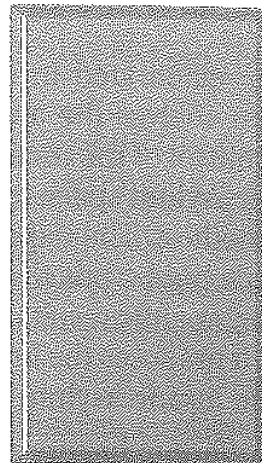


Gisleine Scatena Brançam¹
Soraya Diniz Rosa²

***Inventando o louco
para suportar a loucura***

¹ Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Uniso. *E-mail:* gisleine.brançam@uniso.br

² Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Uniso. *E-mail:* soraya.rosa@uniso.br



RESUMO

Este trabalho foi elaborado no sentido de contextualizar a loucura no seu aspecto histórico e analisar as tendências dos processos de transformações a respeito do cuidado e controle do sofrimento mental. A partir do nascimento da medicina e da necessidade da organização do espaço asilar, propõe-se o isolamento como método científico experimental. As experiências da reforma psiquiátrica mostram as transformações nas políticas públicas de saúde mental com a preocupação em conseguir melhora nos resultados terapêuticos e, no Brasil, o movimento da reforma, inspirado no modelo italiano, propôs a implantação de um sistema psiquiátrico completamente substitutivo ao modelo manicomial.

Palavras-chave: Sofrimento mental; história da loucura; reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

This paper has been elaborated in the sense of contextualizing madness in its historic aspect and to analyze the tendencies of the processes of transformations regarding care and control of the mental suffering. Since the birth of medicine and the necessity of grant asylum space organization, it proposes isolation as an experimental scientific method. The experiences of the psychiatric reform point the transformations of the public policies of mental health concerning achieving improvements in the therapeutic results and in Brazil, the reform movement, inspired by the Italian model, it proposes the implantation of a psychiatric system completely able to substitute the insane asylum model.

Keywords: mental suffering; history of madness; psychiatry reform.

1. INTRODUÇÃO

Pensar na história da loucura não implica em situar os indivíduos numa zona estática, mas é poder inserí-los num processo contínuo de forças permanentes que, em vários momentos, processam-se e produzem formas de vida.

Harvey (1996, p. 207) afirma que “a hegemonia ideológica e política em toda sociedade depende da capacidade de controlar o contexto material da experiência pessoal e social”, nos quais tempo e espaço são fontes de controle e forma de poder social.

Foucault (1978) refere que foi num determinado momento histórico que a doença mental passou a existir como máscara da loucura, promovendo, assim, a ruptura entre a razão e a não-razão.

Até o século XVI a desrazão fez parte da vida cotidiana sendo uma experiência possível para cada cidadão, cujo polimorfismo não possuía nenhum fundamento médico.

Desde a Alta Idade Média até o final das Cruzadas a lepra é o mal que assola a Europa. Os leprosos são banidos das cidades e segregados a fim de impedir o contágio. No entanto, estão envolvidos por um círculo sagrado e expressam a cólera e a bondade de Deus, o que vem também confirmar a necessidade do asilamento. Assim, a lepra torna-se um meio de purificar o pecador e o ritual de segregação abre-lhe as portas para uma possibilidade de salvação. Essa dicotomia entre a exclusão social e a reintegração espiritual vai sendo processada nessa forma de existir.

No Renascimento a loucura é vivenciada de diversas maneiras, desde a “Nau dos Loucos”¹ até as mais diversas expressões culturais, através dos ritos populares, das artes plásticas, da filosofia e da literatura. A loucura está inserida por toda parte, misturada a todas as experiências humanas, na possibilidade de convivência.

No decorrer do século XVII, a base do pensamento moderno está voltado para a filosofia de Descartes que decreta a incompatibilidade absoluta entre a loucura e a razão, padronizando condutas e limites de normalidade. De acordo com esse pensamento positivista, a dimensão da loucura vai se caracterizar pela subversão destes padrões causando estranheza e isolamento.

¹ Foucault (1978) refere que a experiência da loucura é celebrada de diversos modos, entre os usos e costumes encontra-se o de confinar os loucos num navio -a Nau dos Loucos,

No entanto a exclusão da loucura não se deu apenas em decorrência desta visão filosófica, outros fatores vão influenciar neste processo. Em meio às mudanças sociais e econômicas que implicavam na acumulação de imensas populações altamente pobres vivendo à margem das cidades, o trabalho surge como a possibilidade da produção de riqueza. Essa experiência contrapunha-se à concepção anterior de trabalho, enquanto uma condição de castigo frente a uma exigência religiosa ou moral.

A partir daí estabelece-se um novo tipo de contrato social através da definição da pobreza válida versus a pobreza inválida. (CASTEL, 1978). Surge, então, uma figura totalmente incapaz de aderir ao contrato social calcado na possibilidade da venda da força de trabalho e da preservação da cidade. Esse personagem teve a incumbência da desrazão determinada não somente pela incapacidade de arrazoar, mas principalmente pela condição de vida, caracterizada pela pobreza inválida, determinada pela não adesão ao trabalho.

A cidade moderna elaborou uma estratégia prática para resolver esse desvio social: a reclusão dos perturbadores da ordem pública, da ordem familiar e dos infortúnios da sociedade cujo comportamento era da transgressão e da disrupção do humano, que se fazia necessária em nome da racionalidade social e científica. Esta foi a forma encontrada para se inscrever a loucura na sociedade moderna: a positividade ao asilamento e ao confinamento.

A grande tarefa do asilo, para Foucault era (e ainda é até hoje) homogeneizar todas as diferenças, isto é, reprimir os vícios, extinguir as irregularidades, denunciar tudo aquilo que se opõe às virtudes da sociedade.

O asilo que antes abrigava uma diversidade de sujeitos marginalizados, seja pela pobreza, oposição aos ideais políticos, lepra ou doença mental, vive uma reestruturação e passa a constituir-se de uma cientificidade como local de tratamento exclusivo ao doente mental.

Segundo Costa (1998, p. 199-200),

o louco escapou do fogo da Inquisição para cair na frigideira da medicina. Se antes ele era encarcerado por motivos religiosos ou por afetar a ordem social, passou a ser encarcerado com o aval do Discurso Médico. Foi desta época até o início do século XX que se organizou o que conhecemos como Neuro-Psiquia-

entregando-os a sorte na correnteza das águas com a possibilidade de encontrarem uma terra firme para aportá-los.

tria, uma forma de ver as alterações de comportamento e das funções mentais como resultantes de alterações orgânicas. Dos rudimentares estudos anatômicos macroscópicos aos requintes da engenharia genética, encontramos a mesma ideologia que isola o ser humano de seu meio social, de sua família, o que é mais grave, o isola de si mesmo.

A medicina moderna surgiu pela necessidade da reorganização do espaço hospitalar, pela redefinição do estatuto social do doente, pelo surgimento de um novo uso da linguagem científica e pela necessidade de sistematizar o saber através de um conhecimento empírico.

Nesse novo modelo a experiência clínica e a anatomia patológica constituíram a base da ciência médica, em contrapartida às idéias da relação transcendental na compreensão da doença. O corpo sujeitado às vontades de Deus desapareceu para dar lugar a um corpo real, objeto de investigação científica, que procedeu através da definição dos princípios da complexidade de combinação, do princípio da analogia, da percepção das frequências e do cálculo dos graus de certeza.

De acordo com Foucault (1979) fez-se necessário reconhecer os elementos, fazer um estudo combinatório que permitissem identificar os sintomas e as doenças. No entanto, a certeza médica se constituiu da multiplicidade de casos e da análise dos sintomas e signos².

Assim, caberia ao médico identificar, através dos sinais e sintomas, as causas das disfunções que necessariamente estavam registradas no interior do corpo humano, e tratar a doença. Convinha ocupar o hospital com essa finalidade científica, ou seja, reunir os doentes para fazer uma observação direta e sistemática do quadro clínico e da sua evolução.

[...] Para que a experiência clínica fosse possível como forma de conhecimento, foi preciso toda uma reorganização do campo hospitalar, uma nova definição do estatuto do doente na sociedade e a instauração de uma determinada relação entre assistência e a experiência, o socorro e o saber; foi preciso situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo [...] (p. 216).

No entanto, o autor aponta que a medicina, justificando a necessidade de compreender a loucura, propõe uma intervenção terapêutica e um in-

² Definiu sintoma da maneira que se apresenta a doença e signo como um elemento que prognostica o que vai se passar, faz anamnese do que se passou e diagnostica o que ocorre atualmente (p. 98).

vestimento no caminho científico, apropriando-se dela e reafirmando seu espaço de reclusão.

2. O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E A DELEGAÇÃO DE PODER

Para Saraceno (2001), a diminuição da população de pacientes internados em hospitais psiquiátricos na Europa na década de 60 tem dois motivos: o primeiro está relacionado aos movimentos da reforma, e o segundo, na natureza econômica.

Considerando os movimentos da reforma, a crítica contempla a homogeneidade de tratamento do doente mental no hospital especializado. Para o autor o hospital psiquiátrico, como instituição total, é o lugar da violência, é incompetente para gerar sentido de vida, pois cria perdas em várias esferas da vida social, perdas afetivas, sociais e materiais. O sujeito é afastado do seu núcleo familiar, *locus* de referência afetiva. Convive atrás de muros e de grades somente podendo percorrer, desde que autorizado, o jardim interno do hospital. Quando não é possível, observa-o pelas vidraças ou pelas telas de "proteção". O seu funcionamento é por bloco, todos os pacientes são homogêneos e, portanto, entende-se que todos precisam da mesma coisa. A maioria deles usa uniforme, não consegue ter o material básico para os cuidados de higiene pessoal, a não ser que tenha uma sacola para guardá-lo. A sua rotina é banalizada, todas as atividades que possam vir a desenvolver ficam sem utilidade porque não têm troca afetiva. Existe uma norma de que é preciso ocupar o paciente porque a ocupação sugere virtudes encontradas no mundo do trabalho e mascara a apatia causada pelo isolamento e consumo de medicação.

No hospital psiquiátrico toda relação está marcada no exercício do poder e definida por territórios disciplinares, principalmente pelos papéis desempenhados pelas pessoas, seja na figura dos dirigentes como de toda equipe de trabalho.

O médico assume a autoridade científica, e num saber tido como mágico, exerce o obscuro poder da cura, na qual o doente crê. Na relação doente-médico, o primeiro submete-se à vontade do segundo.

O papel da enfermagem é de seguir as ordens médicas para controlar os pacientes, sendo que, a estes, cabe o papel já definido no nome: pacientes, passivos em sua loucura esperando a cura que virá como uma benção dos céus.

Ao terapeuta ocupacional cabe, portanto, ocupar essas pessoas que perdem a sua identidade e passam a ser identificadas por uma patologia, por um número ou pelo uniforme. Deve propor atividades que diminuam a ansiedade, preencham o vazio do dia-a-dia e talvez, como um milagre, possam dar conta de garantir uma melhora nessa rotina homogeneizante.

Todos devem contribuir para manter a ordem e a organização institucional, resgatando os princípios do tratamento moral e da laborterapia, como pregava Pinel: (apud MATTOS, 1998, p. 11).

A ocupação mecânica, metódica, regulada, deve ser a lei fundamental de cada instituição de alienados, será sempre a influidora – e o que diz deve ser seguido sempre e sempre de novo. Não é um problema a ser resolvido, porém, é o mais comprovado resultado obtido pela experiência; que em todos os asilos públicos, o mais seguro e talvez a única via de conservar a saúde, a moral e a ordem é a lei estritamente a ser seguida: de uma ocupação mecânica.

Neste contexto, a equipe de profissionais reproduz o discurso e a prática médica conferindo ao hospital o lugar emblemático da ciência psiquiátrica.

No Brasil, a crítica a esse modelo vai ocorrer no final dos anos 70 e início dos anos 80, quase duas décadas depois, com o movimento de trabalhadores da saúde mental³, na perspectiva de uma nova cultura que pudesse permitir a superação das instituições segregadoras. Constitui-se, desde então, diferentes práticas clínicas ou organizacionais com o interesse centrado nas ações que pudessem diminuir o sofrimento psíquico e ampliar os espaços de convivência e de trocas afetivas das pessoas com sofrimento mental.

3. IDAS E VINDAS: AS TENTATIVAS DE RUPTURA COM O PENSAMENTO POSITIVISTA DA LOUCURA

Seguindo a tendência mundial da Reforma Psiquiátrica, que propõe uma política de combate à exclusão, ao asilamento e a cronificação visíveis nas práticas manicomiais, encontram-se diversas experiências na cons-

³ Esse movimento incluiu usuários e familiares dos serviços de Saúde Mental e, num segundo momento tornou-se um movimento social mais amplo.

trução de uma nova rede de cuidados em saúde mental que objetivam a criação da clínica de produção de sentido.⁴

O desenvolvimento de outras abordagens científicas e técnicas da psiquiatria exigiu a criação modelos alternativos de intervenção, objetivando oferecer uma melhor atenção às pessoas com sofrimento psíquico.

A partir da Segunda Guerra Mundial, frente ao colapso e à desilusão do homem com a tragédia, surgiram críticas a respeito da maneira como a psiquiatria vinha lidando com o sofrimento mental, principalmente considerando os aspectos de privação de liberdade e de desrespeito aos direitos humanos. Por conta dessa reflexão, dois modelos passaram a caracterizar o processo da reforma institucional, a partir do próprio modelo do hospital psiquiátrico: a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional⁵.

Na França, por volta de 1945, um grupo de psiquiatras, defendeu a idéia e implantou a Psiquiatria de Setor, compreendendo que o paciente deveria ser tratado no seu próprio meio social.

A Antipsiquiatria⁶ esteve relacionada aos movimentos da contracultura em que questionava o próprio método e os princípios do saber psiquiátrico, criticando o papel do hospital que reproduzia a mesma lógica patogênica do ambiente familiar.

Na década de 60, nos Estados Unidos, Gerald Caplan apresenta a Psiquiatria Comunitária, modificando o objeto de estudo que passa, da doença para a saúde mental, com objetivo da prevenção e promoção da saúde.

Franco Basaglia, crítico da ciência psiquiátrica, ao assumir a direção do Hospital de Gorizia, propõe uma reformulação coletiva desse espaço, na medida em que convida técnicos e pacientes a produzirem uma reflexão sobre as funções ideológicas, políticas e sociais do hospital psiquiátrico. Frente às condições do asilamento, redefine a dinâmica institucional objetivando a desmontagem do manicômio e propõe a construção de um processo de socialização.

⁴ Saraceno propõe a clínica de produção de sentido que abra possibilidades para a vida real do paciente, capaz de produzir intercâmbios e possibilidades para a recuperação ou criação de novas contratualidades sociais.

⁵ A Comunidade Terapêutica tinha como objetivo a reorganização da estrutura hospitalar enquanto que a Psicoterapia Institucional propunha maior terapêutica das próprias relações institucionais.

⁶ A Antipsiquiatria surgiu na Inglaterra, entre o fim da década de 50 e início da década de 60 e seus principais precursores foram David Cooper, Ronald Laing e Aaron Esterson.

Esses movimentos da reforma marcam uma ruptura com o modelo manicomial, representado pelos mecanismos de opressão e violência institucionalizados e, ao mesmo tempo, colocam o desafio da re-invenção de práticas alternativas ampliando as opções terapêuticas e assistenciais no cuidado das pessoas discriminadas pela doença mental.

4. CONCLUSÃO

O Ministério da Saúde vem implantando políticas que melhor desenvolvam uma atenção às pessoas com sofrimento mental. O Sistema Único de Saúde volta seu interesse em reverter os modelos de segregação, normalização e medicalização dos problemas sociais, e orienta para a municipalização da assistência à saúde, que deve reverter ganhos para a implementação das políticas locais, já que contempla a possibilidade da melhor adequação de recursos às suas necessidades.

Apesar da qualidade e da tentativa de garantia do sistema de saúde do país que possibilite estratégias de intervenção da clínica de produção de sentido, seu emprego não é ainda proporcional ao conhecimento da sua utilidade. Encontramos inúmeras ações repetindo e reforçando o modelo assistencialista, onde diversas práticas são asilares, sejam elas providas pelo Estado, pela filantropia ou pela sociedade privada.

REFERÊNCIAS

- AMÂNCIO FILHO, Antenor. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Revista Interface — comunicação, saúde, educação*, Botucatu, SP, v. 8, n. 15, p. 375-380, mar./ago. 2004.
- AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.
- BASAGLIA, F. *As instituições e os discursos*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1974.
- BENEVIDES, R.; PASSOS E. *Subjetividade e instituição*. São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae, 2000.
- BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso de moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

- CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- COSTA, J. S. Da consulta psiquiátrica à terapia de família ou pic-nic nos jardins do hospício. In: *Anais do Caderno Terapia Familiar no Brasil: Estado de Arte*. São Paulo, 1998.
- FERNANDES, M. I. A.; VICENTIM, M. C. G.; VIEIRA, M. C. T. (Orgs.). *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo, 1989-1996*. Taubaté: Cabral Universitária, 2003.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- _____. O nascimento da medicina social. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GALHEIGO, S. M. *Terapia ocupacional: a produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar*. Em busca de um depoimento coletivo. 1988. 84f. Dissertação (Mestrado) – Unicamp, Campinas, SP, 1988.
- GOLDENBERG, R. *Goza: capitalismo, globalização e psicanálise*. Salvador: Ágalma, 1997.
- HARVEY, D. *A condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1996.
- LADRIÈRE, J. *A articulação do sentido*. São Paulo: EDUSP, 1977.
- LANCMAN, S. *Loucura e espaço urbano: Franco da Rocha e o asilo de Juqueri*. Rio de Janeiro: Te Cora, 1999.
- MÂNGIA, E. F. *Psiquiatria e tratamento moral: o trabalho como ilusão de liberdade*. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 8, n. 2-3, p. 91-97, 1999.
- MATTOS, Henrique O. *Laborterapia nas afecções mentais*. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- MAURAS-CORSINO, E.; DANIEWICZ, C.; SWAN, L. The use of a community networks for chronic psychiatric patients. *American Journal of Occupational Therapy*, New York, v. 39, n. 6, p. 374-378, 1985.
- MAXIMINO, V. *A constituição de grupos de atividades com pacientes psicóticos*. 1997. 199p. Tese (Doutorado) – Unicamp, Campinas, SP, 1997.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

Endereço das autoras:

Rodovia Raposo Tavares, Km. 92, 5
Sorocaba, SP Cep: 18023-000