espaços para diálogo com os pacientes, conferiram novos rumos à psiquiatria brasileira.

Apoiado na primeira lei brasileira que dispõe sobre a assistência a alienados e em sua experiência na Europa, projetou uma rede de serviços interligados em saúde mental, nos moldes da Clínica de Munique, dirigida por seu inspirador, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin.

Durante sua administração, criou a maior biblioteca de Psiquiatria da América do Sul, escreveu inúmeros trabalhos científicos e editou os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal (1905).

A mudança da denominação de Colônia de Alienados de Jacarepaguá para Colônia Juliano Moreira vem homenagear este psiquiatra e sua contribuição inestimável para a Psiquiatria brasileira.

1873-1963



Ilustração: Rômulo Bonelli

Juliano Moreira (1873-1933)

Poucas personalidades da história da psiquiatria brasileira tiveram uma trajetória igual a de Juliano Moreira. Do pobre menino negro, nascido em Salvador, Bahia, em 1873, filho de gente humilde, ao médico de rara cultura, inteligência e distinta sensibilidade, que foi reconhecido em todo o mundo como um dos grandes de sua época. Foi um dos médicos que introduziu a psiquiatria no Brasil.

Após formar-se médico, aos 19 anos de idade, Juliano aprende alemão, inglês e francês, idiomas que o auxiliaram a recolher influências estrangeiras, a mostrar o seu trabalho e ser reverenciado fora de seu País. Organizou a maior biblioteca de Psiquiatria da América Latina, com publicações de vários países, hoje abrigada no Instituto Municipal Nise da Silveira.

Em 1903, o Governo Rodrigues Alves, disposto a profundas mudanças, delega a Juliano Moreira a direção do Hospício Nacional de Alienados, da Praia Vermelha, cargo que ocupou durante 27 anos, acumulando posteriormente com a Direção Geral da Assistência aos Alienados no Brasil.

Juliano implementa medidas que visam a novos rumos na psiquiatria brasileira. Incinera as camisas-de-força e abre espaço para diálogo com seus pacientes. Ele afirmava que com enfermeiros preparados se podia reduzir pela metade o número de pacientes que se tornavam crônicos.

Realiza reformas separando o hospital em classes sociais, aplica diagnósticos, cria sessões e pavilhões, com destaque para o pavilhão Bourneville para crianças, separando-as dos adultos. Cria também lugares para epiléticos, tuberculosos e separa os internos por gênero, criando alas femininas e masculinas.

A reforma do hospício, entretanto, dependia da reforma da legislação. Teixeira Brandão, seu antecessor na direção do hospício e fundador da primeira escola de enfermagem do Brasil, em 1890, já como deputado, aprova a primeira legislação da assistência a alienados no Brasil.

Ulysses Pernambucano/Luiz Cerqueira

Incansável em suas lutas, Ulysses Pernambucano, empreendedor de uma Psiquiatria politicamente engajada, dirigiu o Hospital da Tamarineira-Pernambuco, em que os pacientes, não mais contidos nos leitos, ocupavam-se da praxiterapia. Além das inúmeras contribuições no campo da Psiquiatria e da Psicologia Social, destacou-se pelos trabalhos no campo das drogas entorpecentes e alucinogênicas, dos testes psicológicos e nas pesquisas de laboratório e áreas clínicas e psicopatológicas.

Discípulo de Ulysses Pernambucano, Luiz Cerqueira, um pioneiro da desospitalização psiquiátrica, criou, como Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo, o Centro de Atenção Diária (1973). Além de docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e autor de vários livros, dentre os quais "Psicologia Social", destacou-se pelo trabalho incansável de levantamentos sobre as condições da assistência à saúde mental no Brasil e, sobretudo, pela denúncia dos rumos mercantilistas da atividade psiquiátrica que qualificou de "indústria da loucura".

1892-1943
1911-1984

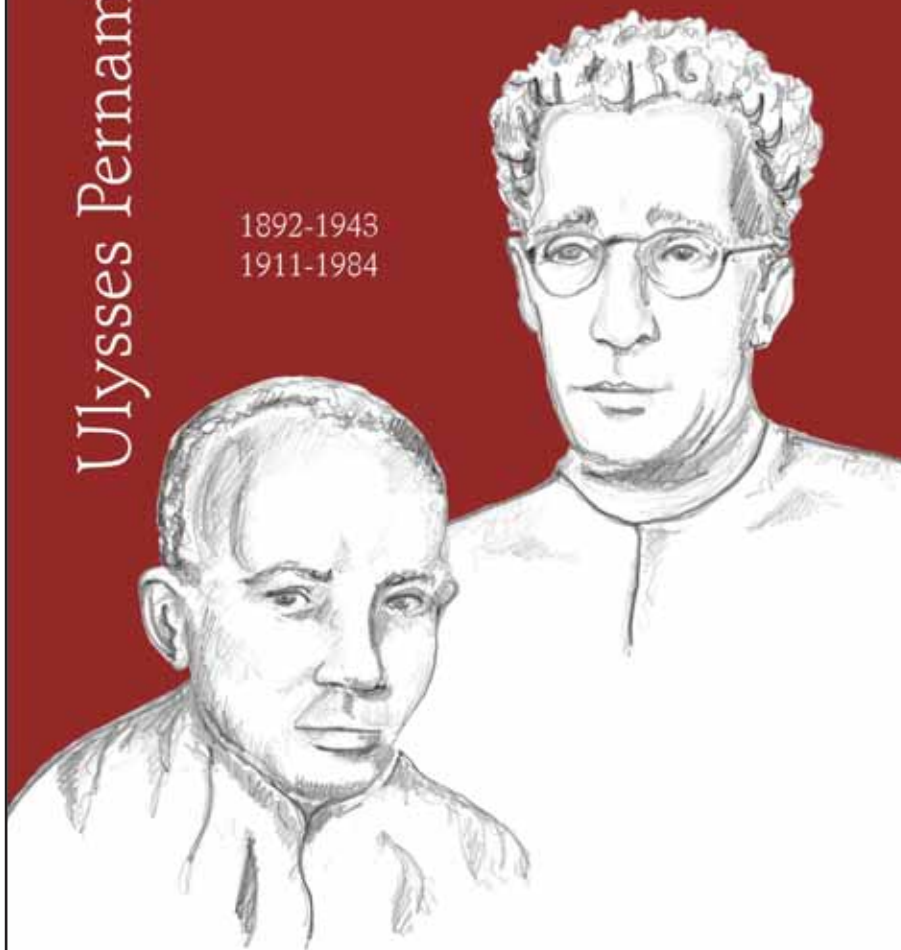


Ilustração: Rômulo Bonelli

Ulysses Pernambucano (1892-1943) e Luiz Cerqueira (1911-1984)

*U*lysses era incansável em suas lutas, empreendedor de uma psiquiatria diferenciada e engajada politicamente. Sempre crítico, dirigiu os servidores do Hospital de Tamarineira, no qual os pacientes não eram mais contidos no leito e se ocupavam em serviços – praxiterapia. Ulysses defendia trabalhos em níveis de prevenção primária, secundária e terciária.

Foi preso durante a ditadura do Estado Novo, acusado de pregar idéias subversivas aos seus alunos. Ao contrário dos seus colegas de ofício, considerava os pacientes plenamente capazes. Estimulava o lado bom e crítico de cada um.

Desta maneira, Luiz Cerqueira, psiquiatra alagoano, destaca-se como um dos precursores da psiquiatria social no Brasil.

Cerqueira trabalhou com dados estatísticos denunciando as condições precárias da assistência e os rumos mercantilistas das atividades médico-psiquiátricas, que chamou de “indústria da loucura”.

A indignação de Cerqueira, associada com a de seus inúmeros alunos do Rio de Janeiro e Ribeirão Preto, lugares onde foi professor, contribuiu para a aprovação da lei que hoje extingue progressivamente os manicômios no Brasil.

Wilson Simplício/Oswaldo Santos

Inovadores da Psiquiatria brasileira, trabalharam no Centro Psiquiátrico Pedro II, atual Instituto Municipal Nise da Silveira, durante os anos de ditadura militar.

Quando assumiram suas tarefas na instituição, a Psiquiatria confundia-se com repressão e cárcere; a rotina das enfermarias era ócio, abandono, insalubridade, eletrochoques; e injeções eram freqüentemente aplicadas.

Com base em experiência já testada na Clínica Pinel em Porto Alegre, desenvolviam o modelo das Comunidades Terapêuticas, que tinham como fundamento a descentralização do poder entre as equipes médicas e os internos. Registradas pelos próprios pacientes nos livros de ocorrência, as idéias eram valorizadas, incentivando-se a criatividade e as qualidades de cada um.

Apesar de não questionar a existência dos hospícios, a experiência constitui um importante marco de liberdade e democracia no tratamento da saúde mental no Brasil.

1924-2001
1933-2000

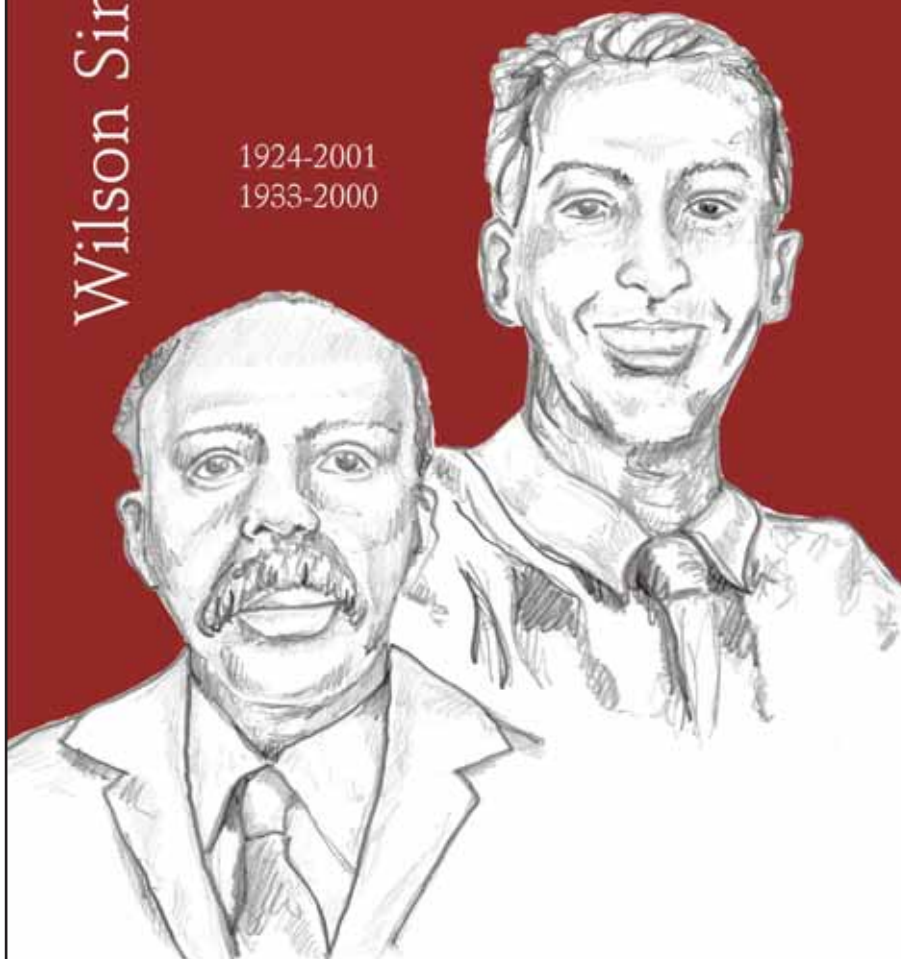


Ilustração: Rômulo Bonelli

Wilson Símplicio (1924-2001) e Oswaldo Santos (1933-2000)

*N*o período em que Oswaldo Santos e Wilson José Símplicio trabalharam no antigo Centro Psiquiátrico Pedro II, inovando a psiquiatria brasileira com o modelo das Comunidades Terapêuticas, vivíamos os anos mais duros da ditadura militar.

A psiquiatria degradada era em sua maior parte repressora e carcerária. A rotina das enfermarias era o ócio, o abandono e a insalubridade. Enfermeiros e carcereiros se confundiam. Eletrochoques e injeções eram aplicados nos mais agressivos.

Símplicio e Oswaldo, o primeiro como supervisor e o segundo como um jovem médico paulista, criaram dentro do hospício uma sociedade em miniatura. Desenvolveram um tipo de tratamento que já havia sido experimentado no Brasil por Marcelo Blaya, na Clínica Pínel de Porto Alegre. Nele o poder médico era diluído entre equipe e pacientes. Havia direitos e deveres iguais para todos. Pacientes escreviam em livros de ocorrência e suas idéias eram valorizadas. A meta era fazer sobressair o lado bom de cada um, incentivando a criação. Apesar de reformular o tratamento sem questionar a existência do hospício, essa experiência foi o marco importante de liberdade e democracia no tratamento da loucura.

Sigmund Freud

Suponhamos que um explorador chegue à região pouco conhecida, na qual as ruínas despertam seu interesse (...) ele poderá contentar-se em examinar a parte visível (...) Mas poderá atacar o campo das ruínas, praticar escavações e descobrir, a partir dos restos visíveis, a parte sepultada.

Depois de pesquisar técnicas de hipnose e de uma investigação rigorosa dos sonhos, verificou a existência de uma atividade psicológica inconsciente que extrapola a razão e a vontade dos pacientes.

Criou a psicanálise como método de tratamento das neuroses e fez com que o ato de ouvir não possa jamais se afastar da prática cotidiana em saúde mental. Suas idéias popularizaram-se em todo o mundo e se impuseram como marco no campo da saúde mental. Seu afã de penetrar os espaços recônditos do ser o levam à condição de "arqueólogo da psique".

1856-1939

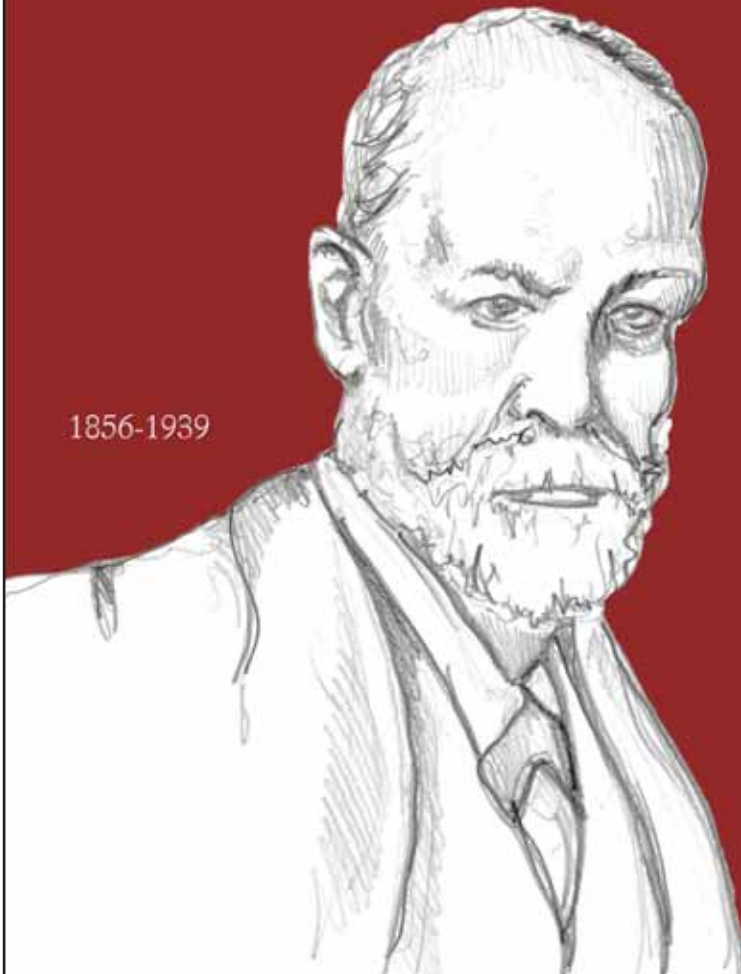


Ilustração: Rômulo Bonelli

Síntese da Psicanálise de Freud

Freud elaborou a prática e a teoria psicanalítica. A finalidade básica da psicanálise é trazer de volta o conteúdo rejeitado pelo indivíduo para a vida consciente, preencher a lacuna criada pela sua rejeição e assim curar a ferida que divide a personalidade contra si mesma. Isto é, tornar consciente o que estava inconsciente.

Freud traz a luz à existência do processo inconsciente do indivíduo. Um fato esquecido, porém incômodo, quer seja uma lembrança ou um desejo, tornou-se inconsciente não apenas por haver sido esquecido ou porque saiu da consciência, mas porque foi forçado a isso.

O indivíduo reprime ou rejeita a lembrança ou os desejos proibidos por serem traumáticos, daí o esquecimento. Porém esse conteúdo recalçado não está de forma alguma extinto, age no inconsciente, exercendo a sua influência de forma encoberta, distorcendo a conduta de forma fora do comum.

O *eu* consciente ou ego não pode eliminá-lo ou mesmo torná-lo inativo, o ego pode apenas conservá-lo no inconsciente.

A revelação do inconsciente é o eixo central da teoria psicanalítica. Freud desenvolve a teoria dos sonhos, porque ele descobre que o sonho é essencialmente uma satisfação disfarçada dos desejos proibidos que foram reprimidos. As interpretações dos sonhos revelam o caminho tortuoso do inconsciente e também o caráter alógico de suas funções. É uma das técnicas que orientam o psicanalista no processo analítico para tornar consciente os conflitos do indivíduo que se apresentam como sintonia (exemplos: neurose de angústia, medo ou fobia, neurose de pensamentos obsessivos, hipocondria, paranóia, esquizofrenia, melancolia, etc.).

Outro ponto fundamental da teoria psicanalítica é a ênfase sobre a sexualidade infantil. Freud conceitua sobre os impulsos sexuais e descreve a fase oral (prazer oral independentemente das necessidades de alimentar-se – sucção); a fase anal (prazer nas necessidades fisiológicas) e o complexo de castração (descoberta da diferença entre menina e menino, em consequência disso, a ameaça), dentre outros.

Síntese da Teoria de Carl Jung



ra discípulo de Freud, porém afastou-se de seu mestre, para fundar uma nova escola de psicologia analítica.

Em seus diversos trabalhos, Jung desenvolveu suas concepções, tendo como foco principal o inconsciente coletivo, que podemos sintetizar dizendo que o fundamento da imaginação está no inconsciente coletivo que é comum a todos os povos através dos séculos, que se manifesta nas religiões, nos mitos e nas doutrinas esotéricas.

Para verificar essa concepção fundamental, Jung realizou uma vasta pesquisa viajando por vários países, estudou as religiões primitivas e orientais, a alquimia, e meditou sobre as obras artísticas com James Joyce e Pablo Picasso.

Essa imensa pesquisa confirmou a crença quanto à existência de um fundo comum universal, produtos dos chamados “arquétipos”, imagens e símbolos independentes do tempo e do espaço.

Jung observou o caso de um esquizofrênico paranóide que dizia: se movesse a cabeça de um lado para o outro olhando o sol, o pênis do sol também se movia, e esse movimento era a origem do vento. Então Jung encontrou mais tarde na descrição de visões de adeptos de mitra, publicadas pela primeira vez em 1910, a mesma imagem, a mesma idéia daquele paciente. Pesquisas posteriores continuaram a trazer confirmação para as observações iniciais em estudos sobre a esquizofrenia.

Jung, em 1957, escreve:

“Os sintomas específicos da esquizofrenia, na aparência, são caóticos e sem sentido. Entretanto, examinados em profundidade, caracterizam-se, como certos sonhos, por associações primitivas ou arcaicas estreitamente afins com temas mitológicos”(JUNG, 1957).

Foi da experiência clínica que Jung deduziu os conceitos de inconsciente coletivo e de arquétipo, importantíssimos para a compreensão da própria natureza da psique.

Nise da Silveira

Revolucionária para a época e inconformada com os tratamentos que considerava desumanos e agressivos, encontrou nas atividades artísticas o seu principal método terapêutico. Adepta das idéias do mestre suíço Carl Jung no aprofundamento dos processos que se desdobram no interior dos indivíduos, tem nos trabalhos dos seus pacientes uma nova abertura para melhor compreensão da psicose e dos conteúdos que daí emergem, revelados por meio das imagens e dos símbolos.

Entre os anos de 1946 e 1974, a psiquiatra alagoana dedicou-se ao Centro Psiquiátrico Nacional, posteriormente denominado Centro Psiquiátrico Pedro II, onde fundou e dirigiu a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR).

Em 14 de julho de 1975, aos 69 anos, foi aposentada compulsoriamente. No dia seguinte, reapresentou-se ao Centro Psiquiátrico dizendo: "sou a nova estagiária".

Os produtos de seus pacientes, recolhidos dos ateliês de pintura e modelagem durante anos, integram, a partir de 1952, o acervo do Museu de Imagens do Inconsciente, que, segundo Ronald Laing (1976), "representa uma contribuição de grande importância para o estudo do processo psicótico".

1905-1999



Ilustração: Rômulo Bonelli

Síntese do Trabalho de Nise da Silveira

Estudou profundamente a teoria de Jung e, na prática clínica como psiquiatra, pôde constatar as concepções do seu mestre.

Nise inicia o esboço da reforma psiquiátrica, pois na sua prática clínica criou uma técnica para tratar os pacientes esquizofrênicos diferente do contexto de sua época, que utilizava o eletrochoque, depois os medicamentos, reforçando a alienação. Foi uma revolução na abordagem clínica dos pacientes psiquiátricos, principalmente os esquizofrênicos, que geralmente eram isolados e considerados como incompreensíveis em seus delírios e alucinações. Ela cria, no Centro Psiquiátrico Pedro II, uma oficina de Terapêutica Ocupacional para aliviar a dor do conflito psicológico desse indivíduo hermético.

Então, por meio de um produto plástico livre (a expressão artística) de esquizofrênicos que freqüentavam os ateliês de pintura e de modelagem da seção de terapêutica ocupacional, no CPP II, atual Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS), apareceram imagens que não surgiriam sem essa abordagem, pois esses pacientes não conseguiam conectar-se diretamente com a problemática individual de seus autores, mas estranhamente transbordavam para temas mitológicos.

Cronologia

Datas e fatos

- 1808** A transferência da Corte portuguesa para a cidade do Rio de Janeiro e a consequente abertura dos portos brasileiros às nações amigas enseja a vinda para o Brasil de inúmeros artistas, cientistas e intelectuais.
- 1817** Com a missão médica, chega ao Brasil Carl von Martins, que escreve o primeiro trabalho sobre a doença mental entre os índios brasileiros, um caso de Licantropia.
- 1829** Fundada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro pelos médicos higienistas José Francisco Sigaud, Joaquim Cândido Soares Meireles, Luiz Vicente De Simoni, José Martins da Cruz Jobim e João Maurício Faivre.
- 1830** A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realiza diagnóstico sobre a situação dos loucos na cidade, que, a partir de então, passam a ser considerados doentes mentais, merecedores de espaço próprio para reclusão e tratamento.
- 1831** Publicada a ata de fundação da Sociedade Brasileira de Medicina no primeiro número do "Semanaário de Saúde Pública".
- 1831** José Martins da Cruz Jobim, um dos pioneiros da psiquiatria no Brasil, publica "Inalnia Loquax", o primeiro escrito sobre doenças mentais no Brasil.
- 1835** José Martins da Cruz Jobim denuncia, em discurso na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, a insalubridade das portas da Santa Casa da Misericórdia e as péssimas condições em que vivem os loucos na cidade.
- 1841** Pedro II sanciona o decreto de criação do hospício que, construído por meio de subscrições públicas, seria uma homenagem à sagração do futuro Imperador.
- 1852** Inaugurado em 11 de dezembro com a presença do Imperador, o Hospício de Pedro II, conhecido popularmente como "Palácio dos Loucos".
- 1852** Surge a primeira lei brasileira que regulamenta a assistência aos doentes mentais, baseada nas experiências conduzidas por Emil Kraepelin.
- 1856** Relatórios do Hospício de Pedro II acusam sua superlotação devido à entrada indiscriminada de pacientes de todos os estados, caríveis e incuráveis, afetados mentalmente ou messi indigentes.
- 1881** O Decreto nº 8.024, de 12 de março, cria a cadeira de Doenças Nervosas e Mentais nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro.
- 1882** A lei nº 141, de 20 de outubro, dispõe sobre a execução do ensino de Psiquiatria no Brasil.
- 1883** Aprovado no primeiro concurso público para a especialidade, Tristeira Brandão assume a Cátedra de Psiquiatria da Universidade do Brasil, estabelecendo-se o ensino regular dessa matéria no país.
- 1886** João Carlos Tristeira Brandão assume a direção do Hospício de Pedro II.
- 1890** Tristeira Brandão muda o nome do Hospício de Pedro II para Hospício Nacional de Alienados, desanexando-o da Santa Casa da Misericórdia.
- 1890** Criada a primeira Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Brasil para suprir a lacuna deixada pelas ordens de caridade ligadas à Santa Casa da Misericórdia.
- 1890** Criadas, na Ilha do Governador, as colônias de São Bento e Conde de Mesquita, destinadas a pacientes do sexo masculino, tranquilos e incuráveis.
- 1898** Inaugurado, em São Paulo, o Hospital do Juqueri, sob a direção de Francisco Franco da Rocha.
- 1902** Juliano Moreira é nomeado diretor do Hospício Nacional de Alienados.
- 1903** Criada a Lei de Assistência aos Alienados, primeira legislação brasileira específica sobre alienados e alienação mental.
- 1905** Juliano Moreira edita os "Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal".
- 1907** Criada, no Rio de Janeiro, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal.
- 1911** Criada a Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, destinada a mulheres.
- 1912** A Psiquiatria torna-se uma especialidade médica autônoma.
- 1919** Inaugurado, por Heitor Carrilho, o Manicômio Judiciário, que se encarrega dos doentes mentais que cometerem delitos.
- 1921** Criada, por Gustavo Barzil, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM).
- 1924** Inaugurada, em 29 de março, a Colônia de Alienados de Jacarepaguá, que, em 1930, passa a se chamar Colônia Juliano Moreira.
- 1925** O psiquiatra alagoano Odeiro Gêsc, pioneiro na utilização das artes plásticas como método terapêutico, assume a direção do Hospital de Juqueri.

Datas e fatos

- 1926** A Lei n° 218 reorganiza a assistência a psicopatas do Distrito Federal e introduz os serviços abertos de assistência.
- 1927** Afrânio Peixoto, por meio dos decretos n°s 148-A e n° 17.008, transforma a Assistência de Alienados do Distrito Federal em Assistência a Psicopatas. Dispõe sobre profilaxia e higiene, equipara psicopatas aos demais doentes e faz com que os alienistas passem a se chamar psiquiatras.
- 1927** Criado o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal, encarregado de coordenar os estabelecimentos psiquiátricos do Rio de Janeiro.
- 1931** O psiquiatra alagoano Ulysses Pernambucano conduz a reforma da assistência a psicopatas de Pernambuco.
- 1934** O Decreto n° 24.559, de 3 de julho, reforma a Lei de Assistência aos Doentes Mentais no Distrito Federal.
- 1937** O Serviço de Assistência aos Doentes Mentais é ampliado, transformando-se na Divisão de Assistência aos Doentes Mentais que estende a ação federal para os vários estados da Federação.
- 1941** Decreto-Lei de 2 de abril cria o Serviço Nacional das Doenças Mentais, com seus órgãos centrais: Centro Psiquiátrico Nacional, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário.
- 1946** A psiquiatra alagoana Nise da Silveira inaugura a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR) no Centro Psiquiátrico Nacional.
- 1952** Inaugurado por Nise da Silveira o Museu de Imagens do Inconsciente.
- 1955** Usado, pela primeira vez no Brasil, a clorpromazina, medicamento que inaugura a categoria dos neurolépticos.
- 1956** Nise da Silveira funda, com um grupo de amigos, a Casa das Palmeiras, que funciona em regime de externato.
- 1956** Projeto de Lei de 10 de julho cria o Departamento Nacional de Saúde Mental.
- 1965** Criado o Hospital Philippe Pinel, em substituição ao Hospital de Neurofilia.
- 1968** Osvaldo Santos e Wilson Simplicio transformam a seção Olavo Rocha, do Centro Psiquiátrico Pedro II, em Comunidade Terapêutica, modelo que seria experimentado por Eustáquio Correia, no Instituto Philippe Pinel.
- 1978** Criado o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), um grupo de profissionais de saúde que começa a pensar em alternativas para a visão hospitalocêntrica.
- 1985** Fundado o Museu Osório César no Complexo Hospitalar do Juquery.
- 1987** Criado, em São Paulo, o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) Luiz Cerqueira.
- 1987** Realizada, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), na qual é lançado o lema "Fora Uma Sociedade Sem Manicômios".
- 1989** Decretada pela prefeitura da cidade de Santos, com o apoio de vários setores da sociedade, a intervenção no Hospital Psiquiátrico Padre Anchieta, a "Casa dos Horrores".
- 1991** Portaria n° 189 do Ministério da Saúde viabiliza a remuneração dos atendimentos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- 1992** Portaria n° 224 do Ministério da Saúde regulamenta e normaliza os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- 1992** Realizada, em Brasília, a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que dá voz aos usuários dos serviços de Saúde Mental.
- 1994** Realizado, em Santos, o III Encontro de Entidades de Usuários e Familiares (EEUF), um marco da consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que conta com a efetiva participação de entidades da sociedade civil.
- 2001** Sancionada a Lei n° 10.216 de 6 de abril, originalmente apresentada pelo Deputado Paulo Delgado, que trata dos direitos dos usuários dos serviços de Saúde Mental e retira o manicômio do centro do tratamento.
- 2001** Realizada, em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema "Cuidar sim, excluir não. Efetivando a Reforma Psiquiátrica com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social".
- 2003** A Lei n° 10.705, de 31 de julho, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.
- 2004** Instituído pela Portaria GM n° 52/04, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS visando a uma nova pactuação na redução gradual de leitos, com uma recomposição da diária hospitalar em psiquiatria.
- 2006** Inaugurado, dia 18 de dezembro, em Fortaleza-CE o milésimo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil. Marco na consolidação da rede de atenção de serviço psicossocial do país.

Formas de Tratamento e Instrumentos Utilizados



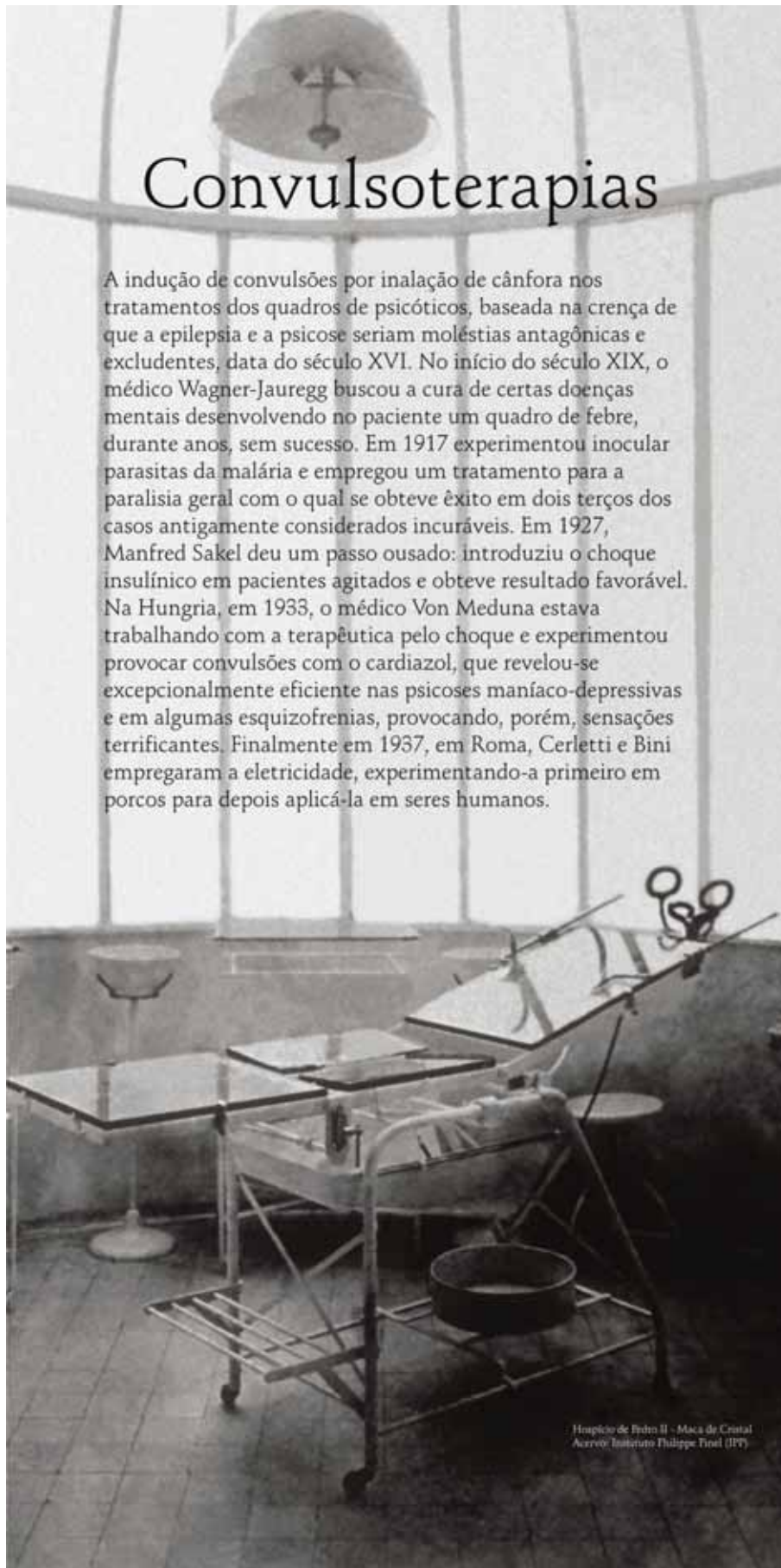
Camisa-de-Força

*D*urante mais de 50 anos, um dos recursos do tratamento psiquiátrico era utilizar uma camisa de lona resistente, com as mangas muito compridas e fechadas que eram amarradas firmemente com cordões. Os braços e a parte superior do corpo ficavam amarrados às costas, impedindo movimentos violentos e deixando o paciente imobilizado e inofensivo. Este recurso amplamente usado nos hospitais brasileiros, não raro, era substituído por celas fortes, verdadeiras solitárias, onde o paciente permanecia até a remissão do seu surto. Esta prática perdeu sua importância com o advento dos neurolépticos e com as práticas de reabilitação psicossocial.



Convulsoterapias

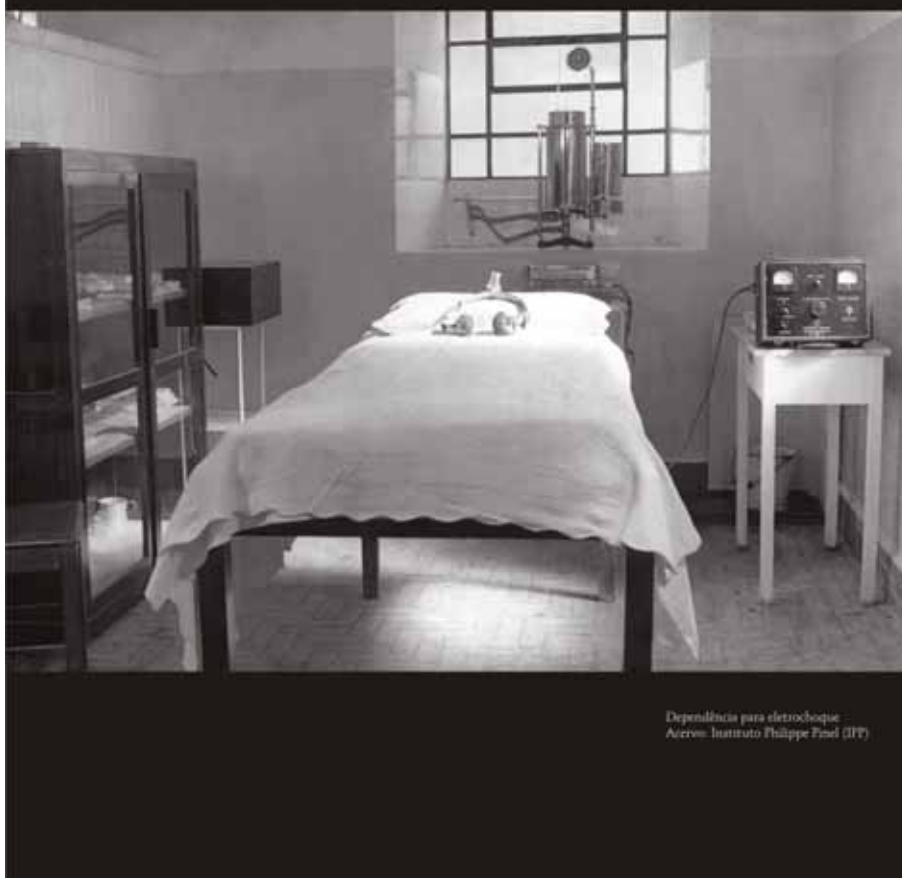
A indução de convulsões por inalação de cânfora nos tratamentos dos quadros de psicóticos, baseada na crença de que a epilepsia e a psicose seriam moléstias antagônicas e excludentes, data do século XVI. No início do século XIX, o médico Wagner-Jauregg buscou a cura de certas doenças mentais desenvolvendo no paciente um quadro de febre, durante anos, sem sucesso. Em 1917 experimentou inocular parasitas da malária e empregou um tratamento para a paralisia geral com o qual se obteve êxito em dois terços dos casos antigamente considerados incuráveis. Em 1927, Manfred Sakel deu um passo ousado: introduziu o choque insulínico em pacientes agitados e obteve resultado favorável. Na Hungria, em 1933, o médico Von Meduna estava trabalhando com a terapêutica pelo choque e experimentou provocar convulsões com o cardiazol, que revelou-se excepcionalmente eficiente nas psicoses maníaco-depressivas e em algumas esquizofrenias, provocando, porém, sensações terríficas. Finalmente em 1937, em Roma, Cerletti e Bini empregaram a eletricidade, experimentando-a primeiro em porcos para depois aplicá-la em seres humanos.



Hospício de Fribin II - Maca de Cristal
Arquivo Instituto Philippe Fribin (IPF)

Eletroconvulsoterapias

Em 1937, os pesquisadores italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini conseguiram substituir as injeções endovenosas de cardiazol pela passagem, através do cérebro, de uma corrente elétrica que provocava uma convulsão generalizada. Por ser de fácil aplicação, o método foi imediatamente adotado pelas instituições psiquiátricas, fazendo com que o período subsequente fosse chamado, na história da Psiquiatria, de Era dos Eletrochoques. A utilização indiscriminada do tratamento fez com que esse recurso, a despeito de suas possibilidades terapêuticas, ficasse associado ao castigo físico e ao controle disciplinar. A terapia eletroconvulsiva desapareceu, na Europa, com o fim da Segunda Guerra, enquanto, no Brasil, foi abolida, na rede pública de Saúde Mental, somente na década de 80. Apesar disso, continua a ser utilizada como recurso extremo no tratamento da catatonia e da depressão.



Dependência para eletrochoque.
Acervo: Instituto Philippe Freud (IPF)

Lobotomia

Técnica cirúrgica que, ao destruir a substância branca dos lobos temporais do cérebro, provoca uma alteração da personalidade. Essa prática, recomendável em casos definidos como extremos no que concerne à agressividade e à dor, provoca uma deterioração cerebral irreversível. Os avanços da psicofarmacologia determinaram o declínio de tais intervenções. No Brasil, o emprego da lobotomia foi abolido em 1955.



Esculturas de Lício Noeman, antes e depois da lobotomia
Arquivo: Instituto Municipal Nise da Silveira (IMRS)

Psicofarmacologia

A partir da década de 50, disseminou-se o uso de novos medicamentos para o tratamento das doenças mentais. Em 1952, os pesquisadores franceses Jean Delay e Pierre G. Deniker obtiveram sucesso no tratamento de doenças mentais com uma nova substância – a clorpromazina –, anteriormente ensaiada por Henri-Marie Laborit, para produzir a hibernação. O medicamento mostrou-se capaz de reduzir a agitação psicomotora e diminuir a atividade alucinatória e delirante. Essa ação psicofarmacológica foi então chamada neurolepsia, e os novos medicamentos, neurolépticos. Com o emprego da clorpromazina, inaugura-se uma nova fase da psiquiatria.



Foto de Augusto Malta
Arquivo: Museu da Imagem e do Som (MIS)

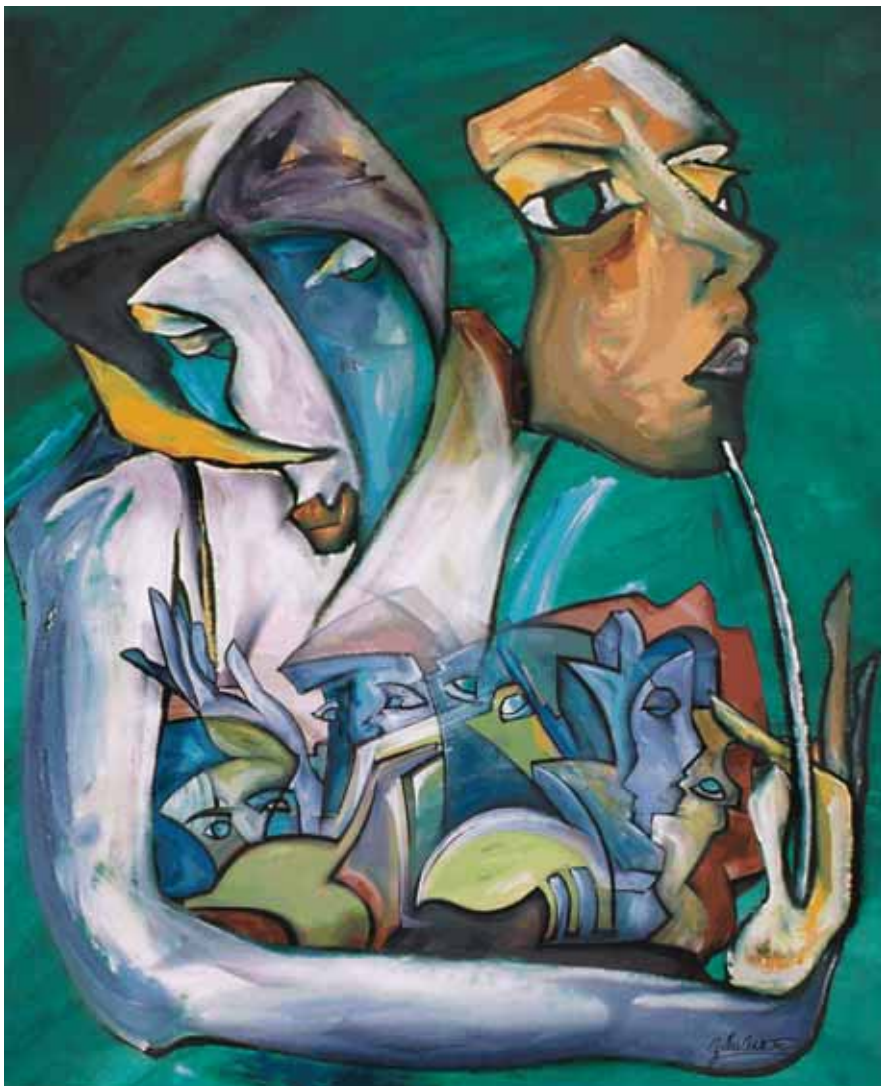


Ilustração: Gilles Collete

Reforma Psiquiátrica

Paulo Amarante,

pesquisador titular do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, graduou-se em Medicina (1976) pela Escola de Medicina Santa Casa de Vitória (ES).

Possui Mestrado (1979) em Medicina Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e Doutorado em Saúde Pública (1994) pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Anteriormente, a noção de Reforma Psiquiátrica estava restrita a transformações técnico-assistenciais do campo institucional psiquiátrico. Assim, era comum tomá-la como sinônimo de modernização ou humanização do hospital psiquiátrico ou, quando muito, com a introdução de novas técnicas de intervenção terapêutica ou preventiva na comunidade.

A partir das experiências e reflexões de Franco Basaglia em Gorizia e Trieste, ambas no norte da Itália, o que se entendia por Reforma Psiquiátrica sofreu uma radical transformação. Em primeiro lugar, porque não se pretendia mais a reforma do hospital psiquiátrico. Percebido como um espaço de reclusão e não de cuidado e terapêutica, o hospital deveria ser negado e superado. Em outras palavras, enquanto espaço de mortificação, lugar zero das trocas sociais, o hospital psiquiátrico passava a ser denunciado como manicômio, por pautar-se na tutela, na custódia, na gestão de seus internos, no que Erwing Goffman denominou de instituição total. A psiquiatria, que havia construído objetos como alienação, degeneração ou ainda doença mental, que advogavam uma incapacidade de juízo, de razão, de participação social do louco, construiu como projeto “terapêutico” nada mais que um espaço de exclusão: o manicômio. Dessa forma, o ideal de uma Reforma Psiquiátrica, após Basaglia, seria uma sociedade sem manicômios, isto é, uma sociedade em que fosse possível construir um lugar social para os loucos, os portadores de sofrimento mental, os diferentes, os divergentes. Uma sociedade de inclusão e solidariedade.

Atualmente, entendemos por Reforma Psiquiátrica um processo complexo no qual quatro dimensões simultâneas se articulam e se retroalimentam. Por um lado, pela dimensão epistemológica que opera uma revisão e reconstrução no campo teórico da ciência, da psiquiatria e da saúde mental. Por outro, na construção e invenção de novas estratégias e dispositivos de assistência e cuidado, tais como os centros de convivência, os núcleos e centros de atenção psicossocial, as cooperativas de trabalho, dentre outras. Na dimensão jurídico-política, temos a revisão de conceitos fundamentais na legislação civil, penal e sanitária (irresponsabilidade civil, periculosidade, etc.), e a transformação,

na prática social e política, de conceitos como cidadania, direitos civis, sociais e humanos. Finalmente, na dimensão cultural, um conjunto muito amplo de iniciativas vão estimulando as pessoas a repensarem seus princípios, preconceitos e suas opiniões formadas (com a ajuda da psiquiatria) sobre a loucura. É a transformação do imaginário social sobre a loucura, não como lugar de morte, de ausência e de falta, mas como também de desejo e de vida.

Franco Basaglia

... a psiquiatria desde seu nascimento é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres...

Um dos psiquiatras mais discutidos no mundo, em função dos trabalhos que desenvolvia na Itália, em 1961 deixou a Universidade de Pádua para dirigir o Hospital Psiquiátrico de Gorizia.

Tendo como base a experiência da Comunidade Terapêutica desenvolvida por Maxwell Jones na Escócia, introduziu uma série de transformações naquela instituição e no Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, para onde se transferiu em 1971. Acabou com as medidas institucionais de repressão, criou condições para reuniões entre médicos e pacientes e devolveu ao doente mental a dignidade de cidadão. Seu livro "A Instituição Negada" é considerado uma obra-prima da Psiquiatria contemporânea.

Visitou o Brasil na década de 70, tornando-se uma figura emblemática na questão da luta antimanicomial brasileira.

1924-1980



Ilustração: Rômulo Bonelli

Cuidar, Sim - Excluir, Não

Cuidar, sim

"O Estado é responsável para garantir e garantir os subsídios para produção e reprodução de espaço de movimento cotidiano de produção?" *Ricardo Benaglia*

Como de reprodução e reprodução de Povo Brasileiro no tempo da saúde, é conceito de Saúde Brasileira, sendo uma saúde comunitária. Ao longo da história de saúde pública, como nos tempos de medicina e não de saúde e terapêutica, porém se é um projeto político. Em outras palavras, enquanto espaço de movimento, lugar onde não há espaço físico, a saúde é produzida para, e por, determinado grupo social, que se possa ter saúde, na condição e no grau de esse grupo.

Argumento de hoje que saúde como é produzida com planejamento não como estratégia, argumenta-se na saúde pública e saúde como estratégia de saúde, de produção social de saúde, de saúde como projeto terapêutico e saúde como um espaço de trabalho e movimento.

Uma saúde, o nível de uma Saúde Brasileira, não é saúde, não é saúde pública, não é saúde, não é uma estratégia (para de atingir os limites, os limites de reprodução social, os limites, os limites, uma estratégia de saúde e saúde e saúde).

Paulo Assunção



Excluir, não Cuidar, sim

No Brasil, o processo de implementação de tecnologia assistiva é limitado em escala dos anos 80, portanto antes da Lei nº 8.213 de 9 de abril de 2001, com a criação da Fundação Brasileira Nacional (FABRA) e Centro de Apoio Tecnológico (CATAP). Essas entidades de caráter não-governamental, com uma população local, oferecem condições favoráveis para o acesso à tecnologia assistiva e a tecnologia assistiva.

Tradicionalmente como tecnologia de, os IAPs e CATAP possuem um caráter que produz de 4 a 6 anos que inclui acompanhamento individual e em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento de emergência e atendimento comunitário.

Apesar de serem de assistência em saúde mental, em casos graves de saúde, intervenções que não de tecnologia de saúde mental de base comunitária e intervenção de saúde mental e que há uma intervenção de saúde mental e tecnologia assistiva.

A Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) que recomenda que países produtores de tecnologia assistiva não se estabeleçam com direitos básicos dos usuários, e que seja possível obter acesso de tecnologia assistiva no período de tempo de produção de tecnologia assistiva e que sejam todos os usuários beneficiários.

A Lei nº 8.213 de 9 de abril de 2001, que estabelece o modelo nacional em saúde mental, assegura os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, sendo qualquer forma de discriminação, tratamento e segregação devida do Estado. Para isso é necessária uma prioridade de implementação, monitoramento e avaliação programática em saúde mental no Brasil.

A tecnologia de base de comunitária é o resultado de uma luta entre os movimentos profissionais de base de saúde e de sociedade civil organizada.

Cuidar, sim

“O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção.”

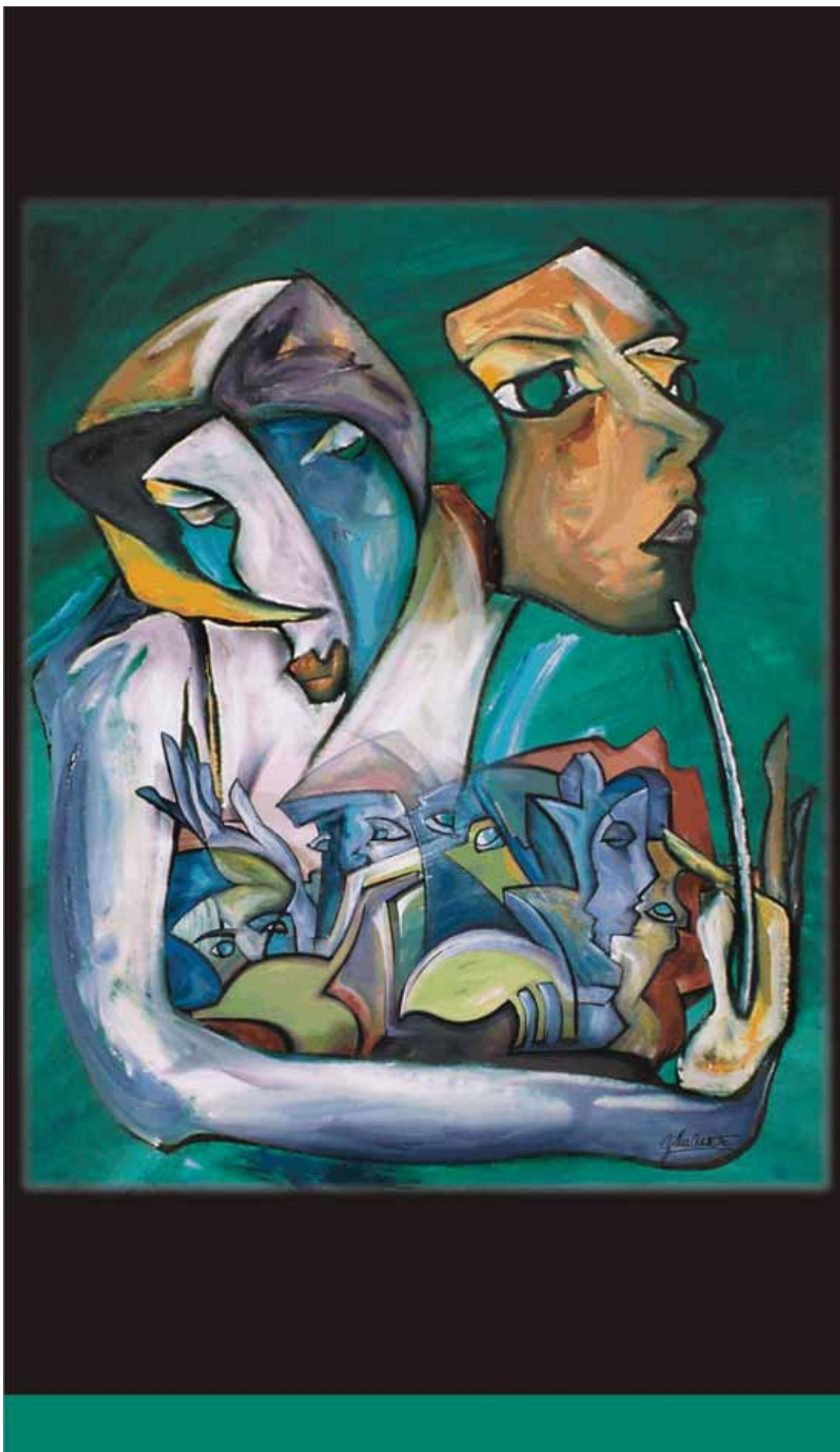
Franco Basaglia

Com as experiências e reflexões de Franco Basaglia no norte da Itália, o conceito de Reforma Psiquiátrica sofre uma radical transformação. Ao invés da reforma do hospital psiquiátrico como um espaço de reclusão e não de cuidado e terapêutica, postula-se a sua própria negação. Em outras palavras, enquanto espaço de mortificação, lugar zero das trocas sociais, o hospital psiquiátrico passa a ser denunciado como manicômio, que se pauta na tutela, na custódia e na gestão de seus internos.

Argumenta-se hoje que assim como a psiquiatria cria paradigmas tais como alienação, degeneração ou ainda doença mental e advoga uma incapacidade de juízo, de razão, de participação social do louco, ela constrói como projeto terapêutico nada mais que um espaço de exclusão: o manicômio.

Dessa forma, o ideal de uma Reforma Psiquiátrica, após Basaglia, seria uma sociedade sem manicômios, isto é, uma sociedade capaz de abrigar os loucos, os portadores de sofrimento mental, os diferentes, os divergentes...uma sociedade de inclusão e solidariedade!

Paulo Amarante



Excluir, não

No Brasil, o processo de substituição da internação psiquiátrica é iniciado em meados dos anos 80, portanto antes da vigência da Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, com a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essas unidades de saúde, contando com uma população local, oferecem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar.

Funcionando como hospitais-dia, os NAPS e CAPS prestam um serviço por períodos de 4 e de 8 horas, que inclui atendimentos individuais e em grupo; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento às famílias e atividades comunitárias.

As reformas da assistência em saúde mental, em várias partes do mundo, demonstram que redes de atenção em saúde mental de base comunitária representam uma abordagem eficaz para o tratamento e que há menos necessidade dos hospitais psiquiátricos tradicionais.

A Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas declarou que o tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais deve ser considerado um direito básico das mesmas, e que estas pessoas tem ainda de ser protegidas contra os perigos decorrentes dos processos de exclusão social a que muitas vezes se encontram submetidas.

Cuidar, sim

A Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assegura os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, sem qualquer forma de discriminação; reconhece a responsabilidade do Estado para com a assistência aos portadores de transtornos mentais e extingue progressivamente os manicômios no Brasil.

A aprovação dessa lei antimanicomial é o resultado de uma luta árdua de inúmeros profissionais da área da saúde e da sociedade civil organizada.

Reforma Psiquiátrica

Reforma Psiquiátrica

A partir da promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o Brasil entrou para o grupo de países com uma legislação moderna e coerente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e seu Escritório Regional para as Américas, a OPAS.

A Lei indica uma direção para a assistência psiquiátrica e estabelece uma gama de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob supervisão do Ministério Público, órgão do Estado guardião dos direitos indisponíveis de todos os cidadãos brasileiros.

A Reforma Psiquiátrica é entendida como processo social complexo, que envolve a mudança na assistência de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, a incorporação cultural desses valores e a convalidação jurídico-legal desta nova ordem.

A reestruturação da assistência, principal pilar da Reforma, contava desde 1990 com a Declaração de Caracas, documento norteador das políticas de Saúde Mental. Os três níveis gestores do Sistema Único de Saúde buscaram soluções efetivas para esta área, sustentados por vigoroso movimento social e com diretrizes pactuadas em duas conferências nacionais, de 1987 e 1992.

A partir da promulgação da Lei e da realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001, o processo se acelera, mostrando vitalidade incontestável e resultados cada vez mais estimulantes. De acordo com dados da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde o quantitativo de leitos em hospitais psiquiátricos diminuiu de 85.037, em 1991 para 67.462, em 1996; enquanto a quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) aumentou de quatro para 154 no mesmo período. Em 2006, o Ministério da Saúde registrou a implantação do milésimo CAPS, em Fortaleza/CE.

O Relatório de Gestão da Coordenação-Geral de Saúde Mental de janeiro de 2007 aponta que o movimento de desospitalização dos portadores de transtornos mentais continua em curso. Entre 2002 e 2006 houve uma queda no quantitativo de leitos psiquiátricos de

51.393 para 39.567 e uma redução do percentual de internações psiquiátricas de 75,18% para 48,67%. Por outro lado, a quantidade de CAPS subiu de 424 para 1.000 e o índice dos atendimentos extra-hospitalares aumentou de 24,82% para 51,33%.

A mudança do modelo assistencial e a conseqüente inversão das prioridades de financiamento foram acompanhadas por um aumento global dos recursos financeiros destinados à saúde mental, que passaram de R\$ 619 milhões em 2002, para R\$ 891 milhões em 2006.

O processo de mudança na assistência só terá sustentação se os portadores de transtornos mentais, cuidados adequadamente, não forem excluídos da comunidade em que vivem ou não se tornarem um fardo para seus familiares. Desde 2004 existem políticas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho voltadas para inserção social por meio de programas de geração de renda, que já computou 300 experiências nesse sentido.

Dentre os desafios da Reforma há consenso sobre a necessidade da sociedade conviver de forma mais harmônica com os diferentes e o reconhecimento das potencialidades dessas pessoas, que não estão à margem do projeto de Nação, que têm capacidade de trabalhar e de produzir. Nos últimos anos, tem ocorrido a valorização, por mérito, de diversas expressões culturais e artísticas de portadores de transtornos mentais. Em todo o país, é possível encontrar artistas usuários de serviços de Saúde Mental produzindo, pintando, gravando, escrevendo, expondo e se expondo, orgulhosos de seus dons e valores. Comercializam telas, livros e CDs, o que é, provavelmente, uma segura manifestação de cidadania e pertencimento a esse mundo do mercado que compra e vende arte.

Infelizmente a sociedade ainda está longe do consenso sobre essas práticas e valores, mas não há como negar que essa é uma tendência que vem se tornando hegemônica.

Domíngos Sávio N. Alves
Instituto Franco Basaglia (IFB)

O Programa De Volta Para Casa

O Programa De Volta para Casa

O Programa De Volta para Casa, criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas economicamente inseridas, vítimas de drogas ilícitas, resgatando cidadania atribuída pela Lei 43.707, regulamentada pelo Decreto-lei 122.962 de 11 de julho de 2000. Essa estratégia vem ao encontro de recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o caso de saúde mental. O programa oferece suporte psicossocial e técnico de serviços comunitários ao indivíduo em situação psiquiátrica especializada para um modelo de serviços de saúde mental, promovendo um ambiente terapêutico e de trabalho digno.


Ana possui o pagamento mensal de um auxílio substituição pecuniária em valor fixado para os projetos beneficiários e o programa também possui um diário em vigor (1º de Jul. de 2020, de 4 de abril de 2001, que dispõe sobre a prestação de serviços de saúde mental às pessoas de Saúde Mental, determinando que os projetos e programas beneficiários, no caso de ser de natureza terapêutica, devem dispor de instalações, equipamentos, serviços de apoio técnico e administrativo, suporte técnico de "suporte especializado de alta qualidade e tecnologia apropriada para o caso".

O Programa De Volta para Casa, em conjunto com o Programa de Resgate de Letras (Programa de Letramento) e com as Residências Terapêuticas, constitui-se em um conjunto integrado de atividades de promoção e de recuperação da cidadania atribuída a indivíduos em situação de vulnerabilidade social e de saúde mental, visando a reintegração social e de cidadania.

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social, reintegração e recuperação de cidadania, promovendo as atividades educacionais e de qualificação profissional dos usuários, visando ao aumento e formação global e capacitar o usuário em áreas de saúde mental, profissional e de cidadania.

O Programa De Volta para Casa visa de maneira mais ampla a promoção da cidadania, por meio da inclusão social, profissional e de cidadania. O programa oferece suporte psicossocial e técnico de serviços comunitários ao indivíduo em situação psiquiátrica especializada para um modelo de serviços de saúde mental, promovendo um ambiente terapêutico e de trabalho digno.

Dessa forma, os beneficiários do Programa de Volta para Casa desenvolvem e sua cidadania, entre outras que tornarem um novo cidadão.



Residências Terapêuticas

As Residências Terapêuticas, também conhecidas como Residências Terapêuticas, oferecem um ambiente terapêutico e promovem uma reintegração social que promove um ambiente terapêutico e de trabalho digno.

As Residências Terapêuticas foram regulamentadas pelo Decreto nº 3.904, de 11 de setembro de 2009 e são parte integrante de Políticas de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Essas Residências oferecem um ambiente terapêutico e de trabalho digno, promovendo a reintegração social e de cidadania dos usuários de serviços de saúde mental.

Tais casos são tratados com especial atenção, promovendo um ambiente terapêutico e de trabalho digno, promovendo a reintegração social e de cidadania dos usuários de serviços de saúde mental.

Essa política também possui um novo modelo de Residências Terapêuticas.

(Continuação do Manual de Saúde Mental 101)

O Programa

O Programa De Volta para Casa, criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos pela Lei n.º 10.708, sancionada pelo Presidente Lula em 31 de julho de 2003. Esta estratégia vem ao encontro de recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a área de saúde mental. O programa objetiva reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na internação em hospitais psiquiátricos especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária.

Ao prever o pagamento mensal de um auxílio-reabilitação psicossocial em contas bancárias para os próprios beneficiários, o programa também atende ao disposto no artigo 5.º da Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos usuários dos serviços de Saúde Mental, determinando que os pacientes a longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de "política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida".

O Programa De Volta para Casa, em conjunto com o Programa de Redução de Leitos Hospitalares de Longa Permanência e com os Serviços Residenciais Terapêuticos, constitui-se em um dos tripés do processo de desinstitucionalização e da Política Nacional de Saúde Mental.

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

De Volta para Casa

O Programa De Volta para Casa vem se consolidando como ferramenta imprescindível para a concretização da desinstitucionalização e a reafirmação dos ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira, além de representar um importante avanço no campo dos direitos humanos.

Novas oportunidades e novos sonhos são possibilitados pelo auxílio-reabilitação psicossocial. A garantia de renda mensal permite que o portador de transtorno mental circule pelos espaços urbanos, constituindo novas relações e aprendizados com os seus vizinhos, com os comerciantes locais, com sua conseqüente inclusão em atividades culturais e no trabalho.

Dessa forma, os beneficiários do Programa de Volta para Casa (re)conquistam a sua cidadania, como atores que transpõem os muros dos hospitais psiquiátricos, e recontam suas histórias em novos cenários.

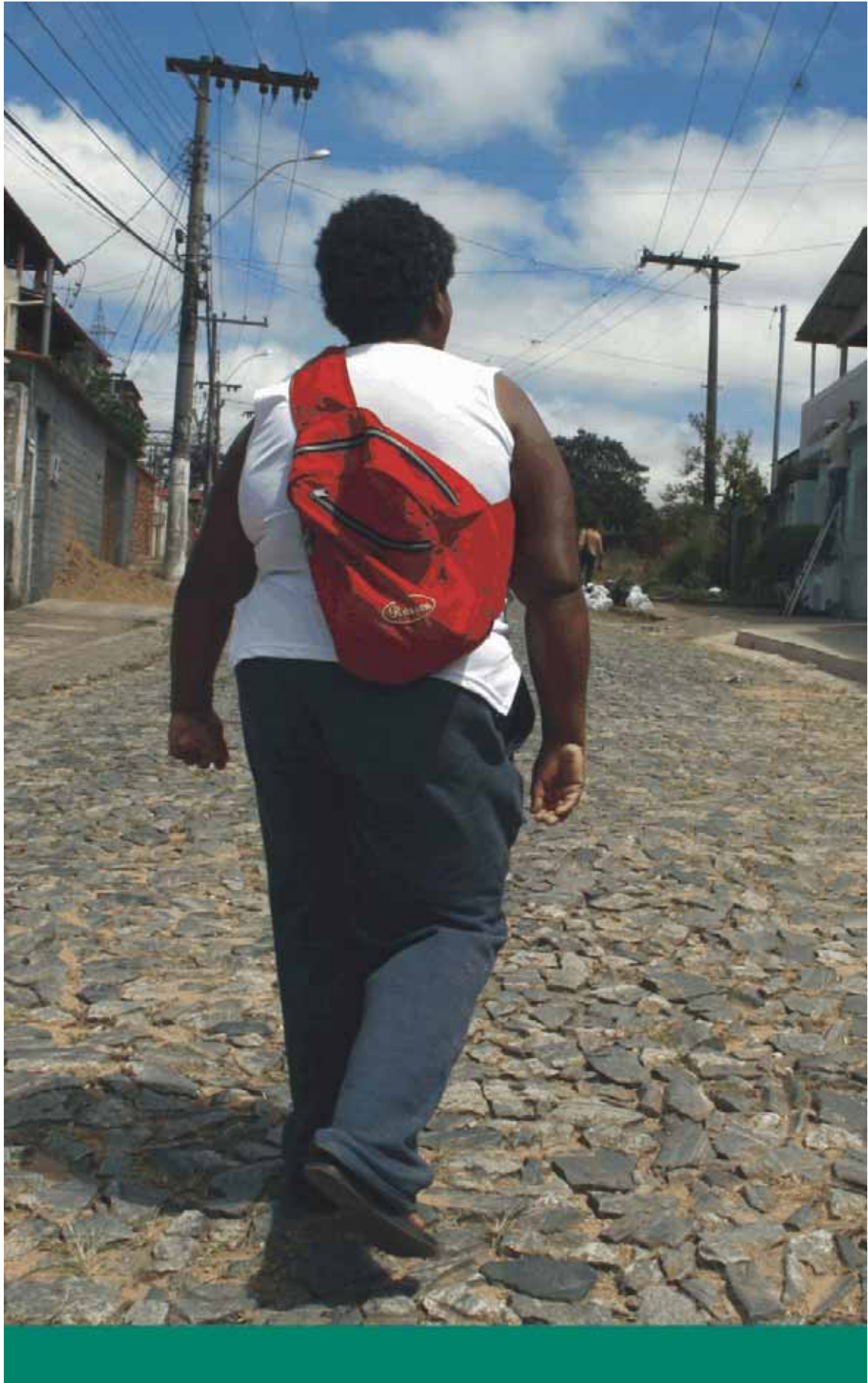


Foto: Radilson Carlos Gomes

Residências Terapêuticas

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, também conhecidos como Residências Terapêuticas, são casas, locais de moradia, destinados a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem.

As Residências Terapêuticas foram instituídas pela Portaria/GM n.º 106, de 11 de fevereiro de 2000 e são parte integrante da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esses dispositivos, inseridos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), são centrais no processo de desinstitucionalização e reinserção social dos egressos dos hospitais psiquiátricos.

Tais casas são mantidas com recursos financeiros anteriormente destinados aos leitos psiquiátricos. Assim, para cada morador de hospital psiquiátrico transferido para a residência terapêutica, um igual número de leitos psiquiátricos deve ser descredenciado do SUS e os recursos financeiros que os mantinham devem ser realocados para os fundos financeiros do estado ou do município para fins de manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Em todo o território nacional existem mais de 470 residências terapêuticas.

Coordenação Nacional de Saúde Mental/MS

Roteiro de Monitoria da Mostra

*P*ara a realização da visita guiada sugerimos seguir o roteiro proposto:

1 - Mandala

2 - Influências Estrangeiras e Nacionais

3 - Painéis da História do Primeiro Hospital Psiquiátrico Brasileiro – Auge e Decadência do HPII / Construção das Colônias Agrícolas – São Bento e Conde de Mesquita

4 - Formas de Tratamento

5 - Panóptico

6 - Documentos Históricos (vitrines)

7 - Datas e Fatos

8 - Módulo Fotográfico

9 - Reforma Psiquiátrica

1 - Mandala



“Em regra, a mandala ocorre em situações de dissociação ou desorientação psíquica. Em tais casos, é fácil verificar como o molde rigoroso imposto pela imagem circular, através da construção de um ponto central com o qual todas as coisas vêm relacionar-se, (...) compensa a desordem e confusão do estado psíquico”.

Carl Gustav Jung
O homem e seus símbolos

2 - Influências Estrangeiras e Nacionais

Philippe Pinel

1745-1826

"(...) há sempre um resto de razão no mais alienado dos alienados."

Philippe Pinel

(...) há sempre um resto de razão no mais alienado dos alienados.

Sintonizado com os ideais revolucionários franceses de liberdade, igualdade e fraternidade, preconizou o tratamento moral para os alienados e desacorrentou os loucos em Paris. Sua prática médica exercida durante os anos em que chefiou os hospitais em Bicêtre e La Salpêtrière na França, aliada a sua profunda reflexão sobre a alienação mental, concorreram para inaugurar a Escola dos Alienistas Franceses.

Em 1801 publicou o "Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou a mania", no qual descreveu uma nova especialidade médica que viria a se chamar Psiquiatria (1847).

1745-1826



Esquirol
1722-1840

*“No hospício o
que cura é o
próprio hospício.
Por sua estrutura e
funcionamento, ele
deve ser um operador
de transformações
dos indivíduos.”*

Esquirol

No hospício o que cura é o próprio hospício. Por sua estrutura e funcionamento, ele deve ser um operador de transformações dos indivíduos.

Precursor da Psiquiatria, integrou, juntamente com Auguste Morel (1809-1873) e Édouard Séguin (1812-1880) a escola francesa iniciada por Pinel. Ao penetrar a mente humana, com o intuito de compreender os transtornos do humor e da melancolia como importantes agentes que conduzem à perda do juízo, elevou pela primeira vez os alienados à condição de homens.

Reformador de asilos e hospícios franceses, fundou o primeiro curso para o tratamento das enfermidades mentais e lutou pela aprovação da primeira Lei de Alienados na França. Seu trabalho influenciou sobremaneira a criação do Hospício de Pedro II, primeira instituição brasileira de assistência aos doentes mentais.

1772-1840



Emil Kraepelin

1855-1926

"O manicômio deve diferir o mínimo possível de uma casa particular."

Emil Kraepelin

O manicômio deve diferir o mínimo possível de uma casa particular.

Discípulo de Wilhelm Griesinger (1817-1868), integrou a corrente organicista alemã. Após a descrição acurada de sintomas clínicos, sua evolução e a análise anatomo-patológica, formulou sua doutrina que, expressa no livro "Psychiatrie", serviu de referência a muitas gerações de especialistas em doenças mentais. Isolou as formas básicas da enfermidade psíquica: psicose maníaco-depressiva e demência precoce; e promoveu a separação entre demência senil e paralisia geral.

Dirigiu durante muitos anos a Clínica de Munique, onde buscou oferecer aos pacientes um ambiente semelhante ao doméstico, que influenciou a formulação da primeira legislação brasileira de assistência às doenças mentais.



1855-1926

Sigmund Freud

1856-1939

“Suponhamos que um explorador chegue à região pouco conhecida, na qual as ruínas despertam seu interesse (...) ele poderá contentar-se em examinar a parte visível (...) Mas poderá atacar o campo das ruínas, praticar escavações e descobrir, a partir dos restos visíveis, a parte sepultada.”

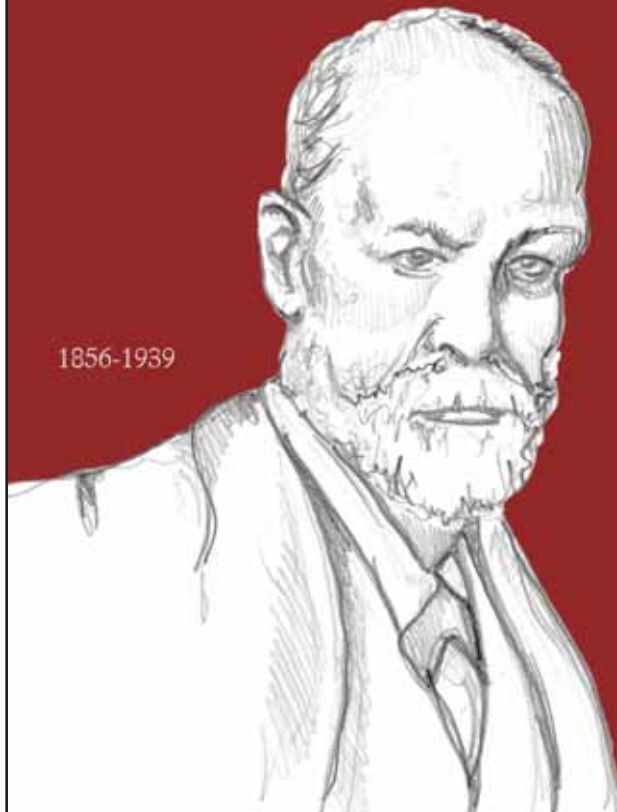
Sigmund Freud

Suponhamos que um explorador chegue à região pouco conhecida, na qual as ruínas despertam seu interesse (...) ele poderá contentar-se em examinar a parte visível (...) Mas poderá atacar o campo das ruínas, praticar escavações e descobrir, a partir dos restos visíveis, a parte sepultada.

Depois de pesquisar técnicas de hipnose e de uma investigação rigorosa dos sonhos, verificou a existência de uma atividade psicológica inconsciente que extrapola a razão e a vontade dos pacientes.

Criou a psicanálise como método de tratamento das neuroses e fez com que o ato de ouvir não possa jamais se afastar da prática cotidiana em saúde mental. Suas idéias popularizaram-se em todo o mundo e se impuseram como marco no campo da saúde mental. Seu afã de penetrar os espaços recônditos do ser o levam à condição de “arqueólogo da psique”.

1856-1939



Franco Basaglia

1924-1980

*"... a psiquiatria,
desde seu nascimento,
é em si uma técnica
altamente repressiva
que o Estado sempre
usou para oprimir
os doentes pobres..."*

Franco Basaglia

... a psiquiatria desde seu nascimento é em si uma técnica altamente repressiva que o Estado sempre usou para oprimir os doentes pobres...

Um dos psiquiatras mais discutidos no mundo, em função dos trabalhos que desenvolvia na Itália, em 1961 deixou a Universidade de Pádua para dirigir o Hospital Psiquiátrico de Gorizia.

Tendo como base a experiência da Comunidade Terapêutica desenvolvida por Maxwell Jones na Escócia, introduziu uma série de transformações naquela instituição e no Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, para onde se transferiu em 1971. Acabou com as medidas institucionais de repressão, criou condições para reuniões entre médicos e pacientes e devolveu ao doente mental a dignidade de cidadão. Seu livro "A Instituição Negada" é considerado uma obra-prima da Psiquiatria contemporânea.

Visitou o Brasil na década de 70, tornando-se uma figura emblemática na questão da luta antimanicomial brasileira.



1924-1980

Teixeira Brandão

1854-1921

Teixeira Brandão

Em 1883 assumiu a Cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo, por essa razão considerado o primeiro alienista brasileiro. Como diretor do Hospício de Pedro II (1886), desanexou essa instituição da Santa Casa de Misericórdia e, em 1890, fundou a primeira Escola de Enfermeiros e Enfermeiras do Brasil.

Tornou-se deputado federal em 1903 e relatou a Lei de Assistência aos Alienados, primeiro documento legal específico sobre alienação mental, baseado na legislação francesa e inspirado nos preceitos defendidos por Esquirol, de quem Teixeira Brandão foi fiel seguidor.

Na qualidade de diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados, iniciou a construção das colônias de alienados, que surgem como alternativas ao modelo adotado na época.

1854-1921



Juliano Moreira

1873-1933

Juliano Moreira

Nomeado diretor do Hospital Nacional de Alienados, ocupou o cargo por mais de 20 anos, acumulando-o com o da Direção Geral de Assistência a Alienados. Poliglota, tornou-se capaz de assimilar, de forma abrangente, as influências européias no campo da psiquiatria. Suas medidas de impacto, como a incineração de camisas-de-força e a criação de espaços para diálogo com os pacientes, conferiram novos rumos à psiquiatria brasileira.

Apoiado na primeira lei brasileira que dispõe sobre a assistência a alienados e em sua experiência na Europa, projetou uma rede de serviços interligados em saúde mental, nos moldes da Clínica de Munique, dirigida por seu inspirador, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin.

Durante sua administração, criou a maior biblioteca de Psiquiatria da América do Sul, escreveu inúmeros trabalhos científicos e editou os Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal (1905).

A mudança da denominação de Colônia de Alienados de Jacarepaguá para Colônia Juliano Moreira vem homenagear este psiquiatra e sua contribuição inestimável para a Psiquiatria brasileira.



1873-1933

*Ulysses
Pernambucano*

1892-1943

Luiz Cerqueira

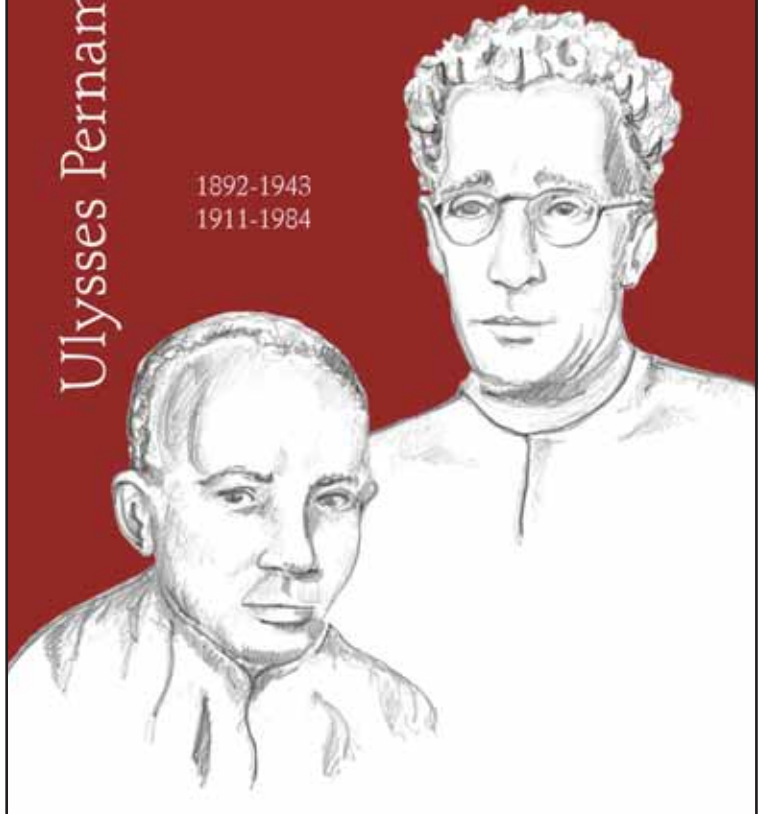
1911-1984

Ulysses Pernambucano/Luiz Cerqueira

Incansável em suas lutas, Ulysses Pernambucano, empreendedor de uma Psiquiatria politicamente engajada, dirigiu o Hospital da Tamarineira-Pernambuco, em que os pacientes, não mais contidos nos leitos, ocupavam-se da praxiterapia. Além das inúmeras contribuições no campo da Psiquiatria e da Psicologia Social, destacou-se pelos trabalhos no campo das drogas entorpecentes e alucinogênicas, dos testes psicológicos e nas pesquisas de laboratório e áreas clínicas e psicopatológicas.

Discípulo de Ulysses Pernambucano, Luiz Cerqueira, um pioneiro da desospitalização psiquiátrica, criou, como Coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo, o Centro de Atenção Diária (1973). Além de docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e autor de vários livros, dentre os quais "Psicologia Social", destacou-se pelo trabalho incansável de levantamentos sobre as condições da assistência à saúde mental no Brasil e, sobretudo, pela denúncia dos rumos mercantilistas da atividade psiquiátrica que qualificou de "indústria da loucura".

1892-1943
1911-1984



Wilson Simplício

1924-2001

Oswaldo Santos

1933-2000

Wilson Simplício/Oswaldo Santos

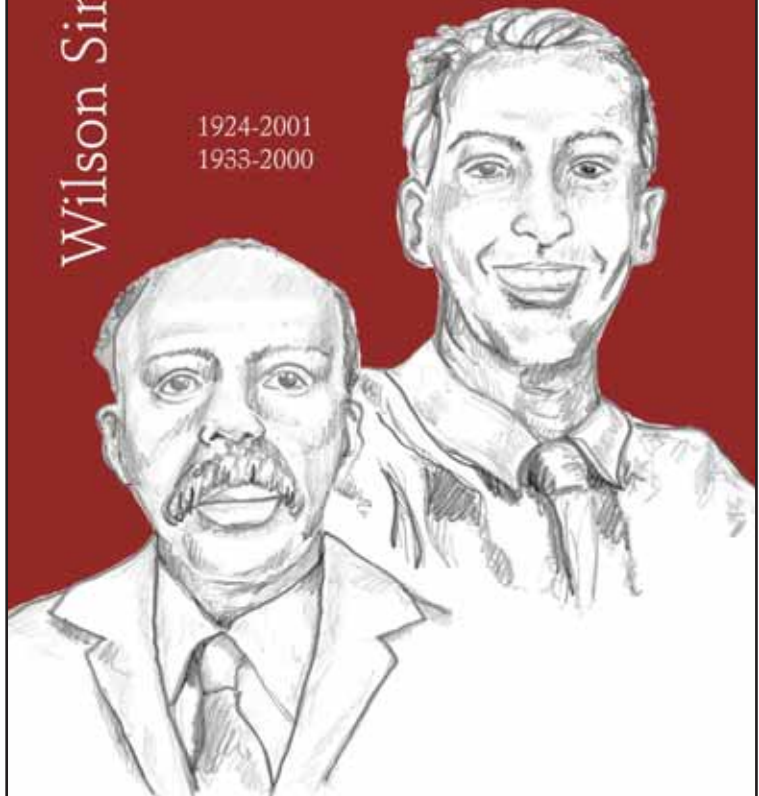
Inovadores da Psiquiatria brasileira, trabalharam no Centro Psiquiátrico Pedro II, atual Instituto Municipal Nise da Silveira, durante os anos de ditadura militar.

Quando assumiram suas tarefas na instituição, a Psiquiatria confundia-se com repressão e cárcere; a rotina das enfermarias era ócio, abandono, insalubridade, eletrochoques; e injeções eram freqüentemente aplicadas.

Com base em experiência já testada na Clínica Pinel em Porto Alegre, desenvolviam o modelo das Comunidades Terapêuticas, que tinham como fundamento a descentralização do poder entre as equipes médicas e os internos. Registradas pelos próprios pacientes nos livros de ocorrência, as idéias eram valorizadas, incentivando-se a criatividade e as qualidades de cada um.

Apesar de não questionar a existência dos hospícios, a experiência constitui um importante marco de liberdade e democracia no tratamento da saúde mental no Brasil.

1924-2001
1933-2000



Nise da Silveira

1905-1999

Nise da Silveira

Revolucionária para a época e inconformada com os tratamentos que considerava desumanos e agressivos, encontrou nas atividades artísticas o seu principal método terapêutico. Adepta das idéias do mestre suíço Carl Jung no aprofundamento dos processos que se desdobram no interior dos indivíduos, tem nos trabalhos dos seus pacientes uma nova abertura para melhor compreensão da psicose e dos conteúdos que daí emergem, revelados por meio das imagens e dos símbolos.

Entre os anos de 1946 e 1974, a psiquiatra alagoana dedicou-se ao Centro Psiquiátrico Nacional, posteriormente denominado Centro Psiquiátrico Pedro II, onde fundou e dirigiu a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR).

Em 14 de julho de 1975, aos 69 anos, foi aposentada compulsoriamente. No dia seguinte, reapresentou-se ao Centro Psiquiátrico dizendo: "sou a nova estagiária".

Os produtos de seus pacientes, recolhidos dos ateliês de pintura e modelagem durante anos, integram, a partir de 1952, o acervo do Museu de Imagens do Inconsciente, que, segundo Ronald Laing (1976), "representa uma contribuição de grande importância para o estudo do processo psicótico".

1905-1999



3 - Painéis da História do Primeiro Hospital Psiquiátrico Brasileiro – Auge e Decadência do HPII/ Construção das Colônias Agrícolas – São Bento e Conde de Mesquita



Aos loucos, o Hospício!

“Aos loucos, o hospício!”

No Brasil, em 1830, não havia ainda tratamento para os doentes mentais: os ricos eram mantidos isolados em suas casas, longe dos olhares curiosos, enquanto os pobres perambulavam pelas ruas ou viviam trancafiados nos porões da Santa Casa da Misericórdia.

Nessa época, inspirados pelos ideais revolucionários franceses, Finel e Esquirol propuseram novas formas de assistência à doença mental, que tinham, na existência da instituição manicomial, o próprio método de tratamento. Essas idéias contagiaram a recém-criada Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que se mobilizou em torno do lema: “Aos loucos, o hospício!”, pleito esse formulado, em 1839, pelo contundente relatório de José Clemente Pereira: “...Parece que entre nós a perda das faculdades mentais se acha qualificada como crime atroz pois é punida com a pena de prisão, que, pela natureza do cárcere onde se executa, se converte na de morte.”

Sensibilizado por essas denúncias e impressionado com os gritos dos loucos vindos dos porões da Santa Casa, D. Pedro II assinou, em 1841, o decreto de criação do hospício que, por 40 anos, leva seu nome.



Hospício de Pedro II. Exibido:
Arquivo Histórico do Museu Casa de Pedro II

Palácio dos Loucos



Palácio do Rei II - Hotel de Couron
Arquiteto: Philippe Frenet (1977)

“Palácio dos Loucos”

Em 18 de julho de 1841, foi assinado o decreto de fundação do primeiro hospício brasileiro, denominado Hospício de Pedro II, em homenagem ao príncipe regente que nesse mesmo dia foi sagrado e coroado como Imperador do Brasil.

Em 1852, na Fraia Vermelha, em uma chácara afastada do centro da cidade, foram inaugurados o hospício e a magnífica estátua em mármore de Carrara do Imperador. Um aparato cerimonial marcou a solenidade, que se transformou em importante acontecimento no cenário político e social da época.

O edifício, construído com o dinheiro de subscrições públicas, planejado aos moldes de hospitais franceses, em estilo neoclássico, provido de espaços suntuosos e decoração de luxo, fica popularmente conhecido como o “Palácio dos Loucos”.

A amplitude dos espaços, a disciplina, o rigor moral, os passeios supervisionados, a separação por classes sociais e diagnósticos, e a constante vigilância do alienado, materializada arquitetonicamente como um panóptico (torre em forma de anel com um vigia), representam o nascedouro da psiquiatria no Brasil.

Aos pobres, o trabalho

Prontuários encontrados nos arquivos do antigo Hospício de Pedro II evidenciam a subdivisão de classes sociais que pauta, à época, os serviços de assistência aos doentes mentais do manicômio.

Pertenciam à primeira classe os indivíduos brancos, membros da Corte, fazendeiros e funcionários públicos; à segunda, os lavradores e serviçais domésticos; e à terceira, pessoas de baixa renda e escravos pertencentes a senhores importantes.

Existia ainda uma outra classe, mais numerosa que as anteriores, destinada aos marinheiros de navios mercantes, aos indigentes, principalmente os ex-escravos, e aos escravos de senhores que comprovadamente não tivessem recursos para a despesa do tratamento. Enquanto os pacientes de primeira e segunda classes viviam em quartos individuais ou duplos e se entretiam com pequenos trabalhos manuais, jogos e leitura, os de terceira e quarta trabalhavam na cozinha, manutenção, jardinagem e limpeza.

Paradoxalmente, os últimos recuperavam-se com mais facilidade que os primeiros, que, paralisados pelo ócio, perpetuavam-se na internação.



© Arquivo do Instituto de História
André, Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (IHGB)

Superlotação e Caos



Hospício Nacional de Alienados - Pacientes
Arquivo Instituto de Documentação Histórica e Arquivo Nacional (IDHAN)

Superlotação e caos

Em 1890, por meio do Decreto nº 142-A, o Hospício de Pedro II foi desanexado da Santa Casa da Misericórdia e passou a ser denominado Hospício Nacional de Alienados, recebendo cada vez mais pacientes, oriundos de todo o território nacional: loucos alguns, excluídos todos.

A superlotação se intensificou e, segundo alguns registros entre janeiro de 1890 e novembro de 1894, teriam sido internados no Hospício Nacional 3.201 pacientes. Nesse período, uma diversidade de críticas questionava o cotidiano e o modelo assistencial do hospício, o que originou uma série de publicações em revistas médicas por meio de crônicas, caricaturas, histórias em quadrinhos, sonetos e poesias satíricas.

A superlotação fez com que o atendimento se degradasse e as imponentes instalações ficassem precárias e descuidadas, iniciando uma história de decadência.

Os cinco anos que antecedem a passagem para o século XX são marcados pelo caos administrativo, o que resulta em grandes críticas de intelectuais da época.

Aos Incuráveis, a Colônia



Aos incuráveis, as colônias

Desenvolvidas em 1930, as colônias de alienados instaladas na Ilha do Governador - São Bento, localizada no Ilhéu do Galvão, e Conde de Maripá localizadas no antigo Convento de São Bento, ambas municipais - representavam uma tentativa de resolver os problemas da superlotação e da morte de pacientes crônicos e insucesso em outros manicômios estabelecidos. Os "incuráveis tranquilos", destinados para além do centro urbano, eram encaminhados de trabalho agrícola e artesanato que compensava a incapacidade das famílias de custear o tratamento.

Júlio Mesquita, em 1988, afirmou em sua monografia a importância do sucesso de investimentos na assistência e alienados, e concluiu que as colônias agrícolas representaram um excelente meio de recuperação. A reforma que propôs, trouxe vantagens para os doentes e possibilitava economia para o Estado.



4 - Formas de Tratamento



Camisa-de-Força



Convulsoterapia



Eletroconvulsoterapia



Lobotomia



Psicofarmacologia



5 - Panóptico



Corpo, palavra, poder, pilares da concepção da estrutura arquitetural em voga no século XIX, chamada "panóptico", espécie de torre construída no pátio de locais que abrigavam os excluídos da sociedade, possibilitando a permanente vigília e a severa disciplina.

Essa construção sinistra inspirou a criação de uma "máquina" de madeira com quatro metros de altura, na qual monitores de TV exibem inúmeros corpos partidos, que se fundem uns com os outros, formando um grande mosaico da saúde mental.

As imagens exibidas de cabeças, troncos e membros pertencem aos "loucos de todo o gênero", aos psiquiatras, psicólogos e profissionais dos serviços de assistência da cidade do Rio de Janeiro. Foram vários meses conversando com as pessoas e conhecendo suas realidades.

Como resultado, uma infinidade de imagens fragmentadas, depoimentos recheados de paixão, sofrimento, alegrias. Corpos Santos, Corpos Torturados é uma instalação sobre histórias de vidas.

Nelson Ricardo Martins

6 - Documentos Históricos (vitrines)



8 - Módulo Fotográfico



Fotos: Instituto Municipal
Nise da Silveira

Reforma Psiquiátrica

A partir da promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redefinição o modelo assistencial em saúde mental, o Brasil entrou para o grupo de países com uma legislação moderna e coerente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e seu Escritório Regional para as Américas, a OPAS.

A Lei indica uma direção para a assistência psiquiátrica e estabelece uma gama de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, regulamentando as internações involuntárias, colocando-as sob supervisão do Ministério Público, órgão do Estado guardião dos direitos inalienáveis de todos os cidadãos brasileiros.

A Reforma Psiquiátrica é entendida como processo social complexo, que envolve a mudança na estrutura de acordo com os novos pressupostos teóricos e éticos, a incorporação cultural desses valores e a consagração jurídico-legal desta nova ordem.

A reestruturação da assistência, principal pilar da Reforma, contou desde 1990 com a Declaração de Caracas, documento norteador das políticas de Saúde Mental. Os três níveis gestores do Sistema Único de Saúde buscaram soluções efetivas para esta área, sustentados por vigoroso movimento social e com diretrizes pactuadas em duas conferências nacionais, de 1987 e 1992.

A partir da promulgação da Lei e da realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001, o processo se acelera, mostrando vitalidade incontestável e resultados cada vez mais estimulantes. De acordo com dados da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde o quantitativo de leitos em hospitais psiquiátricos diminuiu de 83.037, em 1991 para 67.462, em 1996, enquanto a quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) aumentou de quatro para 154 no mesmo período. Em 2006, o Ministério da Saúde registrou a implantação de milésimos CAPS, em Fortaleza/CE.

O Relatório de Gestão da Coordenação-Geral de Saúde Mental de janeiro de 2007 aponta que o movimento de desospitalização dos portadores de transtornos mentais continua em curso. Entre 2002 e 2006 houve uma queda no quantitativo de leitos psiquiátricos de

51.393 para 39.567 e uma redução do percentual de internações psiquiátricas de 75,18% para 48,67%. Por outro lado, a quantidade de CAPS saltou de 434 para 1.000 e o índice dos atendimentos extra-hospitalares aumentou de 24,82% para 51,35%.

A mudança do modelo assistencial e a consequente inversão das prioridades de financiamento foram acompanhadas por um aumento global dos recursos financeiros destinados à saúde mental, que passaram de R\$ 619 milhões em 2002, para R\$ 891 milhões em 2006.

O processo de mudança na assistência só terá sustentação se os portadores de transtornos mentais, cujos direitos não se tornarem um fardo para suas famílias. Desde 2004 existem políticas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Economia Solidária, do Ministério do Trabalho voltadas para inserção social por meio de programas de geração de renda, que já computou 300 experiências nesse sentido.

Dentre os desafios da Reforma há consenso sobre a necessidade da sociedade conviver de forma mais harmônica com os diferentes e o reconhecimento das potencialidades dessas pessoas, que não estão à margem do projeto de Nação, que têm capacidade de trabalhar e de produzir. Nos últimos anos, tem ocorrido a valorização, por mérito, de diversas experiências culturais e artísticas de portadores de transtornos mentais. Em todo o país, é possível encontrar artistas usuários de serviços de Saúde Mental produzindo, pintando, gravando, escrevendo, expondo e se expondo, orgulhosos de seus dons e valores. Comercializam telas, livros e CDs, o que é, provavelmente, uma segunda manifestação de cidadania e pertencimento a esse mundo do mercado que compra e vende arte.

Infelizmente a sociedade ainda está longe do consenso sobre essas práticas e valores, mas não há como negar que essa é uma transformação que vem se tornando hegemônica.

Domingos Sávio N. Alves
Instituto Franco Basaglia (IFB)

O Programa De Volta para Casa

O Programa De Volta para Casa, criado pelo Ministério da Saúde, é um programa de reintegração social de pessoas comunitárias de transtornos mentais, através de longas internações, segundo critérios definidos pela Lei n.º 10.216, sancionada pelo Presidente Lula em 06 de abril de 2001. Esta legislação, sob o comando de implementação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), para a área de saúde mental, foi projetada visando melhorar profundamente os níveis de atenção centrada no indivíduo em situações psiquiátricas, possibilitando por sua natureza um trabalho psicossocial fundamentado por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em estratégias institucionais e de atenção direta.

As ações e programas de atenção de um modelo reabilitação, presentes em outras iniciativas para os grupos beneficiários, e programas terapêuticos estruturados no artigo 17º da Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, discriminando que se garantem, a longo prazo, hospitalizações, no país ou fora, em condições adequadas de preservação institucional, sempre sob o regime de "política específica de alta complexidade e reabilitação psicossocial".

O Programa De Volta para Casa, está previsto em o Programa de Saúde de Longa Internação de Longa Internação e em o Serviço Residencial Terapêutico, segundo os critérios estabelecidos no processo de desospitalização e de Política Nacional de Saúde Mental.

O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de reintegração social, possibilitando a superação de barreiras físicas e estruturais de acesso e manutenção e de cuidados, facilitando de maneira social, segura e adequada o retorno para o trabalho e a inserção plena de seus direitos como cidadão e de cidadãos.

O Programa De Volta para Casa vem se consolidando como ferramenta organizacional para a implementação de desospitalização e a implementação das áreas de Referência Psiquiátrica e Social, além de representar um importante avanço no campo dos direitos humanos.

Visam reabilitação e acesso aos serviços de saúde por meio de trabalho reabilitador psicossocial. A garantia de renda mensal permite que o período de internação ocorra em um país seguro, saudável, com acesso aos serviços e atendimento em um ambiente seguro, com os cuidados necessários, com um acompanhamento incluído em atividades culturais e no trabalho.

Dessa forma, os beneficiários do Programa de Volta para Casa desospitalizam e sua cidadania, assim como que transportem os valores dos programas psiquiátricos e sociais para suas famílias e grupos sociais.



Residências Terapêuticas

Os Serviços Residenciais Terapêuticos, também conhecidos como Residência Terapêutica, são casas, casas de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem.

As Residências Terapêuticas foram instituídas pela Portaria GM n.º 108, de 11 de fevereiro de 2009 e são parte integrante do Sistema de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Essas Residências, segundo os dados do Sistema Único de Saúde (SUS), são criadas no processo de desospitalização e inserção social dos usuários dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Essas casas são mantidas com recursos financeiros provenientes do SUS, para cada unidade de longa permanência, incluindo para a reabilitação terapêutica, com igual número de leitos psiquiátricos para os beneficiários do SUS e os serviços Residenciais que os beneficiários. Assim, os recursos para os Serviços Residenciais de caráter de longa permanência para fins de manutenção dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Em todo o território nacional existem mais de 470 residências terapêuticas.

Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM)

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

Região Nordeste – 372

Alagoas – 40
Bahia – 89
Ceará – 60
Maranhão – 43
Paraíba – 43
Pernambuco – 34
Rio Grande do Norte – 18
Sergipe – 23
Piauí – 22

Região Norte – 51

Amapá – 3
Acre – 2
Amazonas - 3
Pará – 29
Rondônia – 12
Roraima - 2

Região Centro-Oeste – 84

Distrito Federal – 7
Goiás – 20
Mato Grosso do Sul – 15
Mato Grosso – 37
Tocantins – 5

Região Sudeste – 444

Espírito Santo – 16
Minas Gerais – 121
Rio de Janeiro – 96
São Paulo – 211

Região Sul – 201

Paraná – 62
Rio Grande do Sul – 85
Santa Catarina – 54



Referências

A BARCA do sol. Rio de Janeiro: Senac, [19--?]. 1 videocassete (14 min 49s), VHS, son., color.

ALVARES, J. P. *Phillip Pinel (1765-1826): “uma nova concepção de loucura”*. Disponível em: <<http://www.psicologia.org.br/internacional/artigo4.htm>>.

DA LOUCURA à cidadania. Rio de Janeiro: Senac, [19--?]. 1 videocassete (16 min 15s), VHS, son., color.

IMAGENS do mundo interno. Rio de Janeiro: Senac, [19--?]. 1 videocassete (15 min 55s), VHS, son., color.

REFORMA Psiquiátrica: cuidar sim, excluir, não. *Revista da Saúde*, Brasília, DF, ano 2, n. 2, dez. 2001. ISSN 1676-4250.

SAÚDE mental: desospitalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde / Fundação Roberto Marinho, 1999. 1 videocassete (6 min), VHS, son., color.

Bibliografia

AMARANTE, P. D. de C. 1982. *Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social)–Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1982.

BASAGLIA, F. (Coord.). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Venou, 1989.

ENGEL, M. G. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GOFFMANN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

MACHADO, Roberto (Org.). *Danação da norma: a medicina e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.