

VANIA DE FREITAS DANTAS

ARTE, LOUCURA, TERAPIAS – UMA REFLEXÃO CONTEMPORÂNEA
(O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
E AS OFICINAS TERAPÊUTICAS)

Dissertação apresentada ao Instituto de
História da Universidade Federal de
Uberlândia como exigência parcial para
a obtenção do título de Mestre em
História sob orientação da Prof^a Dr^a
Karla Adriana Martins Bessa.

Uberlândia - UFU

2006

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de
Catalogação e Classificação

D192a Dantas, Vânia de Freitas, 1970-

Arte, loucura e terapias : uma reflexão contemporânea (o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e as Oficinas Terapêuticas / Vânia de Freitas Dantas. - Uberlândia, 2006.

170f. : il.

Orientador: Karla Adriana Martins Bessa.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em História.

Inclui bibliografia.

1. Loucura - Teses. I. Bessa, Karla Adriana Martins. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em História. III. Título.

CDU:

616.89-008

VANIA DE FREITAS DANTAS

ARTE, LOUCURA, TERAPIAS – UMA REFLEXÃO CONTEMPORÂNEA
(O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
E AS OFICINAS TERAPÊUTICAS)

Este exemplar corresponde à redação final
Da dissertação defendida e aprovada pela
Comissão Julgadora em 6/9/2006.

Dra. Karla Adriana Martins Bessa (Orientadora)

Dra. Jacy Alves de Seixas

Dra. Nádia Maria Weber Santos

Uberlândia - UFU
2006

DEDICATÓRIA

À dificuldade, mãe de todas as conquistas.

Aos homens e mulheres que nos inspiraram a nos construir.

Aos filósofos que pensaram o homem concreto e também a:

Clarice Lispector – que agora é uma estrela.

Renato Russo – o sistemático e rebelde.

Raul Seixas – o maluco beleza.

Van Gogh – o obstinado pelo reconhecimento, com necessidade de se expressar.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos que chegaram no momento certo e derradeiro, como a dizer que o sonho era possível, reavivando minhas esperanças para que continuasse.

À professora Cristina Inácio, quem primeiro acolheu o tema e abriu-me as cortinas para seu vasto conhecimento e amizade, ensinando-me a arte da orientação educacional.

Ao professor Vidigal Fernandes, pela capacidade motivacional e apoio ativo.

Ao professor Sérgio Paulo, pela presteza em encorajar-me quando este era apenas um pré-projeto.

À professora Christina Lopreato, quem acolheu minhas reflexões poéticas, fazendo-me crer na composição de um estilo.

À professora Maria Clara Thomaz Machado, pela atenção dada a nossa pesquisa e pelo seu interesse em compartilhar tantas informações úteis e frutificantes para a composição do trabalho.

À professora Karla Bessa, com quem compartilho o gosto por formas teóricas e culturais, pela orientação.

À Riciele, pelas informações sobre os trabalhos de campo realizados no serviço público de Saúde Mental de Uberlândia.

Aos colegas de mestrado e a todos com quem discutimos o tema, pelas palavras e idéias.

Aos amigos Márcio, Marta e Carlos pelo apoio na localização de bibliografia, pelas trocas científicas e pelas revisões em todo o curso do trabalho.

À minha família, pelo entendimento do processo de conviver.

RESUMO

Esta pesquisa é sobre o retorno da aceitação do discurso da loucura, que aparece em atividades em geral, como as sócio-recreativas, ocupacionais, terapêuticas, familiares, produtivas e artísticas, a partir da mudança na forma de entendimento da loucura e das formas de ação das instituições da loucura, permeadas pela ação do Estado, através de leis. Considerando a loucura não somente como afecção orgânica, mas principalmente como resultado das interações sociais, nada mais lógico que tratá-la (pela terapêutica, que envolve a clínica e a noção de doença ou de desvio de comportamento) ou acompanhá-la (pelo saber das ciências humanas) através de meios que focassem as relações sociais de forma a resgatar o potencial de interação do sujeito. Assim, fomos guiados inicialmente pelo campo epistemológico da loucura como desvio da norma comportamental, segundo Foucault e Szasz, seja por desencadeamento orgânico ou ambiental, e encaminhada, numa sociologia, para a noção de construção histórica do sujeito na luta pela superação de si e composição de uma individualidade/identidade. Um primeiro passo para tal superação é a construção do sujeito autêntico, através da aceitação da expressividade do louco pela sociedade e pelo saber médico, nas oficinas terapêuticas, especialmente a de artes plásticas. A aceitação da fala da loucura foi estudada através da experiência com Oficinas Terapêuticas na Clínica de Psicologia da UFU no período 1991-1998, identificando os discursos envolvidos nesta experiência de subjetivação do sujeito da loucura, examinando para tanto o contexto no qual se situa o saber médico-psiquiátrico, a fala do Estado através da legislação sobre saúde mental, o discurso científico da psicologia, da filosofia e a atividade da rede de saúde mental federal, estadual e municipal, que institucionalizou a prática das oficinas através dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que integram a rede de atenção aos usuários dos serviços de saúde mental. Procuramos reunir loucura e arte, objeto e forma terapêutica, a partir de um entendimento humanizador das instituições que lidam com o ser humano.

Palavras-chave: arte terapia, história, hospital, psiquiatria.

ABSTRACT

This research is about the return of the acceptance of the insanity speech, which appears in activities in general, as the social-recreative , occupational, therapeutical, familiar, productive and artistic ones, from changes in the insanity understanding form and from the action forms of the insanity intitutions permeated by the action of the State, through the law. Considering the insanity not only as an organic affection, but mainly as a result of social interactions, it's nothing more logical than treat it (by the therapeutical, which involves the clinic and the disease notion or the behaviour deviation) or accompain it (by the knowledge of the human science) through the ways that would focus on the social relationships in order to rescue the subject interaction potential. So, we were initially guided by the insanity epistemological field as deviation of the comportamental norm, according to Focault and Sasz, either by environmental or organic delinking, and lead, in a sociology, for a notion of the historical construction of the individual fighting for his surpassing and composing of an individuality/ identity. The first step to such surpressing is the construction of the authentic individual, through the acceptance of the expressivity of the mad one by the society and by the medical knowledge in the therapeutical workshops, specially the plastic art ones. The acceptance of the insanity speach was studied through the experience with Therapeutical Workshops in the psicholycal clinic of UFU in the period of 1991 - 1998 , identifying the involved speeches in this subjectivity experiment of the insanity subject, examinig for this reason the context in which the psychiatrist medical knowledge is placed, the voice of the State through the rules about mental health , the psychologist scientific speech, from the philosophy and the activity of the municipal, state and federal mental health net, that established the practice of workshops through the Psycho-Social Attention Centres, CAPs, which integrate the attention net for the mental health services users. We tried to meet insanity and art, object and therapeutical form from a humanization understanding of the institutions which deal with human beings

Key words: art, therapy, history, hospital, psychiatry

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I – LOUCURA COMO TRANSGRESSÃO E INCÔMODO.....	29
Terapia Ocupacional e entendimento da diferença.....	29
Psicologia e psiquiatria.....	40
Paralelo com a arte terapia em outras cidades.....	59
CAPÍTULO II – INSERÇÃO E ADAPTAÇÃO	62
O plano cultural.....	62
Aspecto moral.....	63
A rede de saúde em Uberlândia.....	64
Oficinas terapêuticas em Uberlândia.....	66
Loucura como mito.....	74
O Hospital de Clínicas da UFU	75
A regulamentação sobre saúde mental.....	93
CAPÍTULO III – TERAPIAS E MODIFICAÇÕES INSTITUCIONAIS.....	95
Classificações da loucura.....	95
A clínica.....	98
Formas de diagnóstico.....	103
As terapêuticas no tempo.....	106
Terapêuticas físicas.....	107
Os psicotrópicos.....	112
O início da praxisterapia.....	114
O estudo psiquiátrico da arte.....	114
Psiquiatria e equipe multiprofissional.....	118
Terapêuticas no Brasil.....	119
A reforma psiquiátrica nos anos 80 e 90.....	128
O outro lado da democratização da saúde.....	136
O Hospital de Clínicas.....	138
O saber e o fazer.....	141
Reavaliar a verdade da loucura e reinscrevê-la na sociedade.....	143
Mudanças nas práticas terapêuticas psiquiátricas.....	146
A prática da arte terapia na Clínica de Psicologia – Discussão dos elementos	148
CONCLUSÃO.....	151
BIBLIOGRAFIA.....	156

INTRODUÇÃO

Em vez do manicômio, uma espécie de fábrica para o conserto de panes humanas, precisamos de um local onde as pessoas que viajaram mais longe e, por conseguinte, talvez estejam mais perdidas que os psiquiatras e outras pessoas sadias, encontrem seu caminho mais profundamente no espaço e no tempo interiores e possam regressar.

R. D. Laing

Seja da arte tomada como louca pelo poder autoritário, seja do desatino tendo vez e voz na criação artística, seja da apropriação das artes pelas terapias, seja da apropriação da psicanálise pelas artes, o que se desenvolve é a possibilidade de entrever os desenhos dessa interação, vislumbrar uma outra arquitetura possível.

Eleonora Antunes

Nossa trajetória teórica se iniciou com os cursos de Licenciatura em Filosofia e Especialização em Filosofia Clínica¹. Com o intuito de entender a face empírica da existência, buscamos a temporalidade, com a História, o que levou à investigação sobre as terapias ministradas aos pacientes psiquiátricos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – UFU, especificamente a arte como terapêutica, tema motivado no início dos anos 90 por uma reportagem sobre a arte dos loucos, assistida no telejornal local. Nesta busca, deparamos com vários obstáculos, como a falta de fontes documentais e a dificuldade em encontrar interlocutores para discutir sobre a história da psiquiatria em Uberlândia, levando-nos à hipótese sobre o saber médico como campo em que parece pairar certo receio sobre possíveis irregularidades que uma investigação mais séria pudesse revelar. Desta forma, tínhamos como recorte, a princípio, o Hospital de Clínicas de Uberlândia - HCU, criado em 1970; depois, já no final da pesquisa, percebemos que o foco das atenções seria a Clínica de Psicologia da UFU, por ser o lugar primordial de realização das oficinas terapêuticas de que trata este trabalho, de 1991 a 1998.

Portanto, teve-se descoberta de que o Hospital de Clínicas não contou com atividades regulares de arte terapia, como se imaginava, no início dos anos 90; apenas a partir de 1996, pautado pela Portaria 224 de 1992, a instituição passou a contar com um profissional específico para realizar atividades com os pacientes psiquiátricos com a contratação de uma Terapeuta Ocupacional. Tem-se a noção de que a reforma

¹ Entendimento da psique através da abordagem filosófica.

psiquiátrica no Hospital de Clínicas, entendida aqui como mudança de procedimentos em relação ao modelo biológico, ocorreu com atraso em relação a outras instituições no Brasil devido a ser um hospital universitário, vinculado a ensino e pesquisa, daí seu perfil acadêmico conservador, voltado para a medicalização.

Importa dizer o que este texto não é para se evitar posteriores críticas; passa-se, então, a dizer o não-ser deste trabalho. Dito um dia por Parmênides que o não-ser não pode ser dito, não poderia sequer ser nomeado, porém, como se trata de um assunto paralelo à racionalidade, e conhecendo as outras facetas da mesma, busca-se o que o trabalho não é, furtando-se as explicações em áreas que vêm diferentemente a loucura e a expressão da vida interior. Este trabalho não dança com a psicanálise, não endossa a teoria sociológica, não se aprofunda em métodos psiquiátricos, não perscruta a filosofia da mente, não se esforça em encaixar-se na teoria artística, não delimita espaços historiográficos únicos e irrepetíveis.

Como a arte pode se mesclar às terapêuticas em torno da loucura? A meta deste texto não é demonstrar ou interpretar as obras feitas pelos pacientes psiquiátricos, mas mostrar a arte como uma atividade possível a eles, como coadjuvante do tratamento. Analisa-se o processo consciente, ou seja, de intencionalidade² como direcionamento da atenção, naquele momento em que se realiza algo.

Nesta dissertação, ao tratar do tema “arte”, são utilizados termos como: terapia, expressão, criatividade e intencionalidade, sendo este último em substituição a “inconsciente”, o que significa que não serão grafados termos psicanalíticos nem psicológicos para explicar o processo terapêutico pela atividade artística; assim, não serão feitas interpretações de desenhos sob a ótica freudiana ou junguiana, como é comum observar em obras sobre a produção artística dos chamados alienados.

Apresenta-se, a seguir, uma possibilidade de existência, uma outra realidade diferente para cada indivíduo pesquisado, para cada instituição visitada, mas igual para todo o conjunto humano que, ainda absolutamente padronizado e pasteurizado, talvez enfrente momentos de crise quanto a si mesmo e a sua existência, paradigmas da questão da psique.

O interesse pelos artistas loucos, pelos ditos “loucos” que realizam façanhas na arte ou nas suas próprias existências, foi um dos motivos da paixão por este tema. Citar a bibliografia clássica a respeito da loucura foi parte do caminho tomado para a

² Conforme o conceito de intencionalidade como ‘aquilo para o que se direciona a atenção’ de John Searle, *Intencionalidade*, São Paulo: Martins Fontes, 1995.

composição deste destrinchamento de teorias, também tendo em vista as novidades na área da psiquiatria, a fim de que não se ficasse aquém das explicações médicas sobre os casos. Mas também não é esse o ponto de discussão: a referência à psiquiatria neste trabalho significa concordar que a loucura foi entregue ao saber psiquiátrico por muito tempo e que hoje está começando a ser partilhada multidisciplinarmente.

Assim, entende-se que é necessário analisar as manifestações do louco como um discurso para compreender a “fala da loucura” e os momentos em que é negada ou aceita na sociedade. Esse estudo exigiu muito além da razão; a própria sensibilidade, intuição e a compreensão sobre um outro mundo, povoado por uma lógica própria, mesmo que fosse totalmente sem lógica para os ditos “normais” e se configurasse como rica em imagens fantasiosas e de outra realidade.

Todo este relato não tem por base apenas a pesquisa bibliográfica que Foucault³, Porter, Sasz e Mackay realizaram sobre séculos de história da loucura. Adentra-se pelas portas das instituições para conhecer o seu ambiente e as práticas impostas aos internos e usuários. Conversa-se com as testemunhas de um tempo próximo no qual existe, entre outros movimentos, a transição dos meios biológicos de tratamento para a concepção de uma terapêutica do Ser.

O resultado de toda a pesquisa empreendida é uma tentativa de entender como os profissionais que lidam com os loucos propuseram terapias e como eles pensam o funcionamento do processo terapêutico.

Há várias formas de pensar a loucura, seja através do marxismo, como resultado de repressão, como elemento subversivo da cultura, a loucura de conotação política, a loucura ligada à genialidade e à arte. Neste estudo será tomada por base a reflexão de Michel Foucault em *História da loucura na Idade Clássica*, além de várias outras obras deste autor⁴ que considera o homem como resultado de uma produção de sentido, uma prática discursiva e intervenções de poder. Importa, assim, o entendimento das relações do homem com a verdade (como sujeito de conhecimento), com a ordem política que inclui a sociedade (enquanto sujeito moral) e consigo mesmo (como sujeito

³ Pretende-se, junto à noção de estruturas e subjetivação, de Foucault, analisar o entorno das instituições de poder e da loucura.

⁴ Doença mental e Psicologia, O nascimento da clínica, As palavras e as coisas, A Arqueologia do saber, A ordem do discurso, Vigiar e Punir, A vontade de saber - História da sexualidade I, O uso dos prazeres - História da sexualidade II, entre outras.

de desejo)⁵. Procuraremos analisar posições sobre a loucura como diferença a ser reinserida na sociedade e também como transgressão à norma estabelecida.

As causas da loucura são de explicação complexa. Como doença, pelo fator biológico/genético, por influência espiritual, como fenômeno social. Para Crowcroft, as teorias que tentam explicar a loucura variam em torno de quatro planos: o biológico, o intrapsíquico, o interpessoal e o cultural. “Esses planos descritivos são inter-relacionados, e cada um deles ocupa um ponto mais alto no nosso conhecimento da loucura”.⁶ Pela teoria biológica, a doença mental se explica por afecções orgânicas no cérebro, o que é objeto de vasta investigação por Michel Foucault⁷. O intrapsíquico refere-se aos conteúdos internos do paciente. A compreensão da loucura em nível de relações interpessoais estaria relacionada à forma de comunicação e relacionamento com as pessoas em geral. No lado oposto à teoria biológica, há a negação da loucura, vista como ideologia imoral de intolerância por Thomas Szasz⁸. O meio cultural, os valores e as tradições são diferentes conforme a comunidade observada, assim como o próprio conceito de loucura⁹. Para Crowcroft, entretanto, a defesa dessa tese sobre a inexistência da loucura não afasta a existência desse fenômeno. Como afirma Merleau-Ponty¹⁰, é preciso investigar o fenômeno profundamente para entendê-lo como um todo, das várias formas possíveis. O conceito de saúde mental contém em si critérios médicos ou sociais. Segundo Crowcroft, pensar a loucura como anomalia moral é destinar os loucos a ‘dispositivos legais’, enquanto que a doença pode ser tratada clinicamente. A vantagem em se cogitar fatores múltiplos para as doenças mentais, segundo Crowcroft¹¹, se verifica pela diversidade deles nas diferentes patologias e nas singularidades individuais. Não se pode pensar a esfera afetiva sem a social e a material. “A psicologia do indivíduo depende também de seu ambiente e das condições materiais de vida.”¹²

Guattari trouxe a novidade da inclusão de análises políticas no tratamento analítico.

⁵ Conforme Nelson Noronha, Doença mental e liberdade, Campinas, SP: Unicamp, 2000. (Tese de Doutorado) p. 33.

⁶ Andrew Crowcroft, O psicótico. Compreensão da loucura. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971 p. 134.

⁷ Michel Foucault, Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

⁸ Thomas S. Szasz, O mito da doença mental. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

⁹ Andrew Crowcroft, O psicótico, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. p. 134.

¹⁰ Merleau-Ponty, O olho e o espírito. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

¹¹ Andrew Crowcroft, O psicótico, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971 p.133.

¹² Alan Índio Serrano, O que é psiquiatria alternativa. São Paulo: Brasiliense, 1982. P. 41.

*Para Guattari, qualquer problema, seja ele individual ou familiar, psicopatológico, de caráter sexual ou de delinquência, remete-nos sempre a jogos micropolíticos, inseparáveis da problemática política mais geral. O capitalismo é uma máquina poderosa que controla empresas, governos e nações. E controla, indiretamente, toda a vida das pessoas. Domina o inconsciente delas através dos meios de comunicação, da educação e das instituições. Para se manter e se reproduzir na cabeça das pessoas o capitalismo moderno – que é mundial e integrado – dispõe de um exército de forças repressivas pequenas ou grandes.*¹³

Segundo a crítica, Szasz, o mais famoso crítico da psiquiatria nos Estados Unidos fica na crítica teórica, sem solução prática para a psiquiatria, numa análise sociológica que “... não leva em conta o jogo de poder dos grupos sociais e econômicos.”¹⁴

*A loucura foi e continua sendo algo que nos escapa. É claro, a maioria das pessoas, e praticamente todos os psiquiatras, afirmaria aquilo que pareceria uma espécie de proposta de senso comum, a realidade da doença mental, como nos convida a fazer um recente trabalho dos psiquiatras Martin Roth e Jerome Kroll. Mas é igualmente possível pensar em termos de fabricação da loucura, isto é, a idéia de que rotular a doença mental é, antes de mais nada, um ato social, uma construção cultural (ou, na sua forma sintética o provérbio segundo o qual cada sociedade tem os loucos que merece).*¹⁵

Num eixo diacrônico de estudo da loucura existe a indiferenciação do louco na sociedade medieval, o internamento forçado dos loucos no século XVII, a liberação parcial por Pinel no final do século XVIII e o estabelecimento de uma nova categoria, a ‘doença mental’, junto com o nascimento da psiquiatria no século XIX.

Em *História da loucura*¹⁶, Foucault mostra a eterna dança da razão com a loucura, dramatiza os momentos em que ocorre a dominação desta, embora ao fim triunfe por intermédio da arte, após as sucessivas provocações que faz à razão.

Tanto na Idade Média como no século XX, o louco tem o mesmo status, segundo Foucault, com a diferença de que, do século XVII ao XIX, era a família que

¹³ Alan Índio Serrano, O que é psiquiatria alternativa, São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 49.

¹⁴ Alan Índio Serrano, O que é psiquiatria alternativa, São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 59.

¹⁵ Roy Porter, Uma história social da loucura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990. p. 15

¹⁶ A tese de Doutorado *Loucura e Desrazão* foi publicada sob o título *História da loucura na Idade Clássica* em 1961; a obra parece ter sido iniciada em 1956, quando foi encomendado a Foucault um texto breve sobre a história da psiquiatria, ao que ele propôs “um livro sobre as relações entre médico e louco. O eterno debate entre razão e desrazão.” (Conf. Entrevista de 1961 contida em Ditos e escritos, p. 162). Na oportunidade, Foucault ocupava na Suécia o posto de representante do governo francês para assuntos educacionais/culturais.

excluía os loucos, ao interná-los. Daí para frente, essa prerrogativa coube aos médicos e o internamento passou a significar a interdição do louco e a sua classificação como marginal.

Segundo Foucault, no campo da linguagem a fala dos loucos na Europa medieval era tida como sem valor, embora não anulada completamente. Um exemplo é o do bufão, que era uma expressão da verdade que outros homens não ousavam anunciar.

Na Idade Média existia, ao lado das festas religiosas, a festa da Loucura, na qual os papéis sociais eram trocados, os sexos invertidos e os mais humildes tinham o direito de dizerem o que quisessem às autoridades civis e religiosas, numa contestação às instituições em geral. Embora hoje permaneçam atualmente as festas religiosas, como o Natal e a Páscoa, além dos eventos para celebrar as colheitas, Foucault afirma que o sentido político-religioso das festas se perdeu e no seu lugar as drogas aparecem como forma de manifestação contra a ordem, criando uma espécie de “loucura artificial”. É como se, no século XX, a loucura fosse um estilo de vida e comportamento procurado pelos contestadores, principalmente artistas, a fim de questionar a sociedade e realizar um movimento oposto à padronização da indústria cultural, como é o caso da contra-cultura.

A afinidade entre loucura e literatura surge a partir de quando esta se desloca em relação à linguagem cotidiana a partir do século XVI, com romances contestatórios, além de textos produzidos por *loucos*, principalmente nos séculos XVIII e XIX, como as poesias de Hölderlin, Blake e as obras de Sade, Raymond Roussel, Mallarmé e depois por Virgínia Woolf e Antonin Artaud, sendo que este abriu novas perspectivas na poesia após o surrealismo, do qual participou ativamente. Foucault afirma ainda que, atualmente, a loucura serve de modelo para a escrita criativa, devido à posição marginal de ambas.

Segundo Noronha, Foucault teria, através de Heidegger, criado o conceito de “experiência”, um dos mais importantes em *História da loucura*.

Com ela, Foucault procurou explicitar a idéia de que os conteúdos de um determinado objeto são definidos não segundo a sua essência mas segundo os modos de percepção que vigoram em cada sociedade. Sob a inspiração de Nietzsche, ademais, esse conceito foi utilizado na descrição de uma história descontínua ao longo da qual a noção de

*doença mental foi **constituída** e, não, como fora pensado antes, descoberta por detrás de idéias religiosas de possessão.*¹⁷

Importou para Foucault, portanto, saber como a experiência da desrazão foi percebida em épocas diferentes e o tipo de conhecimento que se fez sobre ela. Na Idade Clássica, como indica Chaves, a percepção da loucura era moral, ligada à desordem dos costumes e negatividade do pensamento, enquanto que em nível de conhecimento era uma doença a ser descrita e classificada, portanto, tinha uma explicação médica.

Na Idade Média e no Renascimento, a loucura existia livre na sociedade, sendo alimentada e aceita no seu espaço; quando o louco se tornava perigoso, faziam-lhe um abrigo onde o prendiam temporariamente.

A loucura substitui o tema da morte no final do século XV, o fim dos tempos visto na ocorrência de pestes e guerras. O louco, assim como o leproso, representa e pressagia a morte em vida, como que numa continuação da lepra, a partir do que se via pela exclusão social empreendida. Segundo Porter, a alternativa grega de considerar a loucura como trauma moral ou como doença foi utilizada no ocidente, que também considerou a loucura em um “esquema cósmico cristão”, ora como Divina Providência (castigo de Deus) e exasperação da fé, ora como possessão maligna. “As mentes medievais e renascentistas podiam ver a loucura como religiosa, moral ou médica, divina ou diabólica, boa ou má.”¹⁸

A loucura sucede, no imaginário renascentista, a lepra, desaparecida do mundo ocidental no fim da idade média. Do século XIV ao XVII será esperado um novo motivo para rituais de exclusão moral e purificação da cidade. O mal do leproso consistia em sua salvação religiosa e excluí-lo era um comportamento social justo, pois era o reconhecimento de que ele seria salvo; por isto, o doente aceitava o seu calvário pacientemente. Os abrigos para leprosos, existentes aos milhares pela Europa, passaram a ser utilizados pelos portadores de doenças venéreas, distintos dos outros doentes, como os loucos, com base em juízos morais.

Foucault buscava escolhas originais e fundamentais da cultura ocidental e descobriu, em documentos do século XVII, a tolerância para com os loucos, “... embora esse fenômeno da loucura fosse definido por um sistema de exclusão e de recusa: ele era

¹⁷ Nelson Matos de Noronha, *Doença mental e liberdade: a problematização da ética em História da loucura*. Campinas, SP: Unicamp, 2000. (Tese de Doutorado) p. 70-71. Grifos no original.

¹⁸ Roy Porter, *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990, p. 21.

admitido no tecido da sociedade e do pensamento.”¹⁹ Os loucos eram marginalizados mas estavam integrados na sociedade. A exclusão veio após o século XVII, com várias atitudes que constituíam, para Foucault, um sistema “fundado sobre a força policial tal como o internamento e os trabalhos forçados.” Segundo Foucault, com a formação da sociedade industrial veio a intolerância:

*... desde antes de 1650 até 1750, nas cidades de Hamburgo, Lyon, Paris, estabelecimentos de grande dimensão foram criados para internar não apenas os loucos, mas os velhos, os doentes, os desempregados, os ociosos, as prostitutas, todos aqueles que se encontravam fora da ordem social. A sociedade capitalista não podia tolerar a existência de grupos de vagabundos. De um total de meio milhão de habitantes que formavam a população parisiense, seis mil foram internados. Nesses estabelecimentos, não havia nenhuma intenção terapêutica, todos eram sujeitos a trabalhos forçados.*²⁰

Nos meados do século XVII, o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão, com a internação no mesmo espaço de loucos, pobres, velhos, desempregados, doentes venéreos, libertinos, pais de família dissipadores, religiosos infratores, os diferentes em relação à ordem, à moral e à sociedade. Não se está aí para ser tratado, mas porque não se deve mais fazer parte do meio social. “O internamento que o louco, juntamente com muitos outros, recebe na época clássica não põe em questão as relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos.”²¹

O Iluminismo trouxe de volta o valor da razão, à influência dos gregos, e criticou com autoridade, desde a metade do século XVII, todos os produtos de processos estúpidos de pensamento ou ilusão e sonho, assim como as práticas que pudessem ameaçar a sociedade progressista.

Mas, conforme Porter, seria precipitado considerar essa separação entre racional e irracional em termos de poder e classe simplesmente, ou seja: “a razão como um instrumento para subordinar os pobres. Afinal, dentro da própria cultura de elite, a excentricidade tivera sua voga, depois conduzindo a idéias românticas de gênio louco e degenerescência de dândi.”²²

¹⁹ Michel Foucault, Ditos e escritos, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, p. 236.

²⁰ Michel Foucault, Ditos e escritos, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, p. 265.

²¹ Michel Foucault, Doença mental e psicologia, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 79

²² Roy Porter, Uma história social da loucura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990, p. 24.

O que se pode pensar é numa “linguagem social”, um conceito formado a partir do Iluminismo, que passou a considerar a estranheza e a inadequação ao mercado com pertencentes a um mesmo grupo de exclusão:

*Seja como for, a opinião pública, da época das Luzes em diante, prontamente identificava as atitudes e o comportamento dos elementos sociais marginalizados – criminosos, vagabundos, a ‘franja lunática’ religiosa – com falsidade e loucura. Foi fácil passar do conceito de que esses estranhos eram perturbadores para o de que eram perturbados, de considera-los ‘alienados’ em relação à sociedade bem-educada e assumir que eram ‘alheios’ ou ‘alienados’ na mente. Quanto mais elevadas as expectativas impostas pelo Estado ou a economia de mercado, maior a aparente divisão entre aqueles que estabeleciam e cumpriam as normas e os transgressores.*²³

Segundo Foucault, a sociedade burguesa constitui um microcosmo com vasta estrutura e valores, dentre os quais as relações Loucura-Desordem são centradas no tema da ordem social e moral. Segregar o louco para manter a ordem do sistema.

Com o Renascimento, a revolução científica e o Iluminismo, o mistério da loucura continuou e tais concepções não foram refutadas; mudou-se a atitude em relação aos loucos, através do surgimento da política de exclusão; o racionalismo de Descartes exila a loucura, no século XVII.

A percepção do homem clássico poderia parecer uma sensibilidade diferenciada à loucura, mas, para Foucault, trata-se de uma noção perfeitamente articulada, situada num período específico que privilegia a Razão, e que permeia obscuramente a institucionalização da loucura. O gesto do internamento, com seu poder de segregação,

*... organiza numa unidade complexa uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres de assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação.*²⁴

A pobreza, religiosamente vista como predestinação ou castigo, deve ser, no século XVII, suprimida. As casas de internamento tornam-se um “castigo moral da miséria”²⁵, loucura e doença mental se juntam. A experiência do patético desenvolve-se pela laicização da caridade, instituída pela Reforma Protestante; a condição de miserável não é mais promessa de salvação, mas obstáculo à ordem, deve ser

²³ Roy Porter, Uma história social da loucura, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990, p. 25

²⁴ Michel Foucault. *História da loucura na idade clássica*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 56

²⁵ Michel Foucault, *História da loucura na idade clássica*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 59

suprimida. O catolicismo logo adota essa postura, através de São Vicente de Paulo, em seu projeto de 1657. A dicotomia do internamento é explicitada pelos termos beneficência e castigo. A miséria perde o sentido místico. O louco é banido para junto dos pobres, vagabundos e deixa de vagar, deixa a peregrinação, “... ele perturba a ordem do espaço social.”²⁶ Ocorrem internamentos maciços, pois não se tinha a preocupação médica que se supõe ter hoje com a cura; era, antes, condenação da ociosidade e foi necessária por um “imperativo de trabalho”. O aumento da mendicância no século XVII era visto como a marca iminente do Apocalipse. Os hospícios eram instituições cuja “... tarefa era de impedir a mendicância e a ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens.”²⁷ Em toda a Europa, o internamento tem, nesta época, o mesmo sentido de limpeza moral.

A casa de internamento era o equivalente civil da religião e marcou um novo significado para a pobreza:

... o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de se integrar no grupo, o momento em que começa a inserir-se no textos dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido.”²⁸

Ao refletir a experiência da desrazão nos séculos XVII e XVIII, Foucault concebeu o surgimento da psicologia como uma criação própria da época, deflagrada por “uma série de acontecimentos que, embora casuais, encaixaram-se de tal modo que tornaram necessária uma concepção da loucura que seria impensável em qualquer outra época”²⁹, a loucura seria como patologia única, com explicações que fogem ao conhecimento positivo que rege as ciências, especialmente as da saúde.

A mudança no modo de ver a loucura segue a mudança no trato com a pobreza. O objetivo do internamento seria a eliminação de elementos heterogêneos ou nocivos, mas não somente isso. Há ligação entre a polícia do internamento, com seu conjunto de ordens e sanções, e a polícia mercantil. Para falar sobre o assunto é preciso conhecer

²⁶ Michel Foucault, *História da loucura na idade clássica*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 63

²⁷ Michel Foucault, *História da loucura na idade clássica*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 64

²⁸ Michel Foucault, *História da loucura na idade clássica*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 78

²⁹ Noronha, Nelson Matos de. *Doença mental e liberdade* Campinas, SP: Unicamp, 2000. (Tese de Doutorado) p. 71

“sobre que fundo de sensibilidade social a consciência médica da loucura pôde formar-se.”³⁰

Mal conhecida por séculos, na era clássica a loucura é apreendida como perigo para o Estado. Esta percepção teria se aperfeiçoado como doença da natureza. O ato de internar é gesto criador de alienação. Foucault pretende refazer a história desse processo de banimento.

Os internos em algumas casas eram divididos em pobres, inválidos, doentes, loucos. Os libertinos foram banidos para o exílio também, a fim de conservar os costumes que se formavam – a nova divisão entre o bem e o mal; neste caso, as paixões. Juntava-se o pecado contra a carne à falta de razão no mesmo espaço. “A loucura começa a avizinhar-se do pecado.”³¹ Une-se o desatino à culpabilidade. Segundo Foucault, a articulação medicina-moral é uma antecipação dos castigos eternos e um esforço em direção à saúde, pois para a ação religiosa de controle e repressão, os sofrimentos temporais eximem o pecador dos sofrimentos eternos. A repressão é a cura dos corpos e a redenção das almas, purificação. Castigos e terapêuticas são os meios empregados pelos asilos do século XIX. A era moderna, ao separar o amor racional do desatinado, submete este ao domínio da loucura, daí o castigo para a Devassidão e o homossexualismo.

Sagrado, na era moderna, é o casamento. Fora da moral da família, da exigência burguesa do contrato de casamento, está o desatino. “Num certo sentido, o internamento e todo o regime policial que o envolve servem para controlar certa ordem na estrutura familiar, que vale ao mesmo tempo como regra social e norma de razão.”³²

No século XVIII dá-se o trabalho aos internos e usa-se da mão-de-obra dos asilos; é a obrigação do trabalho que Deus recompensará.

O Hospital Geral chegou a abrigar 1% da população parisiense, com cerca de 6.000 internos. Os diretores dessas casas eram vitalícios de poder amplo, inclusive sobre a cidade. As casas de internamento substituíram os leprosários, tendo o papel de assistência e repressão, com pensões pagas pelo rei ou por sua família. Conforme Foucault, esses hospícios não só aprisionam, têm significação social, moral, religiosa,

³⁰ Michel Foucault, *História da loucura, História da loucura na idade clássica. 2ª ed.* São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 80

³¹ Michel Foucault, *História da loucura, História da loucura na idade clássica. 2ª ed.* São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 86

³² Michel Foucault, *História da loucura, História da loucura na idade clássica. 2ª ed.* São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 90

política e econômica; estas duas últimas conotações, inclusive, permanecem na contemporaneidade, pautadas pelo indicativo do trabalho:

*A ironia é que, nos hospitais psiquiátricos modernos, tratamentos pelo trabalho se praticam com frequência. A lógica que embasa essa prática é evidente. Se a inaptidão ao trabalho é o primeiro critério da loucura, basta que se aprenda a trabalhar no hospital para curar a loucura.*³³

No século XVIII aparecem novos conceitos, situando o louco no espaço entre a relação dele consigo e com o mundo. Havia o medo da emergência da loucura por fatores como a miséria e a repressão do governo. Na segunda metade desse século, se determina asilos especialmente para loucos e se começa a divisar mais claramente as manifestações da loucura. Protesta-se contra o internamento, um poder de imobilização que juntou os presos e os loucos, escandalizando a sociedade. Ao fim desse período, a crise econômica na Europa faz a miséria se separar das “condições morais” e abrem-se “depósitos de mendigos”. O espaço social da doença se vê renovado com o surgimento do hospital, local artificial da doença.

Pinel irá instaurar a prática de libertação para os internos com efeitos morais³⁴, afetando o comportamento de todos na instituição: silêncio para remeter a mente à noção de culpabilidade; reconhecimento pelo espelho desmistificador, na observação dos alienados; e julgamento perpétuo, em que a loucura julga a si mesma e sente o jugo de um tribunal exterior e também invisível. O médico é visto como supremo, mas o seu trabalho médico é apenas parte da tarefa moral para a cura do insano.

Segundo Foucault, a reforma instituída por Pinel nos asilos foi motivada pelo avanço do desenvolvimento industrial no século XIX quando se viu a significação da força de trabalho na sociedade, que levou ao início do entendimento da loucura como doença a ser tratada:

*... como primeiro princípio do capitalismo, as hordas de desempregados proletários eram consideradas como um exército de reserva da força de trabalho. Por essa razão, os que não trabalhavam, sendo capazes de trabalhar, saíram dos estabelecimentos (...), os loucos foram deixados dentro dos estabelecimentos e foram considerados como pacientes cujos distúrbios tinham causas que se referiam ao caráter ou de natureza psicológica.*³⁵

³³ Michel Foucault, Ditos e escritos, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.p. 266.

³⁴ Segundo Foucault, apenas liberou enfermos, velhos, ociosos e prostitutas.

³⁵ Michel Foucault, Ditos e escritos, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. p. 266.

Os hospitais e a psiquiatria iniciaram aí sua história como instituições de tratamento daqueles que não podiam trabalhar por motivos corporais ou não.

Foucault, em sua abordagem, não irá mais utilizar a psicologia como base de entendimento da loucura, mas buscará na experiência do contingente o modo como se constituem os discursos que tornam a loucura uma verdade. Na forma de exclusão da loucura existente em determinada sociedade estará o retrato de si própria, o reflexo das pressões, julgamentos e determinações na figura do louco – a expressão de sua verdade estará no modo de existência da loucura.

A loucura é como profanação religiosa: o sacrilégio está na insanidade e nas práticas supersticiosas. O internamento tem o papel de “conduzir de volta à verdade através da coação moral.” Não se deve afrontar a religião, pois a crença representa a ordem social. O internamento também favorecia, segundo os clássicos, a conversão dos ateus. A libertinagem subsiste no âmbito dos internatos como subserviência da razão aos desejos da carne e às paixões, e não como liberdade de pensamento. O internamento é situação de isolamento e divisão. “O classicismo formava uma experiência moral do desatino que serve, no fundo, de solo para nosso conhecimento ‘científico’ da doença mental”.³⁶ Aumenta o número de instituições de punição e exclusão, nos séculos XVIII e XIX, assim como proliferam escolas, prisões, indústrias e oficinas, entidades de normalização.

A mudança no estatuto médico, relacionada à produção de conhecimento remete, no século XIX a uma nova percepção do louco, agora ‘doente’. Ao privilegiar o nível da percepção, Foucault, na *História da loucura* desclassifica os saberes sobre a loucura, constituídos em torno do Positivismo e demonstra a existência de níveis de intervenção na sociedade, quando se fala da loucura:

*... há um projeto de intervenção material (porque ao nível do corpo) e moral (porque ao nível da conduta) na vida dos homens. (...) Dessa maneira, qualquer referência feita a conceitos na História da loucura está intimamente relacionada com forma de intervenção, formas de organização do espaço de reclusão, formas de relação de autoridade entre médico e doente.*³⁷

As casas de internamento desaparecem no começo do século XIX, por serem “remédio transitório e ineficaz”. As instituições da monarquia absoluta acreditam que a

³⁶ Michel Foucault, *História da loucura, História da loucura na idade clássica*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 107

³⁷ Ernani Chaves, *Foucault e a psicanálise*, rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988, p. 15.

virtude poderia reinar através de decretos, nos quais se estabelece a ordem. O asilo encerra o lado negativo da “cidade moral” – imposição forçada pela razão.

No século XX haverá a naturalização da loucura como doença e o Estado participará do processo de inserção do louco na sociedade, através de dispositivos legais, a fim de conferir-lhe cidadania.

Foucault afirmou ter tentado, em *História da loucura*, verificar se há uma relação entre a nova forma de exclusão (internamento) e a experiência da loucura, num mundo dominado pela ciência e a filosofia racionalista.³⁸ O autor observa coerência estrutural entre as formas de exclusão do louco, na linha do tempo, em diferentes sociedades.

Foucault toma o discurso como contexto e representação, linguagem e ação. Desta forma, as questões que nortearam a pesquisa foram relativas aos espaços em que a fala da loucura é oficialmente aceita; a arte como elemento pelo qual o discurso da loucura é aceito; as determinações sócio-históricas da utilização da arte na terapia de pacientes psiquiátricos.

Alguns, como a autora, consideram a loucura um tema instigante, estranho à compreensão racionalista; por isto, esta pesquisa tem o intuito de desvendar um mundo que se apresenta fascinante e misterioso, segundo Foucault.

Folia, em português, significa festa e, para os estrangeiros, loucura. Segundo Cavalcante:

... *folia vem do latim e deu estas duas vertentes [...] É nesta perspectiva que devemos compreender a loucura. Como algo de terrível e ao mesmo tempo de fascinante. Terrível porque se quer escapar dessa possibilidade. Fascinante porque atrai, nos faz curiosos. Seduz e ofusca. Encanta*³⁹.

O louco é visto, desde a Idade Clássica, como um Outro. No *Dictionnaire philosophique* de Voltaire, a loucura é assim definida: “doença dos órgãos do cérebro que impede necessariamente um homem de pensar e agir como os outros”⁴⁰. O louco, portanto, é aquele que apresenta um desvio quanto ao padrão de comportamento estabelecido.

³⁸ Michel Foucault, *Ditos e escritos*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, p. 163.

³⁹ Antônio M. Cavalcante. *Loucura e cultura: de tudo um pouco é bom*. In: *Folia: maldição dos deuses, doença dos homens*. Fortaleza, UFC, 1994. p. 37.

⁴⁰ Foucault, *História da loucura na idade clássica*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 183.

Segundo a psicóloga Maria José de Castro Nascimento⁴¹, “*A doença mental é um mistério. A medicina não explica como ela surge, não tem uma causa definida. Existe até uma leitura anímica da saúde mental, espiritualista mesmo, como é o caso de um trabalho desenvolvido na USP. Tem a explicação orgânica, a genética, mas não se tem uma conclusão sobre o surgimento da doença. Hoje se pensa que é 50% genético e 50% ambiental, ou seja, todos nós temos genes para o desenvolvimento de doença mental. O que vai decidir são as condições do ambiente em que vivemos. Em qualquer bibliografia sobre saúde mental se encontra essa definição.*”

Mas também a arte, como meio de expressão, aparece na história como transgressora da ordem. Assim, pelo seu caráter de transgressão da norma, a loucura estaria próxima à arte, pela concepção contemporânea que se tem desta. Existe inclusive a busca de inspiração de artistas na arte dos alienados.

Os loucos ocupam o tempo, no início do século XX, com tintas e papéis, o que resulta em composições inusitadas que passam a ser estudadas por médicos e pensadores. Os artistas tentam se apossar de elementos da construção pictórica deles e criam o surrealismo. Antonin Artaud, o teatrólogo, segue um caminho dubio, pois ao mesmo tempo em que é interno em sanatório, situação que perdura por dez anos, participa da criação desse movimento artístico, considerado de vanguarda. Vê-se a inter-relação entre loucura e arte e, em que ambas participam de um esquema de trocas e retroalimentação.

A importância desse trabalho é reforçada pela existência de um crescente número de pesquisas sobre as mudanças instituídas em torno da loucura no contexto sócio-político do final do século XX no Brasil; o interesse pelo parentesco entre gênio criador e loucura, e a fascinação, citada por Foucault, que os artistas chamados loucos despertam no público em geral, dada a popularidade de suas obras; e a dúvida entre a concepção teórica da loucura e a sua existência pragmática.

Trata-se de um tema em que se tem a chance de investigar o “humano, demasiado humano”⁴², sensível, imperfeito e único, e revelado sob diferentes formas de expressão, seja por intermédio das artes plásticas ou do uso da palavra.

Como delimitação do problema, escolheu-se o estudo sobre a fenomenologia da doença mental, termo utilizado por Foucault em *Doença mental e psicologia*, a fim

⁴¹ Conforme entrevista realizada em 12/12/2005 a Maria José de Castro Nascimento, psicóloga da *Enfermaria de Psiquiatria* do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – HC-UFU.

⁴² Expressão de Friedrich Nietzsche e título de um de seus livros

de pesquisar a realidade das terapêuticas endereçadas a ex-internos em sanatórios em relação à reforma psiquiátrica e ao contexto de exclusão apontado por vários autores⁴³.

Um dos objetivos principais foi investigar o contexto da loucura no final do século XX e o modo como os indivíduos tidos como “loucos” foram tratados nos hospitais, em relação ao contexto sócio-histórico. Foi empreendida a investigação da história da loucura nesse período através da percepção sobre a construção do imaginário que atravessa a institucionalização da loucura nas instituições psiquiátricas, avaliando como se dá a interação entre a instituição e a produção de uma subjetividade constituída, nesta abordagem, de sentimentos exacerbados e, por isto, considerados patológicos.

Os objetivos específicos se dividem em estudar a transformação do conceito de loucura na década de 90 do século XX, que identifica o louco como usuário dos serviços de atenção à saúde mental; analisar a objetivação da loucura no contexto sócio-histórico escolhido; e analisar as condições de utilização da arte no tratamento de pacientes psiquiátricos em Uberlândia.

Como trabalho de campo, o pré-projeto de mestrado foi entregue, em novembro/2002, para análise do Dr. Guilherme Gregório, então Diretor do Setor Psiquiátrico do Hospital de Clínicas da UFU, além de ser repassado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFU, que concedeu parecer favorável. Em setembro/2003 o Diretor do Setor Psiquiátrico foi entrevistado e soube-se da realização de reuniões clínicas específicas da psiquiatria das quais participamos no primeiro semestre de 2004.

O acesso a prontuários de ex-pacientes psiquiátricos não foi permitido, por questão ética; logo, não utilizamos dados de suas fichas, mas da fala legitimada dos profissionais de saúde mental, uma diferença em relação aos trabalhos que versam sobre a loucura, que tomam apenas o discurso psiquiátrico, sendo também este o motivo de se analisar conceitos e práticas no decorrer do texto. Pretendeu-se abordar o discurso dos aplicadores de arte terapia como “terapêutica alternativa” à terapêutica médica conservadora.

Observou-se que atividades de pintura, ao lado de outras como colagem em papel, cerâmica e teatro foram inseridas efetivamente a partir de 1996, com a

⁴³ Eleonora Haddad Antunes; Lucia Helena Siqueira Barbosa; Lygia Maria de França Pereira (Orgs). Michel Foucault. Roy Porter.

contratação efetiva de uma terapeuta ocupacional, enquanto que no período entre os anos 1991-1998, os usuários dos serviços de saúde mental contaram com oficinas específicas na Clínica de Psicologia da UFU. Trata-se de um desvio quanto ao objeto de pesquisa; apenas dezembro de 2004 foi verificado que a fonte para a consecução da pesquisa não era o Hospital de Clínicas, mas o Departamento de Psicologia, sob a égide do qual se realizaram as atividades arte terapêuticas, voltadas também a ex-pacientes do Hospital de Clínicas.

Tal desvio aconteceu em razão de entrevista realizada pela pesquisadora com a professora do Departamento de Psicologia e psicanalista Maria Lúcia Castilho Romera. Em final dos anos 80, Romera iniciou uma série de atividades com seus alunos⁴⁴ na Enfermaria Psiquiatria do HCU, com o objetivo de propiciar aos estudantes um contato mais livre com os pacientes. Tratava-se de uma forma didática de oficinas terapêuticas, num aspecto rudimentar do que viria a ser, posteriormente, tais atividades, regulamentadas por lei e atualmente oferecidas regularmente pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Na década de 90, a professora Romera inicia e coordena Oficinas Terapêuticas para os usuários na Clínica de Psicologia da UFU.

Tendo, assim, as atividades da Clínica de Psicologia no período 1991-1998 como objeto principal, segue-se para a pesquisa genérica sobre a “loucura” no século XX, tendo como ponto de partida as leituras das obras de Michel Foucault; quarenta anos após ter sido escrita a “História da Loucura na idade clássica”, o tema ainda suscita discussões nas diversas áreas que compõe as Ciências Humanas. Faz-se o levantamento sobre as práticas instituídas na Inglaterra, na França, na Itália e no Brasil. Concentra-se a pesquisa quanto às mudanças ocorridas após a década de 60, quando se inicia na Europa o movimento da Antipsiquiatria, no contexto dos movimentos sociais existentes e depois na década de 70, com a Reforma Psiquiátrica, com todo um movimento em prol do desasileamento, que atinge o ápice nos anos 80, quando o Brasil completa vinte anos de ditadura militar e luta pela redemocratização, por meio da eleição direta para os cargos executivos, o que coincide com a exigência da inclusão do paciente psiquiátrico na sociedade. Discute-se a demora na implantação de práticas terapêuticas mais humanizadas no setor psiquiátrico do Hospital de Clínicas e o contexto de realização das oficinas na Clínica de Psicologia que precedeu os CAPS, serviço de atenção à saúde mental atualmente encarregado de oferecer tais atividades terapêuticas aos usuários.

⁴⁴ Alunos do curso de graduação em Psicologia matriculados na Disciplina Psicopatologia.

Como bibliografia secundária, foi analisado o tema da loucura e a arte terapia percorrido por diferentes correntes filosóficas e científicas, como psiquiatria, psicologia, filosofia e história. Além disso, procurou-se observar o tema sob ângulos diferentes, através de visitas a alguns sanatórios e conversas com funcionários e pacientes, como o Museu da Loucura do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena; as entrevistas e o estágio de atendimento terapêutico realizado a Casa Transitória Espírita de Uberlândia, no período de dezembro de 2003 a março de 2004; visitas ao setor psiquiátrico do Hospital de Clínicas da UFU e o acesso a meios culturais para compreensão das diversas visões da loucura, seja como mito, doença, violência, transgressão, gênio, vício, e também a filmes e literatura sobre diferença, subjetividade e arte.

O trabalho se completa com as devidas análises sobre as fontes e a considerações a respeito das obras de Michel Foucault sobre “loucura”, sensibilidade e construção de subjetividade.

Enfim, discute-se a forma como se lida com a alteridade, no século XX; verifica-se que a construção de subjetividade é um tema tão atual quanto em Foucault, nos anos 80 e, portanto, merece continuar sendo refletida.

A contribuição que este trabalho viria trazer seria no sentido de levar ao conhecimento da sociedade uma visão filosófico-histórica sobre a loucura, ao apresentá-la como uma expressão cunhada para a exclusão dos indivíduos destoantes da norma. Tal discussão é proveitosa num período em que se debate sobre a aceitação das diferenças na sociedade, final do século XX e início do XXI. Apesar de tratar de fontes localizadas espacial e temporalmente num recorte bem delimitado, o tema é universal e remete a um contexto maior.

A justificativa para associar os termos “arte e loucura” é indicar a possibilidade do uso da arte como forma terapêutica para a loucura, ou seja, como forma de expressão. Entende-se ser possível, através dela, acessar algo da forma de expressão e, portanto, da exteriorização da identidade dos usuários, propiciando também a sua inserção social no grupo hospitalar e na sociedade, conforme reiterado em entrevistas pelas terapeutas ocupacionais que aplicam tal procedimento. A arte é uma forma de conhecer o usuário; tal afirmação é encontrada nas fontes orais e também nos textos estudados, enquanto que a sua posição em relação à loucura como doença ou como diferença são discursos que vão definir a terapêutica a ser adotada.

Ficam ainda questões relativas à liberdade da fala do louco nas oficinas terapêuticas, o que indica ser importante trabalhar posteriormente a expressividade da

loucura no período; a possibilidade das oficinas dos CAPS terem um efeito padronizador de comportamentos e a possibilidade de se ter subjetivação, entendida como a superação das influências que interferem na construção da própria identidade, nas oficinas para os usuários dos serviços de saúde mental.

Foi mantido o objetivo de investigar a “loucura” como forma de exclusão social, questionar a compreensão deste termo como doença e sua inclusão no meio social e pesquisar de que forma a arte pode ser utilizada como forma de expressão, ou comunicação dos usuários de sistemas de saúde, o que significa tentar responder às questões: “pode a loucura ser encarada simplesmente como uma forma de diferença e não como doença?” “A arte é um meio de expressão da diferença, comunica a igualdade ou é uma forma de terapia médica?” “Qual é o caminho feito pela loucura para tentar ser reinserida no contexto social?” “Como se fazem discursos sobre a loucura sob concepções diferentes, como doença ou como negação da norma?”

Ao realizar a discussão das fontes com a teoria estudada, foi buscada a ressonância nesta última das práticas realizadas com os usuários, a fim de identificar e relacionar os diferentes discursos dos profissionais, dos agentes de saúde e o discurso oficial do Estado.

A realidade da exclusão, tão presente no cotidiano de todos, reveste-se de uma capa mais mórbida ao adquirir o rótulo de doença. A importância deste olhar pelo prisma da história sobre a loucura como prática social consiste na própria contribuição da pesquisa para com um tema presente no imaginário popular – o louco como indivíduo perigoso, improdutivo e relegado ao isolamento.

Pretende-se entremear a abordagem do tema da loucura com os conceitos da nova história, segundo os quais a pesquisa histórica deve evidenciar a perspectiva do homem em seu tempo e em sua classe social, observando o aspecto qualitativo da pesquisa. Nesse sentido, pela perspectiva da história das mentalidades, estuda-se os elementos inertes e obscuros dentro de uma determinada visão de mundo, sem deixar de perceber a circularidade e a convergência entre a cultura subalterna e a dominante, considerado assim o aspecto político ressaltado por Foucault.

Para a composição desta proposta, cuidou-se de escolher um tema que pudesse ser investigado da maneira mais próxima possível, o que pode ser observado em razão de seu nascedouro recente e de sua característica local. Daí não se restringir o trabalho

apenas ao leito teórico, mas ao conhecimento das próprias condições do fenômeno terapêutico e social, tendo-se a pintura como forma de expressão da loucura.

A existência de comportamentos que representam um desvio em relação ao padrão socialmente estabelecido é, muitas vezes, considerada como sintoma da loucura, o que leva à psiquiatrização dos indivíduos, ocasionando-lhes traumas indelévels. Parte-se do entendimento da loucura como um conceito político, pois consiste numa forma de classificação dirigida para indivíduos que fogem à normalidade segundo aqueles que se julgam guardiões do palácio da razão.

Trata-se da tentativa de compreender as formas da noção de loucura arraigadas no imaginário. Questionar/purgar a própria racionalidade e seus poderes é também uma forma de compreender a construção do imaginário em torno da razão e da loucura.

Além de se mostrar como um desvio da norma, a loucura propicia um caminho para o auto-conhecimento, o qual se pode expressar por meio da arte ou pela fala.

Tendo em vista a preocupação da psiquiatria e da sociedade quanto ao processo de humanização terapêutica, com a condenação de práticas “invasivas”, como a lobotomia e a aplicação de eletrochoques, a fim de realizar o resgate do paciente para o meio social, compete a esta pesquisa investigar como, quando e por que ocorreu a mudança na terapêutica com ex-pacientes de manicômios e/ou atuais usuários dos Centros de Atendimento Psiquiátrico – CAPS, tendo como base a análise entre os discursos dos profissionais de saúde e a legislação; logo, trata-se dos âmbitos médico e estatal.

Em vista da grande quantidade de epígrafes e de citações de outros autores, inclusive nesta introdução, valem as próprias palavras de Foucault, no Prefácio de *História da Loucura*, escrito em 1960, para demonstrar respeito ao trabalho científico pelo qual foi possível esta empreitada.

*No decorrer deste trabalho, aconteceu de eu me servir do material que pôde ser reunido por certos autores. Todavia, isso foi o mínimo possível e nos casos em que não pude ter acesso ao próprio documento. (...) E, talvez, a parte mais importante desde trabalho, em minha opinião, seja o lugar que eu tenha deixado ao próprio texto dos arquivos.*⁴⁵

A estrutura da dissertação constitui-se, inicialmente, de uma distribuição que propicie o entendimento didático do tema sem, contudo, realizar um aprofundamento

⁴⁵ Michel Foucault, *Ditos e escritos*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.p. 160.

nas várias áreas envolvida, o que significaria fazer um texto extremamente extenso e que pecaria por perder o foco da questão. Assim, se indica a existência de abordagens diversas em torno da loucura: a linguagem mítica em torno da loucura, a loucura como prática social e como doença, ao passo que a arte aparece como linguagem, forma terapêutica e inserção social, conforme a perspectiva em que se tome o tema.

Assim, no primeiro capítulo, apresenta-se o discurso de profissionais de saúde em torno da loucura vista como transgressão à norma e a finalidade das terapêuticas a partir dessa concepção. Ressalta-se que a própria perspectiva pela qual se vê a loucura irá guiar a forma como a arte será colocada à disposição dos usuários dos sistemas de saúde.

Compõe o segundo capítulo a abordagem da loucura como elemento a ser reinserido na cena social através da terapêutica artística, a partir da fala de profissionais de saúde, em diálogo com teóricos e a legislação que rege a saúde mental, importantíssima para o entendimento do cenário da loucura no século XX.

No terceiro capítulo, trata-se do desenvolvimento do saber médico no hospital, a clínica, as terapêuticas e o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, que possibilitou a inserção da arte terapia nos tratamentos psiquiátricos, além da discussão com as fontes sobre as mudanças na prática psiquiátrica.

Apontamos, como tema para desenvolvimento posterior, a discussão sobre a maneira que ocorre a construção de subjetividade do louco no contexto das oficinas terapêuticas em Uberlândia através de financiamento da rede de saúde mental.

Finalizamos dizendo que a fala da loucura é novamente aceita no meio social através de um movimento dos profissionais da saúde, respaldado pela Lei, que possibilita o seu retorno, depois de silenciada pelo saber médico. Enfim, entendemos como a arte se constitui numa terapia da psique. Estudávamos o filósofo das relações e por fim verificamos que na própria trama da saúde mental estava seu desenlace: na relação consigo mesmo e com o outro, na inserção social, na construção da subjetividade e na sensação de pertencimento a um grupo que possibilitasse ao *louco* o encontro da própria identidade.

CAPÍTULO I – LOUCURA COMO TRANSGRESSÃO E INCÔMODO

*Embora os críticos gostem de desempenhar-se dessa tarefa,
os próprios artistas parecem estar menos interessados
pelo significado da arte que produzem.*

Viktor Lowenfeld e W. Lambert

Durante as oficinas de desenho e pintura, e na busca de estabelecer contato com a realidade, ao mesmo tempo se envereda pela possibilidade de reinserção e de reconhecimento do ser que age, mas também se pode entender a loucura como forma de transgressão à ordem estabelecida. Neste capítulo são elencadas abordagens relativas ao modo de entendimento da loucura como relacionada a diferença, incômodo e fascínio.

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia utiliza um processo medicamentoso de tratamento. Através do movimento de luta antimanicomial, foi aberta uma brecha para a participação de outras formas terapêuticas no cuidado com o paciente psiquiátrico, como é o caso da arte terapia, iniciada aproximadamente nos anos 80, através da psicóloga e professora Maria Lúcia Castilho Romera e institucionalizada pelo Hospital de Clínicas somente a partir de 1996, com a contratação da Terapeuta Ocupacional da Psiquiatria.

TERAPIA OCUPACIONAL E ENTENDIMENTO DA DIFERENÇA

Segundo Flávia do Bonsucesso Teixeira⁴⁶, o tratamento no Hospital de Clínicas é feito basicamente pelo viés biológico: *“Na UFU eles têm ainda uma visão muito biológica da loucura e as outras terapias entram como se fossem... apêndices. A prática não é considerada como um dos tratamentos, o tratamento é o medicamentoso, o resto é figuração. Esta é a visão que eu tenho dos anos que eu trabalhei e de acompanhar a formação dos residentes.”*

Sobre o início das atividades artísticas junto com os internos, Teixeira não tem informações mais claras: *“Eu não tenho esse registro, comecei lá em novembro de*

⁴⁶ Entrevista concedida em dezembro/2004 por Flávia do Bonsucesso Teixeira, graduada em 1991 pela UFMG, especialista em Sociologia. Trabalha com Terapia Ocupacional desde 1991. Foi docente da Uniube de 2000 a 2003 e docente de disciplinas da área de Saúde Mental na UFPR (Terapia Ocupacional aplicada à Saúde Mental), além de orientadora de estágios em 2003 e 2004. Atualmente faz doutorado em Antropologia. Trabalhou no HC da UFU de 1996 a 2000 como terapeuta ocupacional.

1996. *Entrei no ápice de uma crise, foi quando a psicologia estava rompendo com a psiquiatria e saindo da enfermaria. Então eu cheguei nesse cenário, final de mandato, a Dra. Miriam Andraus era chefe do Departamento de Psiquiatria.*”

Teixeira, que antes trabalhava em CAPS, se mostra contra a exposição das obras dos pacientes: *“Eu sempre trabalhei na perspectiva de que o desenho e a pintura também são uma linguagem que pode ser lida pelo terapeuta ocupacional. Então importa o papel que eu use, importa o tipo, a cor, como ele fez e isso não é pra ficar exposto. Eu sou muito contra exposição de trabalhos, nisso eu e o Rui Chamone concordamos; ele também era contrário e fez o Museu do Inconsciente, mas não pensando na exposição do trabalho do paciente como uma forma de ‘olha, ele é doido, mas ele consegue fazer.’”*

A primeira exposição de arte produzida por esquizofrênicos em Londres foi inaugurada pelo Dr. Kenneth Robinson, que mais tarde se tornou Ministro da Saúde e promoveu conferências sobre arte e doenças mentais em 1955. A publicidade em torno da exposição levou à afluência do público para aquela primeira exposição na Inglaterra e gerou um grande impacto: *“Geralmente, as pessoas espantavam-se diante da competência gráfica dos trabalhos, sobretudo porque a maior parte dos pacientes que os produziam não contava com nenhuma orientação.”*⁴⁷ Enquanto isso, os intelectuais avaliavam a similaridade de tais obras com características da arte modernista.

*No início dos anos 60, os médicos Basaglia, Volmat, Vinchon, Delay e Minkowsky participam do ‘II Colóquio Internacional sobre a Expressão Plástica’, em Bolonha (03 a 04/03/1963) onde apresentam trabalhos cujos temas variavam desde a influência das drogas psicotrópicas sobre a expressão até estudos da linguagem figurativa de crianças deficientes. Além disso, debateram a expressão plástica dos doentes mentais e a criação artística em geral.*⁴⁸

No Brasil, a divulgação da arte dos loucos por Osório César e depois por Nise da Silveira, nos anos 40, teve repercussão nacional nas décadas que se seguiram, culminando com exposições de arte dos alienados em museus e na formalização da Escola Livre de Artes Plásticas do Juqueri (ELAP) em 1956, onde se ensinava desenho, pintura, cerâmica e escultura aos pacientes com vocação artística.

⁴⁷ Edward Adamson, A arte e a saúde mental, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 124

⁴⁸ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998.p. 26.

Conforme Ferraz, na ELAP os pacientes passavam por uma espécie de teste, no qual era oferecido a eles lápis e papel, a fim de verificar se possuíam vocação artística, a qual poderia ser desenvolvida posteriormente.

*Segundo Osório César, as funções da ELAP buscaram atingir três finalidades: a arte-terapia, a pesquisa (acompanhamento e análise dos trabalhos) e o artesanato. Dessa forma, alcançar tais objetivos significava atingir a cura e a reabilitação, principalmente esta, que não depende apenas dos indivíduos, mas da aceitação social em sua reintegração.*⁴⁹

Para Osório César, haveria dois fatores que levariam os internos a se expressarem artisticamente: “... o fator de ordem interna, a própria doença que retira do convívio social e ‘cria um mundo seu, onde vive autisticamente’, e os fatores de ordem externa, constituídos pelo ambiente e as pessoas com as quais convive.”⁵⁰ Este psiquiatra entendia que a exposição das obras dos internos tinha um fim para seu projeto psicosocial, o de levar o paciente a participar do meio social, através de suas obras, e o estético, o que o faz trabalhar pela divulgação dos resultados do trabalho com os pacientes ao público em geral. Várias exposições das obras dos artistas do Juqueri foram realizadas em São Paulo e em Paris, o que se configurou numa intervenção social e cultural, gerando críticas de especialistas em arte. Conforme Ferraz, Osório César combatia publicamente o conceito de “arte patológica” criado em 1950 na França, por considerar a arte um confronto à doença e não a sua forma de manifestação.

A exposição dos trabalhos dos pacientes sempre foi incentivada pelo psiquiatra Osório César, um dos pioneiros na terapia pela arte no Brasil. Inclusive, para abrigar a produção dos artistas do Juqueri, foi criado em 1985 o Museu Osório César, no Complexo Hospitalar de Franco da Rocha que reúne milhares de obras dos 35 pacientes-artistas que freqüentaram a Escola Livre de Artes do Juqueri. A curadora Maria Heloísa Ferraz participou como supervisora técnica do movimento de organização das peças e em 1986 trabalhou na estruturação do Ateliê de Arte no Juqueri. Ferraz explica a missão do ateliê como possibilidade de comunicação do paciente com o orientador artístico e o grupo, o trabalho com o imaginário e a conscientização do valor cultural do que produzem.

Dentro do espaço do Ateliê, nossa preocupação é dar condições para o paciente poder expressar-se livremente, aprender a lidar com os

⁴⁹ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 83.

⁵⁰ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 83.

*materiais e meios artísticos e retirar deles seus elementos de criação, ao mesmo tempo que exercita sua atenção ao grupo e à arte produzida por eles ou outras pessoas. (...) Finalmente, pretende-se com essas atividades fazer com que os pacientes aprendam a lidar com seu imaginário e a tomar consciência do valor cultural de seus trabalhos, ou seja, mostrar que por intermédio da arte podem integrar-se ao mundo externo.*⁵¹

As obras produzidas pelos pacientes servem para a comunicação deles entre si, com os orientadores e até com os visitantes do Ateliê. Segundo Ferraz, Osório César foi um pioneiro nas ações de arte com doentes mentais no Brasil e as realizou baseado numa teoria “... que se fundamentava na auto-expressão, a partir dos trabalhos espontâneos, e que visava a um processo terapêutico e de reabilitação social.”⁵²

Adamson considera que as razões para se promover a exposição de trabalhos artísticos feitos por esquizofrênicos são, sobretudo, didáticas, e não estéticas. Em relação à equipe médica, as pinturas sobre delírios de perseguição, por exemplo, podem identificar como o doente se sente e contribuir para que os profissionais o tratem com maior tolerância, a partir de uma compreensão do problema que o paciente enfrenta em seu mundo interior, talvez povoado por delírios de perseguição estampados nas paredes e objetos.

As obras dos doentes mentais também geram diversos impactos nos leigos, desde a verificação de semelhanças de situações e emoções que ambos enfrentam e dissolução de preconceitos até conclusões sobre a sua capacidade intelectual em realizar tais criações.

*As emoções expressas nos quadros são freqüentemente muito identificáveis. A insegurança é uma constante. Os observadores espantam-se com a possibilidade de identificar o limite preciso da loucura. A pintura é uma maneira gráfica de ilustrar o fato de que os doentes mentais estão ainda envolvidos em situações pelas quais nós já passamos, mas que conseguimos resolver. Além disso, as exposições eliminam a influência nociva da forma com que a loucura é apresentado nos filmes de terror, e retiram da loucura o lado ridículo e engraçado. Ainda hoje confunde-se doença mental e retardamento. Muitas vezes me perguntam: ‘como é que essas pessoas puderam pintar esses quadros?’, com se a pessoa que faz a pergunta se considerasse diferente dos autores dos quadros. Talvez, inclusive, as pessoas sensíveis e inteligentes sejam mais sujeitas às doenças mentais do que as de inteligência mais limitada.*⁵³

⁵¹ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 111-112.

⁵² Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 124.

⁵³ Edward Adamson. *A arte e a saúde mental*, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.p. 132.

Já a Terapeuta Ocupacional Teixeira considera isso uma exposição excessiva da história do paciente: *“Seria a mesma coisa que eu colocasse um microfone na sala do psicólogo com o megafone ligado lá fora, é contar do mesmo jeito, ele está contando pra mim no desenho. Então é preciso ter muito cuidado pra perceber isso.”*

O objetivo da utilização específica da pintura e do desenho também se liga à tentativa de uma estruturação mental do paciente e a comunicação dele consigo e com o exterior, como explica Flávia do Bonsucesso Teixeira: *“Uma forma de estabelecimento da linguagem. É a forma de apreensão de uma linguagem, principalmente num momento de crise porque o pensamento está muito desestruturado e aí há possibilidade de organizar esse pensamento com as atividades é muito grande.”*⁵⁴

Teixeira fala da organização dos desenhos, conforme a mente do produtor, quando se percebe a posição real do indivíduo, que pode ser diferente de sua verbalização. *“Eu me lembro de uma paciente que simulava um quadro de suicídio, de depressão em que ela ia suicidar e aí ela foi pra sala da TO e aí o desenho dela cheio de coração, cheio de flores, aí nós fomos pra reunião de equipe: ‘olha, nós estamos preocupados porque ela ta verbalizando isso’, eu falei ‘ela está verbalizando isso, mas ela expressa outra coisa, então vamos prestar atenção no que está acontecendo entre a palavra e o fazer’. Então a gente conseguia muito avaliar o paciente, é um instrumento de avaliação, de melhora, porque a gente conseguia seguir o pensamento dele.”*

Para Jorge, a atividade terapêutica não se resume a uma ocupação do tempo, a um fazer pelo fazer, mas tem um objetivo:

*... o ato de fazer traz, em seu bojo, necessariamente, o pensar. E o pensar traz consigo a necessidade de comunicar, o que pode se dar de forma explícita, clara, ou de forma implícita, velada. Ninguém faz só por fazer. Faz-se alguma coisa em busca de outra. E a busca será sempre a do instrumento adequado do discurso e do prazer. Nessa busca, muitas vezes dificultada por tantas variáveis, se empenham o cliente e o TO.*⁵⁵

A TO é outra maneira de lidar com a realidade: *“A TO busca prevenir e/ou corrigir os defeitos e ‘mortes’ que o ócio e o abandono geram para o indivíduo; procura, pelo trabalho criativo, fazer novos hábitos sociais, criar novos contatos com a realidade, numa nova auto-imagem.”*⁵⁶

⁵⁴ Entrevista concedida por Flávia do Bonsucesso Teixeira em 1º/12/2004.

⁵⁵ Rui Chamone Jorge, Chance para uma esquizofrênica, Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1980. p.19-20.

⁵⁶ Rui Chamone Jorge, Chance para uma esquizofrênica, Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1980. p. 22.

Jorge também afirma a TO como forma de expressão e organização:

*Pintar livremente atua de forma direta, tanto na organização individual como sobre a organização social. Ao pintar, o sujeito busca representar seu ideal, expressar sua visão de mundo, das coisas e das pessoas, mesmo quando ele afirma que vai desenhar o que está objetivamente vendo na realidade exterior.*⁵⁷

Sobre os resultados observados na aplicação dessas técnicas, Teixeira⁵⁸ afirma servir à elaboração de conteúdos internos e à expressão de conteúdos não evidenciados por outras formas de comunicação; e, muitas vezes, a TO aparece como agente principal: *“Olha, trabalhando como TO eu percebi que não é um coadjuvante para o tratamento, muitas vezes a TO é o principal tratamento, o coadjuvante é a medicação. A medicação é necessária para que ele possa fazer, mas quem está realmente trabalhando o conteúdo do delírio, o conteúdo da loucura, está sendo trabalhado via expressão.”*

Observamos que a arte é uma forma de recuperar as vozes do sujeito histórico, é uma alternativa ao modelo médico que imprime tratamentos físicos aos pacientes. Para a sua instalação como terapêutica, houve influências de Basaglia, do Movimento de Luta Antimanicomial, da mídia, de protestos de artistas “loucos” e da cultura, além do progresso dos tratamentos e pesquisas em psicologia, tanto é que, Uberlândia, a aplicação da arte terapia a pacientes psiquiátricos se dá por intermédio de psicólogos, tanto na rede municipal de saúde quanto na Clínica de Psicologia.

Sobre o tempo que é destinado a terapêutica ocupacional e o modo como são realizadas, Teixeira afirma depender da instituição e do espaço disponível para a realização de atividades. Muitas vezes, a organização externa influi na organização interna, como se pode entender no seguinte trecho: *“Geralmente a gente trabalha com uma hora, mas paciente psicótico, em surto, dificilmente se consegue segurar uma hora. Na UFU eu trabalhava todos os dias. No natal havia toda a perspectiva de decoração daquele espaço deles de circulação. Nós enfeitamos a árvore com bombons Sonho de Valsa e Serenata de Amor e a aposta geral era que não daria certo. E, realmente, o lado que a enfermagem não colaborou, nós colocamos num dia, no outro tinha sumido todos os bombons. Agora na enfermaria de crise, onde você espera a desorganização e por isso uma possibilidade menor de cuidar, ficou até o dia 25, tudo*

⁵⁷ Rui Chamone Jorge, Chance para uma esquizofrênica, Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1980. p. 51.

⁵⁸ Entrevista concedida por Flávia do Bonsucesso Teixeira em 1º/12/2004

intocado, ninguém mexia e eles mostravam pra todo mundo que ia lá: ‘olha o que é que nós fizemos’. Tínhamos discutido que dia 25 eles poderiam tirar o bombom e dar pra família. Num processo de crise ainda é possível conseguir uma organização externa. À medida que se organiza externamente, são dadas informações pra essa organização interna também .”

Em relação à emergência psiquiátrica, mais conhecida como “crise”, pode-se compreender situações de crise e emergência (agitação delirante e maníaca); agitação do paciente não-psicótico (transtornos da personalidade, histeria); depressão e bloqueio psicomotor catatônico.

Segundo Teixeira, a colocação de limites também é observada como terapêutica: *“Eu acho que a atividade é fundamental nessa perspectiva da informação que ela dá para o paciente, de limite... eu tinha um paciente muito interessante, ele podia tudo, então tudo que eu trabalhava com ele eu margeava com barbante, pra ele trabalhar dentro. Ele não dava conta! Ele passava por cima, ele rasgava o barbante, tinha uma dificuldade imensa de trabalhar dentro do limite e ele era assim em outras esferas também da vida, então a gente trabalhou muito com ele essa questão do limite, da norma e a atividade ajudou muito nesse sentido, nessa organização.”*

Teixeira exemplifica o tipo de terapêutica a ser ministrada em relação aos resultados que se quer e ao tempo disponível para a sua realização: *“Quando se fala de hospital, é muito comum ouvir falar de horta. Quando eu cheguei na UFU, me falaram: ‘ah, faz uma horta pros pacientes’. Eu falei ‘não, não vou fazer horta porque com horta você trabalha com paciente de longo prazo.’ Então o quê que me interessa plantar com um paciente que não vai colher? Quando você tem uma longa permanência, uma permanência média, dá pra pensar em termos de uma cenoura, de 45 dias, beterraba, aí você vai calculando quanto tempo e o que você vai plantar porque não faz sentido nenhum plantar simplesmente por plantar e o destino que vai ser dado a eles.”*

Teixeira considera complicado realizar uma reinserção através do trabalho, como se pensava no início da TO, uma vez que esta é uma forma capitalista de ver o indivíduo, segundo ela. Também é possível se levar o indivíduo a participar da sociedade através do lazer. Mas a visão da Terapia Ocupacional como estritamente relacionada a trabalho é bem antiga. Segundo Finger, desde o ano 2000 a.C. já se utilizava a ocupação e a diversão para o tratamento do humor. Ocorrem no mundo algumas oscilações da ocupação terapêutica, ligada a pressões econômicas e

subestimação de tais atividades. Da segunda metade do século XVIII até o início do XIX, a ocupação foi uma forma de tratamento na Espanha, Estados Unidos, França, Inglaterra e Itália. As primeiras escolas de Terapia Ocupacional são abertas nos Estados Unidos em 1915, no Canadá em 1926 e na Inglaterra em 1930. Em 1948 a profissão foi reconhecida, e criada em 1951 a Federação Mundial de Terapia Ocupacional.

Observa-se que desde o início a TO esteve ligada à terapêutica de pacientes psiquiátricos no Brasil, pois se inicia com as oficinas de sapataria, marcenaria, florista e desfiação de estopa para o tratamento dos doentes do Hospício D. Pedro II, em 1854. A terapêutica teve como propulsor o Diretor do Serviço de Assistência a Psicopatas, Juliano Moreira, que

... em 1911 criou uma colônia para mulheres em Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, onde a terapêutica pelo trabalho passou a ser executada com maior extensão. Entretanto, foi com a criação da colônia Juliano Moreira em Jacarepaguá que o tratamento tomou grande impulso, principalmente o trabalho de horti e fruticultura. Em 1946 foi criado no Rio de Janeiro o Serviço de Terapêutica Ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional, cuja direção ficou ao encargo da Dra Nise M. da Silveira. A finalidade deste serviço era a de beneficiar o doente com uma ocupação livremente escolhida, metodicamente dirigida e só eventualmente útil ao hospital.⁵⁹

Conforme Finzer, das várias conceituações existentes, o Ministério da Saúde regulamenta a profissão como relativa a restauração, desenvolvimento e conservação da capacidade mental do paciente através de artes aplicadas e recreacionais, reabilitação profissional como treinamento adaptativo, entre outras atividades. “A Terapia Ocupacional é a arte de ensinar através das atividades e é um estudo integrado dos fatores psicológicos, físicos e sociais.”⁶⁰ Um termo muito utilizado em relação a Terapia ocupacional é “experiência praxiterápica”.

Mário Catão Guimarães afirma a utilidade da terapia ocupacional como coadjuvante no tratamento psicofarmacológico ou biológicos e reforça a importância da presença de um elemento neutro na aplicação das atividades:

É do conhecimento de todos que lidam com pacientes que, toda expressão pessoal de sentimentos e pensamentos, sejam estes comunicados por meio de palavras, gestões, representação, pintura, escultura, enfim, qualquer veículo de expressão possível de ser utilizado pelo homem, quando transmitidos a alguém cuja resposta é neutra, incentivadora e não destrutiva, e feita de maneira freqüente, a

⁵⁹ Jorge Augusto Ortiz Finger, Terapia ocupacional, São Paulo: Sarvier, 1986. p. 4.

⁶⁰ Jorge Augusto Ortiz Finger, Terapia ocupacional, São Paulo: Sarvier, 1986. p. 11.

*um mesmo indivíduo ou grupo, gera modificações importantes na personalidade, em geral, no sentido melhor.*⁶¹

Na experiência de Teixeira, foram encontradas dificuldades enfrentadas quanto a conseguir espaço para a realização de atividades esportivas, vinculadas a uma inserção social pelo lazer: *“Eu fiz um trabalho no ambulatório de Araguari e a inserção era pelo lazer, então eu consegui fazer um time de futebol, nós conseguimos que eles tivessem natação, fizessem hidroginástica, então pacientes que nunca tinham visto uma piscina na vida. E quando o secretário de saúde liberou pra mim a quadra, liberou na sexta-feira ao meio-dia, quando não tinha ninguém, porque ele tinha medo do que ia acontecer. Quando nós conseguimos vencer essa barreira, nós já tínhamos os horários de uma, duas, três e ainda tinha campeonato com as outras pessoas que entravam no time e aí eu acredito muito na inserção pelo lazer, eu acho que é uma outra esfera da vida que fica muito comprometida e aí é mais fácil dizer da esfera do trabalho.”*

Teixeira aborda a ação alienante do trabalho, como é o caso do trabalho parcelar: *“O que me interessa fazer com que o paciente faça metade de uma bola que ele não sabe onde vai parar nem o que vai ser, entendeu? Isso é alienante, não estou colaborando com ele nisso. Você vê muito trabalho parcelar com presos, que a empresa manda uma parte do produto pra ele fazer e ele devolve aquela parte feita, ele não tem nem controle e nem conhecimento das técnicas e nem do produto final, e ele nem é dono do produto, então isso é alienante. A Terapia Ocupacional teve uma vertente que eu considero bastante alienante. Foi uma aliada grande principalmente nas grandes instituições nesse processo de personificação do paciente. Hoje os terapeutas ocupacionais trabalham de uma forma bem distinta.”*

Segundo Teixeira, o início da Terapia Ocupacional foi vinculado à reinserção pelo trabalho em detrimento à reabilitação pela arte, de Nise da Silveira: *No Brasil ela vem na década de quarenta, dentro daquele conjunto de ações que a ONU promove pensando nos refugiados de guerra, então era muito pensando na reabilitação pelo trabalho. Mas quando a TO chega, já existia o trabalho da Nise da Silveira, que foi totalmente desconsiderado na literatura. Nise da Silveira hoje entra na literatura, mas ela foi muito deixada à parte e aí o olhar da reabilitação foi muito forte na terapia ocupacional e aí a reabilitação se dava pelo viés do trabalho. Naquele momento era*

⁶¹ Catão Guimarães, Prefácio. In: Rui Chamone Jorge. Chance para uma esquizofrênica, Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1980. p. 15

necessário que isso acontecesse. Agora, hoje, se a gente disser que um sujeito só se reabilita pelo trabalho, a gente tem que internar um monte de gente.

As mudanças na TO começam em 1970, com outras correntes de pensamento: *Tem, a partir de 70, quando os profissionais da TO começam a sair pra fazer os seus pós-doutorados, doutorados e mestrados vão ser muito influenciados pela filosofia e pelo marxismo, então a Léia Beatriz foi a primeira a defender, a dissertação de mestrado dela chama “Terapia Ocupacional – lógica do capital ou do trabalho”. Então você começa a perceber as críticas: “olha, isso a gente não está fazendo mais; não é essa a perspectiva da Terapia Ocupacional, de ocupar o paciente pra que ele não dê trabalho pro médico; ocupar o paciente, a perspectiva do resgate de um sujeito através da atividade, isso é possível? Há um espaço pro paciente falar a partir da atividade.”*

Sobre a vinculação entre loucura e arte, esta possibilitaria a ligação do paciente com a realidade. Segundo Crowcroft, a perda de contato completa com a realidade é rara.⁶² *“Ninguém delira que é gari da prefeitura, então é sempre com mais, então assim, você vai observando nos delírios que eles têm importantes laços com a realidade e que se expressam através da pintura, da colagem, no desenho. Então é oportunizar esses laços com a realidade, eu acho que a atividade faz isso”,* afirma Teixeira.

É falso o mito de que o doente ignora sua loucura. Ele tem uma consciência original sobre sua doença, tomada no interior dela mesma, ou seja, inserida no processo. *“A maneira pela qual um sujeito aceita ou recusa sua doença, o modo pelo qual a interpreta e dá significação a suas formas mais absurdas, tudo isto constitui uma das dimensões essenciais da doença.”*⁶³

Essa consciência também se lança em direção a um mundo patológico de estruturas existenciais com características singulares, em que há perturbação, percepção das formas temporais, espaciais, do mundo social e cultural e da própria esfera individual. As formas temporais referem-se às noções sobre iminência de catástrofes, fragmentação, saltos, repetição do tempo, noção de eternidade, passado que não passa.

Nas formas espaciais, as distâncias desmoronam-se – visões e vozes que sabe-se estarem longe aparecem aqui, num quase-espço; os objetos se aproximam e distanciam, misturam-se; em outros casos, o espaço torna-se insular e rígido, os objetos perdem seu índice de inserção, não podem ser utilizados, não têm vínculo com os

⁶² Andrew Crowcroft, *O psicótico*. Compreensão da loucura. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.P. 134.

⁶³ Michel Foucault, *Doença mental e psicologia*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 58.

demais; daí a importância dos muros, de tudo que fecha e protege em função da ausência de unidade interna nas coisas.

Quanto ao mundo social e cultural, o outro passa a ser o Estranho; há estranheza diante da linguagem e do corpo do outro, da certeza de existência dele; distanciamento de um universo inter-humano; os símbolos adquirem a gravidade dos enigmas; ou então há pseudo-reconhecimentos, em que os outros são um Outro maior, com máscaras que escondem um mesmo perseguidor.

Na perturbação da esfera individual, o próprio corpo deixa de ser o centro de referência e altera-se, torna-se espesso, “... tende a uma objetividade na qual a consciência não pode mais reconhecer **seu** corpo”⁶⁴, o sujeito se sente máquina impulsionada por uma exterioridade misteriosa; ou se tem uma consciência plena do corpo que extenua-se até ser consciência de uma vida incorporeal, “... e esta vida, que não é mais do que consciência de imortalidade, esgota-se numa morte lenta que ela prepara pela recusa de qualquer alimento, de qualquer cuidado corporal, de qualquer preocupação material”.⁶⁵

O delírio, como expressão de si, pode ser extremamente organizado, com uma forma racional perfeita, só que exagerada, segundo Teixeira. *“Ele tem sua própria lógica interna e é preciso ter um tempo pra se entender, pra saber o que ele representa, porque muitas vezes a ansiedade de se conter o delírio é tão grande que você não consegue nem chegar a perceber o paciente delirando porque a medicação atinge de uma forma muito violenta. Então, quando você pega um paciente delirando, é muito interessante sim, que conteúdo tem e como isso se expressa no desenho.”*

Teixeira exemplifica o uso da TO para trabalhar o delírio e a forma como o paciente encara o processo a fim de resolver o problema interno, e não a aplicação da arte apenas com a finalidade de se ter um bom resultado, à primeira vista, ou uma verbalização que o faça compreensível: *“Eu tinha um paciente maravilhoso, ele desenha belíssimo, então todo mundo queria que ele desenhasse. Então, quando eu cheguei, eu troquei de atividade, coloquei ele na cerâmica. Então todo mundo falou “nossa, mas ele faz tão bem os desenhos”. Falei “gente, ele só delira nos desenhos, e era mesmo só super-herói e ele era o super-herói, falei “olha, ele está o tempo todo reverberando em cima de um delírio, vamos tentar tirar esse núcleo dando pra ele uma atividade que*

⁶⁴ Michel Foucault, Doença mental e psicologia, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 66. Grifo no original.

⁶⁵ Michel Foucault, Doença mental e psicologia, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 66.

seja tridimensional, que é ele que vai fazer, que tenha a ver com a vida dele.” Aí eles ficaram meio assim mas toparam. E aí um dia nós chegamos e perguntamos: “e aí, você está melhor?” Ele falou “não, tô muito ruim”. Aí: “mas por que?”, “ah, eu não subo mais pelas paredes.” Então assim, o critério nosso de estar bom pra ele não estava, então era muito interessante.” O que vale, portanto, é a maneira de tratar o conflito interno; neste caso, através da cerâmica.

PSICOLOGIA E PSIQUIATRIA

A professora Maria Lúcia Castilho Romera⁶⁶, juntamente com os colegas da Clínica Psico, promoveu pela primeira vez um evento em Uberlândia que reuniu arte e psicanálise, nos anos 90. Ela também levava os alunos da disciplina Psicopatologia à enfermaria de Psiquiatria, a partir dos anos 80, com fins didáticos. Em suas aulas, Romera questionava o significado de “loucura”, com base na filosofia de Michel Foucault. *“Eu comecei a verificar que o espaço oficial, formal não traria pra mim e para os alunos a dimensão da loucura que eu queria ensinar; traria a dimensão da doença mental, então os alunos aprenderiam acerca da doença mental mas não aprenderiam acerca da loucura porque nem sempre a loucura foi doença mental.”*

O indivíduo se faz, também, no nível singular, ou seja, tem características próprias, além das determinadas pelas condições ambientais e econômicas da nação em que sobrevive. “Está o objeto da psicologia de tal maneira entrelaçado na história que o papel do indivíduo não é redutível a simples função das condições econômicas.”⁶⁷ Fala-se, então, de um campo energético humano, que por certo é responsável pela questionada motivação para o trabalho.

Para Horkheimer, a fim de uma devida compreensão da realidade, é primordial a utilização do estudo de fatores psíquicos. O funcionamento de uma organização social ou a manutenção de outra em declínio são condicionadas psiquicamente. “Particularmente, o mais importante numa análise de determinada época histórica é conhecer as forças e disposições psíquicas, o caráter e a capacidade de mudança dos membros dos diversos grupos sociais.”⁶⁸

⁶⁶ Entrevista concedida em 8/12/2005 pela psicanalista e professora Dra. Maria Lúcia Castilho Romera, Docente do Curso de Psicologia da UFU.

⁶⁷ Max Horkheimer, Teoria crítica, São Paulo: Edusp, 1990, p.20.

⁶⁸ Max Horkheimer, Teoria crítica, São Paulo: Edusp, 1990, p.21.

Foucault expõe amplamente em *Doença mental e psicologia* sobre a dificuldade do doente em relação ao tempo e ao espaço; sua consciência está desorientada, obscurecida, limitada, fragmentada, o que desencadeia reações que parecem exageradas e violentas. A doença não é só ausência de condutas, aptidões e memória, “a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vêm preenchê-lo.”⁶⁹

Romera⁷⁰ ministrava aulas também teóricas em torno da desmistificação da doença mental, mergulhando no campo filosófico: *“Então eu tentava transmitir algo da crítica a esse sistema classificatório decorrente do positivismo, do iluminismo com Michel Foucault, que era uma leitura árdua e eu contei nessa época com a ajuda preciosa do Tiago Adão Lara⁷¹, que era uma figura sempre presente nas aulas de Foucault pra ajudar a gente a pensar. O texto “Doença mental e psicologia” foi várias vezes discutido com o Tiago, pra ajudar a pensar e problematizar a questão da doença mental.”*

O livro *Doença mental e psicologia* é preenchido por exemplos de casos estudados por vários autores, a seguir é apresentada a evolução da noção de neurose segundo Freud como regressão individual, a interpretação de Jackson sobre a doença, tendo a infra-estrutura cerebral como base física da consciência e a de Janet quanto a regressão do doente a formas arcaicas de comportamento, com linguagem, gestos e imaginação destoantes.

Estas análises, segundo Foucault, situam-se nas fronteiras do mito da substância psicológica (libido, força psíquica) em evolução ou regressão, ou da identidade entre o doente, o primitivo e a criança. Em seguida, analisa a insuficiência destas grandes linhas explicativas da doença mental. Segundo a análise de Noronha, estas linhas, “... ao invés de descreverem a doença mental nos termos negativos de deficiências, ressaltam os conflitos entre o passado e o presente do indivíduo e entre sua existência interior e sua existência exterior.”⁷²

A diferença e a relação entre evolução patológica e história individual é determinante para o entendimento das teorias psicológicas. “A evolução psicológica integra o passado ao presente numa unidade sem conflito (...); a história psicológica

⁶⁹ Michel Foucault, *Doença mental e psicologia*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 24.

⁷⁰ Entrevista concedida em 8/12/2005.

⁷¹ Ex-professor da UFU.

⁷² Nelson Noronha, *Doença mental e liberdade*, Campinas, SP: Unicamp, 2000. (Tese de Doutorado) p. 64.

ignora uma junção semelhante do anterior e do atual.”⁷³ O devir psicológico une ambas; o erro da psicanálise e de algumas das psicologias genéticas seria não ter apreendido a junção das dimensões da evolução e da história no psiquismo. Freud acede a esta última com a noção de libido, unindo-a a todo um mundo de simbolismo.

O chamado louco tem a necessidade de se defender do presente, por isso se protege e foge dele; assim, a defesa psicológica é uma consequência histórica; e em torno desta teoria da defesa desenvolve-se a psicanálise. “Assim como o medo é reação ao presente exterior, a angústia é a dimensão afetiva desta contradição interna.”⁷⁴ Afirmar-se a doença a partir de uma ligação entre presente e passado em que não existe uma integração progressiva.

Sobre a diferença entre loucura e doença mental, Maria Lúcia afirma um conceito relacionado à diferença, concordando com a linha mestra desta pesquisa: “*A história das idéias mostra que a sociedade, a cada momento, tem que denominar de alguma forma aquilo que lhe é exterior, diferente. E isso é a loucura, o homem se desconhece na sua totalidade e ele estranha aquilo que ele acha que não é dele. Em algum momento, isso foi denominado doença mental e se configurou no campo da medicina como uma doença a ser tratada e curada. Não é que está errado, só que não podemos tratar como sendo o único modo de conceber as nuances emocionais, afetivas e conflitivas do ser humano.*”

Para Foucault, a psicologia da evolução deve ser completada pela psicologia da gênese que descreve o sentido atual das regressões. Evitar ter como modelo as fases biológicas para encontrar as significações psicológicas pelas quais se ordenam as condutas mórbidas.

A loucura exige um novo tipo de análise, muito diferente das ciências da natureza, da análise discursiva, da causalidade mecânica, da história biográfica de encadeamentos sucessivos e determinismo em série. Uma análise sobre a própria existência, para além das manifestações da doença, a compreensão fenomenológica a partir do interior da experiência, embora a doença mental resista a qualquer compreensão. Assim ocorre com fenômenos como a irrupção de imagens na consciência e outros, “como estes ‘meteoros psíquicos’ que só podem explicar-se por uma ruptura do tempo da consciência, pelo que Jaspers denomina uma ‘ataxia psíquica’; finalmente são estas impressões que parecem tomadas de uma matéria sensível totalmente estranha

⁷³ Michel Foucault, *Doença mental e psicologia*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.p. 29.

⁷⁴ Michel Foucault, *Doença mental e psicologia*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.p. 50.

a nossa esfera: sentimento de uma influência por campos de forças ao mesmo tempo materiais e misteriosamente invisíveis, experiência de uma transformação aberrante do corpo.”⁷⁵ A compreensão da consciência doente e a reconstituição do seu universo patológico são as tarefas de uma fenomenologia da doença mental.

O mundo mórbido não é explicado pela causalidade da história psicológica, mas esta só é possível porque esse mundo existe. Mas seria preciso interrogar sobre a noção de “mundo mórbido” de mundo do homem normal para entender como o indivíduo abandona a realidade:

*Mas esta existência mórbida é marcada, ao mesmo tempo, por um estilo muito particular de abandono ao mundo: perdendo as significações do universo, perdendo sua temporalidade fundamental, o sujeito aliena esta existência no mundo onde resplandece sua liberdade; não podendo deter-lhe o sentido, abandona-se aos acontecimentos; neste tempo fragmentado e sem futuro, neste espaço sem coerência, vê-se a marca de uma destruição que abandona o sujeito ao mundo como a um destino exterior. (...) Nesta unidade contraditória de um mundo privado e de um abandono à inautenticidade do mundo, está o cerne da doença.*⁷⁶

O internamento toma a significação médica com a reforma de Pinel, Tuke, Wagnitz e Riel, símbolos, na medicina, do advento humanista e da ciência positiva. O asilo ideal, montado por Tuke em York, tem a característica de uma quase-família, no qual o louco é submetido a um rígido controle social, moral e uma dependência comuns à vida familiar, de modo a incutir no louco uma culpabilidade. O médico, agente de sínteses morais, faz mais um controle ético do que uma intervenção terapêutica.

As práticas médicas referentes à loucura na idade clássica eram psicológicas e físicas ao mesmo tempo; foram tomadas por Pinel e seus sucessores num contexto repressivo e moral, como a ducha e a máquina rotatória, ambas de caráter punitivo.

A partir desse momento, a loucura deixou de ser considerada um fenômeno global relativo ao corpo e à alma, por meio da imaginação e do delírio e passa a ser visto como relativo à psique, à interioridade.

Romera⁷⁷ reconhece a necessidade de a psicologia estar mais próxima do fenômeno e da subjetividade: “Então era essa a dimensão que eu entendia que devia ser dada no curso de Psicologia para os psicólogos tratarem mais da psique e não do

⁷⁵ Michel Foucault, Doença mental e psicologia, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 57.

⁷⁶ Michel Foucault, Doença mental e psicologia, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 68-69.

⁷⁷ Entrevista concedida em 8/12/2005

comportamento, porque a psicologia, como se fundou como ciência positiva, examinando o comportamento, ela alijou do seu campo de pesquisa os fenômenos que não eram visíveis e a subjetividade é visível através de outra perspectiva que não a simplesmente sensorial, existe uma série de procedimentos para a captação disso que não são dados pelo experimentalismo.”

Se antes havia o castigo e a exclusão como marcas da relação com a loucura no nível exterior, agora a loucura se insere no sistema de valores e das repressões morais, no qual ela se acha ligada ao erro, de caráter interior; daí, a psicopatologia é comandada pelos temas das relações da liberdade com o automatismo; fenômenos de regressão e estrutura infantil das condutas; agressão e culpa.

Esta vinculação da psicologia com a esfera moral impede a experiência direta com a loucura, no que ela se apresenta como porta ao conhecimento de si mesmo.

Esta experiência da Desrazão na qual, até o século XVIII, o homem ocidental encontrava a noite da sua verdade e sua contestação absoluta vai tornar-se, e permanece ainda para nós, a via de acesso à verdade natural do homem..⁷⁸

Romera se referenciava num discurso de proximidade para com o paciente/doente mental, alimentada durante a sua formação profissional/educacional, de forma a dar espaço também ao discurso dele. Nesta proximidade, o objetivo era a comunicação: *“O que eu queria era transmitir para o aluno um conhecimento que eu vinha adquirindo desde a graduação que era o contato mais livre com o doente mental, o menos formal possível. Na época que eu fazia graduação era quase proibido para o psicólogo trabalhar com psicótico porque eles entendiam que o psicótico só podia ser tratado com remédio pelo psiquiatra. Eu fui tendo contato, felizmente, com pessoas e até com psiquiatras que pensavam de uma maneira um pouco diferente, que era possível trabalhar com aquele discurso ínfimo do psicótico, mas com conteúdo delirante, que o delírio transmitia alguma forma de comunicação do que ele sentia, da visão de mundo.”*

Integrada com as mudanças na psiquiatria, Romera teve contato com comunidade terapêutica, uma experiência também precursora dos atendimentos extra-hospitalares e além do modelo médico: *“Acabei fazendo uma residência na Clínica Pinel, em Porto Alegre depois que eu acabei o meu curso e lá eu convivi de uma forma*

⁷⁸ Michel Foucault, *Doença mental e psicologia*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 85-86.

diferente com os doentes mentais, trabalhando mais na direção da ‘loucura’, de Michel Foucault, com comunidade terapêutica e também com a psicanálise. Foi aí que eu descobri que a psicanálise, apesar das limitações da psicanálise em relação ao trabalho com psicótico, mas ela tinha avançado muito, se comparada aos progressos da psicologia experimental, que tinha se restringido mesmo ao observável e aos animais. Então a psicanálise, não com Freud que quase não falou a respeito da psicose, mas tinha feito com Lacan, com Melanie Klein e Jung trabalhos e teses sobre psicose dentro de uma outra perspectiva que não a do modelo médico.”

A comunidade terapêutica seria cooperativa de habilidades intelectuais e recursos emocionais; na base da terapia social está o conceito de cultura, que carrega as tradições e valores de uma comunidade. Segundo a definição clássica, a comunidade terapêutica seria um centro terapêutico com a participação diária dos seus membros entre si mesmos, tanto equipe de saúde quanto pacientes⁷⁹.

A melhora do paciente pode ocorrer com a realização de trocas entre o subjetivo e a realidade exterior organizado adequadamente para transmitir a sensação de segurança:

O ego desorganizado do psicótico é assaltado por fantasias e problemas de comunicação realista, tanto com o mundo exterior quanto interior, problemas decorrentes de sua dificuldade em distinguir entre a fantasia e a realidade. (...)A fim de ajudá-lo, devemos dar-lhe tantas oportunidades quanto possível de ‘testar a realidade’; ou seja, permitir que ele compare suas experiências subjetivas com a realidade do mundo verdadeiro.”⁸⁰

Entre as características que o ambiente deveria oferecer ao paciente para ajudá-lo na restituição do ego, conforme Crowcroft, estaria o convívio com outros pacientes e com uma equipe médica que o apóie no sentido de viver efetivamente. Para voltar ao mundo exterior o paciente precisaria encontrar bases na comunidade que lhe assegurem desenvolvimento e sobrevivência, com otimismo realista.

Crowcroft afirma que a loucura tornou-se mais aceitável ao ser encarada como doença em substituição ao estigma que apavorava médicos e leigos anteriormente. Assim, o restabelecimento das relações sociais só traz benefícios ao paciente:

Sabemos hoje que o ambiente social pode contribuir para a terapia – auxiliando ou prejudicando a recuperação. Os novos métodos de tratamento da psicose procuram, entre outras coisas, evitar uma

⁷⁹ Andrew Crowcroft, *O psicótico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.P. 185

⁸⁰ Andrew Crowcroft, *O psicótico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. P. 186.

*ruptura social, que é a causa mais comum das internações. Por um lado, o hospital para doentes mentais necessita modificar sua função social; em vez de oferecer apenas uma espécie de proteção estéril, deve proporcionar situações sociais terapêuticas. Por outro lado, as atitudes populares relacionadas com as doenças mentais precisam ser transformadas, caso nossa sociedade não queria oferecer condições antiterapêuticas.*⁸¹

A terapia social faz parte da Psiquiatria Social que, segundo Crowcroft, se refere aos estudos quanto ao meio hospitalar e às experiências com comunidades terapêuticas, a pesquisa epidemiológica, ecológica e as influências interculturais.

A inserção do usuário na sociedade também foi defendida por Crowcroft como forma de permitir o contato com uma parte da mente que permanece sadia, enquanto que a internação prolongada pode ser prejudicial, pois impede a comunicação com o meio social. Tais idéias posteriormente foram defendidas pelo movimento da reforma psiquiátrica. Em se tratando de arte terapia, várias são as atividades que possibilitam o contato do usuário com o meio social como as exposições de obras produzidas pelos pacientes ou as apresentações artísticas.

A terapia social consiste na personalização das relações entre usuários, médicos e enfermeiras; é uma terapêutica democrática, onde a comunicação entre os vários envolvidos no processo hospitalar é livre. Neste tipo de prática hospitalar, com reuniões periódicas da equipe médica, há constante reavaliação das capacidades dos pacientes. Verificamos a ocorrência de reuniões clínicas deste tipo no Setor Psiquiátrico do Hospital de Clínicas de Uberlândia. A importância psicológica desta prática seria sua característica de ser voltada para a reabilitação social:

*... onde todos os contatos feitos pelo paciente são avaliados em função de seus efeitos terapêuticos – contatos com as enfermeiras, com os terapeutas ocupacionais, no clube social dos pacientes, na sala de música ou de arteterapia. O paciente recebe a responsabilidade, tão logo esteja em condições de gozá-la, de organizar atividades sociais ou entregar-se a certas atividades.*⁸²

Observamos que a prática psiquiátrica em Uberlândia, numa espécie de terapia social, se completa com o amparo da rede de saúde mental, que inclui atualmente os CAPS e as unidades de saúde, enquanto que o Hospital de Clínicas é o gestor do processo.

⁸¹ Andrew Crowcroft, *O psicótico*, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.p. 11.

⁸² Andrew Crowcroft, *O psicótico*, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.p. 179.

Na comunidade terapêutica ideal, segundo Crowcroft, entende-se a importância do apoio social, a fim de diminuir as consequências sociais da doença e diminuir a sua intensidade. A opção pela prioridade das relações, como forma terapêutica de atendimento, é realizada por ser neste item que o psicótico encontra dificuldades. Neste sentido também trabalham os CAPS, como centros de convivência e atividades para o usuário.

No Brasil, desde o ano 2000 tem-se o apoio oficial a práticas no sentido de humanizar o atendimento aos pacientes psiquiátricos, o que seria uma adaptação da terapia social que Crowcroft cita. Trata-se do Pnhah – Programa de Humanização da Assistência Hospitalar, através de grupos de trabalho de humanização, nos hospitais.⁸³ Seria mais uma forma de apoio social ao usuário, além do oferecimento de cuidados de saúde.

Ao lado da terapia social, também surgem novas práticas em torno do entendimento da saúde mental. Assim, no final dos anos 80, a professora Maria Lúcia C. Romera possibilitava aos alunos de psicologia o contato direto com os pacientes psiquiátricos: *“Estávamos entrando no ambiente médico e havia pouco espaço para o psicólogo, então o espaço que tinha e era o mais legal era o do pátio, onde havia contato com o público. Era no canto do bloco e aberto, tinha só cerca e as pessoas passavam na rua. Dava problema, às vezes as pessoas passavam e tinham medo, pediam pra fechar, tanto é que fecharam depois.”*

Nesses contatos dos alunos com o meio psiquiátrico, brotaram as atividades terapêuticas informais, guiados pela experiência de Romera com atelier terapêutico e grupo operativo: *“Os alunos foram pra lá e começaram a fazer o que era possível: conversar, cantar, às vezes um aluno tocava violão. Não tinha a idéia de ‘oficinas de arte’, não tinha esse conceito. Eu trazia um conceito de atelier terapêutico que eu tinha visto em Porto Alegre, além de grupos operativos.”*

O atelier terapêutico visava a expressão e a comunicação entre o grupo e o paciente. *“E o atelier ia criar uma condição pra que os pacientes tivessem recursos expressivos e que nós tivéssemos, através desses recursos, mais chance de comunicação. E era isso, qualquer instrumento era um objeto de transição pra comunicação.”*⁸⁴

⁸³ Conforme <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=30> em 8/1/2005 – 18:00 h.

⁸⁴ Entrevista concedida em 8/12/2005 por Maria Lucia C. Romera.

Segundo Carvalho⁸⁵, as oficinas criativas de arteterapia podem seguir um roteiro a iniciar-se com a sensibilização, que é o estabelecimento, para o paciente, de uma relação diferenciada consigo e com o mundo; a seguir vêm as etapas de expressão livre e a elaboração da expressão, na qual o paciente faz a leitura mental da obra e reelabora os conteúdos que apareceram no momento da atividade criativa; a transposição para a linguagem, quando o sujeito usa a linguagem verbal para comentar o trabalho realizado; a avaliação, em que o sujeito revê o processo realizado na oficina, como uma experiência que pode ser útil em seu movimento interno.

A arte terapia engloba várias modalidades artísticas, como a modelagem em cerâmica, escultura, colagem, pintura.

*Durante as sessões, são trabalhadas as cores através de modalidades artísticas. Cada modalidade tem propriedades terapêuticas inerentes e específicas, cabendo ao arteterapeuta construir um repertório de informações adequadas a cada uma, com o intuito de adequar essas modalidades e materiais às analogias e tipos clínicos atendidos. Quanto mais materiais e técnicas possíveis, mais possibilidades são abertas às expressões e a criatividade através das cores.*⁸⁶

Conforme Carvalho⁸⁷, a utilização de cores em arte terapia, além de possibilitarem a expressão do sujeito, favorece a criatividade e espontaneidade, pelo desenvolvimento dos processos mentais de elaboração, de flexibilidade, de originalidade e de fluência, facilita o auto-conhecimento e a expansão da estrutura psíquica do indivíduo e promove a socialização, pela interação e compartilhamento de experiências.

Vários foram os trabalhos realizados durante essas atividades de campo com os alunos de Romera, com o apoio da enfermagem: *“Pintura, sessão de poesia, trabalhos manuais de acordo com o que os pacientes sabiam – se alguma paciente sabia fazer tricô, ela levava – era muito espontâneo a constituição desse lugar. Nessa época, um enfermeiro, o Luís, ficou muito interessado nessa forma de trabalhar e começou a fazer aulas de ginástica toda manhã, porque no horário da manhã os pacientes tinham dificuldade de acordar e tinha um remédio para dar às sete horas.*

⁸⁵ Dina Alice Carvalho, Contribuições da Arte Terapia no Tratamento de pacientes Portadores de Transtornos Mentais, Goiânia, 2003. (Monografia de Especialização em Arte Terapia Holística – Universidade Potiguar/RN e Alquimy Art/SP) p. 26-29.

⁸⁶ Dina Alice Carvalho, Contribuições da Arte Terapia no Tratamento de pacientes Portadores de Transtornos Mentais, Goiânia, 2003. (Monografia de Especialização em Arte Terapia Holística – Universidade Potiguar/RN e Alquimy Art/SP) p. 31. Grifos no original.

⁸⁷ Dina Alice Carvalho, Contribuições da Arte Terapia no Tratamento de pacientes Portadores de Transtornos Mentais, Goiânia, 2003. (Monografia de Especialização em Arte Terapia Holística – Universidade Potiguar/RN e Alquimy Art/SP) p. 30-31.

Esse enfermeiro revolucionou porque tirou a roupa de enfermeiro e pôs a roupa de ginástica e os pacientes começaram, a família a trazer alguma roupa quando tinha, porque havia paciente muito pobre lá. Quando não, alguém dava uma roupa. Aí, não sei como, ele arrumou colchonetes de academia e transformou o pátio interno numa academia matutina. Foi a melhor época de entrosamento da Enfermagem com a Psicologia porque a gente tinha essa idéia comum, não era nada elaborado, mas a idéia de que as atividades ajudariam nas relações cotidianas dos pacientes. Fizemos alguma atividades juntos.”

As atividades realizadas tentavam modificar uma situação institucional de fechamento, com formas de tratamento arraigados⁸⁸: *“Depois disso, o professor Sérgio Kodato começou a desenvolver um estágio com alunos da Psicologia, com o propósito de maior organização. Tinha o diário de bordo, os pacientes ajudavam a fazer as anotações, os psicólogos também, porque era o jeito de quebrar a forma instituída de fazer os relatórios. Os prontuários eram quase ininteligíveis; então no diário de bordo, quem quisesse, escrevia, registrava o que quisesse e era mais acessível que os prontuários. Então eu acho que foi um momento muito importante pra criar uma certa crise e as pessoas começarem a pensar de um outro jeito aquela situação do hospital, que era um pouco fechado demais.”*

A experiência na Enfermaria do HCU também permitiu o contato com os médicos, com o objetivo de produzir modificações no ambiente hospitalar, segundo Romera. *“Eu fiz vários anos essa experiência porque também aproximava os médicos dos psicólogos. Os médicos davam algumas aulas, eu dava outras aulas, as perspectivas eram diferentes. O Tiago chegou a ir lá também. Era uma coisa meio louca colocar Michel Foucault dentro do hospital, parece que é uma coisa que não combina. No entanto, acho que é a intervenção, a ação que pode realmente criar alguma crise, mas não que a gente saiba pra onde tem que ir, porque o sofrimento que aqueles pacientes expressam é muito grande.”*

Romera aborda os motes da antipsiquiatria para mostrar que o tratamento medicamentoso é válido, mas não deve ser o único modo de lidar com o paciente: *“Então, falar só que a loucura não é sinônimo de doença mental e que a doença mental tem que ser questionada é muito complicado porque as pessoas sofrem muito e a gente não pode desconsiderar esse sofrimento. E o psiquiatra tem uma ajuda efetiva nisso. Há*

⁸⁸ Entrevista concedida em 8/12/2005 por Maria Lucia C. Romera.

um momento em que a pessoa não tem condição mesmo de se reconhecer no mundo e ela precisa de uma ajuda medicamentosa. E eu não acho que o remédio seja errado, eu acho que é errado pensar que só o remédio pode ajudar a pessoa a viver em condições mais humanas. Então, foi um momento muito frutífero, a gente trabalhava com várias coisas e fomos meio que criando uma condição de mais familiaridade do psicólogo com a psiquiatria, com os doentes mentais. Nesse período eu fazia o mestrado viajando.”

A este respeito, Foucault se coloca não contra a psiquiatria, mas denuncia o processo de medicalização instituído sobre os pacientes, que não teve a vantagem de modificar a posição ocupada pelo louco na sociedade, a exclusão observada tanto em sociedades primitivas como avançadas; o remédio seria a marca da transformação do louco em doente.

Não busco negar a psiquiatria, mas essa medicalização do louco produziu-se bem tarde historicamente, e não me parece que este resultado tenha exercido uma influência profunda sobre o status do louco. Além disso, se essa medicalização produziu-se foi, como eu disse há pouco, por razões essencialmente econômicas e sociais: foi assim que o louco foi identificado ao doente mental e que uma entidade chamada de doença mental foi descoberta e desenvolvida. Os hospitais psiquiátricos foram criados como alguma coisa simétrica em relação aos hospitais para as doenças físicas.⁸⁹

Ao contrário de Foucault e concordando com Romera sobre os benefícios da utilização de medicamentos, encontramos o médico Deepak Chopra, que une conhecimentos da medicina conservadora aos saberes indianos. Vemos que, mesmo adepto da cura mente-corpo, Chopra se pronuncia a favor de terapia medicamentosa para os doentes mentais.⁹⁰

A capacidade dos modernos psicotrópicos – as drogas influenciadoras da mente que aliviam os principais sintomas de doenças mentais como depressão, manias, ansiedade e alucinações – é muito maior do que a de qualquer tratamento existente no passado. A psiquiatria química provavelmente estará alinhada ao lado de sua oponente, a medicina mente-corpo, formando a revolução médica do nosso tempo. Ela tem apresentado sérios resultados clínicos para confirmar isso, inclusive com numerosas indicações de que os desequilíbrios químicos do cérebro estão diretamente ligados a doenças mentais.⁹¹

⁸⁹ Michel Foucault, *Ditos e escritos*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.p. 266.

⁹⁰ Deepak Chopra é um médico indiano, com clínica nos Estados Unidos, fundador da Associação Americana de Medicina Védica, baseada nas antigas tradições indianas, que se situa fora da medicina conservadora.

⁹¹ Deepak Chopra. *A cura quântica – o poder da mente e da consciência na busca da saúde integral*. São Paulo: Ed. Best Seller. s/d. P. 47.

Mesmo assim, Chopra afirma a capacidade da força do mundo subjetivo gerar e curar a doença, como pretende a arte terapia:

*O corpo possui muitas substâncias químicas (literalmente, milhares delas) produzidas em padrões espantosamente complexos, que surgem e acabam rapidamente, quase sempre em frações de segundo. O que controla esse fluxo constante? Não podemos desvincular a mente da união mente-corpo.*⁹²

Afora toda a tradição ocidental da separação bipolar de Descartes, tão intrincada no falar cotidiano, exemplificada na expressão “homem-máquina” em torno da qual se edificou a medicina, mente-corpo aparecem, nas pesquisas desse médico indiano estabelecido na América, como partes completamente interligadas que sofrem e geram conseqüências reciprocamente.

A psicóloga Maria Lúcia C. Romera parece concordar com esse ponto de vista de que existe uma correlação mente-corpo e que a medicação pode ser utilizada juntamente a outros procedimentos terapêuticos. Sobre as idas e vindas do modelo médico, ela cita o período em que interrompeu a atividade docente para seguir os estudos e outras professoras continuaram o trabalho com os alunos e pacientes. *“Aí eu interrompi essa atividade para fazer o doutorado, acho que em 88, com liberação e algumas psicólogas continuaram, muitas coisas foram feitas. Houve momentos de recrudescimento do modelo médico, no sentido de ser eminentemente médico o serviço e outros momentos em que havia abertura para psicólogo, artista plástico, mas sempre teve esse movimento de outros profissionais por ali.”*

A sua idéia, agora, era de montar atividades terapêuticas em psicologia, coincidindo com o discurso do movimento de luta antimanicomial: *“Quando eu voltei, achei que deveria instituir um serviço na Psicologia. A idéia inicial era que os pacientes, depois do período de internação - já começava um questionamento grande das internações longas, que os pacientes ficavam dois meses no hospital, então tinha que ter internações mais curtas e serviços ambulatoriais, que hoje é a realidade que se coloca mais, preferencialmente o atendimento ambulatorial e não a internação.”*

Romera aproveitou o espaço da Clínica de Psicologia para criar as oficinas terapêuticas. *“Então eu pensei que seria legal criar um serviço na Psicologia, pensei em fazer os ateliês terapêuticos. Só que quando eu fui dar esse nome, a clínica de*

⁹² Deepak Chopra. *A cura quântica*. São Paulo: Ed. Best Seller. s/d. P. 49.

Psicologia firmou convênio com o SUS, que não tinha essa nomenclatura, a que tinha era ‘oficina’. Foi por isso que começou essa história de oficina, que começamos na clínica de Psicologia da UFU, com intercâmbio com a Psiquiatria, que durou de 91 a 98.”

As atividades desenvolvidas na Clínica de Psicologia se tornaram possíveis através de repasse de verbas pelo SUS, conforme a legislação que altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental. Como “política pública se faz conhecer quando se define o seu financiamento”⁹³, os discursos pela introdução de práticas alternativas à terapia medicamentosa e asilar puderam passar à prática através desta portaria pela qual foram incluídos na tabela de remuneração do SUS novos procedimentos na atenção em saúde mental, como os atendimentos em Núcleos de Atenção Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS), além do atendimento em Oficinas Terapêuticas, definidas como:

*Atividades grupais (no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de 2 (duas) horas, executadas por profissional de nível médio [ou superior], através de atividades como: carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina. Serão realizadas em serviços extra-hospitalares, que contenham equipe mínima composta por quatro profissionais de nível superior, devidamente cadastrados no SAI para a execução deste tipo de atividade.*⁹⁴

A equipe das Oficinas Terapêuticas era composta por profissionais de diversas áreas, como os da psicologia, agronomia, artes plásticas, assistência social e música. Embora não contasse com psiquiatra nas Oficinas, os pacientes continuavam com atendimento regular ambulatorial, em outros locais. *“Era uma oficina para pacientes neuróticos e psicóticos graves da cidade toda, com uma situação difícil de resolver. Eu costumava dizer, quando perguntavam que tipo de paciente costumávamos atender, que eram pacientes que acham difícil levar a vida, que têm um jeito muito diferente de ser.”*

Havia reuniões com ministrantes e estagiários de psicologia, agronomia e artes em que se discutiam as dificuldades enfrentadas na realização das oficinas: *“Foi muito difícil implantar porque os pacientes não tinham esse jeito mais próximo do que a gente reconhece como normal, então às vezes caíam na cadeira, a secretária me chamava. A*

⁹³ Anexo I da Portaria/SNAS 189 de 19/11/1991.

⁹⁴ Portaria/SNAS 189 de 19/11/1991.

reunião era imprescindível porque o jeito de conduzir a oficina era de acordo com o que ia aparecendo de resultado e de demandas.”⁹⁵

Esta característica de uma equipe multiprofissional aliada às demandas advindas dos próprios pacientes motivou a realização de atividades variadas durante o período das oficinas: *“Nós tínhamos viveiro e vendíamos vasilhinhos; fizemos oficina de petiscos, então uma nutricionista da universidade foi ensinar a fazer sanduíche que era vendido. A oficina era voltada para a necessidade que surgia. Tinha uma goiabeira, a gente fazia doce de goiaba pois tinha muita goiaba caindo lá e os moleques entrando pra pegar; precisava de cuidados higiênicos, então fomos chamar a nutricionista.”*

Algumas vezes, o estado dos pacientes chamava atenção para que fosse realizada uma oficina específica: *“Aí os pacientes começaram a vir muito sujos, porque tem esse problema de banho, de cuidado pessoal, então fomos fazer uma oficina de cuidado pessoal. Aí uma paciente, junto com uma estagiária deu o nome de espelho mágico. A paciente queria fazer alguma coisa que tivesse a foto do antes e do depois, mas teria que ter uma cabeleireira de peso. Então fui na D’arc e uma das cabeleireiras topou. A gente comprou um lavatório e nós fizemos o programa, ela deu o curso numa semana. A idéia não era transformar o paciente num cabeleireiro, a idéia era dar noções de higiene dentro de uma qualidade boa. E aí fizeram os cuidados das unhas, a gente pôs um chuveiro na clínica, o paciente às vezes chegava sujo e a gente via se ele queria tomar banho, nada forçado. Se ele queria continuar sujo... mas as pessoas também tinham o direito de falar que estava cheirando mal, agora se ele quisesse tomar banho, tinha o chuveiro. Então tinha paciente lavando a cabeça dos terapeutas, cortando cabelo.”*

Havia também o risco de se trabalhar com ferramentas e objetos cortantes, que foi contornado pela equipe: *“Essa coisa dos objetos cortantes, tem muito preconceito, mas a gente tinha cuidado, não só com essa oficina, mas a oficina de agronomia, que tinha instrumentos mais pesados. Teve episódio de agressão que a gente teve que bolar um jeito de controlar essa violência que às vezes escapava.”*

O trabalho de Romera na coordenação das Oficinas serviu para disseminar entre os alunos de psicologia a idéia desse tipo de atividade em saúde mental: *“Isso aumentou o número de psicólogos nas UAIs, contratados pela prefeitura, e eles foram também levando essa idéia, não a partir do modelo da universidade, mas tanto é que*

⁹⁵ Entrevista concedida em 8/12/2005 por Maria Lucia C. Romera.

até hoje dá prioridade ao atendimento a psicótico, que é também uma política da saúde mental de atender os pacientes graves.”

Não foram encontrados maiores dados sobre as oficinas, mas já existem pesquisas sobre o assunto, segundo Romera: *“Então nós tínhamos o trabalho com família e eu estou fazendo atualmente uma pesquisa pra saber tanto os efeitos da oficina no aspecto da formação do psicólogo, o quê desse estágio eles aproveitam no exercício da profissão e quanto ao aproveitamento dos familiares dos pacientes: o que aconteceu com eles.”*

O projeto durou cerca de nove anos; com o tempo, os membros da equipe foram se distanciando e as oficinas deixaram de existir. Também faltaram recursos e apoio institucional da Universidade, para a continuidade do projeto, segundo Romera: *“Eu fui ficando sobrecarregada, com uma responsabilidade muito grande, porque os pacientes eram casos difíceis e não tinha mais a infra-estrutura do começo e decidi parar até que a faculdade de Psicologia resolvesse investir outra vez nisso, as condições fossem mais favoráveis na universidade.”*

Vale frisar que a atitude reabilitatória em relação ao paciente, numa terapêutica completa, inclui a preocupação com os fatores psicossociais. Neste item, Romera está de acordo com a desinstitucionalização, cujo objetivo geral é desospitalizar, ou seja, *“trabalhar para eliminar a realidade e a cultura institucional (manicômio) e suas conseqüências: violência, miséria, isolamentos, falta de dignidade, injustiça e ampliação da enfermidade institucional, seja dos pacientes, seja dos que cuidam deles.”*⁹⁶

Nesse momento, 1998, quando estava no auge a campanha pelo fim das instituições da loucura, Romera preocupou-se com a idéia de que as Oficinas tivessem criado nos pacientes a noção da obrigatoriedade de se recolherem a uma entidade: *“Fiquei com muito medo, também foi uma experiência complicada essa época, porque se parar, pra onde esses pacientes vão? Eu até tinha medo que alguns pacientes tivessem criado a doença do institucionalismo, que eles não fossem deixar de ir pra lá, como tivesse criado o vício de ir lá. Mas não teve isso não, a gente preparou os pacientes. Eu tive a idéia de ir espaçando, começar a fazer só duas oficinas por semana, eram quatro. E aí eles foram cada um pra um lugar mais próximo de sua residência e eu tenho notícia de alguns, boas notícias, outras não, um que morreu,*

⁹⁶ Saraceno, Asioli e Tognoni, Manual de saúde mental, 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 32.

outra está com HIV, outro está trabalhando num comércio da família, notícias de toda sorte, por isso que eu vou fazer essa pesquisa.”

Para Crowcroft, a história da loucura está ligada aos problemas da religião e do Estado. Ele cita a própria loucura institucionalizada, quando a psicose é consequência dos antigos hospícios, uma doença acrescentada à doença pela maneira como os pacientes são tratados. Ao analisar um livro sobre a psicose⁹⁷, descreve a aparência dos internos:

... ‘rostos inexpressivos e cabeças caídas’ e mostra como a ‘demência’ (perda das faculdades mentais) é mais aparente do que real. Denominaríamos esse sintoma agora a consequência da institucionalização. Essa espécie de apatia não faz parte da doença psicótica, mas é antes a consequência de um ambiente letal. É o que Russel Barton denomina Neurose Institucional⁹⁸.

Conforme Crowcroft, as pessoas tornam-se objetos porque são tratadas como objetos, despidas de sua individualidade e valor pessoal, perde-se o interesse pelos assuntos de natureza impessoal, ocorre a submissão, falta de perspectiva e individualidade, representada fisicamente por uma postura característica.

Crowcroft cita as observações de Barton sobre a ocorrência da neurose institucional em outras entidades, como prisões e orfanatos, onde pode haver a cura dos sintomas citados através de reabilitação e da existência de um corpo clínico consciente, que deixará de produzir tal neurose e afirma: “Uma má instituição, por conseguinte, possui dois efeitos negativos: *os pacientes podem agravar sua loucura e adquirir uma neurose.*”⁹⁹

Na instituição Hospital de Clínicas, observa-se que, findas as oficinas, Romera voltou a realizar as experiências de campo com alunos, com o apoio de uma psicóloga contratada pelo Hospital: “*A gente tem o projeto Aluno Amigo, também nessa perspectiva do aluno aprender, mas fazendo uma parceria com o paciente; ele vai lá como um Aluno Amigo que quer aprender e participar do cotidiano da instituição.*”

Sobre a importância da arte na terapêutica, Romera cita inclusive o concurso do laboratório Janssen-Silag, pertencente ao grupo Johnson & Johnson como forma de promover os trabalhos dos pacientes, embora eles mesmos questionassem a realização do concurso por uma multinacional da área farmacológica: “*Uma vez teve um concurso*

⁹⁷ B. Hart, *Psychology of insanity*, 5. ed., Cambridge University Press, 1957, p. 32.

⁹⁸ Russel Barton, *Institucional Neurosis*, John Wright & Sons, 1959.

⁹⁹ Andrew Crowcroft, *O psicótico*, p. 175. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. Grifos no original

promovido por um laboratório com um prêmio de três mil o primeiro lugar, 1500 e 800 o terceiro lugar, só que o prêmio era em remédio. Teve um paciente nosso que ganhou o terceiro lugar. Foi uma discussão muito legal porque quando a gente foi levar pra oficina que era a promoção de um laboratório, teve o impasse se a gente participaria ou não, por quê era um laboratório patrocinando isso. Eles tinham a noção que o laboratório tinha muito lucro com medicação e aí uma turma queria deixar de lado, achava inadmissível, colocando a importância da resistência, essas coisas e a outra era favorável, principalmente aqueles que tinham trabalho bonito. Então a gente acabou ganhando na votação e participou.”

Romera afirma continuar com oficinas esporádicas, em datas especiais, no ambiente do Departamento de Psicologia: *“Hoje eu trabalho com oficinas temáticas, não tem mais oficinas na clínica de Psicologia. Esse ano nós montamos no dia das mães, pra confecção de cartões, dia dos namorados. Aí a gente traz o pessoal da enfermagem para a Psicologia. Também deu um vídeo muito bonito, a gente participou do dia mundial da luta contra a Aids fazendo uma oficina de prevenção à Aids, mas é só esporádico.”*

Quanto às atividades nas Oficinas 1991-1998, Romera participava das atividades ligadas à música. *“A oficina que eu conduzia era a de música e de canto. Às vezes fiz umas oficinas de pintura com lápis de cera, mas quem era de pintura era a professora Aramita. O Luiz Avelino era argila e a Cláudia Lelis era musicoterapeuta. E a Maria Alice, que era Agrônoma e a Mércia, Assistente Social.”*

Conforme Jezler¹⁰⁰, na década de 20, Jung passa a fazer uso de imagens e símbolos que emergiam do inconsciente através dos sonhos, como parte de sua abordagem de terapia. No mesmo período, no Brasil, Osório Cesar desenvolve estudos sobre a arte dos internos do Hospital Psiquiátrico do Juqueri, em São Paulo, se destacando como o pioneiro na análise da expressão psicopatológica.¹⁰¹ A arte terapia consolidou-se na década de 40, nos Estados Unidos com Florence Cane e Margareth Naumburg que sistematizaram metodologias de psicoterapia e pedagogia, dando importância à expressão artística.

A Arte-terapia, que se define como um instrumento terapêutico não-verbal de auto-análise, leva o indivíduo a elaborar reflexões acerca

¹⁰⁰ Ines Novoa Jezler. Um pouco da origem da Arte-terapia.
<http://www.oncoguia.com.br/suportes/01_arteterapia.asp>. Material disponível em 3/12/2005 às 20:00h.

¹⁰¹ Ines Novoa Jezler. Um pouco da origem da Arte-terapia.
<http://www.oncoguia.com.br/suportes/01_arteterapia.asp>. Material disponível em 3/12/2005 às 20:00h.

de sua existência através da expressão artística. A Arte-terapia projeta-se como importante recurso adjunto do tratamento global do paciente uma vez que o leva à conscientização de si como indivíduo responsável por sua própria vida e saúde. A Arte-terapia é reorganizadora de emoções. A vivência com a Arte facilita o processo de elaboração e reflexão de seus significados. O “fazer artístico” possibilita um desbloqueio de emoções conscientes e/ou pouco elaboradas permitindo ao paciente que retome uma nova força vital bastante benéfica para o seu bem estar geral.”¹⁰²

Romera afirma ser um objeto que intermedia e com isso abre um espaço comunicacional entre paciente e o exterior: *“Ela é a terapêutica, na verdade. A arte é um objeto transicional, conceito de um psicanalista chamado Winnicott, é um objeto de transição, serve como meio de estabelecer contato. Então qualquer forma de arte é esse objeto transicional, transição de uma coisa pra outra, de um estado em que não se fala pra um que pode se falar alguma coisa. Comunicação vem através desses objetos.”*

Segundo Philippini apud Carvalho¹⁰³, arte terapia é um processo terapêutico que ocorre através da utilização de mediadores expressivos diversos, que resgata técnicas milenares de prevenção e expansão da saúde; trata-se de um território terapêutico criativo onde se pode ter novas e livres formas de expressão; assim, é possível contribuir para construir e reconstruir a subjetividade através da arte de cada um.

A expressão de si também é importante para a criatividade e o auto-conhecimento, segundo Romera: *“Então, quando o paciente começa a cantar, ele começa a pôr emoção. Não é importante fazer ele cantar bem, importante é que ele use a voz e a música como meios expressivos da emoção.”*

Também a Terapia Ocupacional busca, através da atividade, uma modificação do paciente, no sentido de lhe proporcionar um momento criativo, a ligação com a realidade e o auto-conhecimento. A arte também tem valor como meio para a composição de signos, a criatividade que movimenta o psiquismo: *“Tudo nesse âmbito do psiquismo, que congela, petrifica não é bom. Saúde é estar em movimentação, saúde psíquica. Quanto mais recursos você tem de simbolização, mais saudável você é. Então, o meu conceito de mente saudável é mente elástica. Não é que ela não tenha limite, o elástico tem limite. É um conceito que vem principalmente da escola inglesa do*

¹⁰² Ines Novoa Jezler. Um pouco da origem da Arte-terapia.

<http://www.oncoguia.com.br/suportes/01_arteterapia.asp>. Material disponível em 3/12/2005 às 20:00h.

¹⁰³ Dina Alice Carvalho. Contribuições da Arte Terapia no Tratamento de pacientes Portadores de Transtornos Mentais. Goiânia, 2003. (Monografia de Especialização em Arte Terapia Holística – Universidade Potiguar/RN e Alquimy Art/SP).

Maurício Knobel, é a elasticidade da mente. Então as artes, a música, ela movimenta isso. A oficina é a própria construção da oficina. E pra mim a arte é um objeto transicional.”

Esta forma de compreender a arte terapia junto a pacientes psiquiátricos é muito próxima à da psiquiatra Nise da Silveira, que guiava a produção dos internos no atelier de Nise da Silveira, pela criatividade e livre expressão, com a ajuda de um monitor. Também Osório César usava como critério para falar das produções dos internos a espontaneidade; o que importava era como os pacientes faziam a obras e se expressavam.

A psiquiatria do século XIX se esforçou para incluir a loucura no modelo médico, classificá-la e descrevê-la. No século XX, fez-se a contestação disso. Nise da Silveira concorda com a noção foucaultiana da loucura como de recusa ao exterior e mergulho no mundo interno, no qual o paciente se perde:

A loucura acontece entre os homens, isto é, na sociedade. O louco é o inadequado à ordem social vigente. E a psiquiatria é acusada de defender a ordem burguesa contra homens que têm uma diferente visão do mundo. Segundo o novo ponto de vista, a psiquiatria, por assim dizer, dissolve-se no social. Vêm então ocupar o primeiro plano de interesse as pesquisas referentes à família, aos grupos, à sociedade. E sem dúvida seus resultados evidenciam quanto é freqüente que o indivíduo se sinta acossado de tal maneira no mundo externo que somente encontre como saída a porta da loucura. Esta porta, porém, se abre para o mundo intrapsíquico. A saída de volta será difícil, e tanto mais difícil devido à não aceitação do mundo interno onde ele agora se debate, não só pelos psiquiatras tradicionais mas também pela maioria daqueles que os contestam.¹⁰⁴

Para identificar os resultados da arte terapia, Romera volta ao discurso da elasticidade mental através da criatividade e, através disso, possibilitar a melhor convivência do paciente em seu meio e seu bem-estar nas relações cotidianas, que não as vinculadas à produção. *“O que interessa é se ele teve, através desse recurso, maior flexibilidade na sua mente. Se ele pôde ser mais feliz com os seus problemas, se ele conseguiu se relacionar melhor com mulher, com marido, enfim. Mas ele não precisa entrar no ciclo de produção pra ser considerado reinserido socialmente. Em geral é esse o critério; então, sobre esse tipo de terapia, dizem: ‘não consegue resultados’.”*

¹⁰⁴ Nise da Silveira, *Imagens do Inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1982. p. 104.

PARALELO COM A ARTE TERAPIA EM OUTRAS CIDADES

Sobre a demora da utilização da arte terapêutica na Psiquiatria em Uberlândia em comparação a outras cidades brasileiras, Romera tem hipótese relacionada ao sistema capitalista: *“Eu acho que é mais essa hegemonia de um modelo exclusivo, que é o médico, as fichas são apostadas na medicação por razões variadas, desde a questão desse imperialismo, essa coisa capitalista de produção de lucros e remédio dá lucro, então acho que até hoje há um constrangimento em usar estes outros meios. Se bem que agora há muita pesquisa, tem muita gente trabalhando com isso.”*

Este nos parece ser um dos motivos para a defasagem entre o início das práticas em arte terapia em Uberlândia, especificamente no Hospital de Clínicas, como concordam também outros profissionais de saúde entrevistados. Outros motivos também foram abordados por eles, como a ocorrência de inovações inicialmente em capitais para depois se espalharem pelo interior e a característica do Hospital de Clínicas como instituição ligada à Universidade Federal de Uberlândia.

Mas para a prevalência do modelo biológico conta também o discurso do saber médico e institucional: *“Na enfermaria de Psiquiatria, eu acho que é porque é dentro de um hospital universitário, então a instituição já chama pra esse tipo de intervenção médica. Eu às vezes questiono mesmo com os meus alunos: ‘Será que eu estou fazendo bem mesmo em levar vocês lá?’ Eu acho que sim, eu não acho absurdo eles falarem que têm o modelo médico, acho que o problema dos hospitais é humanizar as relações que se estabelecem neles.”*¹⁰⁵

Para Romera, a arte não é apenas humanização, um veículo para o contato social, mas uma forma de intervenção que produz uma melhora no quadro do paciente: *“Agora, a questão da terapêutica através da arte não é questão só de humanização, eu acredito piamente que o paciente melhora com a intervenção, não é só pra humanizar a relação. Em geral, os médicos acham que é só pra humanizar, que o que cura mesmo é o remédio, entende, e que essas práticas humanizam. Não tá errado, acho até que quem pensa assim é muito legal. Eu penso que essas práticas curam o homem da sua desumanização, desumanização essa constituída por uma série de fatores, desde os orgânicos até os sociais, econômicos, etc.*

¹⁰⁵ Entrevista concedida em 8/12/2005 por Maria Lucia C. Romera.

Talvez a falta de divulgação de outras alternativas terapêuticas faça permanecer o tratamento medicamentoso; aí se retorna ao discurso capitalista: *“Aí se fala assim ‘mas por que então as pessoas não acreditam nisso?’ Tudo é meio feito para que os resultados dos avanços medicamentosos sejam mais publicados do que esses outros, porque as revistas têm que ter patrocinador, o patrocinador é o laboratório, então tudo o mais... não é que não tenha resultado, tem, mas também não é assim, se eu fosse pensar o resultado das oficinas nesses oito anos, houve reinserção social do paciente, ele passou a trabalhar? Não, não é isso que está em jogo, isso que tá em jogo é dentro de um modelo extremamente capitalista, em que você vale pelo que produz.”*

A terapeuta ocupacional Flávia Teixeira compara o desenvolvimento da psiquiatria do Hospital de Clínicas com o de outros centros de estudo: *“Os currículos da medicina merecem ser vistos, as disciplinas que são dadas em relação à psiquiatria merecem ser vistos e a gente está vendo uma tentativa das pessoas de fazer isso, mas eu ainda vejo muito devagar em relação a Ribeirão Preto, com São Carlos, onde tem hospital escola e tem trabalho de saúde mental, Campinas, na Unicamp. Você chegaria aqui e falaria “nossa, vocês estão na década de 70.” Agora, hoje, se você me perguntar, eu sei que tem psicólogos trabalhando dentro da psiquiatria, voltados só para a psiquiatria e uma terapeuta ocupacional, até por ser uma exigência legal se ter o profissional.”*

Se tivermos como parâmetro outras localidades brasileiras, podemos dizer que houve demora em se implantar em Uberlândia as mudanças no tratamento de pacientes psiquiátricos, além da realização de atividades artísticas com finalidade terapêutica, que começaram na cidade em torno dos anos 80, enquanto que iniciaram nos anos 20 em São Paulo, com Osório César e na década de 40 no Rio de Janeiro, com Nise da Silveira. Indagada sobre este atraso no início da aplicação de oficinas para usuários da rede de saúde mental em Uberlândia, Nascimento¹⁰⁶ afirma que esta situação está ligada às condições do saber e à formação de novos profissionais que sejam adeptos da nova terapia: *“Certamente, as mudanças aconteceram com o surgimento dos cursos Psicologia, Assistente Social – que é mais antigo; a existência de profissionais de TO na cidade, que eram duas e agora temos apenas cinco profissionais em TO; a partir do entendimento da loucura como não só orgânica que fez modificar as ações terapêuticas*

¹⁰⁶ Entrevista realizada em 12/12/2005 a Maria José de Castro Nascimento, psicóloga da *Enfermaria de Psiquiatria* do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU)

em Uberlândia e no Brasil; e também ligado ao Movimento de Luta Antimanicomial que já dura mais ou menos trinta anos no Brasil como um todo .”

CAPÍTULO II – INSERÇÃO E ADAPTAÇÃO

*“A loucura e a demência foram durante muito tempo
palavras emocionalmente sobrecarregadas.
Deveríamos associá-las agora às palavras doença, cuidados e tratamento.
Dessa forma saberemos enfrentar nossa própria angústia
quanto o comportamento de outra pessoa nos parecer mais incompreensível do que o nosso;
dessa forma, teremos ambos uma atitude humana e racional sobre o irracional, e graças a isso
as atitudes sociais começarão a se transformar.”*

Andrew Crowcroft

Verifica-se a existência de dois caminhos de entendimento para a loucura desde a Idade Média, um como transgressão e diferença, outro como exclusão. Assim, a terapêutica a ser adotada pelos profissionais de saúde vai depender da concepção de loucura que adotam. Este capítulo trata do segundo campo de entendimento da loucura, para o qual convergem as falas dos agentes de saúde mental. Estes tendem a tratar a loucura como manifestação a ser inserida no contexto do mundo social e adaptada nas diferentes relações, inclusive de produção, com a finalidade de solucionar o caso da discriminação da diferença, tendo em mente a promoção da cidadania do louco.

O PLANO CULTURAL

A loucura pode ser vista como um problema de ordem moral quando representa uma ofensa à norma socialmente aceita. Essa visão, segundo Crowcroft, impede que as pessoas sejam tratadas de sua doença.

O historiador Roy Porter, o psiquiatra e professor universitário Thomas S. Szasz, e o filósofo Michel Foucault pensam a loucura no aspecto social, pelo qual seria fabricada. O conceito de loucura está estreitamente ligado à concepção cultural de uma comunidade: *O conceito é complicado porque me parece que as pessoas vêem a loucura como algo estranho, algo que é diferente do padrão da sociedade, isso ao longo da história é assim, o louco é aquele que incomoda, é aquele que traz coisas diferentes e nem sempre ele é um louco, [...] Mas para aquela sociedade, pra aquela coisa padronizada ele é o grande louco. Agora sobre a loucura como doença, já existem outras formas de análise.*¹⁰⁷

¹⁰⁷ Entrevista realizada em 2004 com um profissional da área de saúde que atua no Hospital de Clínicas da UFU que optou por sua não identificação neste trabalho.

Se a loucura for entendida como anormalidade, requer regras morais, correção e aprendizado. Se entendida como distúrbio orgânico, é objeto de medicalização. “O conhecimento médico-psiquiátrico oscila entre o orgânico e o psíquico. Mas, de qualquer modo, a loucura é considerada um distúrbio que pode ser corrigido por meio de uma intervenção que incida no trajeto desviante das idéias, dos sentimentos e do organismo.”¹⁰⁸ Os hospitais excluía o indivíduo, limitando o espaço de circulação dele na sociedade e escondendo-o da sociedade.

Mas essa noção moral de loucura já podia ser descrita no século XIX, como mostra o livro de Charles Mackay, *Ilusões populares e a loucura das massas*. Escrito em 1841, a obra faz um passeio sobre a história das nações, identifica caprichos e peculiaridades dos indivíduos que se resumem, segundo Mackay, em ilusões populares.

*Encontramos comunidades inteiras que fixam de repente suas mentes em um objeto e enlouquecem à sua procura; que milhões de pessoas se tornam simultaneamente impressionadas por uma ilusão e correm para ela, até que sua atenção seja atraída para alguma loucura mais cativante que a primeira.*¹⁰⁹

Assim, Mackay elenca os desejos que movem as nações em busca de glória militar, ou em função de escrúpulo religioso, mania de dinheiro; os exemplos podem ser vistos seja na luta pela Terra Santa, na ilusão da bruxaria, na busca da pedra filosofal e na crença na adivinhação do futuro.

ASPECTO MORAL

O movimento do “tratamento moral” do final do século XVIII se apoiava na teoria de John Locke do funcionamento da compreensão humana. Para os reformistas da época, o louco cometia erros; logo, teria que ser punido e ensinado.

Ao indagar sobre os tipos de divergência considerados como doenças mentais, o professor de psiquiatria Thomas Szasz responde “... uma conduta pessoal que não está de acordo com regras de saúde mental psiquicamente definidas e impostas.”¹¹⁰ Para Szasz, o estigma do doente mental assemelha-se ao da caça às bruxas, pois a

¹⁰⁸ Sonia Aparecida Moreira França, *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*, São Paulo, 1994, p. 67.

¹⁰⁹ Charles Mackay, *Ilusões populares e a loucura das massas*, Rio de Janeiro, Ediouro, 2002, p. 7.

¹¹⁰ Thomas Szasz, *A fabricação da loucura* – um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. P. 27

pessoa seria classificada como louca por uma questão de divergência em relação a um grupo social.

O saber médico desenvolveu-se em torno do reforço da figura do Eu em detrimento do Outro: “... a Psiquiatria Institucional atende a uma necessidade humana básica – validar o Eu como bom (normal), mas validar o Outro como mau (mentalmente doente).”¹¹¹

A REDE DE SAÚDE EM UBERLÂNDIA

A psicóloga Aparecida Maria de Souza Cruvinel¹¹² participou da implantação de serviços públicos de saúde mental em Uberlândia, nos anos 80 e reflete, na pesquisa que realizou com psicólogos da área de saúde mental na região do Triângulo e Alto Paranaíba, as ações realizadas. Em 1986 foi feita a implantação de serviços de Saúde Mental na área, que abrange 26 cidades; em 1987 foi realizado concurso público, pelo Estado, para psicólogo, o que demonstra um novo modelo de orientação e estratégias para a saúde mental no sistema de saúde. Após esta inclusão na rede pública, Cruvinel ressalta a existência de serviços substitutivos ao manicômio.

*A assistência psiquiátrica assume a posição de adaptação social. Os métodos de tratamento atuais apresentam-se como diversificados indo desde a internação com as marcas do asilo, do manicômio, isolamento social como proposta terapêutica até as atividades comunitárias envolvendo participação ativa de usuários e trabalhadores. Dentre os métodos de tratamento temos a medicação (atendimento psiquiátrico), as psicoterapias (individuais, grupais, familiares), as oficinas terapêuticas, assembleias, atendimento domiciliar, acompanhamento, lares abrigados, acompanhamento social, grupos de convivência, laboratórios, atividades de esporte e lazer etc.*¹¹³

Em Uberlândia, a rede de saúde está dividida entre Unidades Básicas de Saúde – UBS, Unidades de Atendimento Integrado – UAIs, Hospital de Clínicas da UFU – HCU e hospitais particulares com atendimentos conveniados ao SUS. As UBS realizam o atendimento primário, ou seja, é curativo na medida em que oferece tratamento, e preventivo, pois conta com grupos operativo-educativos que divulgam à população

¹¹¹ Thomas Szasz, *A fabricação da loucura*, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. p. 28.

¹¹² Aparecida Maria de Souza Borges Cruvinel. Representações sociais do currículo do curso de Psicologia no trabalho do psicólogo em saúde mental nas regiões do triângulo mineiro e alto Paranaíba (1980-1990). Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Educação. Uberlândia, 2003.

¹¹³ Aparecida Maria de Souza Borges Cruvinel. Representações sociais do currículo do curso de Psicologia no trabalho do psicólogo em saúde mental nas regiões do triângulo mineiro e alto Paranaíba, p. 23.

hábitos que visem a manutenção da saúde. As Unidades de Atendimento Integrado são de atenção secundária; além do atendimento básico, contam com equipamentos para vários tipos de exames. O Hospital de Clínicas é considerado de atenção terciária “...pois conta com a possibilidade de leitos disponíveis, procedimentos cirúrgicos de grande porte, maior número de especialistas e UTIs, entre outros serviços.”¹¹⁴

Segundo Marçal, em fins de 2003, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou a transformação de três UBS em Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF, incluindo o atendimento em saúde mental nesse novo modelo de atenção descentralizada e de base comunitária. Assim, as equipes das UBSF foram compostas por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e o técnico em saúde mental de referência - psicólogo.¹¹⁵ Entre as funções desse psicólogo, estão as seguintes:

- reunir-se sistematicamente com as equipes de PSF e de saúde mental; - oferecer suporte técnico, orientando, acompanhando e avaliando as ações relativas à saúde mental; - planejar e desenvolver ações conjuntas para o enfrentamento das questões consideradas prioritárias; - colaborar para o desenvolvimento de ações intersetoriais que se façam necessárias; - ajudar na potencialização de recursos comunitários; - contribuir para a difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação da loucura; - colaborar na capacitação das equipes para atuação em questões relativas à saúde mental; - favorecer o intercâmbio entre equipes de PSF e serviços de retaguarda, que seriam os ambulatoriais, CAPS e serviços de internações psiquiátricas.¹¹⁶

A atividade dos psicólogos parece atualmente estar muito próxima ao modelo do tratamento social, com maior inserção na comunidade, ao se reunirem com outros profissionais da saúde para discutir casos e ao fazerem visitas aos pacientes.

Em saúde mental, ainda existem os CAPS que, segundo Campos¹¹⁷, têm a função de socializar o indivíduo e representam um avanço na luta contra o encarceramento do portador de sofrimento psíquico, mas para isso precisam ter seu trabalho analisado constantemente para não cair no erro das práticas manicomiais: “O

¹¹⁴ Viviane Prado Buiatti Marçal. *A queixa escolar nos ambulatorios de saúde mental da rede pública de Uberlândia: práticas e concepções dos psicólogos*. Uberlândia, 2005. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. p. 79.

¹¹⁵ Viviane Prado Buiatti Marçal. *A queixa escolar nos ambulatorios de saúde mental da rede pública de Uberlândia*, Uberlândia, UFU, 2005. Dissertação (mestrado) p. 81.

¹¹⁶ Viviane Prado Buiatti Marçal. *A queixa escolar nos ambulatorios de saúde mental da rede pública de Uberlândia*, Uberlândia, UFU, 2005. Dissertação (mestrado) p. 82

¹¹⁷ Fernanda Nogueira Campos. *Contribuições das oficinas terapêuticas de teatro na reabilitação psicossocial de usuários de um CAPS de Uberlândia-MG*. Uberlândia, 2005. (Dissertação de Mestrado- Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

CAPS se propõe a ajudar o usuário a estabelecer um novo contato com o social intervindo em todas as esferas de sua vida.”¹¹⁸ Trata-se de um auxílio de forma multidisciplinar que busca combater as formas alienantes de atenção à loucura.

Os usuários são encaminhados para esses centros de atenção por profissionais de saúde ou membros da comunidade. Conforme Campos, nos CAPS são oferecidos consultas psiquiátricas, atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas e alimentação; a frequência do usuário ao CAPS é definida conforme o acompanhamento multidisciplinar realizado, podendo ser diária ou variável. Cada usuário pode procurar o centro de atenção mais próximo de sua residência, uma vez que Uberlândia conta com quatro CAPS adulto, um infantil e um CAPS Álcool e Drogas.

Observa-se que, no final do século XX, as oficinas terapêuticas se tornam experiências cotidianas nos CAPS, como uma prática recente que se insere no ambiente da implantação da reforma psiquiátrica no Brasil, iniciada na década de 70. Entretanto, oficinas terapêuticas já aconteciam na Clínica de Psicologia, no início dos anos 90.

OFICINAS TERAPÊUTICAS EM UBERLÂNDIA

Como precursora dessa prática institucionalizada extra-hospitalar, as oficinas terapêuticas ministradas na Clínica de Psicologia da UFU no período de 1991-1998 são o palco para atividades que posteriormente seriam promovidas pelos CAPS, criados em Uberlândia a partir de 1994 e espalhados pelo país, juntamente com os NAPS, a partir da primeira metade da década de 1990, quando haviam sido abertos no Brasil quase cem serviços de atenção diária, chegando a 275 em 2001¹¹⁹.

Os CAPS começaram com a Portaria nº 336, de 2002. Segundo Maria José de Castro Nascimento¹²⁰, *“Por essa lei, o repasse de verbas para instituições particulares foi proibido. Se não houvesse isso, os usuários iriam cair na manicomialização*

¹¹⁸ Fernanda Nogueira Campos. *Contribuições das oficinas terapêuticas de teatro na reabilitação psicossocial de usuários de um CAPS de Uberlândia-MG*, Uberlândia, UFU, 2005. Dissertação (mestrado) p. 63.

¹¹⁹ Conforme Tenório e dados do Ministério da Saúde.

¹²⁰ Entrevista realizada em 12/12/2005 a Maria José de Castro Nascimento, psicóloga da *Enfermaria de Psiquiatria* do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) desde maio de 2004, graduada em Psicologia em 1982, trabalha com saúde mental há onze anos. Trabalhou até o ano de 2002 na Clínica Jesus de Nazaré, que atualmente funciona como CAPS. É pesquisadora da área, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia. Orienta estágios de alunos do Curso de Psicologia, dentre os quais um que investiga a história da Enfermaria do Setor de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC UFU)

novamente, a institucionalização. Nos CAPS tem as oficinas, atendimento terapêutico, médico e são servidas três refeições por dia.”

A Clínica de Saúde Mental Jesus de Nazaré, onde Nascimento trabalhou como psicóloga, foi inaugurada em 1994. Atualmente a Clínica é uma ONG que funciona como CAPS; “*É o CAPS mais antigo e lá teve oficinas sempre. Existia oficinas quando o ambulatório era na Nicomedes Alves dos Santos e todos os doentes conheciam.*” Segundo Nascimento, alguns usuários participaram do concurso de poesias e pintura em tela promovido pelo laboratório Janssen-Cilag¹²¹, especialmente para usuários da rede de saúde mental, com premiações em medicamentos. A nosso ver, tais iniciativas de empresas ligadas ao setor farmacêutico têm o mérito de promover a realização de trabalhos artísticos pelos usuários, mas, por outro lado, vinculam a própria prática artística a seu ramo de atividades, dando aí uma espécie de chancela à atividade arte terapêutica como coadjuvante no tratamento conservador medicamentoso.

As oficinas terapêuticas começaram a ser realizadas com pacientes psiquiátricos na Clínica de Psicologia da UFU, atualmente chamados de “usuários da rede de atenção à saúde mental” na década de 90. Pode ser que elas tenham sido ministradas antes como atividades ocupacionais, de forma não-intencional por auxiliares de enfermagem ou outros profissionais que tratassem dos pacientes nos ambulatório, sanatórios ou hospitais da cidade. Esse caráter de realização de um trabalho intencional e regular, com objetivo terapêutico é que faz considerar a década de 90, como referência para esta pesquisa, por ser o marco de atividades artísticas voltadas para o bem-estar do paciente, com acompanhamento especializado, vinculado ao campo do saber, a Universidade Federal de Uberlândia.

Segundo Tenório Apud Campos (2005)¹²², as oficinas são atividades em grupo criadas no âmbito da reforma psiquiátrica. As oficinas podem ser entendidas de três formas: como espaço de criação, o que por si é terapêutico; atividade de produção que, segundo Campos, “permite a valoração do produto, as trocas sociais, e a possibilidade de renda”; e como meio de interação social, que visa resgate e cidadania. Isto significa um ganho além dos objetivos específicos e exclusivos da clínica, pois nas atividades se

¹²¹ O laboratório é um braço da multinacional Johnson & Johnson; informações disponíveis em: <http://www.janssen-cilag.com.br> em 2/2/2006.

¹²² Fernanda Nogueira Campos. *Contribuições das oficinas terapêuticas de teatro na reabilitação psicossocial de usuários de um CAPs de Uberlândia-MG*, Uberlândia, UFU, 2005. Dissertação (mestrado) p. 23.

encontra não só o fazer terapêutico como também a interação, o contato com o exterior, o social e o afetivo.

*As oficinas tornaram-se, em muitos fazeres o próprio ofício, não um ofício de onde se espera gerar renda, mas o fazer em si de uma atividade de convivência, prazerosa, peculiar, uma vivência terapêutica aliada a recursos sadios que estimulam a catarse, a transformação e a autonomia.*¹²³

As oficinas terapêuticas mais comuns nos CAPS de Uberlândia atualmente são de confecção de tapetes, artesanato, bordado, pintura. Campos exemplifica outros tipos de oficinas que podem ser ministradas, além de teatro:

*... oficinas de beleza (onde os participantes se cuidam, arrumam os cabelos, se maquiam, etc.), oficinas de marcenaria (produzem móveis, objetos de madeira, consertam, etc.), oficinas de cerâmica (produzem vasos, esculturas, etc.), oficinas de jardinagem (plantam e cuidam de flores, etc), oficinas de hortaliças, oficinas de pintura, oficinas de silk screen (fazem camisetas, etc), oficinas de desenho, oficinas de literatura (lêem, ouvem histórias, escrevem, etc), oficinas de música (fazem corais, criam instrumentos, tocam, ouvem música, etc.), oficinas de artesanato (produzem artesanato em geral), oficina de tapetes, oficina de culinária, oficina de dança (são conhecidas também como oficinas de expressão corporal), oficinas de convivência (conversam e fazem o que desejarem), oficinas de lazer (fazem passeios, visitas, chás, etc.)...*¹²⁴

Segundo Nascimento, a produção das oficinas não tem uma destinação, ainda. Até se poderia realizar um trabalho cooperativo, mas para isso seria necessário um suporte organizacional que os CAPS ainda não possuem. Isso resulta num grande volume de material com o qual não se sabe o que fazer: *“As produções dos usuários geram uma quantidade imensa de material e não se tem o que fazer com ela. Existe a Lei 9867, de 1999 sobre as Cooperativas Sociais, que dá a idéia de gestão do próprio trabalho. A idéia é difícil nos CAPS, difícil de implantar porque precisa de outros profissionais.”*

¹²³ Fernanda Nogueira Campos. Contribuições das oficinas terapêuticas de teatro na reabilitação psicossocial de usuários de um CAPS de Uberlândia-MG, Uberlândia, UFU, 2005. Dissertação (mestrado) p. 23.

¹²⁴ Fernanda Nogueira Campos. Contribuições das oficinas terapêuticas de teatro na reabilitação psicossocial de usuários de um CAPS de Uberlândia-MG, Uberlândia, UFU, 2005. Dissertação (mestrado) p. 58.

ANÁLISE SOBRE A ARTE TERAPIA

Para o arte terapeuta inglês Edward Adamson, a terapia artística não é distração, diversão, terapia ocupacional e nem aula de pintura unicamente, mas utiliza elementos dessas atividades. Assim, ela evita os efeitos negativos da ociosidade, entre outros benefícios:

*... impõe uma disciplina que envolve concentração e espírito de decisão, cooperação e reação contra as limitações dos meios artísticos. Finalmente, dá ao paciente a satisfação de criar algo. Criação é a palavra chave da dinâmica da arte, onde o paciente é levado não a reproduzir mas a recriar, tornando sua satisfação bem maior.*¹²⁵

Conforme Adamson, a arte pode ajudar um paciente esquizofrênico a estabelecer um sistema, no sentido de estimulá-lo a reajuntar fragmentos da personalidade desintegrada. Ao exteriorizar o mundo interno do artista, a arte traduz em objetividade física a fantasia do paciente e pode contribuir para que esse processo de distanciamento aconteça também no nível mental e facilite o restabelecimento da sanidade. Quanto à possibilidade de auto-conhecimento através da arte, o paciente pode, através da atividade, investigar e fantasiar. A obra não é ele próprio e o paciente é livre para realizar o que quiser, sem censura: “Freqüentemente, os pacientes fazem uma verdadeira auto-análise em seus quadros, descrevendo, explorando ou fantasiando os conflitos não-resolvidos de sua vida.”¹²⁶

A arte também pode gerar a catarse¹²⁷, através da qual seriam purgados sentimentos violentos e destrutivos, sem causar danos como culpa ou medo. Pode ainda assumir um caráter mágico, pelo qual a criação assume uma identidade quase física, capaz de realizar os desejos do paciente. Pode ser uma forma de comunicação do paciente para com o mundo exterior, quando não aquele consegue falar e/ou descrever sensações e sintomas, o que facilita o tratamento e a psicoterapia.

Assim, a pintura é uma atividade pessoal que ajuda na preservação da identidade do paciente, num ambiente institucional que fatalmente gera esta dissolução identitária, além do que a pintura pode ajudar na integração do paciente no grupo: “Uma

¹²⁵ Edward Adamson. A arte e a saúde mental, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 126.

¹²⁶ Edward Adamson. A arte e a saúde mental, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 127.

¹²⁷ Conforme Aristóteles, na *Poética*, a arte levaria o espectador a um ápice de emoções, com um desfecho que o faria purgar sentimentos nocivos e aliviá-lo para enfrentar a vida normal.

atividade artística comunitária, como a pintura de um mural, freqüentemente ajuda a integrar personalidades anti-sociais, dando-lhes um objetivo comum.”¹²⁸

A rede de atenção em saúde mental de Uberlândia atende aos municípios localizados em sua microrregião através dos CAPS, geridos pela prefeitura municipal e regulados pela Descentralização da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais - DADS. A Referência do Programa de Saúde Mental da Gerência Regional de Saúde, Raquel Bambozzi da Silveira, acompanhou algumas das experiências em arte terapia na década de 90¹²⁹.

A arte terapia aplicada no acompanhamento a pacientes psiquiátricos da rede pública de saúde foi regularizada através de um modelo exterior, vindo de Belo Horizonte em 1996. Os psicólogos existentes nas Unidades Básicas de Saúde atendiam a uma demanda variada e a partir das supervisões daqueles profissionais, passaram a atender sob a forma de oficinas terapêuticas e grupos. *“E como a Unidade Básica não comportava esse tipo de atendimento, muitas vezes era feito fora. Eu mesma atendia na igreja, fazia grupo, dava oficinas na igreja.”*

Segundo Silveira, como faltasse espaço para a realização das atividades, firmou-se uma parceria com a Fundação Maçônica e a Prefeitura de Uberlândia que possibilitou um atendimento a contento, em local especializado e com profissionais específicos. *“Antes de 98, havia grupos de saúde mental com dinâmicas, onde provavelmente se utilizava materiais, com atuação livre dos psicólogos. Com a entrada da Fundação Maçônica como parceira do município, houve a formação de centros de convivência em 1998/1999, com a compra de casas para centros de convivência dos pacientes da saúde mental. Então havia equipe nas UAIs, de psicólogos, assistente social e psiquiatra e uma referência de centro de convivência perto da UAI, onde eram feitas as atividades terapêuticas pela dificuldade de espaço físico para a realização das oficinas.”*

As atividades nas oficinas eram ministradas por psicólogos e não terapeutas ocupacionais ou artistas que dominassem as técnicas expressivas. Esta situação influenciava na condução das atividades, que muitas vezes ficavam nas mãos dos próprios usuários que tinham algum talento em artesanato.

¹²⁸ Edward Adamson. A arte e a saúde mental, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 128.

¹²⁹ Entrevista realizada com a psicóloga Raquel Bambozzi da Silveira, que ocupa a função de Referência do Programa de Saúde Mental da Gerência Regional de Saúde em Uberlândia, uma descentralização da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, em 12/12/2005.

A terapia criativa tem uma função complementar junto a outras terapias usadas em hospitais psiquiátricos. Na experiência do arte terapeuta Edward Adamson, as atividades de arteterapia são promovidas de modo específico para determinados pacientes, em um ambiente composto de estúdios diversos e arquivo para as obras.

...O artista encarregado não dá nenhuma sugestão positiva quanto à escolha do assunto, limitando-se a criar uma atmosfera favorável ao trabalho. Ele ajuda no que for necessário, e pode também dar conselhos técnicos quanto à escolha e ao uso dos meios a serem utilizados.¹³⁰

Adamson explica que a orientação aos pacientes nem sempre é algo fácil, pois eles podem ter atitudes preconcebidas em relação à arte, que refletem a estratificação de papéis, podem encarar a atividade como um retorno aos limites de uma sala de aula, refugiar-se em sua falta de habilidade com o material. Por outro lado, há casos em que a própria doença atua na liberação de pressões e expectativas culturais.

Há, entretanto, uma diferença entre o trabalho com arte realizado pelo terapeuta ocupacional e pelo artista nos hospitais, uma vez que este é um profissional de artes:

É de importância vital que a pessoa encarregada de encorajar a expressão artística alheia tenha um background profissional. Um amador bem-intencionado, sem maior conhecimento das sutilezas da expressão abstrata e figurativa, jamais teria competência suficiente para encorajar algo de que possui apenas um conhecimento limitado. Desde que se considera importante encorajar a criatividade, é preciso que haja um catalisador criativo. Dessa maneira, evita-se o risco de transformar a atividade artística em um meio de manter o paciente ocupado em afazeres inofensivos, ou de se utilizar algo como a 'pintura com números'. Pacientes encorajados por psicoterapeutas freqüentemente demonstram um certo desejo de agradar, o que, conforme o caso, resulta em símbolos fálicos freudianos ou em signos junguianos. O psicoterapeuta pode estimular inconscientemente essas manifestações, sem se dar conta do verdadeiro significado da obra.¹³¹

Silveira cita o corporativismo dos psicólogos como prejudicial à condução das atividades artísticas nas oficinas. “Isso fecha o CAPS e o serviço de forma que acaba institucionalizando o usuário, enquanto que o CAPS é uma instituição de passagem, ele deve sair; deve passar por ali num momento de crise mas ele deve ter alta.” Para ela, os psicólogos são mais voltados para a clínica, mas não para o social ou o artístico, o que

¹³⁰ Edward Adamson. A arte e a saúde mental, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 126.

¹³¹ Edward Adamson. A arte e a saúde mental, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 125.

compromete a abertura da questão da loucura para outros espaços de participação. *“O psicólogo fica muito fechado na clínica, não dá espaço para o social; tem que se pensar o indivíduo livre. Eu não acho isso bom, acho que fecha. Não se admite na legislação a presença de outros profissionais, então fica só o psicólogo. Mas já estão aparecendo sinais de alguma mudança.”*

As oficinas de artes que aconteciam nos Núcleos de Atendimento Psicossocial – NAPS e em alguns CAPS, na segunda metade da década de 90, contavam com estudantes de áreas alheias ao saber médico, o que, segundo Silveira, foi bastante proveitoso: *“os estudantes voluntários de Belas Artes faziam oficinas a meu ver mais interessantes porque estimulavam mais o aspecto artístico da prática. A oficina era terapêutica também, mas buscava uma outra coisa. E eu acho que é muito interessante essa forma, uma parceria das faculdades com o CAPS pra mudar um pouco essa conformação da oficina terapêutica que é feita, colocar outro tipo de profissional ali, tanto na oficina, colocar artesão, o estudante de Belas Artes, o estudante de Teatro, estudante de Música, dando um estímulo maior. Eu acho que muda a cara do serviço e da clientela também, dá uma vitalidade. Mas na verdade, não existia essa política de colocar oficineiros que não sejam da área psíquica.”*¹³²

A entrada de estudantes de psiquiatria nos CAPS também viria contribuir para uma formação que privilegiasse o atendimento extra-hospitalar, segundo Silveira, pois ainda são encontrados psiquiatras voltados para a hospitalização.

A importância de o CAPS contar com profissionais de outras áreas é relativa ao próprio objetivo da entidade, como promotora de reinserção do usuário na sociedade e também no mercado de trabalho. *“Então ele deve estar sendo trabalhado pra sair e essas oficinas, terapêuticas ou não, elas devem ter essa função, algumas podem ser mais voltadas pra uma produção, de uma atividade que muitos perderam as condições de trabalho anteriores e para se recolocarem no mercado, que isso é um aspecto interessante da reabilitação psicossocial prevista na lei, na política de saúde mental, que é a possibilidade dele ser autônomo, de ele exercer sua autonomia administrando seu dinheiro. Então o CAPS deve ser agenciador disso, não que tenha que ter tudo isso no CAPS, mas que ele possa ser essa referência pra jogar a pessoa pra fora, pra alavancar ela pra fora.”*

¹³² Entrevista realizada com a psicóloga Raquel Bambozzi da Silveira, Referência do Programa de Saúde Mental da Gerência Regional de Saúde em Uberlândia, em 12/12/2005

Aqui se percebe o interesse em se levar o usuário a se tornar um indivíduo autônomo e útil à sociedade, participante do mercado. Segundo Nascimento, psicóloga da enfermaria de psiquiatria, a produção das oficinas não tem uma destinação, ainda. *“Já nos CAPS, até se poderia realizar um trabalho cooperativo, mas para isso seria necessário um suporte organizacional específico e falta interesse dos próprios usuários em se organizar. Isso resulta num grande volume de material com o qual não se sabe o que fazer.”*¹³³ Vê-se aí uma abordagem sobre o material resultante das oficinas, enquanto que um trabalho terapêutico teria que levar em conta a experiência do “fazer”.

A carência de orientações e de material específico era visível, segundo Silveira, nos resultados obtidos nas oficinas iniciais em Uberlândia: *“Eram oficinas variadas, algumas de trabalhos manuais, bordado, vagonite, crochê. Dependia muito da habilidade de quem estava ali na oficina. Elas eram ministradas por psicólogos que nem sempre tinham habilidade pra passar pras pessoas e às vezes o próprio usuário acaba ensinando os outros. Se não, era feito de uma forma bem pouco estruturada. Uns querem fazer pintura, então era uma pintura sem muita técnica, sem muito desenvolvimento, sem o psicólogo estar olhando mais pra essa parte. E com material disponível. Eu lembro que a gente recebia linha pra bordado, algumas tintas mais próximo de aquarela, lápis de cor, quase um material escolar mesmo. Quem tinha mais criatividade usava sucata, para produção de porta-retratos, caixinhas com aspecto bem tosco de acabamento, porque a idéia era muito mais terapêutica e artística e muito menos voltada pra uma produção que fosse ser colocada à venda.”*

Silveira afirma que a arte pode gerar bons resultados, caso a pessoa possua habilidade, assim como a oficina de artesanato, que possibilitaria ao usuário condições para sua manutenção: *“Eu acho que quando você pensa na arte e na arte terapia, nem todo mundo vai ser Arthur Bispo, claro, mas você oferece um estímulo e se cair em boas mãos é uma possibilidade da pessoa sair desse círculo e ganhar autonomia também como artista, a mesma coisa da oficina de produção, você oferece uma possibilidade da pessoa sair dessa coisa mais assistencial.”*

Silveira participa ainda de uma equipe multidisciplinar, o “Trem de doido”, criado em Uberlândia em 2004, com o objetivo de fomentar manifestações culturais e mostrar as atividades de usuários, convidados e profissionais ligados à saúde mental. “A

¹³³ Entrevista realizada em 12/12/2005 a Maria José de Castro Nascimento, psicóloga da *Enfermaria de Psiquiatria* do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU). Trabalhou até o ano de 2002 na Clínica Jesus de Nazaré, que atualmente funciona como CAPS.

equipe até realizou em 2005 na cidade algumas atividades dia 18 de maio, que é o Dia da Luta Antimanicomial, como forma de chamar a atenção da mídia para a questão. Tem também o coral da UFU, com usuários e profissionais.” Esta data comemorativa, em nosso entender, tem o objetivo de chamar a atenção da comunidade para o tema saúde mental, como uma forma de desmistificação; com os eventos promovidos neste dia em Uberlândia, que incluem apresentações culturais, também se tenta utilizar a arte como uma espécie de instrumento para a evolução do conceito de loucura, em termos de senso comum.

LOUCURA COMO MITO

Segundo Max Weber, o comportamento individual num grupo se coordena de acordo com normas estabelecidas e expectativas recíprocas, sendo a ação, ou melhor, a prática social resultado de um conjunto de finalidades, valores e códigos. “Toda a sociedade cria um conjunto coordenado de representações, *um imaginário* através do qual ela se reproduz e que designa em particular o grupo a ele próprio, distribui as identidades e os papéis, expressa as necessidades coletivas e os fins a alcançar.”¹³⁴

Na explicação de Ansart, o mito é um “imaginário vivido”, um modo de relacionamento dos homens entre si e com o mundo. Aplicando este conceito de imaginário, o mito da loucura, portanto, pode ser entendido como a própria forma em que se dá o relacionamento dos indivíduos entre si. Tem-se, como ponto de referência, os códigos relativos a comportamento e raciocínio normais; aqueles que fossem destoantes desta norma comporiam o grupo dos loucos, com papéis divergentes das representações aceitas como normais; assim se comporia o mito da loucura, que agruparia todos os que se encaixassem nas linhas desse imaginário social oposto à norma.

Nesse ponto, a pesquisa quanto a fontes orais, especificamente quanto a médicos e profissionais da saúde que lidam com pacientes psiquiátricos, possibilita compreender o fenômeno segundo esquemas de intelecção, ou seja, estudando as narrativas médicas pode-se reconstruir o modo como o fenômeno da loucura tem sido visto e abordado no recorte escolhido e as transformações ocorridas em relação a outros contextos.

¹³⁴ Pierre Ansart, *Ideologias, conflitos e poder*. Rio de Janeiro: Zahar, s/d. p. 21-22.

Conforme Ansart, a linguagem mítica constitui-se de um elemento para o controle social. O próprio mito tem a função de garantir um consenso social:

*... um paradigma que designa as posições sociais ao mesmo tempo em que as justifica. É preciso, na verdade, frisar que a ideologia, à maneira dos mitos, tece uma imagem das divisões sociais, das igualdades e desigualdades e proporciona um verdadeiro saber relativo ao sistema social.*¹³⁵

O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFU

Em visita à enfermaria psiquiátrica do Hospital de Clínicas, observamos a sala de atendimento médico, a enfermaria com alguns leitos e o pátio em que os usuários que quiserem podem ficar, tomar sol e ouvir música. Os desenhos em papelão, usando massa corrida, estavam expostos nas salas de atendimento médico e na enfermaria estão os desenhos mais atuais dos usuários. Havia música ambiente no grande pátio gramado, onde alguns usuários estavam sentados no chão. Alguns sentados em cadeiras, à sombra de uma mangueira. A música era um rock, parecia ser música de rádio, o que dava uma ambientação não de hospital, mas de um lugar comum. As paredes do pátio tinham algumas pinturas feitas com massa corrida e bisnagas coloridas em tons pastéis. Alguns internos falaram com a psiquiatra, pedindo pra ir embora. Um deles queria fazer um teste de QI. Percebemos um ambiente de respeito e atenção para com as falas dos internos.

Segundo um profissional da área de saúde mental¹³⁶ existe atualmente um trabalho de humanização hospitalar que envolve também os pacientes internados no Hospital de Clínicas, nos quais se inclui a participação das famílias de usuários, de modo a inserir a comunidade na instituição. *“O serviço tem investido mais na humanização, a família tem sido mais participativa. O acompanhante pode permanecer na unidade durante todo o período da internação e assim colabora muito com o cotidiano da enfermaria; os horários de visita foram ampliados e os familiares podem participar das atividades internas realizadas diariamente, das atividades externas e das reuniões semanais.”*

¹³⁵ Pierre Ansart, *Ideologias, conflitos e poder*, Rio de Janeiro: Zahar, s/d. p.41.

¹³⁶ Com relação às atividades na enfermaria de psiquiatria do Hospital de Clínicas da UFU, foram realizadas entrevistas em 2004 com dois profissionais da área de saúde mental do Hospital de Clínicas que optaram por sua não identificação neste trabalho.

A Humanização hospitalar é um movimento nacional, segundo a Terapeuta Ocupacional Flávia Teixeira¹³⁷. *“Onde você está vendo maior retorno disso é nas pediatrias, nas UTI’s pediátricas, com aqueles projetos “mãe-canguru”, “doutor da alegria”.*¹³⁸

E sobre a humanização no Hospital de Clínicas da UFU, Teixeira comenta: *A universidade tentou e tenta fazer um trabalho de humanização, mas o processo de humanização hospitalar não pode ser feito focado num lugar, porque existe um tripé, que é o paciente, o cuidador e a própria instituição. Então, as condições que a instituição tem para se humanizar às vezes são muito limitadas. Nós temos médicos de uma formação muito individualista e aí, se se tem um currículo individualista, que estimula a competitividade, e se passa seis anos na faculdade fazendo isso, quando o profissional sai de lá, como vai dar conta de um outro discurso e de uma outra prática?*

Segundo Teixeira, a humanização tem verba federal, por isso passou a ser instituída nos hospitais em geral. *“O hospital que for considerado humanizado terá uma verba diferenciada. Então a política pública tem que estar atrelada à prática terapêutica e enquanto não esteve, via-se formas isoladas dessa humanização, mas agora como ela tem um reconhecimento instituído como política pública, e pra isso destina-se verba – porque você tem que pensar assim, só existem porque interessa a alguém – então na psiquiatria da UFU, o hospital recebe 25% a mais porque tem enfermaria psiquiátrica, então é uma forma do governo incentivar que se tenha enfermaria psiquiátrica dentro dos hospitais escola. A humanização está sendo uma política construída que só ganha a partir do momento em que o governo reconhece e reconhecer, para o governo, significa dar verbas.”*

O profissional de saúde entrevistado¹³⁹ aborda a ligação entre a idéia de humanização dos tratamentos, a multidisciplinaridade e a participação do paciente no

¹³⁷ Entrevista a Flávia do Bonsucesso Teixeira, graduada em 1991 pela UFMG, especialista em Sociologia. Trabalha com TO desde 1991. Docente da Uniube de 2000 a 2003 Foi docente de disciplinas da área de Saúde Mental na UFPR (Terapia Ocupacional aplicada à Saúde Mental) e orientadora de estágios em 2003 e 2004. Atualmente faz doutorado em Antropologia. Trabalhou como técnica-administrativa na UFU de novembro/1996 a março de 2000, como TO que trabalhava na Psiquiatria.

¹³⁸ “A humanização na Saúde, começa em 1999, no Natal, quando um grupo de profissionais da área da saúde mensal foi chamado pelo Ministério da Saúde, para pensar um projeto de humanização, de âmbito nacional, que enfrentasse a necessidade, amplamente confirmada por pesquisas qualitativas junto aos usuários do SUS, de melhorar a qualidade das relações humanas no atendimento à saúde: relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e usuários, entre as diferentes categorias de profissionais de saúde e entre os hospitais e a comunidade.” <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=30> em 8/1/2005 – 18:00 h.

¹³⁹ Entrevista realizada em 2004 com um profissional da área de saúde mental do Hospital de Clínicas da UFU que optou por sua não identificação neste trabalho.

processo terapêutico: *“Antigamente o tratamento seguia uma linha muito biológica. Com o passar do tempo, foi-se introduzindo outros tipos de tratamento. Hoje, a psicologia e a terapia ocupacional também fazem parte deste tratamento, trazendo outras possibilidades e visões multidisciplinares da doença mental. Desta forma, ele pode ser ouvido, deixando-se de pensar na doença e buscando-se a saúde mental. Quando falamos em humanização, pensamos em um sujeito ativo que participa do tratamento.”*

Sobre a influência do meio ambiente e da instituição sobre o indivíduo, o pesquisador Crowcroft cita o saber-poder, ao qual o louco está por séculos submetido. Ao paciente, restavam apenas as alternativas de adaptar-se ou perecer, o que consiste em considerar que ele era sempre visto como errado. Crowcroft considera a necessidade de transformar o mundo para transformar o ser: *“... devemos transformar o ambiente hospitalar inerte, devemos respeitar o valor pessoal de cada paciente, devemos criar condições para a esperança.”*¹⁴⁰

Crowcroft coloca a cultura como meio onde se localiza o início da formação do estigma da loucura e assinala como o social influencia para que a loucura seja internada:

*A ênfase atual está sendo dada ao comportamento e à interação social. Nosso objetivo é entender também as experiências do paciente. Uma crise nervosa grave, ou uma psicose, é a consequência de uma rejeição social complexa e de uma falta de compreensão; o internamento em hospitais psiquiátricos é consequência do insucesso e da isolamento social, mais do que simplesmente o aumento na gravidade dos sintomas, embora naturalmente uma coisa possa conduzir a outra.*¹⁴¹

Assim, as formas da loucura se manifestar são relativas às diferentes maneiras do paciente lidar com os acontecimentos em sua vida:

Podemos considerar a psicose uma imaturidade emocional, relativa às normas de uma determinada cultura; o louco, o doido, o lunático são indivíduos que podem expressar e experimentar a ansiedade numa forma muito mais primitiva do que nós. As ansiedades psicóticas, infantis na sua forma, estão relacionadas também com as necessidades emocionais das crianças. Diferentes espécies de ansiedade são tratadas por diferentes medicamentos, de sorte que as ansiedades persecutórias e depressivas, por exemplo, não são apenas termos

¹⁴⁰ Andrew Crowcroft. *O psicótico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. P. 172.

¹⁴¹ Andrew Crowcroft. *O psicótico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. P. 213.

*metafísicos, uma vez que estamos aptos a unir o corpo e a mente, as palavras e a loucura, os medicamentos e os sintomas.*¹⁴²

A loucura pode ser encarada como doença, quando, na verdade, é uma forma de reagir aos problemas da vida, como expõe o profissional de saúde entrevistado: *“Atualmente, quando a pessoa tem qualquer quadro de conflito ou de histeria que não consegue lidar, já chega até com diagnóstico: ‘estou com pânico, estou com medo disso...’ Aí se observa que aquele medo tem um significado pra ela, tem uma história dentro do contexto dela e não é o pânico, é uma relação difícil que ela tem ali ou com a mãe, ou com o pai ou com o namorado ou com ela própria; quando ela lida com as frustrações dela, o pânico, não dá conta de fazer diferente. Então começa a se tratar como se fosse uma doença do pânico. E ela se convence disso; também, ela não quer perceber que se mudar a postura dela, de atuar diante dos problemas, ela mudaria, não seria uma doente do pânico, não teria essa doença. Mas isso aí tudo é a nível de terapia que a pessoa conseguirá perceber.”*

A música é utilizada atualmente na enfermaria de psiquiatria como meio de inserção do usuário e participação dele no meio social. *“Em termos de atividades, utilizamos outras formas de expressão, tais como a música, a pintura, a dança e o coral de usuários; nesta atividade, trabalhamos a reinserção, já que levamos o grupo para apresentações externas.”* Percebe-se a intenção de também levar a comunidade a receber o usuário em seu próprio ambiente, num retorno de forma assistida, propondo-se a aceitação da sociedade e o comportamento do usuário: *“Com isso, se trabalha com o estigma do doente mental. Tem o resgate também da auto-estima do usuário.”*

Observamos que a arte do louco é um discurso que choca pela sua beleza e integração com a realidade, evidenciando a existência de fragmentos compreensíveis em sua forma de pensamento, um elo entre o usuário e os ditos “normais”. Assim, a arte é uma forma de inserção social, é ela quem liga os extremos de comportamento aos medianos, que estão de acordo com o padrão socialmente aceito.

A atividade de pintura é feita por terapeuta ocupacional, mas ocasionalmente também por voluntários, como os estagiários do curso de Artes em 2003 que acompanharam os usuários por um ano. Segundo os profissionais de saúde mental, há outras atividades desenvolvidas na psiquiatria, com voluntários: *“Já houve um grupo espírita, de jovens, que trabalhou com os pacientes atividades de teatro durante oito*

¹⁴² Andrew Crowcroft, *O psicótico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. P. 214.

meses.” Mas, em geral, os voluntários envolvidos nas atividades terapêutica do Hospital de Clínicas não possuem formação específica.

Para os profissionais de saúde mental entrevistados, a pintura tem como objetivo auxiliar na expressão dos conteúdos internos a fim de que haja uma comunicação e os usuários explicitem o que os outros não entendem. Assim, tal atividade tem a eficácia de possibilitar a verbalização: *“Trabalhamos com os pacientes para que eles falassem dos seus conteúdos internos, antes, durante e depois da pintura. Fazíamos o fechamento das atividades ouvindo o paciente. Mas nem todos, porque cada um tem seu momento de crise, então não consegue participar do processo todo; começa, sai, volta...”*

Os materiais utilizados não são próprios para pintura em tela, sendo feitas adaptações em papel; alguns trabalhos são expostos na enfermaria. *“Existe pouco material. Utilizamos para desenho cartolina, lápis de cor, lápis de cera, papel sulfite, papelão, massa corrida. Alguns trabalhos foram colocados nas paredes das salas de atendimento.”*

Os profissionais que tratam dos pacientes no Hospital de Clínicas da UFU são vários: psiquiatra, enfermeira, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social. Os resultados observados pelos entrevistados com as atividades de arte terapia seriam relacionadas ao comportamento dos pacientes, adequado ao funcionamento da instituição hospitalar, agora adaptada à curta internação: *“Um ganho enorme no serviço, o paciente fica mais tranquilo no tempo de internação, o risco de fuga é menor, eles interagem mais. Estas melhorias para o paciente em tratamento auxiliam para o menor tempo de internação.”*

Segundo os profissionais entrevistados, a média de pacientes internados por dia na enfermaria psiquiátrica é de 20 a 25, para uma capacidade de internação de 34 pacientes, com tempo médio de internação de 15 dias. Também existe o paciente crônico que é um frequentador costumeiro do hospital: *“A gente tenta trabalhar nesse período com o paciente que sempre volta ao serviço, a gente chama de ‘porta giratória’, tem feito o atendimento domiciliar com enfermeira, psiquiatra e assistente social com esses pacientes que sempre retornam ao serviço, verificando porque não aderem ao CAPS e à medicação.”* Esta fala é marcada pelo viés da adequação do usuário ao mundo social e à rotina hospitalar, com suas atividades, e aceitação do tratamento medicamentoso.

Posteriormente se verá como os medicamentos inauguraram uma nova fase da medicina mental, possibilitando o recrudescimento dos tratamentos físicos como as cirurgias de cérebro e os eletrochoques. Segundo Deepak Chopra¹⁴³, o problema da medicina seria buscar a cura de todos os desequilíbrios mentais e físicos somente na esfera química, desprezando as influências do mundo subjetivo da mente.

O profissional de saúde fala sobre a vinculação da arte com a loucura e os benefícios da arte terapia como meio para a tradução da linguagem da loucura para o homem normal. A arte, assim, seria um dos meios possíveis para o entendimento daquilo que o paciente pensa e sente: *“Compreendo estar trazendo um novo instrumento pra trabalhar a loucura de forma que ela possa ser traduzida pela arte, que é uma tradução dessa desorganização psíquica. Então é mais um recurso que eu vejo para que a gente possa estar buscando um significado pra esse grande sofrimento que a pessoa está passando. Para aquele indivíduo, seria qualquer instrumento como recurso, a música, a argila, a pintura, o teatro, uma dramatização, naquele trabalho a pessoa vai estar falando de si, fazendo troca, podendo pegar a experiência das outras pessoas, por mais desorganizada que ela esteja naquele momento, psiquicamente, mas ele consegue apreender alguma coisa.”*

A arte seria, nesta visão, coadjuvante da terapêutica medicamentosa, ao proporcionar boa adequação ao ambiente hospitalar para retorno à sociedade. *“Então eu acho muito importante, principalmente no ambiente de uma internação psiquiátrica, onde o paciente está para tratar a crise, tomar a medicação e para voltar mais adequado pra sociedade, para o seu meio familiar.”*¹⁴⁴

Segundo o profissional de saúde, a arte terapia promove a interação, pela qual se torna possível a clínica e a expressão verbal, esta sim, possível de ser captada pelos cuidadores: *“Então nesta fase, às vezes o paciente fica muito ali á mercê do outro, nos cuidados da enfermagem, nos cuidados do médico e eu acho que essa interação com a arte vem para facilitar a esse indivíduo a sua expressão, que às vezes ele não consegue falar em palavras.”* Isto porque a concepção de loucura deste entrevistado é vinculada a comportamento, opção de vida e nível de inteligência.

¹⁴³ Deepak Chopra. *A cura quântica – o poder da mente e da consciência na busca da saúde integral*. São Paulo: Ed. Best Seller. s/d.

¹⁴⁴ Com relação às atividades na enfermaria de psiquiatria do Hospital de Clínicas da UFU, foram realizadas entrevistas em 2004 com dois profissionais da área de saúde mental do Hospital de Clínicas que optaram por sua não identificação neste trabalho.

Ainda, para o profissional entrevistado, as opções pessoais podem ser consideradas como sintomas de loucura no meio em que o indivíduo vive: *“Acho que é isso, é a expressão do diferente, no familiar, no social, porque muitas vezes, dentro de uma família extremamente rígida, dependendo da sua opção de vida, a pessoa vai ser considerado louca.”*

A comunicação entre os indivíduos também pode ocorrer de formas diferentes, conforme o nível de raciocínio, o que pode significar, para alguns grupos, indício de loucura: *“Ao longo da história é assim, o louco é aquele que incomoda, é aquele que traz coisas diferentes e nem sempre podemos considerar aquilo como loucura e sim uma capacidade que ele tem de estar expressando de forma diferente os seus pensamentos, até porque ele pode ser muito diferente mesmo, pode ter um nível de inteligência muito grande, além daquele grupo com o qual convive, ele vai se tornar muito diferente.”*¹⁴⁵

Sobre desvios de comportamento, o seguinte texto de Crowcroft define a esquizofrenia como não necessariamente uma loucura, mas um desvio comportamental, observado, portanto, nas redes de relações:

*O termo esquizóide foi introduzido na Psiquiatria para descrever o que era suposto freqüentemente ser a personalidade pré-psicótica do esquizofrênico. [...] Alguns desvios da personalidade podem produzir, em inúmeras situações sociais, um sentimento da dificuldade da comunicação, de uma inadaptação e isolamento crescentes. O esquizóide sente-se separado das outras pessoas, da mesma forma que seu comportamento nos parece desajustado. Foi observado, aliás, que muitos esquizofrênicos eram pessoas fora do comum e não necessariamente loucas. Talvez se pudesse afirmar que bastaria apenas uma exageração de alguns traços esquizóides para produzir a esquizofrenia.*¹⁴⁶

Foucault contestou a idéia de que, com o progresso das pesquisas, a medicina irá dominar a doença mental e fazê-la desaparecer, como aconteceu com algumas doenças físicas, pois permanecerá a relação do homem com sua dor; essa idéia supõe inalterável a sociedade: *“... a relação de uma cultura com aquilo mesmo que ela exclui, e mais precisamente a relação da nossa com essa verdade de si mesma, longínqua e inversa, que ela descobre e recobre na folia.”*¹⁴⁷

¹⁴⁵ Entrevista realizada em 2004 com um profissional da área de saúde mental do Hospital de Clínicas da UFU que optou por sua não identificação neste trabalho.

¹⁴⁶ Andrew Crowcroft, *O psicótico*, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. p. 92.

¹⁴⁷ Michel Foucault, *Ditos e escritos*, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. p. 211-212.

Já a compreensão da doença mental¹⁴⁸, para Crowcroft, é permeada por vários obstáculos, entre eles os preconceitos existentes nas várias sociedades. De acordo com a classificação médica de doenças CID-10, o termo “doença mental” foi substituído por “transtorno mental”, que envolvem atitudes e comportamentos fora do padrão de normalidade sócio-cultural. Tais transtornos mentais e de comportamento são classificados pela psiquiatria biológica de acordo com sinais e sintomas apresentados pelo sujeito.

Para Foucault, a loucura está estreitamente ligada à cultura, tem valor no terreno no qual a reconhecem como loucura. Mas a relatividade do mórbido não é clara, como afirma Foucault. Para Durkheim, um fenômeno seria patológico ao afastar-se da média, marcando um estágio superado de uma sociedade ou delineando um posterior estágio de desenvolvimento que ainda mal se esboça. Tal concepção é encarada sob um aspecto negativo e virtual.

*Negativo, já que é definida em relação a uma média, a uma normal, a um ‘pattern’, e que neste afastamento reside toda a essência do patológico: a doença seria marginal por natureza, e relativa a uma cultura somente na medida em que é uma conduta que a ela não se integra.*¹⁴⁹

A concepção da doença é virtual porque seu conteúdo é definido pelas possibilidades não mórbidas que nela se manifestam. Por outro lado, o lado positivo da doença, segundo Foucault, encontra-se nas sociedades que a reconhecem como tal e reservam a ela status e função, como ocorre entre os Zulus com relação aos seus xamãs, uma cultura que reserva um papel social ao doente. Esta é mais uma demonstração de que o conceito de loucura tem vinculação com os conteúdos e evolução da sociedade na qual ela se insere.

A sociedade atual, entretanto, vê na doença o sentido do desvio que necessita ser excluído, pois foge à norma. A exclusão iniciada no Renascimento continua na contemporaneidade.

Se Durkheim e os psicólogos americanos fizeram do desvio e do afastamento a própria natureza da doença, é, sem dúvida, por uma

¹⁴⁸ De acordo com a classificação médica de doenças CID-10, o termo “doença mental” foi substituído por “transtorno mental”, que envolvem atitudes e comportamentos fora do padrão de normalidade sócio-cultural. Tais transtornos mentais e de comportamento são classificados pela psiquiatria biológica de acordo com sinais e sintomas apresentados pelo sujeito.

¹⁴⁹ Michel Foucault, Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 73.

*ilusão cultural que lhes é comum: nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente. As análises de nossos psicólogos e sociólogos, que fazem do doente um desviado e que procuram a origem do mórbido no anormal, são, então, antes de tudo, uma projeção de temas culturais.*¹⁵⁰

Para o psicoterapeuta Alexander Lowen, que desenvolveu a bioenergética, através da qual se busca o equilíbrio interior, com bases biológicas, o entendimento da psicose está atrelado à ligação com a realidade, tempo e espaço:

*O primeiro objetivo do esforço psiquiátrico, tanto no presente como no passado, é fazer a pessoa mentalmente doente entrar em contato com a realidade. Se a ruptura com a realidade é grave – isto é, se o paciente não se orienta segundo a realidade do tempo, lugar ou identidade – sua condição é descrita como psicótica. Diz-se que ele sofre de ilusões que distorcem sua percepção da realidade.*¹⁵¹

A neurose seria uma distorção da realidade, ligada à ilusão, pois teria uma concepção da realidade doentia. Mas, para Lowen, não é fácil definir a realidade, pois todos carregam um pouco de ilusão. O autor considera o corpo como realidade a partir da qual a doença mental é também ilusão, pois o distúrbio mental também é físico. Então, o correto seria considerar o distúrbio como doença emocional:

*A palavra ‘emoção’ tem uma conotação de movimento e tem, portanto, um sentido implícito, tanto físico como mental. O movimento acontece num nível físico, mas sua percepção ocorre na esfera mental. Um distúrbio emocional envolve ambos os níveis da personalidade. E uma vez que é o espírito que move a pessoa, o espírito está também envolvido em todo conflito emocional. O indivíduo deprimido sofre de um depressão de seu espírito*¹⁵².

Sobre a loucura como doença, o profissional de saúde entrevistado aborda suas classificações e explicações médicas e observa-se não haver uma definição acabada sobre as origens biológicas das doenças mentais: “Do ponto de vista biológico, a gente ainda não tem uma causa definida pra algumas doenças mentais, mas as pesquisas têm progredido, colocado as questões das alterações neurobiológicas, neuro-hormônios, mas isso não é uma grande verdade. Isso é algo que está caminhando, em termos de pesquisa, mas se você for conversar com um psiquiatra biológico, ele coloca a verdade,

¹⁵⁰ Michel Foucault, *Doença mental e psicologia*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 74.

¹⁵¹ Alexander Lowen. *O corpo em depressão*. São Paulo: Summus, 1983. P. 15.

¹⁵² Alexander Lowen. *O corpo em depressão* São Paulo: Summus, 1983. P. 15.

que é isso e acabou. O pânico, depressão. A esquizofrenia, a gente ainda tem mais controvérsia do que o quadro de depressão, por exemplo. Depressão seria uma alteração neuro-hormonal, noradrenalina, sinapse, etc.”

A noção clássica da origem biológica da loucura encontra sua raiz nas principais teorias da medicina mental dos séculos XVIII e XIX, as quais argumentavam que a causa e a essência da enfermidade não era produto de um conflito da mente, mas era provocado por uma lesão corporal.¹⁵³

A loucura também parece ser fabricada no capitalismo: “Numa sociedade, se a gente for avaliar uma sociedade que vive um capitalismo assim, muito intenso, aquela coisa de estar buscando ter, ter e ter, você vê que essas pessoas têm um consumismo tão grande que aos olhos daquele que não tem, isso fica como loucura também, essa busca do satisfazer a qualquer preço, satisfazer imediatamente, rapidamente e aí vai produzindo pessoas completamente diferente também, dentro desse contexto.” Neste sentido, o surgimento do Hospital Geral de Paris no século XVII marcou, “para Foucault, a emergência de uma ética fundada no trabalho como o mais alto dos valores morais”¹⁵⁴.

O próprio psiquiatra Osório César, um dos primeiros a introduzir a arte terapia no Brasil, também visualiza a inserção no sistema capitalista. Em 1950 começaram a trabalhar na Sessão de Artes do Juqueri, na região da Grande São Paulo, artistas que tinham o objetivo de orientar as atividades com os internos e sistematizar a produção artística. Osório César se especializa em Psiquiatria Social em 1952, na França e volta para dirigir a Sessão de Artes Plásticas do Juqueri tendo como objetivo a integração do doente no sistema de produção: “Entende que a finalidade primordial de um departamento de arte não é apenas terapêutica, mas também preparar os pacientes para desenvolverem uma profissão, de acordo com suas capacidades, e assim poderem viver melhor fora do hospital”¹⁵⁵. Assim, dedica-se ainda mais à Instituição de Assistência Social ao Psicopata.

Observamos que os entrevistados, ao abordarem a inserção do paciente através de sua produção, no mundo capitalista, entendem que a arte poderia servir para a afirmação pessoal do usuário, na medida em que o faria perceber-se e ser percebido

¹⁵³ Roy Porter, Uma história social da loucura, p. 46

¹⁵⁴ Noronha, Nelson Matos de. *Doença mental e liberdade*. Campinas, SP: Unicamp, 2000. (Tese de Doutorado) p. 71.

¹⁵⁵ Maria Heloísa C. T. Ferraz, Arte e loucura, São Paulo: Lemos Editorial, 1998.p. 76.

como indivíduo produtivo. Assim, o “reconhecer-se como pessoa” está vinculado aos conceitos e padrões da sociedade.

A produção, quando visualizada, materializada, tem um significado para paciente e sua família, como afirma a terapeuta ocupacional Flávia do Bonsucesso Teixeira¹⁵⁶ sobre a experiência no CAPS Jesus de Nazaré: *“Quando eu trabalhei na Jesus de Nazaré, a horta era dos pacientes; no final, toda sexta-feira eles levavam pra casa. Então eles passaram a ter um lugar em casa bastante importante porque eles não eram só o ‘doente que pesava’. Eles começaram a levar a mistura da semana, então eles levavam na sexta-feira, o trabalho deles, então era muito interessante ver a relação deles com a horta.”*

Segundo o profissional do Hospital de Clínicas, a loucura é vista como estigma e trabalha-se com a idéia de que é preciso acabar com a diferença para que o usuário seja inserido na sociedade, em vez de se pensar um trabalho sobre a aceitação da diferença pela sociedade: *“Na saúde mental é trabalhado muito a questão da auto-estima, auto-cuidado, cidadania e inserção social, pois a doença mental traz em muitos casos a apatia, a falta de cuidado consigo, o isolamento, buscamos a resignificação deste estado.”* Entendemos que esse resgate da auto-estima e do cuidado de si ocorre num momento em que o paciente se vê privado de sua identidade, na instituição hospitalar.

O profissional explica que são utilizados com alguns pacientes da enfermaria psiquiátrica os procedimentos de um grupo terapêutico, com trabalhos que começam e terminam no mesmo dia, tais como desenho, pintura, colagem, recortes, jogos, atividades de auto cuidado e higiene, além de passeios. Em média, participam da atividade dez pacientes, por livre adesão à atividade. Para o entrevistado, o trabalho consiste em buscar estabelecer contato com o paciente e despertar nele a possibilidade de uma comunicação: *“a terapia ocupacional é um espaço de construção e reconstrução de uma nova história, de conhecimento a respeito dos sentidos e significados de experiências vividas e de possibilidades de novas configurações de relacionamentos e inserção social. Os resultados acontecem com os sentimentos mobilizados, a percepção de suas incapacidades e a valorização de suas capacidades, a percepção de si levando a melhora da auto-estima e do cuidado.”*

¹⁵⁶ Entrevista a Flávia do Bonsucesso Teixeira em novembro/2004, graduada em Terapia Ocupacional em 1991 pela UFMG, especialista em Sociologia. Trabalha com TO desde 1991.

A atividade também possibilita, segundo o profissional, que os pacientes falem sobre as atividades realizadas, relacionando-as às próprias questões do cotidiano; ao se dar conta delas, conseguem expressar-se em grupo e verbalizar, ou seja, tornar possível ao outro o entendimento do seu drama interno. *“A atividade tem o objetivo de possibilitar a expressão de seus sentimentos, pois muitas vezes o sujeito não dá conta de falar. Sendo assim, o produto da atividade diz muito deste sujeito.”*

Segundo Adamson, as expressões criativas do paciente são uma forma de arte, mas é discutível a afirmação de que seriam obras de arte, pois, como terapia, interessa o tema e não a forma da pintura.

*Uma verdadeira obra de arte tem como base uma modulação consciente da técnica. (...) O artista está todo o tempo numa posição de controle, mas a mente doente normalmente não possui essas qualidades. A terapia criativa pode até mesmo possibilitar a sua aquisição.*¹⁵⁷

A doença pode gerar no paciente, segundo Adamson, uma sensibilização, uma abertura das portas da percepção e também lhe permitir uma expressão gráfica espontânea e incontrolável.

*Não se pode negar que o artista é motivado pelos níveis inconscientes de sua mente. Mas é essencial considera-se que isso acontece sobretudo na área da escolha do tema. (...) Pintores profissionais que passam a sofrer das dificuldades mentais geralmente perdem o domínio da técnica. Isso acontece porque perdem as faculdades que diferenciavam suas obras dos trabalhos de esquizofrênicos. Um sintoma de recuperação de um artista é o desejo de voltar a pintar.*¹⁵⁸

Importa, no processo terapêutico, especialmente na terapia ocupacional, a capacidade funcional do sujeito. Segundo o profissional entrevistado¹⁵⁹, *“na terapia ocupacional, a atividade é uma mediadora da relação terapeuta-paciente; para tanto, é*

¹⁵⁷ Edward Adamson. A arte e a saúde mental In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 133.

¹⁵⁸ Edward Adamson. A arte e a saúde mental, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 133.

¹⁵⁹ Entrevista realizada em 2004 com um profissional da área de saúde mental do Hospital de Clínicas da UFU que optou por sua não identificação neste trabalho.

necessário que se faça a análise da atividade, o histórico do paciente, a capacidade física requerida para ser executada, a propriedades do material e os sentimentos mobilizados durante sua execução para se propor um programa terapêutico. Assim, busca-se proporcionar ao paciente espaço de transformação da estagnação em crescimento e criação.”

A LIGAÇÃO ESTADO-MEDICINA

A mudança no estatuto médico, relacionada à produção de conhecimento remete, no século XIX a uma nova percepção do louco, agora ‘doente’. Ao privilegiar o nível da percepção, Foucault, na *História da loucura*:

... pode desclassificar os ‘saberes sobre a loucura’ como não científicos e mostrar que, por detrás das máscaras impostas pelo Positivismo, há um projeto de intervenção material (porque ao nível do corpo) e moral (porque ao nível da conduta) na vida dos homens. (...) Dessa maneira, qualquer referência feita a conceitos na História da loucura está intimamente relacionada com forma de intervenção, formas de organização do espaço de reclusão, formas de relação de autoridade entre médico e doente.¹⁶⁰

Estas formas de intervenção têm a representatividade máxima na figura do Estado como executor das normas definidas pelo poder legislativo. No Brasil, o sistema de saúde está vinculado diretamente ao Estado.

Nos últimos quarenta anos, o Estado Brasileiro rompe com as práticas realizadas até então em dois momentos, quando incorpora às ações de saúde a assistência médica em geral e quando atrela a saúde mental à rede pública de saúde.¹⁶¹ Em 1966 unificam-se o Instituto de Pensão e Aposentadoria e o Instituto Nacional de Previdência Social. Esta atitude privilegia as indústrias médico-hospitalar-farmacêuticas, o que gera grandes questionamentos, fato pelo qual o sistema de saúde é obrigado a se reorganizar posteriormente.¹⁶² A política de assistência regulamentada seria a responsável, posteriormente, pelo inchaço na contratação de serviços médicos, o que em saúde mental se compreende pelo crescente número de internações em hospitais

¹⁶⁰ Ernani Chaves, Foucault e a psicanálise, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988. p. 15.

¹⁶¹ Sonia A. M. França, Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 42.

¹⁶² Sonia A. M. França, Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 42-43.

psiquiátricos particulares em que se realiza a sujeição hospitalar a normas socializadoras, o isolamento do doente do convívio social e uma terapêutica medicamentosa circunscrita à relação médico-paciente.

Nos anos setenta, é fundado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e vários estados implantam a Rede Básica de Saúde, da qual participam estados e municípios. O governo federal, entretanto, não tem o controle efetivo na destinação de verbas ao setor privado, financiado por ele. No final da década, o excesso de internações hospitalares no setor privado impacta o sistema nacional de saúde e se torna urgente a reavaliação dos serviços, da política de saúde e do lugar de ação da medicina.

A partir dos anos 80, inicia-se a democratização das ações de prevenção e tratamento.

*Tendo em vista esta política, as ações de saúde mental passam a fazer parte da rede pública, visando o processo de desospitalização dos pacientes psiquiátricos. São, então, oferecidas formas alternativas de atendimento através da criação de unidades básicas de saúde mental em postos de saúde, ambulatorios e hospitais-dia, com o intuito de se evitar internações desnecessárias.*¹⁶³

Conforme França, são realizadas a partir de então ações no sentido de adaptarem as instituições que subentendem um novo modo de relacionamento com saúde e doença. Passa a ser exigido dos profissionais de saúde um novo enfoque sobre o paciente psiquiátrico, agora usuário, de forma que possa a ser visto como ser humano integral. A percepção do louco não é mais circunscrita ao campo médico, apreende uma nova complexidade como parte do todo social. Ocorre, portanto, a modificação na concepção de corpo, saúde e doença, sobre os quais reside o poder médico, numa visão orgânica da loucura. No novo contexto, a loucura passa a ser vista como fenômeno social e inserida no espaço das relações cotidianas: família, trabalho, lazer, discurso. Passa-se a ter que ouvir a verdade do usuário nos ambientes nos quais ele atua, uma vez que não está mais encarcerado no manicômio. Para tanto, se fazem necessárias práticas além do saber médico-psiquiátrico, saberes que versam sobre a inserção social e bem-estar subjetivo do usuário da rede de saúde. O corpo do usuário, assim, passa do espaço hospitalar, no qual é submisso, ao espaço da sociedade, como corpo atuante. Isso exige

¹⁶³ Sonia A. M. França, Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 9-10.

um novo aprendizado, seja do usuário, da família, da equipe de saúde, seja da sociedade sobre o campo das relações.

*A compreensão do objeto das práticas terapêuticas em seu contexto histórico pode levar a um entendimento de que o homem processa incessantemente novas composições de territórios existenciais. Esta compreensão pode propiciar uma configuração vivificadora do campo terapêutico.*¹⁶⁴

Num processo de descentralização administrativa, os recursos federais são então transferidos para estados e municípios a partir de 1983, com a criação das Ações Integradas de Saúde, e o INAMPS firma convênios com as Secretarias de Estado de Saúde e Prefeituras Municipais.

Segundo França, a criação de mecanismos formais de coordenação da saúde pública nessas outras esferas do poder executivo evidencia a visão medicalizada do Estado, pois o saber médico, além de prover a cura, também auxilia o Estado a conhecer o indivíduo e a população, o ser natural e o social. Em 1986, realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que trata das diretrizes das Ações Integradas de Saúde e apresenta uma preocupação do Estado em relação ao indivíduo em diversos aspectos, que podem ser vistos na concepção de saúde como:

*... resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde; (...) é o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida; (...) saúde não é um contexto abstrato. Define-se no contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (...) Significa a garantia, pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.*¹⁶⁵

Assim, a ciência da saúde passa a ser também uma autoridade que fiscaliza e intervém no corpo social.¹⁶⁶ Essa conferência, ao lado da ampliação do conceito de

¹⁶⁴ Sonia A. M. França, Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 13.

¹⁶⁵ 8ª Conferência Nacional de Saúde apud França, Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 47-48.

¹⁶⁶ Conforme Sonia A. M. França, Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 48.

saúde que corresponde a uma ação institucional, constitui a Reforma Sanitária, num âmbito de gerenciamento e padronização da saúde e dos comportamentos.

Nesse fato político de gerenciar a vida humana, a medicina adquire um papel normativo e pedagógico que a autoriza a uma ação permanente no corpo social. Distribuir conselhos, reger relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade são táticas da racionalidade médica para assegurar a inserção de ambos a uma série de modelos específicos de seu campo de ação. (...) É tarefa essencial de tais práticas tratar o doente e supervisionar a saúde da população – campo, por excelência, para a produção de indivíduos saudáveis.¹⁶⁷

Se há um modelo de homem e estratégias de manutenção do bom funcionamento do organismo, esta é a verdade do saber médico que deve ser ensinada à população e ao governo. De posse dessa verdade, o Estado, passa a legislar sobre a área da medicina, como órgão de controle.

Por outro lado, os profissionais de saúde realizam a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro em 1987 e discutem a recuperação dos pacientes crônicos, o fim da reprodução da loucura (por intermédio das práticas de manicomialização), a prevenção por meio de equipamentos públicos de saúde localizados próximo a seus domicílios, além de um retorno ao exercício dos direitos de cidadão, lutando pela participação dos indivíduos na vida social e o acesso aos bens materiais e culturais da sociedade.

Para que esses direcionamentos da saúde mental fossem colocados em prática, foi solicitado, durante a I Conferência de Saúde Mental, a transformação de procedimentos administrativos, técnicos e jurídicos em torno da saúde mental que visassem assegurar ao paciente as condições de vida extensivas a todos os cidadãos, como se comprova no item relativo ao fim da interdição forçada: as internações deveriam ser realizadas em condições em que o indivíduo representar perigo a si ou a outros e previa-se ainda o fim da internação involuntária, quando seriam cerceados os direitos de liberdade individual e de opção de vida da pessoa.

Reivindica-se ainda a criação de terapêuticas além da medicação; tem-se por base teórica a noção de conjunto mente-corpo e da necessidade de abertura do campo saúde mental a outros profissionais. Segundo França, o que se verifica é “uma

¹⁶⁷ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 50.

totalização bio-psico-social do homem: um todo harmônico que precisa explicitar-se para viver sua individualidade.”¹⁶⁸

A reforma, ao exigir a desospitalização, pretende fazer o indivíduo retornar à esfera política pelo resgate de sua cidadania:

“A reforma psiquiátrica passa, antes de mais nada, pela otimização dos serviços hospitalares e a criação de enfermarias psiquiátricas no Hospital Geral, inserindo-os em uma Rede de Atenção Psicossocial, orientada por equipes multiprofissionais integradas em seus procedimentos clínicos. Esse novo estatuto do doente mental permite não apenas o direito aos bens de saúde, mas o direito à cidadania e isso significa se reconhecer como participante do mundo político. Não mais submetido a uma tecnologia que circunscreve sua vida às paredes do hospital.”¹⁶⁹

Trata-se, segundo França, de uma mudança que visa a participação do louco na sociedade, a começar pelo sistema de saúde em seu todo e não apenas um atendimento nas especialidades psicologia e psiquiatria, o que, por sua vez, exige a formação de profissionais com noções em psicopatologia e psicofarmacologia.

Com a Conferência de Saúde Mental, ocorre uma interferência do saber dos profissionais de saúde no âmbito de ação do Estado. Assim, tais reivindicações culminam na mudança da legislação paulatinamente. Em 1987 é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que vincula a saúde mental ao conjunto que inclui das Unidades Básicas de Saúde aos Hospitais Psiquiátricos.

Urge inventar novos dispositivos e tecnologias de cuidado. Nesse contexto, inicia-se uma reformulação legislativa sobre a saúde mental. Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei 3657 em 1989, para o qual foi aprovado um substitutivo somente em janeiro de 2000, tornando-se a Lei da Reforma Psiquiátrica sob o nº 10216 em 6/4/2001. Aprovada mais de dez anos depois do projeto de Delgado, a lei 10216 redirecionou o modelo de assistência psiquiátrica no Brasil e previu punição para internações involuntárias e/ou desnecessárias.

Pode-se dizer que a lei de reforma psiquiátrica proposta pelo deputado Paulo Delgado protagonizou a situação curiosa de ser uma ‘lei’ que produziu seus efeitos antes de ser aprovada. (...) a transformação da assistência e mesmo do estigma social da loucura no Brasil deu-se de

¹⁶⁸ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 80.

¹⁶⁹ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 74.

*forma segura e constante, ainda que lenta, ao longo dos dez anos em que o projeto de lei tramitou sem ser aprovado.*¹⁷⁰

O projeto de Paulo Delgado serviu para intensificar as discussões sobre a reforma psiquiátrica em todo o país e levou à edição de várias portarias pelo Ministério da Saúde e à elaboração e aprovação de oito leis estaduais sobre a substituição asilar. Em Minas Gerais, o projeto deu origem a Lei nº 11802 de 18/1/1995, que previa a substituição progressiva do hospital psiquiátrico por outros dispositivos, proibiu as psicocirurgias e procedimentos que produzam efeitos orgânicos irreversíveis e previu atenção integral às necessidades dos pacientes que perderam o vínculo com a família, por meio de políticas sociais, para a integração social do paciente.

A partir da década de 90, os governos dos países da América Latina iniciam políticas na área de Saúde Mental norteadas pela Declaração de Caracas¹⁷¹, escrita durante a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente. Anteriormente, a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde haviam estabelecido como estratégia para a meta de Saúde para Todos, no ano 2000, o Atendimento Primário de Saúde, facilitada por intermédio de Sistemas Locais de Saúde para atender as necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva.

Dentre os itens listados na Conferência de Caracas para reestruturação da assistência psiquiátrica dos países participantes, estavam a criação de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; a revisão do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico; a salvaguarda da dignidade pessoal, dos direitos humanos e civis do paciente e sua permanência no meio comunitário, garantidos através de legislação pertinente; a capacitação de profissionais em Saúde Mental e psiquiatria pautados pelo modelo de saúde comunitária.

Em 1990 é promulgada a Lei Orgânica de Saúde e criado o Sistema Unificado de Saúde (SUS), que passa a reger as ações do setor privado em saúde pública. Os Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS's) gerenciam, a partir de então, os recursos financeiros, materiais e técnicos referentes aos equipamentos de saúde da área de abrangência, como Centros de Saúde, Hospitais, Laboratórios e Ambulatórios de Saúde Mental.

¹⁷⁰ Fernando Tenório. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito'. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. Disponível em http://www.coc.fiocruz.br/hscience/index_port.htm em 20/12/2005 20:00h.

¹⁷¹ Elaborada em 14/11/1990.

A partir de 1991, o Brasil, tem utilizado o processo legislativo na implementação das políticas públicas, atendendo às recomendações da Declaração de Caracas. O Ministério da Saúde iniciou a reestruturação das leis que regulamentam a assistência psiquiátrica no Brasil, numa iniciativa articulada com os três níveis gestores do SUS, as esferas federal, estadual e municipal.

Os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS) substituem a internação hospitalar mantêm os pacientes integrados em atividades comunitárias, contando para isso com assistência multiprofissional e tratamento psiquiátrico/psicológico.

A REGULAMENTAÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL

No Brasil, inicialmente tem a Lei de 1934 que dispõe sobre a política nacional sobre a internação de doente mental, deficiente, alcoólatra, prostituta.

Segundo a psicóloga Maria José de Castro Nascimento, *“A Portaria 224 de 1992 veio para organizar o serviço hospitalar e extra-hospitalar. esclarecendo que tipo de profissional e que tipo de atividade deveria ser executada pelos pacientes, número de pacientes, como seria até fisicamente os locais de tratamento.”*

Os CAPS começaram com a Portaria nº 336, de 2002, que aboliu o hospital-dia e regulamentou o serviço extra-hospitalar. A Lei de 10.216 de 2001 estabelece um máximo de 45 dias de internação e foi o marco da desospitalização no Brasil, uma vez que redireciona o modelo de assistência psiquiátrica no país para a forma extra-hospitalar, além de se ter extinguido o repasse de verbas do governo a instituições de assistência psiquiátrica particulares.

O funcionamento dos serviços de saúde mental foi regulamentado pela portaria 224 de 29/1/1992, que proibiu práticas abusivas em hospitais psiquiátricos, como as celas fortes, e definiu como co-responsáveis em seu cumprimento os níveis estadual e municipal do sistema de saúde. Também foram definidos os profissionais específicos para atendimento nos NAPS/CAPS: médico psiquiatra, enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos) e profissionais de nível médio e elementar. Já os leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral, como é o caso da enfermaria de psiquiatria no Hospital de Clínicas da UFU, deveriam contar com médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente

social e/ou terapeuta ocupacional) e profissionais de nível médio e elementar para o desenvolvimento das atividades.

As atividades desenvolvidas na Clínica de Psicologia se tornaram possíveis através de repasse de verbas pelo SUS, conforme a Portaria 189 do Ministério da Saúde, datada de 19/11/1991, que altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental. Como “política pública se faz conhecer quando se define o seu financiamento”¹⁷², os discursos pela introdução de práticas alternativas à terapia medicamentosa e asilar puderam passar à prática através desta portaria pela qual foram incluídos na tabela de remuneração do SUS novos procedimentos na atenção em saúde mental, como os atendimentos em Núcleos de Atenção Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS), além do atendimento em Oficinas Terapêuticas, definidas como:

*Atividades grupais (no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de 2 (duas) horas, executadas por profissional de nível médio [ou superior], através de atividades como: carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina. Serão realizadas em serviços extra-hospitalares, que contenham equipe mínima composta por quatro profissionais de nível superior, devidamente cadastrados no SAI para a execução deste tipo de atividade.*¹⁷³

¹⁷² Anexo I da Portaria/SNAS 189 de 19/11/1991.

¹⁷³ Portaria/SNAS 189 de 19/11/1991.

CAPÍTULO III – TERAPIAS E MODIFICAÇÕES INSTITUCIONAIS

Neste capítulo são apresentadas discussões acerca da loucura juntamente com um breve histórico sobre as modificações institucionais ocorridas na psiquiatria. Completam esse cenário as reflexões acerca das terapêuticas utilizadas junto ao paciente psiquiátrico no século XX, com atenção especial para a arte terapia, foco deste trabalho. Também são acompanhados alguns relatos das fontes sobre a reforma psiquiátrica no Brasil e discutida a introdução das oficinas terapêuticas em Uberlândia.

CLASSIFICAÇÕES DA LOUCURA

O trabalho de descrição de sintomas e a classificação de doenças mentais empreendidos pelos médicos resultaram em conceitos instáveis do ponto de vista epistemológico e possuidores de elementos tanto da fisiologia quanto da moral, como observa Foucault em *A arqueologia do Saber* e em várias passagens de *História da Loucura*.

Ao final do século XVII, as práticas terapêuticas para a loucura passam a ter autonomia; ocorre uma tentativa de classificar as doenças, no século XVIII, como se fez com o reino vegetal. A doença, no período, é vista como uma forma de punição divina; as tramas do razoável se mesclam às do racional.

A nosologia¹⁷⁴ obedece à ordem da razão. A loucura foi classificada, segundo Paracelso, em quatro classes, pela seguinte ordem de causas: mundo exterior (influência da lua), hereditariedade e nascimento, defeitos da alimentação e perturbações internas.

Outros classificadores, no século XVIII, rejeitando esta organização, tentaram trabalhar sobre a natureza da loucura a partir de si própria, em consonância com a “natureza total de toda doença possível”, rejeitando as determinações externas.

Ao procurar por aspectos mórbidos, as nosografias encontravam as deformações da vida moral. Neste percurso, a noção de doença se alterou, “... passando de uma significação patológica para um valor puramente crítico.”¹⁷⁵

Ao longo do século XVIII, as classificações das formas de loucura diferem das demais por carregarem em si temas terapêuticos, iniciando na medicina o diálogo entre o doente, que anuncia o mal, e o médico, que imagina como suprimi-lo. O louco sabe

¹⁷⁴ Nosologia é a classificação das doenças.

¹⁷⁵ Michel Foucault, *História da loucura*, 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 198

que foi atingido. Tem dificuldade de utilizar a razão, mas seus sentidos parecem estar intactos. Ele possui uma sabedoria e uma verdade.

São feitas observações sobre a fisiologia humana para embasar as causas e os efeitos da loucura pelos classificadores. Enquanto que nos séculos XVII e XVIII, a loucura é entendida como questão que conjuga alma e corpo, no século XIX ambos estão separados.

Alguns patologistas entendem a loucura como tendo sua causa no sistema nervoso, órgão mais próximo da alma. As pesquisas pairavam sobre o estudo da anatomia, em autópsias. Deixou-se, no século XVIII, de considerar a relação alma e corpo, mas de concentrar no cérebro a identificação das causas da loucura. Fatores externos representarão causas distantes, que influenciam a loucura: o ar, o clima, o movimento dos astros, os espetáculos, a leitura.

Foucault afirma que a paixão, no século XVIII, é mais uma forma de loucura, e uma de suas causas distantes; está no ponto de convergência corpo e alma. Admite-se a existência de doenças como a loucura, que afetam corpo e alma conjuntamente, sendo da mesma qualidade, origem e natureza essas afecções. Seguindo esse raciocínio, a loucura era vista pelos moralistas como castigo da paixão, se torna possível pela paixão e, ainda, seqüela desta.

A loucura se apresenta como verdade total e absoluta. O louco prefere silogismos, usa de sua lógica particular que lhe confere a perfeição discursiva, embora sob a estrutura interna do delírio.

A razão da “linguagem fundamental” da loucura ser chamada delírio é o caráter quase onírico da loucura como tema clássico. Ela é comparada ao conjunto sono e sonho, abarcando toda essa negatividade que tira o homem da vigília e de suas verdades sensíveis. “A loucura começa ali onde se perturba e se obnubila o relacionamento entre o homem e a verdade”¹⁷⁶. O sonho é ilusório, mas não errado; aqui se tem a brecha para o respeito à fala da loucura, que vem inicialmente com a psicanálise e sua prática de ouvir o paciente. A loucura se posta no ponto de contato “entre o onírico e o erro”. A loucura tornou-se, na era clássica, a manifestação do não-ser. Por isso, o internamento suprime a manifestação da loucura como revelação do não-ser e “a restitui à sua verdade de nada.”

¹⁷⁶ Michel Foucault, *História da loucura*, 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 241

A loucura possui vários nomes, que variam conforme a época. “A demência é reconhecida pela maioria dos médicos dos séculos XVII e XVIII, entretanto, permanece indefinida em seu ‘conteúdo positivo e concreto’”. É dentre as formas de doença do espírito a mais próxima da essência da loucura em seu sentido negativo, ligada aos discursos da não-razão: “... desordem, decomposição do pensamento, erro, ilusão, não-razão e não-verdade.”¹⁷⁷ A demência não apresenta “... sintomas propriamente ditos, é antes a possibilidade aberta de todos os sintomas possíveis da loucura.”¹⁷⁸

Outra classe de manifestações aparentadas à demência e seus sinônimos é composta pelos termos: estupidez, imbecilidade, idiotice e patetice. Ao fim do século XVIII, imbecilidade e demência serão diferenciadas pela existência, no indivíduo, de imobilidade ou movimento mental. “A demência é o mais simples dos conceitos médicos da alienação”¹⁷⁹, e que menos se presta aos mitos e valorizações morais.

A noção de melancolia na era clássica prende-se aos humores. As qualidades são expressas por Fernel, segundo Foucault: “... o humor melancólico, aparentado à Terra e ao Outono, é um suco ‘de consistência espessa, frio e seco de temperamento.’”¹⁸⁰

As qualidades organizam a noção de melancolia, a patologia de uma idéia. O melancólico gosta de isolar-se, apresenta tristeza e medo.

A mania diferencia-se pelo uso da imaginação e fantasia, pela audácia e furor; movimento contínuo. Sua causa seria a água infernal. Durante o século XVIII, a imagem fisiológica evoca tensão nas fibras orgânicas.

Histeria e hipocondria teriam a evolução diferenciada em três etapas: uma dinâmica da penetração orgânica e moral; uma fisiologia da continuidade corporal; uma ética da sensibilidade nervosa.

Posteriormente, as manifestações da loucura passam a ser vistas como “o efeito psicológico de uma falta moral”¹⁸¹ a ser castigado. No século XX, o louco será conhecido como paciente psiquiátrico, portador de transtorno mental ou usuário dos serviços de atenção à saúde mental.

¹⁷⁷ Michel Foucault, *História da loucura*, 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 252

¹⁷⁸ Michel Foucault, *História da loucura*, 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 253

¹⁷⁹ Michel Foucault, *História da loucura*, 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 262

¹⁸⁰ Michel Foucault, *História da loucura*, 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 263

¹⁸¹ Michel Foucault, *História da loucura*, 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 294

A CLÍNICA

No século XVIII, os internos recebiam castigos e purgativos como práticas correcionais e não eram destinados cuidados médicos adequados aos residentes comuns do asilo: loucos, epiléticos, paralíticos, havendo apenas um médico para as unidades do Hospital Geral de Paris. Não havia remédios, apenas a visita médica, assim, era como uma casa de detenção. Na França, comumente encontrava-se loucos nas prisões; todos sob o regime correcional.

Somente em alguns casos os loucos eram encarados como doentes, renunciando o tratamento hospitalar que se instalará para os doentes mentais no século XIX. Na era clássica, o louco perde a individualidade ao ser encerrado junto a outros tipos a-sociais.

Sobre a teoria do aprisionamento devido à possibilidade de a situação escapar do controle médico, é preciso pensar sobre a mudança da consciência de loucura para o âmbito das casas de correção.

Na Europa do século XVII, por vezes o internamento era decidido na justiça, contra homens que realizaram algum delito, para manter a ordem ou para livrá-lo do escândalo. Faziam-no sem recorrer a exames médicos. O internamento, então, é uma interdição social feita a partir do juízo de incapacidade e irresponsabilidade do cidadão. O louco não é reconhecido como afastado “para as margens do normal” pela doença, mas como um interno por decreto social, afirmado incapaz.

A confusão clássica da loucura com o crime, da prisão com o hospital é explicada, na era clássica, pelo vínculo da razão com a ética. No século XIX, esta ligação será convertida num relacionamento entre razão e moral e o tratamento dado aos loucos se compreenderá ser inumano.

Os loucos são, na Idade Média, monstros a serem mostrados. Sofrem violências nas prisões, não apenas como castigo, mas pela violência animal de seus algozes, em jaulas, acorrentados, presos a barras de ferro por dezenas de anos; a loucura, no classicismo, é a própria relação do homem com a sua animalidade. A loucura abole a natureza humana e transforma-se em animalidade, exaltada no internamento. Tal situação, no Brasil, permanece até por volta da década de 70, quando os maus-tratos nos hospícios são divulgados pela imprensa.

Como uma viagem anátomo-patológica-histórica, *O nascimento da clínica* é uma obra crítica que tenta desembaraçar na linguagem os traços de uma ciência a se

fazer sobre todo um conteúdo subjetivo, no qual une saber e sofrimento, através da faculdade do olhar que objetiva.¹⁸²

Foucault afirma que o nascimento da medicina moderna, datada do século XVIII, foi marcado pela diferente configuração da linguagem como discurso racional, a situação e a postura entre o que fala e aquilo de que se fala. Antes, uma reciprocidade no discurso entre coisas e palavras, entre o modo de ver e o modo de dizer; a articulação da linguagem médica com seu objeto, a estrutura falada do percebido. O espaço da experiência se abre para o olhar médico que pode trazer à luz uma verdade na passagem do “Iluminismo” para o século XIX.

A apreciação sobre encontro do par “médico-doente”, visto na clínica como contrato e pacto entre homens, o domínio da experiência junto à estrutura da racionalidade; o jogo do significante e do significado. A clínica aparece para o médico como um novo perfil do perceptível e do enunciável e traz uma nova distribuição dos elementos discretos do espaço corporal (partes), a reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico (sintomas), a definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos e a articulação da doença com o organismo (particularização).

O nascimento da clínica trata de extrair as condições da história da medicina a partir da espessura do seu discurso; portanto, uma tarefa transdisciplinar, colocada por Foucault no domínio da história das idéias. Conhecer a história da clínica é importante para se situar e se entender como se transforma o discurso sobre a loucura.

O corpo, espaço de origem e repartição da doença, é uma das formas de espacializar o mal; os vírus escapam à geometria sobre a lâmina do microscópio. A configuração primária da doença se dá, segundo os médicos do século XVIII, em uma experiência histórica em oposição ao saber filosófico, ou seja, o estudo do fenômeno em vez da busca de origem, princípio e causas da doença¹⁸³. É um espaço em que as analogias definem as essências, no qual se busca semelhanças, forma pela qual se pretende descobrir a ordem natural da doença, num modelo classificatório botânico de pensamento médico que define espécies naturais e ideais.

¹⁸² Este é o tom desta obra de alto teor fisiológico, que em seus detalhamentos científicos deixa o leitor em suspenso, como a descrição da cura de ressecamento do sistema nervoso através de banhos diários de 10/12 horas, a resultarem no desprendimento do organismo da paciente de membranas semelhantes a pergaminho molhado, ou do objeto de saber obtido como fruto aberto com um como que similar de quebra-nozes: sob a casca fendida, envolvida por peles viscosas com nervuras de sangue, surge a triste polpa frágil em que ele resplandece, liberado. Michel Foucault. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

¹⁸³ Conforme Michel Foucault, *O nascimento da clínica*, Rio de Janeiro: Forense, 1998. p. 3

Embora a doença se manifeste no corpo, o espaço de um e de outro pode se movimentar, não sendo necessária a identificação da doença em apenas um determinado órgão e nem há para ambos um tempo específico. O tempo do corpo não determina o tempo da doença. A percepção da doença no doente supõe um olhar qualitativo, sensível às modulações, atento ao indivíduo singular, em contrapartida às noções gerais de até então.

Foucault afirma que, segundo a medicina das espécies, a doença possui formas e momentos estranhos ao espaço da sociedade; no século XVIII, junto ao pensamento classificatório, se pode ter uma consciência histórica e geográfica da doença, pois a constituição é um conjunto de acontecimentos naturais.

Enquanto que os classificadores preocupavam-se em demarcar o sintoma em uma doença e esta no plano geral do mundo patológico, o espaço médico pode coincidir com o espaço social, o qual atravessa e penetra.

Numa utopia, embalada pela Revolução, ao entender a ligação das doenças às condições de existência e às formas de vida dos indivíduos, o médico teria como tarefa primeira e, portanto, política, a luta contra os maus governos. Mesmo assim, a medicina fez aparecer a significação positiva por meio das figuras da virtude, da saúde e da felicidade, envolveu a experiência do homem são e do modelo de homem, enquanto a medicina do século XIX regula-se mais pela normalidade do que pela saúde. Convergem as exigências da ideologia política e as da tecnologia médica; clama-se pela supressão do que poderiam ser obstáculos para a constituição desse novo espaço.

Instauram-se o questionamento das estruturas hospitalares e reformas sobre o exercício e ensino da medicina, de forma a instaurar “um império sem limites do olhar”. Além de ligada ao Iluminismo, com o qual a maioria dos espíritos a aparenta, a clínica nasce de uma estrutura discursiva própria desse período. “E, em proveito dessa história que liga a fecundidade da clínica a um *liberalismo* científico, político e econômico, esquece-se que ele foi, durante anos, o tema ideológico que serviu de obstáculo à organização da medicina clínica.”¹⁸⁴

Segundo Foucault, para compreender o sentido e a estrutura da experiência clínica é preciso reescrever a história das instituições em que ela se organizou, para evitar a redução e a simplificação do método clínico, uma vez que a narrativa ideal fala

¹⁸⁴ Michel Foucault, O nascimento da clínica, Rio de Janeiro: Forense, 1998.p. 58

de um desenvolvimento histórico contínuo, em que os acontecimentos foram de ordem negativa, mascarando uma história muito mais complexa.

Assim, Foucault preconizou a percepção em vez do conhecimento e colocou em questão até mesmo a idéia de um progresso da razão, isto porque seu projeto arqueológico se baliza não pela crença num discurso científico como critério de verdade, como afirma Ernani Chaves¹⁸⁵, mas pelas inter-relações conceituais dos diferentes saberes sobre o homem e as práticas discursivas que o produzem:

*... a história arqueológica caracteriza-se pela tentativa de demarcar as condições de existência dos discursos, dos objetos que eles constituem, dos sujeitos que os enunciam, em especial dos discursos que tomam o homem como seu objeto e que habilitam determinados tipos de sujeitos para conhecê-los.*¹⁸⁶

Algumas constatações sobre a clínica mostram que ela deve reunir e tornar sensível o corpo organizado da nosologia; enquanto no hospital o doente é sujeito, na clínica ele é o objeto transitório de que a doença se apropriou; a clínica é uma determinada maneira de dispor a verdade adquirida e apresentá-la para que se desvele sistematicamente; a clínica duplicará a arte de demonstrar, mostrando; a clínica organiza uma forma do discurso médico, sem o inventar.

Posteriormente, separada do contexto teórico em que nascera, a clínica vai se reestruturando rumo ao campo de aplicação não mais limitado ao dizer do saber, para compor com a totalidade da experiência médica.

A formação médica se modifica no sentido de uma maneira de aprender e de ver. No século XVIII, a pedagogia se articulava com a teoria da representação e do encadeamento das idéias. A reestruturação da medicina, organizada em torno da clínica, significa a necessidade do verdadeiro que se impõe ao olhar para definir as estruturas institucionais e científicas que lhe são próprias. A nova definição da clínica (onde se formam médicos) vincula-se a uma reorganização do domínio hospitalar (em que se tratam pobres), sobre o qual reza contrato específico entre riqueza e pobreza, esta como fornecedora de doentes, “objetos de instrução”.

A clínica é como uma estrutura lingüística do signo e aleatória do caso. A doença se apresentava ao observador segundo sintomas como forma de apresentação do visível e próxima do essencial; e signos, pelos quais se fazia a anamnese, diagnóstico e

¹⁸⁵ Ernani Chaves, Foucault e a psicanálise, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988. p. 11.

¹⁸⁶ Ernani Chaves, Foucault e a psicanálise, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988 p. 12.

prognóstico. Distanciado da doença, o signo, quando muito, esboça um reconhecimento dela, é a sua representação. “A formação do método clínico está ligado à emergência do olhar do médico no campo dos signos e dos sintomas.”¹⁸⁷

Pode-se dizer acerca de signo e sintoma que os sintomas constituem uma camada primária indissolivelmente significante e significada; é a intervenção de uma consciência que transforma sintoma em signo; o ser da doença é inteiramente enunciável em sua verdade.

Os privilégios que a clínica reconhece na observação são mais numerosos e diversos dos privilégios concedidos pela tradição. A observação clínica supõe os domínios hospitalar e pedagógico. O lugar de “encontro” do médico com o doente é determinado pela clínica por alternância dos momentos falados e dos momentos percebidos em uma observação e esforço para definir uma forma estatutária de correlação entre o olhar e a linguagem.

A experiência clínica representa um equilíbrio entre a palavra e o espetáculo. O olhar clínico opera sobre o ser da doença uma redução minimalista e sobre os fenômenos patológicos uma redução química. Além disso, a experiência clínica se identifica com uma bela sensibilidade.

Foucault trata da investigação médica a partir do estudo em cadáveres, ou seja, da anatomia patológica, que precedia a observação dos doentes. A febre é o último processo pelo qual a percepção anátomo-clínica encontra a forma de seu equilíbrio.

O novo espírito médico é “a reorganização epistemológica da doença, em que os limites do visível e do invisível seguem novo plano”¹⁸⁸. No método anátomo-clínico se articulam o espaço, a linguagem e a morte, inaugurando a medicina positiva, baseada numa ciência imperiosa. Os estudos sobre os corpos dissecados encontram uma explicação antropológica.

O ser do homem como objeto de saber positivo e a forma metodológica da medicina a tornam importantes para a constituição das ciências do homem; a mudança na disposição fundamental do saber vem com possibilidade do indivíduo ser ao mesmo tempo sujeito e objeto do conhecimento.

Essa mudança vai além do que se pode decifrar à primeira vista no positivismo, com a fenomenologia. Foucault afirma que a estrutura construída no final do século XVIII ainda não foi desatada.

¹⁸⁷ Michel Foucault, O nascimento da clínica, Rio de Janeiro: Forense, 1998 p. 102

¹⁸⁸ Michel Foucault, O nascimento da clínica, Rio de Janeiro: Forense, 1998 p. 225

No século XIX, a loucura passou a significar doença e adquiriu um novo sentido de contemplação e verdade para o homem, segundo Frayze-Pereira.

*Com o advento do asilo, o louco e o não-louco encontram-se mais próximos. A barreira das grades é abolida. No entanto, mais do que nunca a loucura adquire o estatuto de algo a olhar-se ... Isto é, o louco ganhou o estatuto de um documento vivo. Através dele, pode-se chegar a um conhecimento do homem. E essa condição é enigmática, pois ao mesmo tempo que é objeto de conhecimento, a loucura oferece ao homem a possibilidade de um autoconhecimento.*¹⁸⁹

No começo do século XIX, quebrando a unidade do desatino, o filantropo Royer-Collard aparece como “... um dos primeiros homens que quis fazer da loucura uma experiência positiva, isto é, fazer calar os propósitos do desatino para ouvir apenas as vozes patológicas da loucura”¹⁹⁰ e prega a necessidade de prender Sade por seu comportamento excessivamente devasso no hospício, vício que deveria ser reprimido noutro lugar.

Conforme Foucault¹⁹¹, o hospital é o lugar artificial em que a doença corre o risco de perder seu aspecto essencial: adquire complicações próprias do ambiente e se torna alterada e menos legível em razão da convivência com outros doentes, pois seu lugar natural é a família.

Além de a loucura ser de difícil conceituação, o próprio hospital, como lugar artificial, leva qualquer doença a perder o seu aspecto essencial e adquirir a configuração específica do mundo patológico. O hospital geral cumpriria os papéis de proteção dos sadios contra as moléstias e proteção dos doentes contra as práticas não-científicas. Ao estabelecer a essência da loucura como doença mental, tem-se a forma positiva de banimento do louco do espaço social.

FORMAS DE DIAGNÓSTICO

Em psiquiatria contemporânea, foi editado no Brasil o *Manual de saúde mental* - Guia básico para atenção primária, elaborado pelos psiquiatras italianos Saraceno e Asioli e pelo farmacólogo Tognoni, com o intuito de auxiliar as equipes de saúde

¹⁸⁹ Frayze-Pereira, Olho D'agua: arte e loucura em exposição, São Paulo, Escuta, 1995. p. 153-4.

¹⁹⁰ Michel Foucault, História da loucura, 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 108

¹⁹¹ Michel Foucault, O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

mental e equipes gerais dos centros de saúde. Este livro dá prosseguimento ao trabalho de Franco Basaglia de reformulação da prática psiquiátrica. Um ponto a ressaltar na obra é a preocupação em realizar uma concatenação lógica entre as teorias, as hipóteses e o que se faz na prática dos serviços de atenção psiquiátrica.

Os autores de *Manual de saúde mental*¹⁹² consideram que as categorias diagnósticas podem se referir, a uma **vertente conflitiva** do sujeito em relação a si mesmo ou ao meio social (neuroses, transtornos da personalidade, distúrbios psicossomáticos, alcoolismo e abuso de fármacos e de drogas), ou uma **vertente de desintegração**, caracterizada pela ruptura entre si e a realidade (esquizofrenia e psicoses afetivas). Todos os transtornos mentais, segundo Saraceno, Asioli e Tognoni, são caracterizados pela presença de ansiedade, podendo-se acompanhar de insônia. A depressão pode ser sintoma ou manifestação de um transtorno, devendo ser investigados outros elementos e informações para saber de que tipo de depressão se trata. Oligofrenias¹⁹³ e psicoses orgânicas, por senilidade ou fármacos, por exemplo, não são consideradas primariamente psiquiátricas, mas fazem parte desta área médica.

Assim, a pintura é uma atividade pessoal que ajuda na preservação da identidade do paciente, num ambiente institucional que fatalmente gera esta dissolução identitária, além do que a pintura pode ajudar na integração do paciente no grupo: “Uma atividade artística comunitária, como a pintura de um mural, freqüentemente ajuda a integrar personalidades anti-sociais, dando-lhes um objetivo comum.”¹⁹⁴

As obras de arte também contribuem para diagnósticos e prognósticos psiquiátricos, pois são documentos permanentes da atividade interna do paciente. Segundo Adamson, é comum as pinturas dos doentes mentais revelarem sonhos, o que se torna útil aos adeptos da psicanálise na interpretação das fantasias do paciente. Entretanto, há que se ter o cuidado de não se analisar as obras isoladamente. “Existe também a possibilidade de que algumas pinturas, em vez de ajudar no diagnóstico do

¹⁹² Benedetto Saraceno; Fabrizio Asioli; Gianni Tognoni. *Manual de saúde mental*. Guia básico para atenção primária. Trad. Willians Valentini. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 81 p. (Saúde loucura 9). Esta obra é um condensado psiquiátrico que possibilita ao leigo o entendimento das categorias diagnósticas, alguns itens de sintomatologia, estratégias de intervenção, informações sobre psicofarmacologia, além de capítulos específicos sobre alcoolismo, epilepsia e atitude epidemiológica. A obra é parte dos resultados obtidos durante o projeto de Cooperação Internacional desenvolvido por três anos pelo Instituto “Mario Negri” de Milão, através da Unidade de Psiquiatria, com o governo da Nicarágua.

¹⁹³ Quociente de Inteligência abaixo de 70

¹⁹⁴ Edward Adamson. A arte e a saúde mental, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 128.

paciente, ajam como o teste de Rorschach (manchas de tinta usadas em diagnósticos), trazendo à tona elementos do inconsciente do observador que está analisado a obra.”¹⁹⁵

Em alguns casos, relata Adamson, quando o paciente parece incapaz de progredir, pode-se sugerir o tema da obra, numa psicoterapia direta: “Estritamente sob a direção de um psiquiatra ou psicoterapeuta, o *desenvolvimento* da pintura pode ser sugerido ao paciente, ou implantado em sua mente, a fim de facilitar a diminuição de um bloqueio psíquico.”¹⁹⁶

As pinturas ainda podem revelar o estado do paciente, até mesmo através da sua escolha de cores, e o modo como ele se percebe:

*...podem fornecer dados sobre as fantasias de um paciente antes, durante e após uma situação experimental ou uma nova forma de tratamento. Os efeitos de uma operação de lobotomia pré-frontal foram estudados dessa maneira. Um psiquiatra pode também obter informações sobre a concepção que um paciente tem de sua própria identidade.”*¹⁹⁷

Saraceno, Asioli e Tognoni chamam a atenção para o fato de que o diagnóstico sem a descrição dos sintomas, a coleta de dados a respeito do contexto familiar e social do paciente torna-se insuficiente porque não permite reconhecer os problemas por detrás dos sintomas e nem estabelecer uma estratégia de intervenção articulada.

Isoladamente, o diagnóstico serve principalmente para estabelecer a estratégia de intervenção psicofarmacológica. O *Manual de saúde mental* relaciona o diagnóstico da OMS¹⁹⁸ onde se enquadram, para a surpresa dos leigos, as categorias: alcoolismo, abuso de fármacos e drogas, transtornos da personalidade (em que se enquadram desvios e transtornos sexuais), epilepsia e perturbações das emoções da infância e da adolescência. Ou seja, a caracterização moral da loucura permanece nas classificações médicas século XX. “As alterações bioquímicas dos neurotransmissores, as alterações

¹⁹⁵ Edward Adamson. A arte e a saúde mental, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 129.

¹⁹⁶ Edward Adamson. A arte e a saúde mental, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 130.

¹⁹⁷ Edward Adamson. A arte e a saúde mental, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 130.

¹⁹⁸ Apesar de a mais conhecida classificação em psiquiatria seja a do DSM III, os autores definem que o sistema de classificação mais simples e útil na prática clínica é a Classificação Internacional de Doenças, CID-10, utilizada em vários países e também Brasil, sendo aceito inclusive pelo SUS como forma de padronização de procedimentos. Segundo a psicóloga Maria José de Castro Nascimento, “O DSM-4 contém apenas tipos de doenças mentais é utilizado apenas nos Estados Unidos, embora alguns médicos e estudantes utilizem a sua nomenclatura, que não é muito diferente do que tem na CID, utilizada em 31 países.”

psicológicas, as alterações das relações familiares e das relações sociais constituem um conjunto de modificações causais.”¹⁹⁹

Os pacientes que apresentam alcoolismo são uma porcentagem importante que utiliza os serviços psiquiátricos. Entretanto, o tratamento deve ser feito principalmente na comunidade, em conexão com os familiares, vizinhos, os profissionais de saúde e organizações de apoio.²⁰⁰ Em seguida, sugere o tratamento farmacológico e estratégias de aversão farmacológica do alcoolismo.

A epilepsia leva ao isolamento psicológico e social do paciente, embora esta não seja uma enfermidade psiquiátrica, mas “...afecção crônica do Sistema Nervoso Central, caracterizada por acessos repetidos – crises – devidos a uma excitação neuronal anormal”²⁰¹. O paciente adequadamente tratado pode desenvolver normalmente suas atividades sociais e de trabalho.

A psiquiatria do final do século XX trabalha com a existência de múltiplos fatores para o entendimento do fenômeno da loucura e a partir disso, uma terapêutica que atenda aos aspectos físico, psíquico e social.

*A psiquiatria está caracterizada por muitas hipóteses, às vezes simples modelos que se traduzem muito freqüentemente em uma intervenção prática limitada em medidas terapêuticas, realizada de maneira repetitiva e estereotipada, nunca controlada e avaliada com respeito à eficácia dos resultados. (...) O que se pode tentar fazer é selecionar o que se pode afirmar com relativa segurança, e com essa bagagem de conhecimento e experiências construir um trabalho prático, único e verdadeiro ‘laboratório’ de experiência científica.*²⁰²

AS TERAPÊUTICAS NO TEMPO

Os primeiros hospitais verdadeiramente para loucos foram fundados no mundo árabe no século VII; “neles se pratica uma espécie de cura da alma na qual intervêm a música, a dança, os espetáculos e a narração de narrativas fabulosas.”²⁰³ Na Europa, eles iniciaram no século XV na Espanha, onde possivelmente as atividades dos internos eram ao ar livre, ligadas à agricultura.

¹⁹⁹ Benedetto Saraceno; Fabrizio Ascoli, Gianni Tognoni, *Manual de saúde mental*, p. 16.

²⁰⁰ Saraceno, Ascoli e Tognoni, *Manual de saúde mental*, 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001 p. 65.

²⁰¹ Saraceno, Ascoli e Tognoni, *Manual de saúde mental*, 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001p. 71.

²⁰² Benedetto Saraceno; Fabrizio Ascoli, Gianni Tognoni, *Manual de saúde mental*, 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001 p. 11.

²⁰³ Michel Foucault, *História da loucura*, 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 120

Nos séculos XVII e XVIII, a teoria médica, através da análise fisiológica e da observação dos sintomas, não controla com exatidão os princípios do mundo da cura. No século XVII, ainda havia o mito da panacéia, segundo o qual “é a própria natureza que atua e que apaga tudo aquilo que pertence a contranatureza.”²⁰⁴ No século XVIII, o tema persiste, com discussões sobre o antimônio e o ópio, a fim de “intervir nas funções gerais do organismo”, para manter o equilíbrio entre sólidos e líquidos.

O mundo da cura é o mundo, no século XVIII, dos medicamentos naturais: sais e ervas. A loucura tem sua terapêutica também nos segredos da natureza presentes em pedras e no reino humano – a essência sutil presente em cabelos, excrementos e excrescências, em desprezo às concepções médicas. Crendices. Assim, a água é usada em procedimentos inesperados pelo louco, com fins morais, para induzir a dor, humilhar, silenciar e castigar.

Ao final do século XVIII se inaugura uma diferenciação entre os tratamentos físicos e os morais, e a cura muda de sentido. Desde a Renascença se observava o reencontro das virtudes de cura da música, conhecidos na Antigüidade, agora com qualidades de harmonia. As paixões, como o medo e a cólera, também foram utilizadas à época clássica, mas sob forma mista, “metáfora das qualidades e dos movimentos”, no caminho do corpo para a alma. A diferença no uso de medicamentos físicos e morais “só começará a existir em profundidade (...) quando o século XIX, ao inventar os famosos ‘métodos morais’, tiver introduzido a loucura e sua cura no jogo da culpabilidade.”²⁰⁵

A cura será, no século XVIII, a transformação das qualidades – quando se considera a loucura como natureza e doença – e retorno à verdade – discurso onde “a loucura vale como desatino”.²⁰⁶

TERAPÊUTICAS FÍSICAS

Para Crowcroft, o primeiro golpe contra a apatia e o niilismo terapêutico dos hospitais psiquiátricos do século XX veio do aparecimento de novas técnicas físicas de tratamento. “Graças ao choque de insulina, ao eletrochoque e à lobotomia pré-frontal, o corpo médico percebeu finalmente que sua tarefa era tratar dos pacientes, e não apenas

²⁰⁴ Michel Foucault, *História da loucura*, 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 298

²⁰⁵ Michel Foucault, *História da loucura*, 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 325

²⁰⁶ Michel Foucault, *História da loucura*, 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987. p. 337

observá-los e vigiá-los; por sua vez, os pacientes começaram a se recuperar graças a esses novos tratamentos”²⁰⁷. Mas as formas de tratamento do corpo para atingir a loucura representam “invasões” que impedem a expressão do paciente e muitas vezes deixam marcas indeléveis no corpo ou na psique.²⁰⁸

Crowcroft afirma o pequeno avanço da terapêutica psiquiátrica na Inglaterra, até meados do século XX; a partir de 1930, na Inglaterra, o indivíduo doente pôde se internar voluntariamente, embora depois disso a maioria continuasse sendo interditado legalmente, o que permaneceu nas décadas de 1940 e 1950.

*O objetivo principal desses hospitais era manter o paciente sob custódia, mais do que tratá-lo. Não havia durante a maior parte do dia nenhuma ocupação para os pacientes, e eles eram dirigidos por uma rígida hierarquia de enfermeiras e alguns poucos médicos – cujas tarefas eram mais administrativas do que clínicas.*²⁰⁹

O Arteterapeuta Edward Adamson afirma que, desde que foram instituídos os tratamentos físicos, os choques e os medicamentos aumentaram o número de recuperações em hospitais.

*Algumas pessoas argumentam que esses métodos muitas vezes eliminam os sintomas sem atingir as verdadeiras causas da doença, que constituem o objetivo da Psicanálise. Esse argumento tem sido contestado por médicos que utilizam pinturas para ilustrar as mudanças na sintomatologia de seus pacientes após o tratamento químico.*²¹⁰

Segundo Crowcroft, a partir da década de 1930 foram descobertos os métodos físicos de tratamento da psicose; eles englobam a eletroconvulsoterapia ou eletroplexia, mais conhecida por terapia de convulsões causadas pela passagem de corrente elétrica através de eletrodos afixados à cabeça do paciente; tratamentos por medicamentos e por neurocirurgia. Também nesta década surgiram tanto a terapia eletroconvulsiva quanto a *insulinoterapia* “... no qual profundos estados de inconsciência eram provocados nos pacientes por injeções de insulina”²¹¹

²⁰⁷ Andrew Crowcroft, *O psicótico*, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.p. 175.

²⁰⁸ Vide a experiência de Austregésilo Carrano em *Canto dos malditos*, livro em que foi baseado o filme *Bicho de 7 cabeças*.

²⁰⁹ Andrew Crowcroft, *O psicótico*, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.p. 150.

²¹⁰ Edward Adamson, A arte e a saúde mental, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. p. 131.

²¹¹ Andrew Crowcroft, *O psicótico*, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971.p. 160.

Os tratamentos físicos se encontram na contramão da terapêutica ocupacional e da arte terapia, que respeitam o ser do paciente. Quanto às formas de tratamento físico da loucura, Nise da Silveira cita o depoimento de Antonin Artaud relativo ao terror da experiência com o eletrochoque²¹²:

*O eletrochoque me desespera, apaga minha memória, entorpece meu pensamento e meu coração, faz de mim um ausente que se sabe ausente e se vê durante semanas em busca do seu ser, como um morto ao lado de um vivo que não é mais ele, que exige sua volta e no qual ele não pode mais entrar. Na última série, fiquei os meses de agosto e setembro na impossibilidade absoluta de trabalhar, de pensar e de sentir-me...*²¹³

A psicocirurgia, ou lobotomia pré-frontal, foi muito utilizada para o tratamento de esquizofrenia aguda, segundo Crowcroft. Através de um documentário disponível no Museu do Centro Hospitalar de Barbacena, pudemos observar os efeitos nocivos dessa operação sobre a vontade do paciente, que se torna praticamente nula. Tem-se um indivíduo que vegeta, sem emoções, pois foi retirada do cérebro a porção que as comandava.

Sobre a lobotomia ou psicocirurgia, a psiquiatra afirma ser um procedimento em que “... a substância cerebral é atingida de maneira irreversível”.

*Criada por Egas Moniz, seccionava as fibras nervosas que ligam os lobos frontais a partes subjacentes do cérebro. (...) Segundo Moniz, para obtermos a cura de pacientes que apresentam idéias fixas e comportamentos repetitivos ‘temos que destruir os arranjos mais ou menos fixos das conexões celulares que existem no cérebro’, e particularmente aqueles que se relacionam com os lobos frontais’.*²¹⁴

Os efeitos da neurocirurgia são irreversíveis, transformando o paciente não somente num ser mais calmo, mas numa espécie de autômato: “Ficavam muito prejudicadas a capacidade de abstração e imaginação. Suas produções, segundo veremos adiante, tornavam-se pueris e decadentes. As famílias e o ambiente hospitalar, porém, passavam a gozar de cômoda tranqüilidade.”²¹⁵

²¹² Choques elétricos levam a convulsões/crises convulsivas, corrente transcerebral. “Tanto o coma insulínico quanto o eletrochoque provocam profunda regressão fisiológica e psicológica, apagando naqueles que são submetidos a esse tipo de tratamento as funções psíquicas superiores. Essa desmontagem da estrutura psíquica seria seguida, segundo seus adeptos, de uma reconstrução sadia.” Nise da Silveira, Mundo das Imagens, p. 12.

²¹³ Artaud, Antonin, *Oeuvres complètes* XI 1974, p. 13. In: Nise da Silveira, O mundo das imagens, São Paulo: Ática, 2001. p. 12

²¹⁴ Freeman apud Nise da Silveira, O mundo das imagens, São Paulo: Ática, 2001 p. 12

²¹⁵ Nise da Silveira, O mundo das imagens, São Paulo: Ática, 2001. p. 12

Segundo Crowcroft, em 1957, os primeiros agentes *antidepressivos* eficazes, ou *timolépticos*, foram empregados na Psiquiatria. Os medicamentos utilizados no tratamento das manias são derivados de fenotiazina, tal como a clorpromazina (largactil), sendo esta tranqüilizante. Os tranqüilizantes servem para moderar a agitação de pacientes maníacos. O método da insulino-terapia acabou sendo abandonado, tanto por seus efeitos como pelo advento dos tranqüilizantes.

O tranqüilizante é um produto que acalma, sem provocar sono, os pacientes considerados destrutivos ou superativos:

*Eles são por conseguinte de grande utilidade na esquizofrenia aguda quando o paciente pode excitar-se violentamente em virtude de uma repentina crise de alucinação ou delírio. Eles não possuem, contudo, apenas um efeito calmante; algumas vezes tornam os pacientes apáticos e anérgicos mais alertas.*²¹⁶

Mas os tratamentos químicos podem resultar em pacientes esquizofrênicos crônicos, como ressalta Crowcroft, que passam, então, a serem consumidores por tempo indeterminado dos medicamentos. Por outro lado, eles transformaram os hospitais em instituições não apenas protetoras, mas efetivamente voltadas para a terapêutica dos pacientes. “E é possível acreditar, com uma igual convicção, que as transformações na organização social da comunidade possam também possuir um valor terapêutico.”²¹⁷

O uso de medicamentos para o controle psiquiátrico pode ser observado em várias instituições da loucura. O efeito da sedação proveniente de seu uso ainda é visível nos rostos, na maneira de andar e no comportamento dos atuais usuários do sistema de saúde mental.

Ainda conforme Crowcroft, os produtos antidepressivos possibilitam aos pacientes superar os processos anormais de depressão:

*... permitem que os pacientes enfrentem, seja quando estejam acordados ou dormindo, alguns de seus confusos amores e ódios primitivos, reduzindo a ansiedade depressiva a níveis mais baixos de intensidade, de forma a poderem tolerar mais facilmente as “tristezas anormais”. Por outro lado, os principais tranqüilizantes me parecem capazes, algumas vezes, de atuar sobre a ansiedade persecutória e, ao diminuir a intensidade dela, reduzir ou afastar a necessidade da divisão, da projeção, da alucinação etc.*²¹⁸

Sobre a quimioterapia e o uso da clorpromazina, Nise da Silveira afirma:

²¹⁶ Andrew Crowcroft, *O psicótico*, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. p. 160-161.

²¹⁷ Andrew Crowcroft, *O psicótico*, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. p. 162.

²¹⁸ Andrew Crowcroft, *O psicótico*, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. p. 162.

*Os tratamentos citados perderam muito de seu prestígio com o advento da quimioterapia a partir do início da década de 50. As pesquisas do cirurgião Laborit o levaram à descoberta de uma substância próxima dos antialérgicos, possuidora de curiosa ação de ‘desconexão cerebral’, capaz de produzir ‘uma hibernação artificial’.*²¹⁹

Os efeitos colaterais dos tratamentos químicos, como a rigidez, muscular e tremores, teriam que ser combatidas com outros medicamentos, num “curioso jogo químico”.

*E como se sentem os doentes submetidos a essas drogas? Queixam-se de entorpecimento das funções psíquicas, dificuldade de tomar decisões, sonolência permanente. Verificamos nos doentes submetidos a neurolépticos, nos diferentes setores de atividade da Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR), redução ou perda total da capacidade criativa, como se pode verificar em documentos existentes em nossos arquivos. (...) Essas descobertas químicas de ação sobre o sistema nervoso ocasionaram importantes transformações no tratamento das doenças mentais. O problema agora era reduzir ou anular as manifestações delirantes e as expressões motoras que as acompanhavam. Estavam criadas camisas-de-força químicas.*²²⁰

Com a revolução na prática psiquiátrica, o período que os pacientes passam nos hospitais diminuiu, embora a reincidências tenham aumentado. Nise da Silveira cita o estudioso de física Capra a respeito do entusiasmo criado pelos neurolépticos pela redução no tempo de internação, mas, segundo as estatísticas, aumentando as reinternações:

*O tratamento por meio de substâncias químicas ‘controla os sintomas, mas não os cura. E está ficando cada vez mais evidente que esse tipo de tratamento é contraterapêutico (...) Os sintomas de um distúrbio mental refletem a tentativa do organismo de curar-se e atingir um novo nível de integração. A prática psiquiátrica corrente interfere nesse processo de cura espontânea ao suprimir os sintomas. A verdadeira terapia consistiria em facilitar a cura, fornecendo ao indivíduo uma atmosfera de apoio emocional.’*²²¹

Também o médico Luiz Cerqueira afirma que se as drogas e as psicocirurgias curassem, a loucura já teria sido exterminada.²²² Em vez disso, novos rostos da loucura aparecem. Segundo Nise da Silveira, o que acontece na sociedade é a rotulação do diferente:

²¹⁹ Nise da Silveira, O mundo das imagens, São Paulo: Ática, 2001. 13.

²²⁰ Nise da Silveira, O mundo das imagens, São Paulo: Ática, 2001. p.13.

²²¹ Capra apud Nise da Silveira, O mundo das imagens, São Paulo: Ática, 2001. p. 13

²²² Nise da Silveira, O mundo das imagens, São Paulo: Ática, 2001. p. 14

A psiquiatria, na sua atitude face ao doente, invalida sumariamente os que não se adaptam às normas sociais vigentes, sem investigar os motivos que os levaram àquela atitude – problemas afetivos, familiares, econômicos. Apressam-se os psiquiatras em rotulá-los de esquizofrênicos e a hospitaliza-los. Será quase impossível escapar. Uma vez nas malhas do hospital psiquiátrico, ora entrando, ora saindo, ora reentrando, o indivíduo não é mais uma pessoa; é um paciente, torna-se uma peça na engrenagem dessa fábrica de loucura.
223

Como se verá, foi preciso um grande esforço, não só dos profissionais de saúde, mas também dos usuários e seus familiares a fim de que se extinguisse parte do sistema de fabricação da loucura, que consistia nas longas internações sem acompanhamento terapêutico adequado.

OS PSICOTRÓPICOS²²⁴

No final do século XX, a prática psiquiátrica se modifica mais uma vez, como se a loucura cobrasse seu direito de existência sobre a razão. Segundo o crítico das teorias do comportamento Felix Guattari²²⁵, a loucura psicanalítica invadiu todos os setores e está presente na fala do homem comum, se banalizou e é comum o ato de rotular pessoas como deprimidas, neuróticas ou psicóticas. O psiquiatra Jorge Alberto da Costa e Silva, ex-dirigente da divisão de saúde mental, comportamento e toxicomania da Organização Mundial de Saúde (OMS), também pensa assim:

*... há uma psiquiatrização ocorrendo na sociedade. Já existem quase 500 tipos descritos de transtorno mental e de comportamento. Com tantas descrições, quase ninguém escaparia de um diagnóstico de problemas mentais. (...) Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias.*²²⁶

A explosão de novos diagnósticos, segundo Costa e Silva²²⁷, aconteceu com o desenvolvimento das neurociências, a partir das décadas de 70 e 80. Para se adequar à lógica capitalista, houve um retorno à psiquiatria farmacológica, beneficiando a

²²³ Nise da Silveira, O mundo das imagens, São Paulo: Ática, 2001. p. 15.

²²⁴ Medicamentos com efeito sobre o comportamentos do paciente.

²²⁵ Félix Guattari. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

²²⁶ VEJA. Psiquiatria S.A., edição 1706, ano 34, nº 25, 27/6/2001. p. 11

²²⁷ VEJA. Psiquiatria S.A., edição 1706, ano 34, nº 25, 27/6/2001. p. 11

indústria farmacêutica, substituindo-se as relações sociais por relações do homem com as mercadorias²²⁸.

Hoje a ordem estabelecida já não é questionada pelo marxismo e nem pela psicanálise.

*O marxismo e o freudismo, cuidadosamente neutralizados pelos corpos constituídos do movimento operário, do movimento psicanalítico e do meio acadêmico em geral, não atrapalham mais ninguém. Além disso esses mesmos grupos sociais tornaram-se os guardiões da ordem estabelecida.*²²⁹

A expansão da indústria farmacêutica contribuiu para o esvaziamento dos asilos, com a maciça difusão dos neurolépticos, fármacos de atuação no sistema nervoso, através dos psiquiatras, dos clínicos gerais e mesmo da imprensa. Com a propagação das ações medicamentosas e seu uso, desaparecem algumas manifestações de ruptura social. Mas a década de 80 também foi marcada por movimentos dos profissionais de saúde a favor de uma reforma no sistema psiquiátrico. São do final desta década as primeiras iniciativas que culminam na realização das Oficinas Terapêuticas em Uberlândia.

O efeito farmacológico é a ação comprovável que um medicamento produz no organismo humano, em um ou mais de seus órgãos, expressável a nível bioquímico ou funcional. Os psicofármacos têm a propriedade de produzir efeitos farmacológicos, bioquímicos e funcionais.

Eficácia terapêutica sintomática significa controlar ou suprimir um sintoma incômodo para o paciente ou que impeça a interação com o meio. “Somente em uma minoria de condições a medicina tem conhecimentos suficientes para praticar uma intervenção não-sintomática, porém curativa.”²³⁰ Eficácia terapêutica curativa significa a modificação radical do curso de uma enfermidade com a eliminação de suas raízes.

Assim, as terapêuticas se sucedem no tempo, chegando ao que é hoje um sistema de saúde, composto por uma rede de atenção em saúde mental. E a loucura continua fruto das condições sócio-históricas e econômicas do indivíduo.

²²⁸ Karl Marx, O manifesto comunista. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

²²⁹ Felix Guattari, Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. P. 76.

²³⁰ Saraceno, Asioli e Tognoni, Manual de saúde mental, 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001 p. 36. O livro traz tabelas com balanços entre benefício e risco da utilização de psicofármacos: antipsicóticos ou neurolépticos (indicados para crises ou estado psicótico que contenham manifestações de delírio, alucinação, surto maníaco e agitação); ansiolíticos – hipnóticos (para ansiedade e insônia); antidepressivos; lítio (para psicoses maníaco-depressivas).

O INÍCIO DA PRAXISTERAPIA

Após o tratamento por insulina ter sido desacreditado, surge espaço para a inserção de alternativas menos “invasivas”, como a arteterapia, a terapia pelo trabalho e a musicoterapia, em combinação a tratamentos físicos²³¹:

*A terapia ocupacional foi redescoberta como forma física de tratamento. Por exemplo, pacientes que haviam sofrido a lobotomia pré-frontal apresentavam progressos muito rápidos se recebiam posteriormente uma intensiva terapia ocupacional. Muitos psiquiatras perceberam que essa situação era idêntica à que ocorrera com o uso da insulina, e que era a atenção dada aos pacientes pelos terapeutas ocupacionais que explicava a melhora, mais do que o próprio tratamento.*²³²

Crowcroft fala da transformação ocorrida na Inglaterra com a inserção das terapêuticas alternativas:

*Graças aos tratamentos adequados, às atividades programadas e aos divertimentos, os distúrbios do comportamento diminuíram. Verificou-se que muitos dos antigos problemas relacionados com os pavilhões fechados decorriam das reações dos psicóticos ao tédio e à frustração. O drama do aumento dos sintomas psicóticos era assim uma reação às condições que eram intoleráveis para qualquer criatura humana...*²³³

A partir de 1950, segundo Crowcroft, quase todos os hospitais ingleses progressistas abriram suas portas e programaram terapia artesanal e industrial, com vistas a ensinar ao paciente atividades para se manter após a saída do hospital. Esta abertura a práticas não conservadoras ocorreu no Brasil em locais específicos, como é o caso dos hospitais do Rio de Janeiro e de Franco da Rocha. Somente a partir dos anos 80, com a reforma psiquiátrica, é que vai ser cobrada a participação de profissionais de outras áreas, com outras práticas e discursos, no ambiente psiquiátrico.

O ESTUDO PSIQUIÁTRICO DA ARTE

Até o século XIX, os médicos observavam os esboços feitos por esquizofrênicos apenas com curiosidade e para auxiliar no diagnóstico. Após a obra do

²³¹ Segundo Andrew Crowcroft, *O psicótico*, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. p. 176 “... há provas antigas do valor desses métodos, por exemplo Hermann Simon, 1927, ‘M.P.A.’, edição especial, 1930. Esse testemunho antigo foi geralmente ignorado.”

²³² Andrew Crowcroft, *O psicótico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. P. 176.

²³³ Andrew Crowcroft, *O psicótico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. P. 176-177.

médico francês Ambroise Tardieu (1872), psiquiatras passaram a tentar identificar doenças mentais a partir das produções artísticas dos loucos. Seguiram-se os trabalhos de Max Simon (1879) e de Cesare Lombroso sobre a arte esquizofrênica.

Conforme Ferraz, Geraldo Lafora²³⁴ observa nos desenhos dos doentes mentais existência de dissociações mentais nas suas construções fragmentadas, inscrições simbólicas, condensações, estereotipias e perseverações gráficas. Nesse período, a psicanálise foi importante para identificar a arte como uma possibilidade na terapêutica da doença mental:

*O impacto da psicanálise, através dos estudos de Sigmund Freud, trouxera uma nova dimensão ao estudo da arte, particularmente em relação ao conceito de inconsciente. Esse aspecto foi abordado pelo próprio Freud, em seu famoso estudo sobre as obras de Leonardo (1909-10). Ele admitia possibilidade da existência de um considerável conteúdo latente de sexualidade inconsciente na criação artística. C. G. Jung já estava usando a arte de uma forma mais dinâmica no tratamento de seus pacientes.*²³⁵

Segundo Ferraz, no início do século XX, os estudos realizados sobre as obras dos loucos sinalizavam para a sua aproximação com desenhos infantis, quando demonstravam regressão gráfica ou para a compreensão da doença, através da análise da vida e obra de grandes artistas acometidos por distúrbios mentais.

O crítico de arte Marcel Réja²³⁶ procurou compreender a natureza da criação espontânea dos insanos e comparou-as aos trabalhos de crianças, primitivos e prisioneiros.

*Para alguns autores, Réja considerava os trabalhos dos loucos como ‘formas mais ou menos embrionárias de arte’ – não obras de arte – e até em certa medida elementares, pois, para ele, não existiria a intenção consciente de elaboração artística, e no geral a técnica era pouco desenvolvida. No entanto, ao mostrar que essa criação espontânea contrapunha-se às concepções estéticas tradicionais, com a noção de beleza, a arte dos loucos adquire uma nova leitura e interpretação.*²³⁷

A partir de então, passou-se a reconhecer a expressividade do doente mental. Um dos estudiosos que contribuiu para isso foi o médico Hans Prinzhorn²³⁸.

²³⁴ Lafora reedita as observações de Fritz Mohr em *Estúdio Psicológico del Cubismo y Expresionismo*.

²³⁵ Edward Adamson, A arte e a saúde mental, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.p. 122.

²³⁶ Obra *L’art chez les fous*. (A arte dos loucos), 1907.

²³⁷ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 21.

²³⁸ Hans Prinzhorn, *Expressão da loucura*, 1922.

Empregando um método de investigação psicológica derivado da fenomenologia, da Gestalt e da teoria estética da empatia²³⁹, ele procura explicar como emerge o impulso criador e como se concretiza a produção artística da humanidade. Inovador, afirma que os doentes mentais, sobretudo os esquizofrênicos, podem produzir obras cuja qualidade permite incluí-las no domínio da ‘arte séria’. Essa abordagem expõe ao mundo uma leitura estética integradora e mais abrangente das obras dos loucos.²⁴⁰

Em 1922 também se inicia o “teatro terapêutico” em Viena, através dos irmãos Moreno. “Eles usavam uma técnica atualmente conhecida como ‘psicodrama’, na qual os pacientes são levados a representar seus próprios problemas em grupo.”²⁴¹ Nesse período, segundo Ferraz, psicologia e arte confluem através da proposição de novas formas interpretativas.

Em vista disso, conceitos como a evolução dos desenhos infantis, a função do jogo na vida da criança e do adulto, a emoção estética e o ato criador aparecem nas discussões de psiquiatrias, psicólogos e educadores como Vygotsky, Piaget e Delacroix, entre outros. Há grande preocupação por parte desses autores em explicar as relações entre as emoções e a fantasia, e a gênese destas na criação artística e na vida do ser humano.²⁴²

Permanecem as analogias das obras de doentes mentais com as de crianças e primitivos, quanto à estilização, proporção, movimento e ausência de perspectiva e, especificamente em semelhança aos povos primitivos, no que se refere aos aspectos arcaicos das formas plásticas e a simbologia presente nestas produções.

Surgem novas abordagens no campo da filosofia, psicologia e estética que, junto aos novos movimentos artísticos, levam a um aumento do interesse pelas obras dos insanos, como na analogia com o expressionismo, além do surrealismo e o cubismo, que representam uma ruptura estética com os modelos neoclássicos.

Construções fragmentadas, distorcidas, desestruturação espacial e formal, a presença do insólito, do primitivo e aspectos de abstração não fogem às observações dos médicos Schilder (1918), Pfister (1921), Lafora (1922), Bichowski (1922), além do filósofo e psiquiatra Karl Jaspers (1922).²⁴³

²³⁹ “A teoria da empatia baseia-se na projeção de sentimentos e emoções que se fazem presentes no ato de perceber, permitindo uma identificação imaginativa com os objetos percebidos.” Ferraz, p. 24.

²⁴⁰ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 22.

²⁴¹ Edward Adamson, *A arte e a saúde mental*, In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975 p. 122.

²⁴² Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 23.

²⁴³ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998.p. 27-28.

A vanguarda artística gera perplexidade no público, como na primeira exposição de cubistas, em Madri, em 1915. As semelhanças observadas levam psiquiatras, como G. Lafora a recorrer a filósofos e artistas como Apollinaire, Kandinsky, Burger e Worringer para entender “... a estética, a atuação dos artistas e das ‘escolas ultra-modernas de pintura’ para explicar a produção dos doentes mentais.”²⁴⁴

Ferraz indica que, até a Primeira Guerra Mundial, havia cerca de seis museus na Europa dedicados às obras de doentes mentais internados em hospitais psiquiátricos e há registros de exposições de arte dos alienados a partir de 1913, em Londres e Berlim. No período entre-guerras, os seguidores de Jung utilizaram os aspectos terapêuticos do desenho, da pintura e da modelagem em gesso. Nas décadas de 30 e 40, segundo Ferraz²⁴⁵, era evidente o interesse dos médicos pelas obras artísticas dos alienados, com estudos dedicados em especial às interpretações diagnósticas. “As inovações são os estudos de garatujas e desenhos automáticos presentes em obras de loucos ou análises dos grafismos após intervenções psicoterápicas ou cirúrgicas (lobotomias)”.²⁴⁶

Segundo Ferraz, contemporaneamente a produção plástica dos doentes mentais tem sido analisada por várias linhas terapêuticas, além das concepções filosóficas, artísticas e estéticas sobre o seu sentido, com autores que discutem as obras como resultado de uma produção delirante ou que buscam seus aspectos simbólicos e formais. Os surrealistas, iniciando por André Breton, Paul Eluard e Max Ernst, buscaram as produções dos doentes mentais como fonte de estudos para a criação desse movimento artístico marcado pela liberdade de expressão, livre associação de idéias e representações oníricas.

Ferraz lembra a observação de Vigotsky sobre a aplicação prematura da psicanálise à arte, uma vez que esta contém aspectos do todo do indivíduo: “... o autor lembra a importância do conhecimento e a valorização da consciência como um dado ativo e autônomo, que atua na ação e forma artística. Incorpora-se, dessa maneira, toda a vida humana e não apenas os conflitos primários.”²⁴⁷ Os estudos sobre as obras dos loucos se expandem para além do objeto clínico de diagnóstico e interpretação e invadem o processo de criação, renovando a instância terapêutica que liga arte e ciência.

²⁴⁴ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998.p. 28.

²⁴⁵ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998.p. 25.

²⁴⁶ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998.p. 25.

²⁴⁷ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998.p. 34.

Segundo Edward Adamson, a terapia criativa é um termo genérico usado para designar a utilização terapêutica das manifestações artísticas através de música, teatro, dança, cerâmica, escultura, desenho e pintura; tais atividades são empregadas como auxílio no tratamento de doenças físicas e mentais.

Embora o desenvolvimento da terapia criativa na Inglaterra continuasse lento após a Segunda Guerra Mundial, na América e na Europa continental ela já era uma realidade. O trabalho em hospitais britânicos do pioneiro em Arteterapia Edward Adamson, ex-diretor do Departamento de Arte dos Hospitais de Netherne e Fraidene, na Inglaterra, iniciou-se em 1946 com o objetivo de conversar com os pacientes sobre quadros e continuou com sua atuação como artista praticante, a fim de criar um *atelier* para os pacientes. Entrementes, “em 1950 é organizada a ‘Exposição de Arte Psicopatológica’ durante o 1º Congresso Internacional de Psiquiatria, realizado em Paris e com a participação de 17 países, incluindo o Brasil, e em 1959 é fundada, em Verona, a Sociedade Internacional de Psicopatologia da Expressão.”²⁴⁸

PSIQUIATRIA E EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O *Manual de saúde mental* enfoca a necessidade de uma atenção difusa da equipe de saúde mental em relação a indícios geralmente desconsiderados para se adotar uma metodologia de trabalho eficaz. Como que seguindo a experiência de Franco Basaglia, que implantou no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, de 1961 a 1968, um projeto de comunidade terapêutica, e começou em 1971, em Trieste, a verdadeira destruição do aparato manicomial, com vistas a propugnar a construção de novas possibilidades, novas formas de entender, de lidar e de tratar a loucura²⁴⁹, Saraceno, Asioli e Tognoni sugerem que a equipe, constituída de profissionais portadores de conhecimentos diferentes, incluindo psiquiatra, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional, busque um ponto de vista unitário. Desse modo, mais do que uma soma de partes independentes, “... uma correta intervenção psiquiátrica é a resultante de contribuições de diversas coordenadas e entre elas integradas.”²⁵⁰

²⁴⁸ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998.p. 26.

²⁴⁹ Franco Rotelli; Paulo Amarante. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA J., Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs.) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. P. 43-44.

²⁵⁰ Saraceno, Asioli e Tognoni. *Manual de saúde mental*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001 p. 12.

Conforme Saraceno, Asioli e Tognoni²⁵¹, e de acordo com a hipótese da constituição histórica da loucura²⁵², as variáveis “extraclínicas” são importantes para determinar a estratégia de intervenção. Além das variáveis tradicionais, consideradas como fundamentais para determinar a evolução e a intervenção clínica, como diagnóstico, idade, cronicidade do quadro e história da enfermidade, Há variáveis “sombra”, que são os recursos individuais do paciente; recursos do contexto do paciente; recursos do serviço de atenção.

Essas variáveis são geralmente consideradas irrelevantes. “Entretanto, é provável que um paciente piore **muito mais pela falta de todos (ou alguns) desses recursos do que pelo tipo de enfermidade (Diagnóstico)!**”²⁵³

Saraceno, Asioli e Tognoni afirmam a necessidade de integração entre as terapêuticas, como medicamentos, psicoterapias e técnicas de reabilitação, e o contexto histórico-social do paciente.

Assim, as atitudes básicas em relação a todo o contexto envolvido visam aos objetivos gerais da intervenção:

§ o incremento da consciência do paciente a respeito dos seus problemas: pessoais, familiares, de trabalho, econômicos, sociais, culturais;
§ o incremento da autonomia afetiva-material-social do paciente;
*§ o incremento da incorporação do paciente na vida de relação social e política.*²⁵⁴

TERAPÊUTICAS NO BRASIL

Não se pretende fazer a história da psiquiatria no Brasil, mas a recorrência a ela, através de autores como Alan Índio Serrano, Fernando Tenório e Maria Clementina Pereira Cunha, tem muito a dizer sobre os caminhos e contextos que circundaram a atuação das fontes no meio psiquiátrico em Uberlândia, especialmente na promoção das Oficinas Terapêuticas. Por meio do conhecimento sobre a formação do movimento dos profissionais de saúde mental e sobre a edição de leis para regulamentar o setor consegue-se entender a configuração do momento em que se passa a aplicar as terapêuticas artísticas aos usuários dos serviços de saúde mental no município.

²⁵¹ Saraceno, Asioli e Tognoni, Manual de saúde mental, 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001 p. 21-22.

²⁵² Michel Foucault, *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

²⁵³ Saraceno, Asioli e Tognoni, Manual de saúde mental, 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001 p. 22. Grifos no original.

²⁵⁴ Saraceno, Asioli e Tognoni, Manual de saúde mental, 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001 p. 25.

A mudança no estatuto médico, relacionada à produção de conhecimento remete, no século XIX, a uma nova percepção do louco, agora ‘doente’. Ao privilegiar o nível da percepção, Foucault, na *História da loucura*:

*... pode desclassificar os ‘saberes sobre a loucura’ como não científicos e mostrar que, por detrás das máscaras impostas pelo Positivismo, há um projeto de intervenção material (porque ao nível do corpo) e moral (porque ao nível da conduta) na vida dos homens. (...) Dessa maneira, qualquer referência feita a conceitos na História da loucura está intimamente relacionada com forma de intervenção, formas de organização do espaço de reclusão, formas de relação de autoridade entre médico e doente.*²⁵⁵

Estas formas de intervenção têm a representatividade máxima na figura do Estado como executor das normas definidas pelo poder legislativo. No Brasil, o sistema de saúde está vinculado diretamente ao Estado.

No Brasil, a reforma psiquiátrica contém estágios de insatisfação com o asilo psiquiátrico no início do século XX, com a implantação de algumas colônias agrícolas. Por outro lado, a consolidação da estrutura manicomial do Estado ocorre na era Vargas. Nas décadas de 60 e 70 ocorre o movimento da psiquiatria comunitária.²⁵⁶ Na segunda metade da década de 70, a reforma ganha expressão junto ao movimento pela redemocratização do país, quando se clama pelos direitos do cidadão e, por conseguinte, pela cidadania do louco. Conforme Tenório, a reforma é um campo heterogêneo que abrange a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, conjuga a posição de vários atores de origens diferentes; embora questionasse a clínica, a reforma psiquiátrica não pôde deixá-la, pois ela representa, o “... principal dispositivo historicamente construído pela sociedade para se relacionar com o fato da loucura.”²⁵⁷ A reforma psiquiátrica no Brasil, então, é um movimento que combina a atuação em clínica com o desenvolvimento da política em torno da saúde. No Brasil, com a legislação, aproximou-se a teoria sobre a reforma psiquiátrica da prática de atenção à saúde mental. Observa-se um movimento marcado por manifestações dos profissionais de saúde, em reflexo aos fatos que se desenrolavam na Europa em torno dos anos 60,

²⁵⁵ Ernani Chaves, Foucault e a psicanálise, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988 p. 15.

²⁵⁶ Fernando Tenório, A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Disponível em http://www.coc.fiocruz.br/hscience/index_port.htm em 20/12/2005 20:00h.

²⁵⁷ Fernando Tenório, A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Disponível em http://www.coc.fiocruz.br/hscience/index_port.htm em 20/12/2005 20:00h.

mas que acontece no Brasil com atraso, em final do século XX. Como referências teóricas para o estudo do movimento de reforma psiquiátrica, existem as obras de Foucault sobre a antipsiquiatria e a clínica, a antipsiquiatria de Szasz, as iniciativas de Laing e Cooper quanto às alternativas ao modelo biológico e a psiquiatria democrática de Basaglia, baseada nas exigências da classe trabalhadora na Itália. Os loucos são os mais desviantes da norma socialmente aceita, por isso os mais excluídos nas quatro esferas sociais: o trabalho, a família, o discurso e os jogos.²⁵⁸

Em 1830, os médicos do Rio de Janeiro reivindicam um asilo para sanar a situação dos loucos que vinham sendo internados na Santa Casa de Misericórdia daquele estado. A partir desse protesto foi assinado em 1841 o decreto para construção do primeiro asilo de loucos no Brasil, o Hospício de D. Pedro II, inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro, seguindo os moldes franceses de tratamento moral pela exclusão dos desviantes e organização das cidades. A instituição asilar precede o desenvolvimento do saber psiquiátrico no país, pois somente em 1881 passa-se a lecionar doenças nervosas e mentais nas escolas de medicina do Rio de Janeiro e Bahia.

A segregação da loucura teve como finalidade principal livrar a cidade da ameaça “à estrutura de uma sociedade ordenada, eficiente, progressista, racional”²⁵⁹ que assistia ao desenvolvimento de campos ditos racionais como ciência, tecnologia, burocracia, legislação, economia de mercado e educação. Haveria que se criar normas sociais, a fim de que o progresso fosse assegurado. E foi o que se fez durante a chamada “limpeza das cidades” no século XX, quando se colocou no mesmo espaço desocupados, prostitutas e loucos.

Esse foi o banimento dos loucos do espaço das cidades. Sem falar dos “trens de doidos”, expressão que se tornou característica do vocabulário mineiro, ao designar os trens que levavam para hospícios, como o de Barbacena, loucos das mais diversas regiões do país.

Como instituição moralizadora, o hospício repete a forma européia de internação, a qual os médicos só passam a presidir no início do século XX, numa forma político-médica de intervenção, através de Decreto-lei.

²⁵⁸ Segundo Foucault (*A loucura e a sociedade*, 1970, conferência publicada em *Ditos e escritos*, p. 259-267), as atividades humanas podem ser divididas em quatro categorias: produção, família, linguagem e jogos. Em todas as sociedades, há indivíduos que vão se diferenciar do grupo social, em relação a cada uma desses quatro grupos de relações e situam-se à margem, como os não participantes do mundo do trabalho, os celibatários, os poetas, os excluídos das festas como bodes expiatórios; entretanto, o louco é excluído por ter comportamento diferente do de outros nas quatro áreas.

²⁵⁹ Roy Porter, *Uma história social da loucura*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990. p. 23.

Em 1903 impõe-se a obrigatoriedade do exercício de direção dos hospícios para os médicos alienistas. Desde seu início, o hospício é marcado pela superlotação, pela violência e a disputa de poder entre as religiosas dirigentes da Santa Casa e os médicos. A diversidade da população, mendigos, deficientes físicos, órfãos dentre outros, que habito o hospício também caracteriza seu início. Após a Proclamação da República (1889), o Hospício ganha autonomia com a desvinculação da Santa Casa, o Estado passa a administrá-lo e as freiras expulsas do mesmo.²⁶⁰

Em Minas Gerais, as Santas Casas também recebiam os loucos. Em 1900 foi criada por determinação legal a Assistência aos Alienados de Minas Gerais e indicada a cidade de Barbacena para sediar o hospital, utilizando o prédio de um sanatório particular fechado anos antes.

Em 1923 surge a Liga Brasileira de Higiene Mental, primeira organização de psiquiatras que defende higiene das paixões e o ideal eugênico, ou seja, a retirada da sociedade dos membros anômalos, com um trabalho educativo e preventivo.

O primeiro grande e mais abrangente processo de integração das áreas médica, social e educativa está associado ao Movimento de Higiene Mental, que propõe uma ampliação da idéia de bem-estar social e promove programas cuja responsabilidade compete a toda a comunidade. A saúde psíquica passa a se constituir num objetivo a ser alcançado pelos psiquiatras e psicólogos em conjunto com os cientistas sociais, educadores e administradores públicos.²⁶¹

O hospício é tido como lugar de reclusão, no qual se separa os loucos do convívio com os normais; exclusão, como isolamento; e custódia, que significa vigiar atitudes para o interno não oferecer perigo a si e aos outros. A Liga Brasileira de Higiene Mental é criada no Rio de Janeiro em 1922. Segundo Serrano, estudioso de psiquiatria, essa é a época do “manicomialismo positivista”.

Conforme Cunha, tem-se no Brasil uma psiquiatria higiênica após os anos 20, quando se deixa de tratar o indivíduo para cuidar da sociedade enferma. Daí o entrelaçamento Estado-medicina, a fim de promover uma sociedade ordeira e estável, já que a loucura era vista como desordem social.

²⁶⁰ Aparecida M. S. B. Cruvinel. *Representações sociais do currículo do curso de Psicologia no trabalho do psicólogo em saúde mental nas regiões do triângulo mineiro e alto Paranaíba (1980-1990)*, Uberlândia, UFU, 2003 (Dissertação de Mestrado) p. 22

²⁶¹ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998.p. 35.

A arte terapia começa no Brasil neste período. Conforme Ferraz²⁶², o médico psiquiatra, músico e crítico de arte paraibano Osório Thaumaturgo César foi o primeiro brasileiro a organizar observações sobre a arte dos loucos e divulgá-las à sociedade, num trabalho à frente do Hospital do Juqueri, onde ingressou como estudante em 1923 e tornou-se diretor, tendo se aposentado em 1965 por pressões que sempre existiram em sua trajetória de ativista político.

Osório César publicou em 1925 o artigo *A arte primitiva nos alienados*, no qual compara as obras dos loucos com a estética futurista. Em 1929, edita o livro ilustrado *A expressão artística nos alienados*, considerado importantíssimo, segundo Ferraz, “... onde analisa psicanaliticamente desenhos, pinturas, esculturas e poesias de pacientes do Hospital do Juqueri e que foi considerada obra de maior importância sobre a questão da arte dos loucos no Brasil.”²⁶³

No Brasil, é criado em 1930 o Departamento de Assistência Geral aos Psicopatas, com o objetivo de unificar os serviços. “O novo órgão contemplou a necessidade de gerir e fiscalizar um novo fenômeno que se inicia desde os anos 20: o crescimento de uma rede privada de psiquiatria...”²⁶⁴ O Departamento é entregue ao psiquiatra Antônio Carlos Pacheco e Silva, diretor do Juquery e fundador da Liga Brasileira de Higiene Mental, que também participou ativamente da política, inclusive da Assembléia Nacional Constituinte de 1934.

A fala médica, neste sentido, responde à conjuntura política, marcada pela combustão da luta de classes, com a autoridade do discurso científico, transferindo para a esfera social a perspectiva que imprimiam à abordagem dos desvios individuais e medicalizando relações e práticas sociais.²⁶⁵

A psiquiatria cumpria com os paradigmas em vigor de purificação da raça humana, tendo como padrão o modelo étnico europeu. “A cultura era vista como fenômeno psíquico. Havia muita preocupação com a formação étnica do povo brasileiro, achando-se que a boa saúde mental vinha da raça, por questões hereditárias.”²⁶⁶ Assim, a Liga Brasileira de Higiene Mental trabalhava com preconceitos, conformes ao ideal de controle, como se fosse educação médica.

²⁶² Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998.p. 45.

²⁶³ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 46.

²⁶⁴ Clementina Pereira Cunha, *O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. P. 173.

²⁶⁵ Clementina Pereira Cunha, *O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. P. 177.

²⁶⁶ Alan Índio Serrano, *O que é psiquiatria alternativa*, São Paulo: Brasiliense, 1982.p. 33.

No século XX, com o desenvolvimento da psiquiatria, passa-se a adotar algumas práticas médicas conhecidas como terapias biológicas. Entre 1936 e 1954, o asilo do Juquery, em São Paulo, utiliza a malarioterapia (inoculação de sangue contaminado por malária) e o eletrochoque, ao lado de atividades como a terapia ocupacional, a laborterapia e a arteterapia. O internamento prosseguiu de forma maciça; segundo Cruvinel, em 1948, o Brasil já contava com 280 hospícios. Desta época são o Sanatório Espírita e a Casa de Saúde Moral, ambos de Uberlândia.

Entrementes, em 1943 surge a oficina de pintura no Juqueri. “Osório César estrutura o acompanhamento artístico junto aos pacientes com base na expressão individual, ou seja, por meio da escolha livre de temas ou da cópia do natural, evitando, de sua parte, interferências tanto de ordem técnica quanto nas representações.”²⁶⁷ Este procedimento teria influenciado a prática dos ateliês de arte na maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros, como conclui Ferraz a partir de um depoimento de Nise da Silveira sobre a conduta de Osório no acompanhamento dos pacientes.

Na Europa, em torno dos anos 60, o saber médico atinge os estágios, segundo Foucault, de “despsiquiatrização” e antipsiquiatria, durante os quais ocorreram mudanças do saber-poder sobre a loucura. A “despsiquiatrização” tratou de pasteurizar o hospital psiquiátrico ao deslocar o poder de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar, que pertencia ao médico, para um saber mais exato, composto pela psicocirurgia, na qual se insere a lobotomia (retirada do lobo cerebral relacionado ao controle das emoções), e pela psiquiatria farmacológica. A antipsiquiatria, por outro lado, trata de transferir ao doente o poder sobre a própria loucura.²⁶⁸

Em 1965, inicia-se um movimento em forma de associação, na Europa, comandada por Laing, Cooper e Esterson. “As bases teóricas do novo movimento foram estabelecidas por Laing, que propõe realmente uma mutação com embasamento psicológico e social. Uma proposta completa, na qual a pessoa humana é vista em sua totalidade.”²⁶⁹ Tratava-se de modificações na forma de tratar o louco, de modo a vê-lo como pessoa humana, capaz de expressar-se e com direitos de viver em sociedade.

Nos últimos quarenta anos, o Estado Brasileiro rompe com as práticas realizadas até então em dois momentos, quando incorpora às ações de saúde a

²⁶⁷ Maria Heloísa C. T. Ferraz, *Arte e loucura*, São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 58.

²⁶⁸ Michel Foucault, *Resumo dos cursos do Collège de France (1970 – 1982)*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p. 50-52

²⁶⁹ Nise da Silveira, *Mundo das imagens*, São Paulo: Ática, 2001. p. 14.

assistência médica em geral e quando atrela a saúde mental à rede pública de saúde.²⁷⁰ Em 1966 unificam-se o Instituto de Pensão e Aposentadoria e o Instituto Nacional de Previdência Social. Esta atitude privilegia as indústrias médico-hospitalar-farmacêuticas, o que gera grandes questionamentos, fato pelo qual o sistema de saúde é obrigado a se reorganizar posteriormente.²⁷¹ A política de assistência regulamentada seria a responsável, posteriormente, pelo inchaço na contratação de serviços médicos, o que em saúde mental se compreende pelo crescente número de internações em hospitais psiquiátricos particulares em que se realiza a sujeição hospitalar a normas socializadoras, o isolamento do doente do convívio social e uma terapêutica medicamentosa circunscrita à relação médico-paciente.

Enquanto o movimento pelo fim dos manicômios explodia na Europa, o Brasil estava sob a ditadura militar, que não admitia atividades contestatórias; houve uma “defasagem temporal entre o aparecimento das formulações antipsiquiátricas na Europa dos anos de 1960 e a adoção de medidas equivalentes no Brasil em 1980.”²⁷² Assim, a década 70 foi marcada pela internação em massa, com o financiamento de hospícios particulares pelo Instituto Nacional de Previdência Social - INPS.

Em 1971, uma nova linha psiquiátrica firmou-se em Arezzo na Itália, com Agostino Pirella e Vieri Marzi; foram destruídos os muros de um hospício e aplicou-se a experiência de Franco Basaglia de inserir os loucos na comunidade, preparada para recebê-los tanto no aspecto social quanto no produtivo e atendê-los em seu próprio território; era a Psiquiatria Democrática. Em 1978, o Parlamento Italiano, por pressão popular, aprovou a nova lei psiquiátrica, a mais avançada no mundo, na época.

No Brasil, os debates sobre a necessidade de transformação das instituições da doença mental iniciaram com alguns psicanalistas. A médica Dra. Nise da Silveira, conhecida por seu trabalho no hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro, cita a situação brasileira na década de 70:

...a indústria da loucura é uma lucrativa aplicação de capital. As poderosas multinacional produtoras de psicofármacos bem o demonstram. é suficiente ressaltar que no Brasil 78 por cento dos estabelecimentos psiquiátricos são de propriedade particular, enquanto o número de seus ambulatórios, que poderiam contribuir

²⁷⁰ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 42.

²⁷¹ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 42-43.

²⁷² Eleonora Haddad Antunes; Lucia Helena Siqueira Barbosa; Lygia Maria de França Pereira, *Psiquiatria, loucura e arte: Fragmentos da História Brasileira*, p. 27.

*para manter pelo menos por algum tempo o paciente fora da instituição, é apenas de 27,6 por cento. O que interessa, portanto, é o lucro proporcionado pelo indivíduo internado e reinternado. Quanto mais vezes, melhor.*²⁷³

Nos anos setenta, é fundado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e vários estados implantam a Rede Básica de Saúde, da qual participam estados e municípios. O governo federal, entretanto, não tem o controle efetivo na destinação de verbas ao setor privado, financiado por ele. No final da década, o excesso de internações hospitalares no setor privado impacta o sistema nacional de saúde e se torna urgente a reavaliação dos serviços, da política de saúde e do lugar de ação da medicina.

Em torno de 1978, segundo Serrano, as denúncias sobre a situação precária e repressiva dos serviços públicos começou a ser denunciada. As condições de funcionamento do Hospício de Barbacena, por exemplo, eram precárias e perduraram por muitas décadas. Os maus tratos contra internos, a superlotação e os abusos foram denunciados pela imprensa, o que levou a uma mudança no tratamento:

*Calcula-se que cerca de 60 mil pessoas lá faleceram, em geral de causas como diarreia, sífilis ou fome - nunca de loucura. Somente na década de 70 uma forte reação de médicos, jornalistas e intelectuais de diversas áreas levou a uma reavaliação das condições de tratamento então vigentes. Em 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia visitou o Hospital Colônia e o comparou a "um campo de concentração nazista."*²⁷⁴

No final dos anos 70, em pleno “combate ao Estado autoritário”, emergem as críticas ao sistema de saúde, aos excessos e desvios da psiquiatria; denúncias de fraude no financiamento dos serviços e de maus tratos e violência nos manicômios²⁷⁵. Toma forma o movimento da reforma psiquiátrica, no Brasil, e em prol de melhores condições de trabalho e salário para uma classe que começava a se mobilizar. “No bojo da mobilização popular do fim dos anos setenta, veio a discussão sobre as relações entre psiquiatria e democracia. E sobre psiquiatria e classes sociais. Mas a grande movimentação de médicos e psicólogos deu-se em torno de reivindicações nos seus empregos.”²⁷⁶

²⁷³ Nise da Silveira, O mundo das imagens, São Paulo: Ática, 2001. p. 14.

²⁷⁴ http://www.cultura.mg.gov.br/museu/museus_mineiros/loucura.htm Disponível em 4/9/2005 às 17:00h.

²⁷⁵ Fernando Tenório, A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais.. Disponível em http://www.coc.fiocruz.br/hscience/index_port.htm em 20/12/2005 20:00h.

²⁷⁶ Alan Índio Serrano, O que é psiquiatria alternativa, São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 96.

Os profissionais da área como médicos, psicólogos, TO, assistentes sociais, enfermeiros e sociólogos começam também a se reunir em encontros específicos e estouraram algumas greves no setor de saúde mental, muitas vezes apoiadas pelas associações profissionais. Segundo Serrano, o movimento quase nacional tomou conotação política de contestação ao regime. “Organizou-se o Movimento Nacional do Trabalhador na Saúde Mental, fortemente ligado às lutas gerais do povo em torno da participação democrática.”²⁷⁷

No V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1978, em Camboriú, a Associação Brasileira de Psiquiatria criticou a estrutura do sistema psiquiátrico nacional, “a medicina elitista e o modelo repressor”, num marco da liberalização da psiquiatria brasileira. A partir de então, surgem pelo país centros de estudos de saúde mental que refletem as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde. Em 1979, Franco Basaglia realizou conferências em Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo.

A TO se modifica junto com a reforma psiquiátrica, segundo Teixeira²⁷⁸: *“Eu acho que a Terapia Ocupacional vai engrossar o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil em 79. Quando Basaglia veio ao Brasil, o jornal Estado de Minas fez aquela reportagem imensa, que chamava “Nos porões da loucura”, que é um marco da reforma psiquiátrica em Minas, pelo menos, e no Brasil também teve uma repercussão muito grande. E de lá pra cá se percebe uma mudança muito importante, principalmente nos equipamentos de atenção à saúde. Começam os centros de convivência, as casas-dia, as casas-abrigo, então se começa a ver que existe uma possibilidade maior de conviver com a loucura, esses equipamentos é que asseguram isso. Uberlândia tem uma rede interessante de equipamentos, ela tem um bom arsenal, eu diria que ela supre.”*

Embora as denúncias psiquiátricas ocorridas no final dos anos 70, Serrano afirma que a população não foi tão envolvida nesse problema, pois enfrentava outros mais urgentes, como os direitos políticos; portanto a reforma psiquiátrica teve um cunho corporativista, essencialmente ligado, nos anos 70, aos interesses dos profissionais de saúde.

Neste período ocorreu a tomada de consciência da questão da psiquiatria como parte da questão nacional. A psiquiatria atual também representa e também serve ao pensamento dominante. O

²⁷⁷ Alan Índio Serrano, O que é psiquiatria alternativa, São Paulo: Brasiliense, 1982.p. 97.

²⁷⁸ Entrevista à terapeuta ocupacional Flávia do Bonsucesso Teixeira em dezembro/2004.

*movimento feito na época tinha conotações corporativistas, isto é, girava principalmente em torno de reivindicações salariais e de condições de trabalho para os profissionais da saúde mental.*²⁷⁹

Poucas experiências alternativas foram desenvolvidas; segundo Serrano, muitas das que buscavam renovação foram temporárias ou se resumiram a contestações teóricas, embora tenham tido o valor de anunciar a necessidade de novas terapêuticas.

Uma dessas experiências foram as de comunidades terapêuticas, que aconteceram no final da década de 60 e início da de 70 em alguns manicômios, com aplicação da psicanálise para leitura dos pacientes, da instituição e dos profissionais. A tentativa não teve sucesso e foi incorporada pelos hospitais privados.

Já a psiquiatria comunitária e preventiva consistia em formas de detectar e resolver situações críticas para evitar a internação por intermédio de práticas que visavam a adaptação do doente ao grupo, transformando-o em sujeito imerso na rede social. Segundo Tenório, a prerrogativa de que a doença mental vem de desajustamento denota o caráter “adaptacionista e normalizador da noção de saúde mental”, além do que a transferência do campo de intervenção da clínica para a comunidade produz a tendência de “psiquiatrização do social, em que o psiquiatra deve ‘controlar’ os agentes não-profissionais, como vizinhos, líderes comunitários, agentes religiosos, etc.”

Serrano afirma que as alternativas em saúde mental dependem do processo democrático. “Só a solidariedade dos poderes comprometidos com interesses populares poderá mudar a política de saúde mental e promover uma abertura científica. Só a democracia produz uma ciência humanista.”²⁸⁰

Em 1979, o país passa pelo período de Anistia dos presos políticos, exilados no exterior. Continuam os governos militares e o clamor pela democratização aumenta. Inicia-se a transição para os governos democráticos na década de 80, junto com ações que afetam politicamente o país, como o movimento das Diretas Já em 1984, a Assembleia Constituinte 1987/1988 e a nova Constituição da República de 1988, que estabelece itens de cidadania importantes que comporão as próximas leis para a saúde mental.

Neste cenário, viria o desenvolvimento da teoria psicanalítica e o da indústria de medicamentos, o que trouxe efeitos no tratamento psiquiátrico e também psicológico da população.

²⁷⁹ Alan Índio Serrano, O que é psiquiatria alternativa, São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 100-101.

²⁸⁰ Alan Índio Serrano, O que é psiquiatria alternativa, São Paulo: Brasiliense, 1982. p. 104.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NOS ANOS 80 e 90

A partir dos anos 80, o paciente psiquiátrico passa a ser visto como um ser humano completo, passa a fazer parte do corpo social e seu tratamento é entregue a uma equipe de profissionais de variadas áreas. A loucura naturalizada passa a ser encarada como fenômeno social, a ser inserido nas relações cotidianas em que o sujeito aparece, findo o manicômio. Há que se pensar a inserção social do sujeito político e o seu bem-estar subjetivo. O louco passa a sujeito atuante, com percepções de mundo diferentes que precisam ser respeitadas. Isso exige nova aprendizagem sobre a realidade da loucura por parte do sujeito, da família, dos profissionais de saúde e da sociedade. Inicia-se a democratização das ações de prevenção e tratamento.

*Tendo em vista esta política, as ações de saúde mental passam a fazer parte da rede pública, visando o processo de desospitalização dos pacientes psiquiátricos. São, então, oferecidas formas alternativas de atendimento através da criação de unidades básicas de saúde mental em postos de saúde, ambulatorios e hospitais-dia, com o intuito de se evitar internações desnecessárias.*²⁸¹

Conforme França, são realizadas a partir de então ações no sentido de adaptarem as instituições que subentendem um novo modo de relacionamento com saúde e doença. Passa a ser exigido dos profissionais de saúde um novo enfoque sobre o paciente psiquiátrico, agora usuário, de forma que possa a ser visto como ser humano integral. A percepção do louco não é mais circunscrita ao campo médico, apreende uma nova complexidade como parte do todo social. Ocorre, portanto, a modificação na concepção de corpo, saúde e doença, sobre os quais reside o poder médico, numa visão orgânica da loucura. No novo contexto, a loucura passa a ser vista como fenômeno social e inserida no espaço das relações cotidianas: família, trabalho, lazer, discurso. Passa-se a ter que ouvir a verdade do usuário nos ambientes nos quais ele atua, uma vez que não está mais encarcerado no manicômio. Para tanto, se fazem necessárias práticas além do saber médico-psiquiátrico, saberes que versam sobre a inserção social e bem-estar subjetivo do usuário da rede de saúde. O corpo do usuário, assim, passa do espaço hospitalar, no qual é submisso, ao espaço da sociedade, como corpo atuante. Isso exige

²⁸¹ Sonia A. M. França, Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 9-10.

um novo aprendizado, seja do usuário, da família, da equipe de saúde, seja da sociedade sobre o campo das relações.

*A compreensão do objeto das práticas terapêuticas em seu contexto histórico pode levar a um entendimento de que o homem processa incessantemente novas composições de territórios existenciais. Esta compreensão pode propiciar uma configuração vivificadora do campo terapêutico.*²⁸²

Num processo de descentralização administrativa, os recursos federais são então transferidos para estados e municípios a partir de 1983, com a criação das Ações Integradas de Saúde, e o INAMPS firma convênios com as Secretarias de Estado de Saúde e Prefeituras Municipais.

Segundo França, a criação de mecanismos formais de coordenação da saúde pública nessas outras esferas do poder executivo evidencia a visão medicalizada do Estado, pois o saber médico, além de prover a cura, também auxilia o Estado a conhecer o indivíduo e a população, o ser natural e o social. Em 1986, realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que trata das diretrizes das Ações Integradas de Saúde e apresenta uma preocupação do Estado em relação ao indivíduo em diversos aspectos, que podem ser vistos na concepção de saúde como:

*... resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde; (...) é o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida; (...) saúde não é um contexto abstrato. Define-se no contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (...) Significa a garantia, pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.*²⁸³

Assim, a ciência da saúde passa a ser também uma autoridade que fiscaliza e intervém no corpo social.²⁸⁴ Essa conferência, ao lado da ampliação do conceito de saúde que corresponde a uma ação institucional, constitui a Reforma Sanitária, num âmbito de gerenciamento e padronização da saúde e dos comportamentos.

²⁸² Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 13.

²⁸³ 8ª Conferência Nacional de Saúde apud França, p. 47-48.

²⁸⁴ Conforme Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 48.

*Nesse fato político de gerenciar a vida humana, a medicina adquire um papel normativo e pedagógico que a autoriza a uma ação permanente no corpo social. Distribuir conselhos, reger relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade são táticas da racionalidade médica para assegurar a inserção de ambos a uma série de modelos específicos de seu campo de ação. (...) É tarefa essencial de tais práticas tratar o doente e supervisionar a saúde da população – campo, por excelência, para a produção de indivíduos saudáveis.*²⁸⁵

Se há um modelo de homem e estratégias de manutenção do bom funcionamento do organismo, esta é a verdade do saber médico que deve ser ensinada à população e ao governo. De posse dessa verdade, o Estado, passa a legislar sobre a área da medicina, como órgão de controle.

No início dos anos 80, os hospitais psiquiátricos foram abertos e a maioria das celas onde os loucos eram presos foram retiradas. Foi o que aconteceu no Juqueri, onde educadores, sociólogos, antropólogos e psicólogos foram convidados a participar e a discutir a situação do hospital e as possibilidades de intervenções possíveis. Entretanto, “Falta de recursos humanos, inadequação nos tratamentos e problemas técnicos de toda ordem demonstravam que o sistema organizacional pouco evoluíra desde a década de 30 até esse período.”²⁸⁶

Teixeira²⁸⁷ se posiciona a favor da reforma psiquiátrica: “*Eu trabalho dentro da reforma psiquiátrica e não da antipsiquiatria, eu acho que não é tirar um pra pôr o outro no lugar. Eu acho que a psiquiatria é muito importante, uma disciplina importante como qualquer outra porque as doenças são como qualquer outra coisa, elas afetam o ser humano. E agora, a reforma psiquiátrica, aí sim você pode pensar nas condições de vida que esse espaço estava oferecendo para as pessoas, de vida e tratamento.*” Essa reforma prevê a democratização da psiquiatria: “*É uma revisão, olhar de novo as formas de tratamento que estavam sendo oferecidas, porque até 79 há os grandes hospitais psiquiátricos, não se tem nem psiquiatra em posto de saúde, tudo em sanatório. Então todo o tratamento era feito em regime fechado. Então é essa a discussão que existe quando a gente fala “vamos romper com os muros”.*

Foram vários anos entre a institucionalização do serviço extra-hospitalar e o início da luta pela reforma psiquiátrica, no final dos anos 70, uma vez que não havia

²⁸⁵ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 50.

²⁸⁶ Maria Heloísa Ferraz. *Arte e loucura*, 1998, São Paulo: Lemos Editorial, 1998. p. 15-16.

²⁸⁷ Entrevista à terapeuta ocupacional Flávia do Bonsucesso Teixeira em dezembro/2004

alternativas ao modelo asilar, como afirma a referência em saúde mental no município de Uberlândia, Raquel Bambozzi²⁸⁸: *“Falava-se em desospitalização desde a vinda de Franco Basaglia, mas não havia dispositivo legal sobre saúde mental no Brasil anterior a 1990 para substituir o hospital psiquiátrico e a gente não sabia o que dizer para quem indagava se “ia colocar os doidos na rua”. Falava-se em pensão abrigada, mas se não existisse um serviço de acordo, ficariam elas por elas, uma casa pra abrigar o louco sem o atendimento adequado.”*

Na década de 80, observa-se ao mesmo tempo, “aperfeiçoamento da instituição psiquiátrica e da gestão pública.” Conforme Tenório, amadurecem as críticas ao sistema asilar e ampliam-se os membros envolvidos no processo, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, que marcou o processo de desinstitucionalização da loucura e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Neste período encerra-se a trajetória sanitarista, de higienização da cidade, e inicia-se uma preocupação com o meio imediato que cerca o sujeito: a cultura, o cotidiano, as mentalidades. Passa-se a questionar os saberes médicos, as práticas e as instituições na perspectiva da cidadania do louco. O Movimento da Luta Antimanicomial age na cultura para discutir com a sociedade a sua relação com a loucura e o louco. Os ‘usuários’- termo que se usará deste período em diante para definir os chamados pacientes psiquiátricos - e seus familiares passam a participar de discussões e eventos, como as manifestações do dia 18 de maio, escolhido como dia de luta para “aglutinação de maiores parcelas da sociedade em torno da causa.”²⁸⁹ Posteriormente, a data passa a ser comemorada em Uberlândia, contando inclusive com a realização de atividades culturais e educativas promovidas pelo grupo Trem de Doido, composto por profissionais da área de saúde mental.

Por outro lado, os profissionais de saúde realizam a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro em 1987 e discutem a recuperação dos pacientes crônicos, o fim da reprodução da loucura (por intermédio das práticas de manicomialização), a prevenção por meio de equipamentos públicos de saúde localizados próximo a seus domicílios, além de um retorno ao exercício dos direitos de cidadão, lutando pela participação dos indivíduos na vida social e o acesso aos bens materiais e culturais da sociedade.

²⁸⁸ Entrevista realizada em dezembro de 2005.

²⁸⁹ Fernando Tenório, A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais. Disponível em http://www.coc.fiocruz.br/hscience/index_port.htm em 20/12/2005 20:00h.

Para que esses direcionamentos da saúde mental fossem colocados em prática, foi solicitado, durante a primeira Conferência de Saúde Mental, a transformação de procedimentos administrativos, técnicos e jurídicos em torno da saúde mental que visassem assegurar ao paciente as condições de vida extensivas a todos os cidadãos, como se comprova no item relativo ao fim da interdição forçada: as internações deveriam ser realizadas em condições em que o indivíduo representar perigo a si ou a outros e previa-se ainda o fim da internação involuntária, quando seriam cerceados os direitos de liberdade individual e de opção de vida da pessoa.

Reivindica-se ainda a criação de terapêuticas além da medicação; tem-se por base teórica a noção de conjunto mente-corpo e da necessidade de abertura do campo saúde mental a outros profissionais. Segundo França, o que se verifica é “uma totalização bio-psico-social do homem: um todo harmônico que precisa explicitar-se para viver sua individualidade.”²⁹⁰

A reforma, ao exigir a desospitalização, pretende fazer o indivíduo retornar à esfera política pelo resgate de sua cidadania:

A reforma psiquiátrica passa, antes de mais nada, pela otimização dos serviços hospitalares e a criação de enfermarias psiquiátricas no Hospital Geral, inserindo-os em uma Rede de Atenção Psicossocial, orientada por equipes multiprofissionais integradas em seus procedimentos clínicos. Esse novo estatuto do doente mental permite não apenas o direito aos bens de saúde, mas o direito à cidadania e isso significa se reconhecer como participante do mundo político. Não mais submetido a uma tecnologia que circunscreve sua vida às paredes do hospital.²⁹¹

Trata-se, segundo França, de uma mudança que visa a participação do louco na sociedade, a começar pelo sistema de saúde em seu todo e não apenas um atendimento nas especialidades psicologia e psiquiatria, o que, por sua vez, exige a formação de profissionais com noções em psicopatologia e psicofarmacologia.

Com a Conferência de Saúde Mental, ocorre uma interferência do saber dos profissionais de saúde no âmbito de ação do Estado. Assim, tais reivindicações culminam na mudança da legislação paulatinamente. Em 1987 é implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que vincula a saúde mental ao conjunto que inclui das Unidades Básicas de Saúde aos Hospitais Psiquiátricos.

²⁹⁰ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 80.

²⁹¹ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 74.

Urge inventar novos dispositivos e tecnologias de cuidado. Nesse contexto, inicia-se uma reformulação legislativa sobre a saúde mental. Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei 3657 em 1989, para o qual foi aprovado um substitutivo somente em janeiro de 2000, tornando-se a Lei da Reforma Psiquiátrica sob o nº 10216 em 6/4/2001. Aprovada mais de dez anos depois do projeto de Delgado, a lei 10216 redirecionou o modelo de assistência psiquiátrica no Brasil e previu punição para internações involuntárias e/ou desnecessárias.

*Pode-se dizer que a lei de reforma psiquiátrica proposta pelo deputado Paulo Delgado protagonizou a situação curiosa de ser uma 'lei' que produziu seus efeitos antes de ser aprovada. (...) a transformação da assistência e mesmo do estigma social da loucura no Brasil deu-se de forma segura e constante, ainda que lenta, ao longo dos dez anos em que o projeto de lei tramitou sem ser aprovado.*²⁹²

O projeto de Paulo Delgado serviu para intensificar as discussões sobre a reforma psiquiátrica em todo o país e levou à edição de várias portarias pelo Ministério da Saúde e à elaboração e aprovação de oito leis estaduais sobre a substituição asilar. Em Minas Gerais, o projeto deu origem a Lei nº 11802 de 18/1/1995, que previa a substituição progressiva do hospital psiquiátrico por outros dispositivos, proibiu as psicocirurgias e procedimentos que produzam efeitos orgânicos irreversíveis e previu atenção integral às necessidades dos pacientes que perderam o vínculo com a família, por meio de políticas sociais, para a integração social do paciente.

Sobre a institucionalização da reforma e a antipsiquiatria de Foucault, a terapeuta ocupacional Flávia Teixeira²⁹³ explica: *Foucault fala da antipsiquiatria, em História da Loucura. Eu sempre cito Basaglia e a chegada dele no Brasil porque ele estava reestruturando toda a perspectiva na Itália. Inclusive, o livro que trata disso chama "Jardins de Abel", autora Denise Barros, uma terapeuta ocupacional que vai trabalhar com Basaglia na Itália, um tempo, acho que é a dissertação de mestrado dela.*"

Maria José de Castro Nascimento, psicóloga da Enfermaria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia,²⁹⁴ explica que na década de 80 já aconteciam modificações no tratamento psiquiátrico no eixo Rio-São Paulo: *"Em 80*

²⁹² Fernando Tenório. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito'. Disponível em http://www.coc.fiocruz.br/hscience/index_port.htm em 20/12/2005 20:00h.

²⁹³ Entrevista realizada em dezembro/2004.

²⁹⁴ Entrevista realizada em 12/12/2005

existia a Rádio Tantã, em Santos e um movimento de modificações no tratamento dos pacientes em São Paulo e Rio de Janeiro.” Vale lembrar que “tantã” é um termo coloquial para designar pessoas que não raciocinam normalmente. Esses movimentos deram início aos primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS, iniciativas de sucesso que se espalharam pelo país na década de 90. O Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Luiz Cerqueira, de São Paulo, aberto em 1987, inspirou a criação de outros Centros de Atenção Psicossocial no país e o Programa de Saúde Mental de Santos, nascido da intervenção pública municipal sob a égide do Partido dos Trabalhadores, em 1989, pelo qual houve a substituição da Casa de Saúde Anchieta, alvo de denúncias de maus-tratos, violência e superlotação por uma rede de cuidados em torno dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Ambos os casos referem-se a serviços diversificados de atendimento ao usuário que não a internação.

No Brasil, de acordo com as determinações do Sistema Único de Saúde, em 1991, os hospitais brasileiros deixaram de realizar a longa internação, destinada apenas a centros especializados, e devolveram os doentes às suas famílias.

A partir da década de 90, os governos dos países da América Latina iniciam políticas na área de Saúde Mental norteadas pela Declaração de Caracas²⁹⁵, escrita durante a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente. Anteriormente, a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde haviam estabelecido como estratégia para a meta de Saúde para Todos, no ano 2000, o Atendimento Primário de Saúde, facilitada por intermédio de Sistemas Locais de Saúde para atender as necessidades da população de forma descentralizada, participativa e preventiva.

Dentre os itens listados na Conferência de Caracas para reestruturação da assistência psiquiátrica dos países participantes, estavam a criação de modelos alternativos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais; a revisão do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico; a salvaguarda da dignidade pessoal, dos direitos humanos e civis do paciente e sua permanência no meio comunitário, garantidos através de legislação pertinente; a capacitação de profissionais em Saúde Mental e psiquiatria pautados pelo modelo de saúde comunitária.

Em 1990 é promulgada a Lei Orgânica de Saúde e criado o Sistema Unificado de Saúde (SUS), que passa a reger as ações do setor privado em saúde pública. Os

²⁹⁵ Elaborada em 14/11/1990.

Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS's) gerenciam, a partir de então, os recursos financeiros, materiais e técnicos referentes aos equipamentos de saúde da área de abrangência, como Centros de Saúde, Hospitais, Laboratórios e Ambulatórios de Saúde Mental.

A partir de 1991, o Brasil, tem utilizado o processo legislativo na implementação das políticas públicas, atendendo às recomendações da Declaração de Caracas. O Ministério da Saúde iniciou a reestruturação das leis que regulamentam a assistência psiquiátrica no Brasil, numa iniciativa articulada com os três níveis gestores do SUS, as esferas federal, estadual e municipal.

Os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS) substituem a internação hospitalar e mantêm os pacientes integrados em atividades comunitárias, contando para isso com assistência multiprofissional e tratamento psiquiátrico/psicológico.

O OUTRO LADO DA DEMOCRATIZAÇÃO DA SAÚDE

Segundo França, a ligação entre Estado e medicina é ambígua, pois leva tanto à democratização das ações de saúde, como amplia os espaços de enunciação de um discurso racional e legítima a intervenção na vida do cidadão²⁹⁶ Essa democratização seria, portanto, parcial, pois se oferece acesso à saúde sem que, em contrapartida, haja espaço para a intervenção do cidadão no discurso científico produzido pelas instituições.

A participação da sociedade e a ampliação dos setores envolvidos no processo da reforma psiquiátrica no Brasil foram marcantes, principalmente durante a II Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, na qual 20% dos delegados presentes eram representantes de usuários e de seus familiares.

O relatório final da conferência foi publicado pelo Ministério da Saúde e adotado como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. São estabelecidos ali dois marcos conceituais: atenção integral e cidadania. Segundo essa referência, são desenvolvidos o tema dos direitos e da legislação e a questão do modelo e da rede de atenção na perspectiva da municipalização.²⁹⁷

²⁹⁶ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 64

²⁹⁷ Fernando Tenório. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito'. Disponível em http://www.coc.fiocruz.br/hscience/index_port.htm

Tenório considera relevante o fato de que a “ação oficial não se tenha feito à margem da incorporação dos atores sociais”, que por sua vez não dependeram da iniciativa oficial, tanto que o próprio governo afirma a reforma psiquiátrica brasileira como de caráter “híbrido e singular”²⁹⁸, com a participação de profissionais e usuários do setor Saúde.

Sobre a legislação da reforma, Teixeira afirma a demora entre a montagem do projeto de fim dos manicômios e a aprovação pelo Legislativo: *“Quando Paulo Delgado propõe que a reforma psiquiátrica aconteça, ela vai ser amplamente aplaudida no plenário, ela vai passar, mas vai ficar doze anos na gaveta dos senadores. Ela leva um tempo enorme pra ser votada. Em Minas – eu posso falar de minas porque eu conheço – tinha um movimento mais forte, mais estruturado nesse sentido. Aí, na minha graduação eu já via hospital-dia e dentro do Raul Soares.”*

O resultado do projeto de Paulo Delgado, a Lei de 10.216 de 2001, que estabelece um máximo de 45 dias de internação, foi o marco da desospitalização no Brasil, uma vez que redirecionou o modelo de assistência psiquiátrica no país para a forma extra-hospitalar, além de se ter extinguido o repasse de verbas do governo a instituições de assistência psiquiátrica particulares. O CAPS foi colocado como espaço primordial da convivência e das oficinas terapêuticas no século XXI, embora eles já existissem nos anos 90.

Tenório afirma que em seu surgimento, o termo “saúde mental” estava ligado a adaptação social, o que subentende uma noção de normalidade além do sujeito e da clínica. Atualmente, a mesma expressão, no contexto da reforma, se relaciona a um afastamento da figura médica da doença “...que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido...” e também marca “...um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais.” Ao se propor atualmente a volta do paciente à comunidade não se pretende normalizar o social, mas fazer o louco habitar o social, num projeto de atenção psicossocial. Assim, pretende-se fazer da rede social “...um instrumento de aceitação da diferença”. Pensa-se, ainda a comunidade, ou melhor, o território – inspirado na psiquiatria democrática italiana – como um local de regionalização da assistência,

²⁹⁸ Esses termos constam da apresentação à 1ª edição da coletânea *Legislação em Saúde Mental 1990-2002, publicada pelo Ministério da Saúde*, destinada à distribuição na rede de atenção em saúde mental, para fomentar a participação de gestores da rede, profissionais e usuários.

constituído por elementos socioculturais e econômicos que moldam o cotidiano do sujeito.

O HOSPITAL DE CLÍNICAS

Segundo entrevista com o psiquiatra Dr. Guilherme Gregório²⁹⁹ sobre a reforma do tratamento psiquiátrico, este setor, que é um anexo dependente da infraestrutura do hospital geral da UFU, desde o seu nascimento conviveu com a reforma, trabalhando com poucos leitos, enviando pacientes para internação longa aos manicômios das cidades de Uberaba/MG e Brodowski/SP. Em 2003, dos 483 leitos existentes no hospital, apenas 30 eram da psiquiatria.

Dr. Guilherme Gregório entende que o desasileamento que se observa atualmente não somente no Hospital de Clínicas, mas no Brasil foi o resultado da luta antimanicomial, ou seja, do movimento de antipsiquiatria iniciado no final dos anos 60. Pretende-se, com ele, abandonar os tratamentos à base de corrente elétrica, drogas para a indução de febre, hibernação e convulsões, a fim de realizar um tratamento mais humanizado, retornando o paciente para a família e para a vida.

Para o Dr. Guilherme Gregório, o movimento da antipsiquiatria no Brasil tem um caráter econômico e não somente humanitário, pois o governo não mais custeava as estruturas de internação psiquiátrica como antes. Em 1989, o Sistema Único de Saúde (SUS) fechou os convênios com hospitais particulares e instalou comissões interventoras, que analisam prontuários e a necessidade de internação, com a finalidade de liberar leitos públicos.

*O destino dos doentes mentais no País mudou em abril de 2001 com a aprovação da Lei 10.216, que na realidade regulamentou o que já era uma prática em várias instituições, pois a proposta já vinha sendo discutida desde 1979. A lei pretendia regulamentar o atendimento aos doentes mentais; a partir de sua publicação, foi proibida a criação de novos leitos públicos, de outros hospitais e a internação por mais de 45 dias, fora algumas exceções.*³⁰⁰

²⁹⁹ A entrevista com o psiquiatra Dr. Guilherme Gregório foi realizada em setembro/2003, época em que era Diretor Administrativo do HCU.

³⁰⁰ Correio do triângulo, 27/7/2003, p. B2.

Os centros especializados existentes no país recebem os pacientes para internação longa. Já no Hospital de Clínicas da UFU, a internação tem uma duração média de seis dias.

Segundo o Dr. Guilherme Gregório, o modelo asilar do hospital tem características semelhantes às de um presídio no que se refere ao uso da laborterapia e das técnicas de ressocialização. Por outro lado, o tratamento psiquiátrico é acompanhado de terapia ocupacional e medicalização, ou seja, utilização de fármacos. A partir da década de 90 passou-se a empregar também a arteterapia como forma de tratamento coadjuvante no Setor Psiquiátrico do Hospital de Clínicas. Esta prática está vinculada, a partir de 1996, com a contratação de terapeuta ocupacional.

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – HC UFU é uma organização hospitalar pública com objetivos de assistência, ensino e pesquisa, incorporado à Universidade Federal de Uberlândia em 1974. Conforme Martins³⁰¹, o Hospital foi inaugurado em 1970 com o propósito de atender ao ciclo profissionalizante da Ex-Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia e era mantido pela Fundação da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia. Em 1972 foi firmado convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social atual Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS. Federalizado em 1978, o hospital funciona com verbas do SUS desde 1988. Como se trata de um hospital geral, o HCU conta com especialidades ligadas às clínicas cirúrgica, médica, pediátrica, obstétrica e psiquiátrica, entre outras.

O curso de Psicologia foi iniciado na UFU em 1975, segundo a psicóloga Maria José de Castro Nascimento, que trabalha na *Enfermaria de Psiquiatria* do Hospital de Clínicas de Uberlândia – HC-UFU³⁰², naquela época havia alguns hospitais particulares que atendiam ao paciente psiquiátrico na região, sendo um deles encampado pelo Hospital de Clínicas para a finalidade de ensino universitário: “O *Hospital de Psiquiatria da Dra. Miriam Andraus* foi “encampado”, como se falava que o governo fazia naquela época, para que os alunos do curso de Medicina pudessem aprender sobre psiquiatria. Tinha o hospital do Dr. Sinval, também, que depois fechou e o Sanatório Espírita. O Hospital de Uberaba também é espírita, parece que hoje está passando por uma mudança também pra se adequar às leis e está funcionando como

³⁰¹ Vidigal Fernandes Martins. Desenvolvimento de modelo de resultados em serviços hospitalares com base na comparação entre receitas e custos das atividades associadas aos serviços. Florianópolis, UFSC, 2002. (Dissertação de Mestrado). P. 73 e ss.

³⁰² Entrevista realizada em 12/12/2005.

CAPS. Me parece que o Hospital Santa Genoveva era Santa Casa para atendimentos clínicos, e não de saúde mental.”

O Sanatório Espírita, atual Casa Transitória Espírita foi visitado no decorrer desta pesquisa; foram ouvidos relatos e observou-se a arquitetura em forma de panóptico, ou seja, uma estrutura circular que facilita a vigilância dos internos, e as celas individuais onde os loucos ficavam. O uso das celas foi abolido, assim como o funcionamento do asilo, que hoje abriga, como uma “casa transitória”, cerca de quatro moradores que eram antigos internos e um assistido que recebe ali alimentação, pois tem moradia própria. A instituição funciona através de doações da comunidade e também é utilizada como centro espírita, com sessões de passes, das quais os moradores participam silenciosamente; eles contam com visitas médicas periódicas, alimentação e cuidados de higiene, mas sem o uso de terapêuticas específicas.

Segundo a psicóloga Maria José de Castro Nascimento, a primeira residência em Psiquiatria no Hospital universitário da UFU foi na década de 90, assim como a entrada de terapeuta ocupacional, que passou a utilizar a arte como terapêutica regular com os pacientes. Como explica Nascimento, a enfermaria do HC-UFU abrange vários setores, que vão de atendimento ambulatorial e regular, até que o paciente tenha alta e seja direcionado para os CAPS. Esses atendimentos também ocorrem de forma didática, para o ensino dos residentes em psiquiatria: *“A Enfermaria é dividida nos setores de Serviço Social; Terapia Ocupacional; Enfermagem; Psicologia; Administrativo; Médicos clínicos e psiquiatras; Interconsultas (que ocorrem quando os psiquiatras vão fazer atendimento em outras enfermarias da UFU); Ambulatório Didático, onde são feitas as consultas, que ocorrem pós-alta, até que o doente vá ser atendido somente nos CAPS, vindo ao hospital só em caso de crise; e Residência Médica, que é onde o aluno de Medicina irá aprender durante dois anos sobre Psiquiatria, com aulas, e atender aos pacientes e saíra como especialista. São poucas vagas, esse ano foram duas.”*

Conforme Nascimento, não existem documentos escritos sobre a história da Enfermaria de Psiquiatria; portanto, a história desta área do hospital universitário da UFU está sendo escrita por uma de suas estagiárias a partir de entrevistas com funcionários mais antigos da instituição ou aposentados. *“Também não existem trabalhos escritos sobre as oficinas terapêuticas realizadas na Enfermaria. Houve apresentação de trabalhos em congressos e está sendo feito levantamento da produção científica da Enfermaria. Antes da admissão da Terapeuta Ocupacional, trabalhavam na enfermaria psicólogas contratadas que foram para a divisão de Psicologia prestar*

serviço para o HC-UFU". Esta falta de fontes escritas sobre as terapêuticas no Hospital de Clínicas constituíram-se numa agravante para a realização desta pesquisa.

Nascimento explica que havia atividades manuais esporádicas antes da entrada da TO na enfermaria; entretanto, também faltam registros sobre este fato: *"No início, quem fazia as atividades manuais, festas e passeios com os pacientes eram os enfermeiros. Isso é a fala deles; eles faziam naturalmente, não era regular, organizado como oficina."* Segundo Nascimento, existe mesmo uma dificuldade em conseguir pessoas para falar da história do hospital, talvez pelo estigma da loucura que atinge inclusive os profissionais que lidam com ela diariamente.

Vale lembrar que o Hospital de Clínicas é um dos equipamentos de saúde existentes no município.

Segundo a psicóloga Maria José de Castro Nascimento, o serviço hospitalar e extra-hospitalar foi organizado pela Portaria 224 de 1992, em relação ao tipo de profissional, tipo de atividade que deveria ser executada pelos pacientes, número de pacientes e as características dos locais de tratamento. Essa lei proibiu práticas abusivas em hospitais psiquiátricos, como as celas fortes, e definiu como co-responsáveis em seu cumprimento os níveis estadual e municipal do sistema de saúde. Também foram definidos os profissionais específicos para atendimento nos NAPS/CAPS: médico psiquiatra, enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário à realização dos trabalhos) e profissionais de nível médio e elementar. Já os leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral, como é o caso da enfermaria de psiquiatria no Hospital de Clínicas da UFU, deveriam contar com médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional) e profissionais de nível médio e elementar para o desenvolvimento das atividades.

O SABER E O FAZER

O objetivo da terapêutica pela arte, assim, é a atividade, não o seu resultado. Aqui, não se lida com índices mensuráveis, mas com uma atividade prazerosa para o indivíduo, independente de quem seja, paciente ou não. Resta entender a prática em torno da "loucura" e o seu significado no que envolve o paciente, o terapeuta, os médicos, a equipe de enfermagem, a família, o Estado.

O acesso a conteúdos sobre a arte terapia não era fácil em Uberlândia nos anos 90. A psicóloga Maria José Nascimento fala da dificuldade em encontrar material de pesquisa para a realização das oficinas na Clínica em que trabalhava: *“Quando eu entrei na Clínica Jesus de Nazaré, na década de 90, procurava livros sobre arte terapia e não encontrava, pois precisava de material para conduzir a oficina mas não tinha.”*

Para Raquel Bambozzi, referência em Saúde Mental do município de Uberlândia, a *lei 336 de 2002* foi um marco importante para saúde mental porque criou a possibilidade de financiamento para um serviço que de fato iria substituir o hospital psiquiátrico. *“Tanto é que a partir daí houve um investimento muito grande na expansão dos serviços do CAPS. Em Uberlândia, como a possibilidade de financiamento era pra esse tipo de serviço, os centros de convivência foram transformados em CAPS. Na verdade, eles já funcionavam mais ou menos como um Centro de Atenção porque eles mantinham as modalidades todas de atendimento do CAPS, só foi reformulado o projeto deslocando o psiquiatra para o Centro, embora não simplesmente dessa forma, é claro.”*

As atividades desenvolvidas na Clínica de Psicologia se tornaram possíveis através de repasse de verbas pelo SUS, conforme a Portaria 189 do Ministério da Saúde, datada de 19/11/1991, que altera o financiamento das ações e serviços de saúde mental. Como “política pública se faz conhecer quando se define o seu financiamento”³⁰³, os discursos pela introdução de práticas alternativas à terapia medicamentosa e asilar puderam passar à prática através desta portaria pela qual foram incluídos na tabela de remuneração do SUS novos procedimentos na atenção em saúde mental, como os atendimentos em Núcleos de Atenção Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS), além do atendimento em Oficinas Terapêuticas, definidas como:

*Atividades grupais (no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes) de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de 2 (duas) horas, executadas por profissional de nível médio [ou superior], através de atividades como: carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina. Serão realizadas em serviços extra-hospitalares, que contenham equipe mínima composta por quatro profissionais de nível superior, devidamente cadastrados no SAI para a execução deste tipo de atividade.*³⁰⁴

³⁰³ Anexo I da Portaria/SNAS 189 de 19/11/1991.

³⁰⁴ Portaria/SNAS 189 de 19/11/1991.

REAVALIAR A VERDADE DA LOUCURA E REINSCREVE-LA NA SOCIEDADE

*O conceito de homem que permeia cliente e profissional é o de um homem portador de um germe, do vírus, do vício, da loucura e de sintomas renitentes. Esta suposta natureza tem como destino ser adormecida por remédios, consultas, sessões, conselhos, interpretações: uma espécie de anestesia medicinal.*³⁰⁵

Com a desospitalização, anuncia-se um espaço para a fala da loucura no qual ele será reinserido na multiplicidade das relações sociais e, por outro lado, atendido por equipes multidisciplinares.

Com a criação das Unidades Básicas de Saúde Mental na rede pública têm início as ações extra-hospitalares, que vão se revelar em novas formas terapêuticas e na entrada de outros profissionais para lidar com a saúde mental. A ênfase passa para ações de atenção primárias. Conforme França, a nova política de recursos humanos, hospitalar e ambulatorial viria reconstruir o objeto saúde mental e colocar em questão a existência dos pacientes e da sociedade. “Esta política de saúde implica mudanças profundas no trabalho e nos códigos psiquiátricos, jurídicos e culturais que circunscrevem a loucura.”³⁰⁶

A psiquiatria se desloca para o pólo preventivo e se debruça, segundo França, sobre as inter-relações humanas, como objeto privilegiado de intervenção. A transformação na rede de saúde mental segue o saber originado a partir nos anos sessenta na França, Itália e Inglaterra que visa desarticular os manicômios, o que exige o entendimento, no Brasil, da normatização sobre a loucura e as suas instituições. Doravante, o desafio é a reinserção do doente mental na sociedade.

Cada instituição, mesmo a familiar, tem seus procedimentos que, no contexto da reforma psiquiátrica, precisam ser desmontados. Conforme França, trata-se de uma conquista política, social e teórica, pois rompe com o paradigma psiquiátrico da relação médico/paciente sustentado em ações que visam a cura.

Não se visa mais a questão da cura mental, mas a possibilidade de convivência do usuário no meio familiar e social, participar do ambiente das trocas materiais, emocionais e assumir os próprios papéis sociais. Com o fim dos manicômios, a

³⁰⁵ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental...*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 93

³⁰⁶ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental ...*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 70.

necessidade do fim do estigma da loucura, um longo trabalho a ser realizado com as instituições da loucura, com os familiares, a sociedade, os profissionais da saúde e com o próprio ex-interno.

Ora, fala-se agora de relacionamento com o corpo social, não mais de cura do corpo físico. Daí a necessidade de mobilização da sociedade, do paciente e de todo o sistema de saúde, além de uma ampliação das possibilidades de vida.

*O trabalho terapêutico encaminha-se no sentido de produzir outras quantidade e qualidades de trocas sociais, e de assumir responsabilidades na produção de novo projeto institucional. Tal fato visa ampliar os campos de existência dos pacientes e entende que estes são sujeitos ativos e não meramente objetos da ação institucional. São atores sociais com direitos jurídicos que podem movimentar papéis e inventar espaços onde possam se expressar e se fazerem sujeitos livres.*³⁰⁷

Conforme França, no processo de recuperação social dos doentes mentais, as estratégias institucionais vão destinar mais poder à medicina, no projeto medicalizador da sociedade, de modo a controlar o comportamento desviante.³⁰⁸ Há uma remodelação do objeto da prática psiquiátrica, uma redefinição de seu conteúdo e de sua condição de verdade. A problematização da prática incide ao mesmo tempo no repensar do objeto – ainda mais a loucura, objetivizada pelas práticas institucionais desde há séculos.

Há o reordenamento do poder e do saber sobre os corpos no século XX, com o biopoder³⁰⁹, novas práticas se iniciam mas é preciso repensar a racionalidade que define o atual status da doença mental, que, afinal, não mudou tanto assim, como observa França. A forma de atuação da medicina mudou, mas para permanecer sua soberania sobre os corpos.³¹⁰

Esse modo de ação na rede pública estende o espaço de atuação médico psiquiátrica, mas novamente se tem em foco a normalização social. A vigilância dos comportamentos sob o nome de prevenção. Dá-se à loucura um novo espaço e a psiquiatria abre nova etapa de validação, vinculada à modernidade, para não ser esmagada pelo estigma de prática exclusiva.³¹¹

³⁰⁷ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental...*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 71.

³⁰⁸ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental ...*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 78

³⁰⁹ Segundo Foucault, o biopoder é uma forma de afirmação de soberania do Estado sobre o corpo dos indivíduos, o poder sobre a vida.

³¹⁰ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental ...*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 79.

³¹¹ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental ...*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 80.

Segundo França, essa reordenação das práticas psiquiátricas em torno de outros discursos e objetos visa a sua manutenção legal. A expansão da psiquiatria para o espaço social, visando adaptá-la a novos discursos, leva à convivência com outras disciplinas, como a psicologia e a terapia ocupacional, o que exige novas práticas, a incorporação de conceitos, o entendimento também dos sofrimentos da alma.

A psicologia surge como disciplina para reger o espaço das inter-relações humanas. Com a multiplicidade de profissionais e discursos envolvidos nas atividades da rede de atenção à saúde mental, também aumentam as “instâncias de regulação dos corpos”³¹² e desenvolvem-se outros saberes sobre a existência da loucura; esta, por si, recebe outros espaços para expressar a sua verdade, avaliados de forma diferenciada, em diferentes momentos de atendimento.

Os princípios para a ação humana continuam sendo ditados pela instituição de saúde. Segundo França, a multiplicidade de atendimentos por profissionais e ambientes variados, como o CAPS, a centros de atendimento de saúde e a enfermaria no hospital geral se sustentam na idéia de individualização dos corpos. “Assim, produzem-se práticas institucionais que objetivam organizar o múltiplo a fim de dominá-lo, criando campos de assujeitamento para um modelo de constituição de si mesmo fundamentado no conhecimento científico e em códigos morais universalizantes.”³¹³

Com o ambulatório, modifica-se a forma de tratar, ou seja, as práticas que objetivam a loucura. Segundo França, a psiquiatria também deve reconhecer que no mundo da loucura existe a participação econômico-política e inconsciente-libidinal, o que exige projetos institucionais que visem o mundo dos afetos e das relações sociais.³¹⁴

Outros profissionais passam a pensar a loucura, como os psicólogos, sociólogos e antropólogos, e a problematizam em suas dimensões de análise, diversas do ato clínico, que vão ter um olhar para com o louco, não como um corpo, mas um sujeito com uma história singular. Neste ponto, há divergência quanto ao pensamento de Foucault sobre a subjetividade, construída a partir das relações do sujeito, ou seja, ele se preocupa com as práticas que constituem a loucura e não com o louco em si.

³¹² Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental ...*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 82.

³¹³ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental ...*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 88.

³¹⁴ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental ...*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 100.

A fim de evitar a volta dos modelos anteriores de tratamento da loucura como doença é necessário que os profissionais de saúde produzam novos usos do espaço institucional e entendam o seu objeto na dimensão política.³¹⁵

O próprio usuário – como o próprio nome sugere, ao que substitui o termo “paciente”, aquele que sofre a ação – passa a ter participação decisiva no momento da utilização dos serviços de atenção à saúde mental. É uma modificação terminológica, ao lado de uma modificação social e de atitudes para com a loucura.

A medicação, a partir da reforma psiquiátrica no Brasil, representa a alternativa de domínio do racional, quando a loucura lhe escapa, com o fim do cárcere. A lógica em vigor passa a ser a das relações. Permanece a medicação, que media as relações do louco com o mundo. Assim, de algum modo ainda silenciada, a diferença continua não se expressando como na época crítica.

MUDANÇAS NAS PRÁTICAS TERAPÊUTICAS PSIQUIÁTRICAS

As práticas médicas relativas à loucura no Brasil parecem desde o início ocorrer com grande atraso temporal com relação às práticas existentes na Europa. O mote da internação maciça com a função de limpeza moral da cidade acontece, no Brasil, a partir da metade do século XIX, seguindo o modelo francês. A própria construção do saber médico sobre a loucura no Brasil só foi iniciada após a constituição dos asilos em 1881.

Tem-se, portanto determinações legais que se adiantam ao desenvolvimento do saber e da prática médica no Brasil, prática que permanece no século XX, salvo raras exceções, nas capitais dos estados. Em Uberlândia, observa-se a mesma tendência de efetivação das reforma psiquiátrica a partir da lei.

O início das terapêuticas voltadas para a expressão por meio da arte foi relativamente tardio, se comparado à aplicação da arte terapia em São Paulo, na década de 1920 e Rio de Janeiro em torno de 1940. Vários fatores contribuíram para isso, como o caráter institucional diferenciado, a localização da cidade, a situação sócio-político-econômica do município, sua história, a história do saber, além do histórico da atuação de profissionais voltados para esta vertente terapêutica.

³¹⁵ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental ...*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado) p. 131.

Segundo o Instituto Franco Basaglia e as normas internacionais, o parâmetro designa a necessidade de um CAPS para cada 250 mil habitantes³¹⁶, o que coloca Uberlândia numa situação privilegiada em termos de rede de atenção psicossocial, pois conta, para uma população em torno de 600 mil habitantes, com quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto, um CAPS infantil e também um CAPS de atendimento à Dependência Química e Álcool (CAPS-AD). “Nessas unidades trabalham equipes interdisciplinares: psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais.”³¹⁷

Segundo a professora Maria Lúcia Romera, as oficinas terapêuticas tinham como objetivo a comunicação do usuário/paciente com o exterior, a expressão de sua vida interna. Eram um espaço de manifestação e câmbio. Na linguagem da entrevistada, tratava-se de pacientes, talvez por serem, na época, pessoas que eram internadas repetidas vezes na enfermaria psiquiátrica ou que acorriam aos ambulatórios, em períodos de crise, participando das oficinas em situações de comportamento mais acessível.

As condições que ensejaram o início do uso da arte terapêutica parecem ser relativas ao desenvolvimento do campo de saber da psicologia na cidade de Uberlândia: o curso de Psicologia na UFU, o Doutorado de Maria Lúcia C. Romera, que a fez ter contato com terapêuticas diferenciadas em psiquiatria, a atuação dos profissionais ligados à Oficina de Psicologia.

A permissão da fala da loucura, através das terapêuticas extra-hospitalares, influi na construção da subjetividade da loucura. As oficinas terapêuticas, como espaço de convivência/relação, são experiências cotidianas nos CAPS. Entretanto, também se constituem numa prática muito nova que se insere no ambiente da implantação da reforma psiquiátrica no Brasil, iniciada na década de 1970 num movimento de conotação corporativista dos profissionais de saúde. Como precursora desta prática institucionalizada por lei na rede extra-hospitalar está a experiência realizada na Clínica de Psicologia da UFU, de 1991 a 1998.

³¹⁶ Fernando Tenório. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito'. Disponível em http://www.coc.fiocruz.br/hscience/index_port.htm

³¹⁷ Viviane Prado Buiatti Marçal. *A queixa escolar nos ambulatórios de saúde mental da rede pública de Uberlândia: práticas e concepções dos psicólogos*, p. 80.

A seguir, são elencados fatores que levaram a essa relativa demora na utilização da arte como terapêutica com pacientes psiquiátricos em Uberlândia³¹⁸, em vista do contexto histórico-social e suas determinações.

Ao examinar as fontes orais sobre as oficinas terapêuticas na Clínica de Psicologia da UFU, entre 1991 e 1998, teve-se o intuito de identificar o contexto em que o campo de saber sobre a arte terapia pôde se desenvolver na instituição e como foi possível promover essa prática da arte. Tem-se, como hipótese, que as oficinas que deram espaço à verdade da loucura foram criadas por iniciativa pessoal, ligada a condições sócio-históricas de abertura institucional, de desenvolvimento do saber psicológico e de recepção de recursos através de determinação legal.

Paralelamente ao saber médico em vigor, a chamada medicina conservadora, encontram-se as oficinas terapêuticas realizadas no período 1991-1998, imediatamente antes da edição da Lei Federal 10.216 de 2001³¹⁹, o que pode ser considerado como prova de que a atuação de profissionais com intenção de oferecer terapêuticas alternativas ao modelo biológico antecipa-se à determinação oficial também em Uberlândia; um aparte refere-se ao fato de que a Clínica de Psicologia somente tenha iniciado as oficinas com usuários amparada no dispositivo de financiamento da rede de saúde mental, representado pela Portaria 189 de 1991.

A PRÁTICA DA ARTE TERAPIA NA CLÍNICA DE PSICOLOGIA DISCUSSÃO DOS ELEMENTOS

Neste momento de discussão das fontes em confronto com o espectro teórico envolvido, chega-se a compreender, dentro do emaranhado de posições em torno da loucura, que a realização das oficinas passa pelo campo epistemológico da ação de um grupo de sujeitos interessados na sua realização – a construção de subjetividade, pelo

³¹⁸ A pesquisa sobre a utilização da arte como forma terapêutica para os pacientes psiquiátricos, no Brasil, iniciou-se com Osório César, no final da década de 20. Nos anos 40, foi a vez de Nise da Silveira iniciar o trabalho nacionalmente conhecido no Hospital de Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. Houve outras pesquisas, como de Ulisses Pernambucano, pelo Brasil e a arte terapia avançou muito. Entretanto, ela só se instala em Uberlândia a partir de um contexto específico, mas principalmente motivada pela municipalização da rede de atenção à saúde mental e da legislação que destina verbas específicas do SUS para a realização de oficinas terapêuticas, através da Portaria de 1991. Segundo Serrano, antes de conhecer a psiquiatria, as pessoas tentavam resolver seus conflitos através de rituais e solidariedade, na sua própria cultura. Esta forma de lidar com os conflitos naturais das relações foi fragilizada com a introdução de outras culturas.

³¹⁹ Lei que desarticula oficialmente o sistema asilar no Brasil, pela redução das verbas destinadas aos hospitais psiquiátricos particulares e regulamentação e redireciona o modelo assistencial à saúde mental no país.

desenvolvimento do campo de saber da psicologia e da arte terapia, e pela chancela do Estado.

Este trabalho, assim, é a reconstrução de uma experiência terapêutica ocorrida nos anos 90, retratada através de entrevistas com médicos, terapeutas ocupacionais e psicólogos. Sobre o uso da arte como terapêutica nos diferentes equipamentos de saúde, há os discursos da coordenadora das oficinas terapêuticas; o discurso oficial do diretor administrativo do hospital de clínicas nos quais os usuários das oficinas eram atendidos em situações de crise; o discurso médico dos profissionais de saúde que os atendia no hospital; o discurso terapêutico da terapeuta ocupacional que ministrava oficinas durante os períodos de internação no hospital; e o discurso da referência em saúde mental do governo do estado, encarregada de vistoriar os atendimentos aos pacientes psiquiátricos na rede de atenção à saúde mental. Soma-se a eles a coletânea da Legislação em Saúde Mental, um discurso que às vezes corrobora o que dizem as fontes e as práticas; noutras, as institui.

Pode-se medir a distâncias entre esses discursos, tal como sugere Foucault³²⁰, confrontá-los, analisar as definições existentes nos depoimentos, reencontrar seu jogo e encontrar neles os indícios das relações de poder e de saber já expressos na relação medicina-Estado anunciados no capítulo sobre a análise da legislação sobre a psiquiatria no Brasil.

As entrevistas foram, em sua totalidade, realizadas com pessoas de formação educacional superior, detentoras de cargos relacionados às áreas de saúde e/ou educação. Portanto, refletem com perfeição a hipótese que se mantém, da vinculação saber-poder e da tese de França³²¹ sobre a existência de práticas psiquiátricas em atendimento à legislação pertinente. Já segundo Cunha, a psiquiatria também teve influência sobre a política nacional, principalmente nos anos 30.

Em meio a uma quase ausência de documentos escritos, pois a investigação resultou em entrevistas sobre o foco da pesquisa, o que se pôde averiguar foi relativo à sujeição do objeto à legislação. A entrevista é a narração do fato. Entre o fato e o dizer dele há uma lacuna, o discurso do fazer e o discurso do que foi feito são etapas diferentes que compõe a memória e o agir.

³²⁰ Michel Foucault, *Eu, Pierre Rivière*. Rio de Janeiro: Graal, 1977. p. XII-XIII

³²¹ Sonia A. M. França, *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*, São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado)

O discurso sobre a loucura é analisado tendo por base entrevistas que ocorreram sete anos após o fim das oficinas, o que constitui tempo para elaborar e reelaborar a memória sobre o fato presenciado, o que gera um tipo de discurso mais refinado – estando algumas fontes ligadas ao ensino e à pesquisa – vinculadas ao campo de saber.

Em História, estuda-se o ato e o seu significado. A produção de significado depende do sujeito que o elabora. Discute-se a produção de significado na instituição hospitalar, com suas práticas terapêuticas diversas, a prática da terapia ocupacional através da pintura e as oficinas terapêuticas 1991-1998. Pensa-se a produção de significado dos pacientes ao realizarem as suas gravuras. Segundo a fala das fontes, compreende-se a atividade dos pacientes em arte terapia não a partir de uma teoria estética, ou psicanalítica ou como índices para diagnóstico fisio-patológico; pensa-se a imagem como expressão de sensibilidade, a expressão do ser humano aliado aos mecanismos que ele possui no momento em que pinta/age e que lhe são, ali, conscientes. Não se pensa unicamente na inserção psico-social; investiga-se esta forma de expressão a ocupar um momento da existência do usuário, como possibilidade terapêutica “não-invasiva” que possibilita a sua comunicação com o exterior.

No século XX, com a liberdade de manifestação artística, permanece a discussão em torno da construção das subjetividades levantada por Foucault a partir dos anos 50.

A produção de significado do paciente sobre o material que transforma e pode ser chamado de obra de arte é uma experiência estética espontânea, um momento de elaboração íntima e de contato com objetos reais do mundo.

O louco não categoriza a arte; sobre o conteúdo que nela estará disposto, há uma elaboração de conteúdos internos dele; é uma ação intencional, espontânea que se faz por instrumentos físicos, o que comunica uma realidade interna – que pode ser uma realidade, uma representação do paciente ou apenas uma fantasia, que por seu turno pode ser uma crença dele como verdade, ou apenas algo que ele propõe como elemento de criatividade.

CONCLUSÃO

*É muitas vezes mediante uma atitude não-moralista
e não-convencional no tratamento dos psicóticos
que podemos ser de maior utilidade.*

Andrew Crowcroft

Segundo Foucault, a fala do louco foi interdita, a princípio, com o nascimento da crítica, representada pelo racionalismo de Descartes e depois com o desenvolvimento do saber médico, através a psiquiatria, a quem os loucos foram entregues, oficialmente. Esse discurso da loucura estava presente nos asilos, mas não era ouvida; após o advento da psicanálise, passou a ser aceita, em sessões de análise verbal e de terapêuticas diversas, por diferentes profissionais. Observa-se que, com as transformações sócio-históricas ocorridas no final do século XX, a fala da loucura encontra expressão pela arte e é convidada a voltar ao palco, à tragédia da vida cotidiana; este fato parece ocorrer no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia especificamente através de modificações ocorridas na legislação sobre a loucura no Brasil, enquanto que em instituições não vinculadas diretamente ao hospital universitário, como a Clínica de Psicologia, a sua expressão ocorre previamente à obrigatoriedade prevista em lei.

Chama a atenção o processo de exclusão social da loucura ser sedimentado em decorrência do desenvolvimento do saber-poder psiquiátrico vinculado à determinação oficial do Estado desde as suas origens na França do século XVII, e hoje questionado pelas diversas ciências, como a psicologia, a filosofia e mesmo pelo movimento da anti-psiquiatria.

As oficinas terapêuticas com utilização da arte para pacientes psiquiátricos em Uberlândia corroboram a teoria de França³²², de que o discurso oficial, no Brasil, define as práticas médicas. Para entender a legitimação da psiquiatria pela legislação no Brasil, importa visualizar o objeto das ações de saúde mental na dimensão política – uma vez que o objeto não existe sem a prática – em vez de naturalizá-lo como doença, o que abre novas inscrições para a prática clínica. As práticas engendram os saberes articulados a regime de verdade. Os profissionais de saúde estabelecem um modo de relação com a

³²² Sonia Aparecida Moreira França. *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*. São Paulo, PUC, 1994 (Tese de Doutorado)

verdade, a fim de legitimarem suas práticas e daí a mudança na psiquiatria, para adaptar-se à Reforma no Brasil.

As práticas médicas-psiquiátricas de saúde produzem ações e discursos. Por sua vez, essas práticas podem ser direcionadas ideologicamente para o controle ou para a multiplicidade do ser.

Conforme França, há que se entender esse intercâmbio do poder sobre os corpos dos doentes como regulado tanto por leis como por um campo de saber; por outro lado, a medicina seria o instrumento pelo qual o Estado espalharia sua presença pelo país. Ambos, Estado e medicina, comunicam-se pelo eixo da saúde da população a partir do momento em que o Estado assume a saúde como questão pública.

Como discutido nos capítulos anteriores, as mudanças ocorridas na área de saúde levaram à municipalização das ações de saúde mental, na década de 90. Entendemos que a configuração da rede de atenção à saúde mental hoje existente foi tecida através de um movimento conjunto de profissionais, usuários e familiares, o que parece ter sido importante para a consolidação de terapêuticas mais humanizadoras e para a luta por melhorias no atendimento em saúde mental.

A legislação da saúde mental no Brasil é a expressão positiva da teoria reformista de Basaglia, embora não tenha advindo de sindicatos de trabalhadores e da comunidade, como foi na reforma italiana, mas do movimento de profissionais de saúde a partir dos anos 70, quando o psiquiatra italiano fez uma série de conferências no país. Tal movimento levou a luta antimanicomial para a sociedade e teve por meta a reintegração do agora, usuário de serviços ao corpo social, em todas as suas nuances: cultural, educacional, familiar, laboral e política.

Além disso, ainda se pode destacar o desenvolvimento interno do usuário, a troca com o exterior, o social, o dinamismo das atividades, as quais a arte integra. Pesquisou-se a arte por ser a atividade divulgada pela mídia na época como desenvolvida com os pacientes psiquiátricos. Tinha-se como foco o Hospital de Clínicas e, com o desenvolvimento da pesquisa, percebemos a importância das oficinas na Clínica de Psicologia na implementação cotidiana destas mudanças.

Foi um percurso diferente, mas como se fosse necessário só encontrar o que se procurava no final da trajetória. Não fosse isso, talvez não tivesse sido feita a grande pesquisa bibliográfica e a gama de entrevistas, tendo o hospital como espaço privilegiado da constituição do objeto da loucura.

As oficinas aqui estudadas renunciaram a forma de atendimento que posteriormente viria se instalar na rede de atenção à saúde mental, que é o oferecimento de atividades terapêuticas nos CAPS, por determinação de lei federal. Foram, portanto, iniciativa pioneira de profissionais fora do círculo médico, no intuito de oferecer um espaço para reelaboração de conteúdos internos e convivência ao paciente psiquiátrico, na época.

Por fim, abordou-se o aspecto de o quão determinante foi a legislação na experiência com oficinas terapêuticas em Uberlândia, enquanto forma de destinação de recursos para sua efetiva realização. O saber sobre a loucura abre brechas para a realização/aceitação no Brasil de novas práticas que abram espaço para a fala da loucura. Esse espaço é garantido pela entrada de outros profissionais da área de saúde, que vão discutir a questão da loucura na II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental. Esta última marcou a efetivação da reforma psiquiátrica brasileira; foram movimentos de luta por modificações no tratamento e melhores condições de trabalho, seguindo o modelo antimanicomial italiano e os teóricos franceses Guattari, Foucault e Derrida.

Como instituição de ensino, vinculada à produção de saber, a prática da arte terapia somente passou a ser praticada regularmente na enfermaria psiquiátrica do Hospital de Clínicas após alterações na legislação regulamentadora dos serviços de saúde mental, com a entrada de uma terapeuta ocupacional na instituição, em 1996.

A reinserção da loucura na sociedade se dá, no Brasil, por meio da legislação, quando proíbe as internações involuntárias, corta o pagamento aos hospitais psiquiátricos privados e determina as condições para o funcionamento de serviços de atenção à saúde mental, inclusive abrindo espaços para profissionais de outras áreas.

As oficinas 1991-1998 ocorreram antes da lei de 2001, que extinguiu o sistema asilar no Brasil com o corte de verbas públicas às instituições; portanto, se constituíram numa prática pioneira, antecipando o que aconteceria em instituições como o CAPS. Elas foram uma alternativa ao modelo biológico de entendimento e tratamento da loucura. As oficinas se iniciaram também antes dos trabalhos de terapia ocupacional no Hospital de Clínicas, o que pode ser entendido pelo entrave burocrático que preside as instituições públicas.

As oficinas e as mudanças introduzidas pela legislação na rede de saúde mental propiciaram o retorno do reconhecimento da verdade da loucura, seja pelos concursos de arte realizados por empresas e entidades; pelas atividades sociais

organizadas por médicos e terapeutas, e nos quais os usuários exercitam a sua participação no mundo social; no retorno à família, às atividades cotidianas na medida do possível, com acompanhamento psiquiátrico, medicamentoso, mas também pela atenção de outros campos de saber à sua existência; pelas atividades do ex-interno Austregésilo Carrano no Congresso, pelo Movimento de Luta Antimanicomial; pelas manifestações artísticas do Trem de Doido em Uberlândia.

Percebe-se que a verdade da loucura é a sua expressão por meio do convívio, é a volta da tragédia em seu grupo cotidiano. Nesse retorno da verdade da loucura, ela pode ser vista novamente pela sociedade nas obras de arte – para as quais há que se refletir sobre a validade da exposição como divulgadora de um sofrimento ou de efeito pedagógico para com o mundo “normal” – como quadros, poesias, textos, esculturas, teatro, música e participação política nos meios de discussão legislativa.

A loucura também volta como objeto de saber, tanto é que aumentou o número de produções sobre a loucura no final do século XX nas universidades brasileiras.

Um dos temas suscitados por este trabalho refere-se à condição de reconhecimento do ‘louco’ como pessoa, o qual pode ser tema de investigação futura, como “loucura aparente”, posto que esvaziada ao se relacionar convenientemente com a noção de produtividade capitalista.

A loucura se constitui nas relações e na cultura. Com a mudança destas, modifica-se a concepção e as terapêuticas da loucura; portanto, a forma contemporânea das terapias psiquiátricas segue a forma polifônica da cultura, com a multiplicidade de formas de expressão e de discursos sobre a aceitação da diferença, em prol da inclusão social e da cidadania como direito de todos, resguardado pelo Estado. Talvez por isto o Estado venha a se pronunciar, movido pelos movimentos sociais, antes das mudanças em instituições como o Hospital de Clínicas.

O fato é que a arte só foi introduzida regularmente como atividade terapêutica no Hospital de Clínicas em 1996, com a contratação da terapeuta ocupacional. Antes, o que existia era irregular e sem registros. Nos anos 90 há iniciativas pela cidade, da parte de psicólogos, sem estrutura de apoio, até que sejam constituídos os CAPS, que atendem a legislação específica sobre a prática artística. Nesses casos, vê-se que a determinação estatal anuncia a mudança, ou através do Estado ela se torna possível. Já a iniciativa da Clínica de Psicologia se adianta às atividades nos CAPS pela influência obtida pela coordenadora no contato com um grupo que utilizava a abordagem alternativa ao modelo médico, no sul do país, contato esse mantido por intermédio de

pesquisa realizada em curso de doutorado. Portanto, essa iniciativa teve ponto de partida no interesse profissional do sujeito em incentivar a nova terapêutica em Uberlândia.

Esta iniciativa constitui-se em uma forma de dar espaço ao louco para que se expresse e seja possível a comunicação dele com o mundo exterior e consigo mesmo. É uma atitude em consonância com os discursos já citados de construção de subjetividade, em contraste ao modelo médico que isola o paciente através da via medicamentosa agressiva e inibe seus canais de expressão.

Hoje se entende o louco como diferente, assimilável dentro da cultura desde que os equipamentos de saúde, as famílias e a sociedade estejam preparados para entender as peculiaridades de sua atuação. As condições de vida do louco – o sujeito da loucura – dependem do acesso aos serviços; logo, é necessário que o Estado facilite a locomoção e meios de subsistência a ele.

Pudemos perceber como a prática psiquiátrica foi influenciada e mesmo alterada através das interações e dos movimentos sociais, uma vez que passou a integrar equipes multiprofissionais de atendimento à saúde mental, não sendo mais a única voz legitimada no discurso sobre a loucura. Esta que representa uma grande diferença, também é alvo de manifestações de vários grupos nacionais em prol da aceitação da diferença e da inserção social, numa franca demonstração de que existe, por intermédio de algumas partes da sociedade, o interesse de caminhar para a integração social.

Enfim, o trabalho desenvolvido foi sobre a tragédia, a loucura reinserida no drama da vida, no cotidiano, com suas vicissitudes e desafios, mas entregue à vida completamente, em todas as suas tonalidades e não mais aos silêncios do manicômio. No final do século XX, a crítica silencia para que a tragédia retorne ao palco.

BIBLIOGRAFIA

ADAMSON, Edward. A arte e a saúde mental. In: CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. P. 121-134.

ALARCON, S.: Da reforma psiquiátrica à luta pela 'vida não-fascista'. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 2, p. 249-63, maio-ago. 2005

ALTHUSSER, Louis. *Aparelhos ideológicos do Estado*. Rio de Janeiro, Graal, 1992

ALVES, Alda Judith. A revisão da bibliografia. In: *Cadernos de pesquisa*. São Paulo, (81): 53-60, maio de 1992.

ANSART, Pierre. *Ideologias, conflitos e poder*. Rio de Janeiro: Zahar, s/d.

ANTUNES, Eleonora Haddad; BARBOSA, Lucia Helena Siqueira; PEREIRA, Lygia Maria de França (Orgs). *Psiquiatria, loucura e arte*: Fragmentos da História Brasileira. São Paulo: EDUSP, 2002. (Coleção Estante USP – Brasil 500 Anos). 168 p.

ARANTES, Antonio A . Desigualdade e diferença (Cultura e cidadania em tempos de globalização). In: *Paisagens paulistanas*: transformações do espaço público. São Paulo: Imprensa Oficial, 2000.

ARISTÓTELES. *Poética*. Buenos Aires: Emece, 1947.

ARTAUD, Antonin. *Linguagem e vida*. (Org. J. Guinsburg, Sílvia Fernandes Telesi e Antonio Mercado Neto). São Paulo: Perspectiva, 1995.

_____. *Oeuvres complètes XI*. Paris: Gallimard, 1974.

ASSOUN, Paul-Laurent. *A escola de Frankfurt*. São Paulo: Ed. Ática, 1991.

BAKHTIN, Mikhail. *A cultura popular na Idade Média e no Renascimento*: o contexto de François Rabelais. São Paulo: Ed. Hucitec, 1987.

BAREMBLITT, Gregório. Das virtudes teologais, das ciências e das loucuras. In: LANCETTI, Antonio. (Dir.) *Saudeloucura 2*. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 93 – 120.

BARNES, Mary; BERKE, Joseph. *Viagem através da loucura*. Rio de Janeiro: F. Alves, 1977.

BASAGLIA, Franco. *A psiquiatria alternativa*: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.

BAUDRILLARD, Jean. *Esquecer Foucault*. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

BEAUVOIR, Simone de. *Pour une morale de l'ambiguïté*. Paris: Gallimard, 1947.

BENJAMIM, Walter. O Narrador. In: *Magia e técnica, arte e política*. Obras Escolhidas. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BENJAMIN, W. *O autor como produtor*. In: _____. Obras escolhidas – *Magia e técnica, arte e política*. 3 ed., São Paulo: Brasiliense, 1987, p. 120-136.

BENJAMIN, Walter. *Walter Benjamin*. Org. Flávio R. Kothe. 2. ed. São Paulo: Ática, 1991. 256 p.

BEZERRA Jr., Benilton; AMARANTE, Paulo. (Org.) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIBLIOTECA DE ARTE. *Os impressionistas*. São Paulo, Três, 1973.

BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. *Psicologias – uma introdução ao estudo de psicologia*. 13ª ed. São Paulo: Editora Saraiva, 1999.

BORGES, Vavy P. História e política: laços permanentes. In: *Revista Brasileira de História*. 23/24. Marco Zero, 1992.

BRASIL. Decreto-lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. *Lei orgânica de saúde*. Diário Oficial da União (da República Federativa do Brasil), Brasília, v. 128, nº 182, 1990.

BRASIL. Decreto-lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS*. Diário Oficial da União (da República Federativa do Brasil), Brasília, 1990, p. 25.964.

BRESCIANI, Maria Stella; BORGES. (Org.) *Jogos da política*. Imagens, representações e práticas. São Paulo: ANPUH/Marco Zero/FAPESP, 1992.

BRETON . In: NOVAES, Adauto. Organizador. *O homem-máquina*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993. p

BURKE, Peter. Unidade e variedade na história cultural. In: *Variedades de história cultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

BUTLER, Judith and SCOTT, J. *Feminists theorize the political*. N. Y.: Routledge, 1994.

CAMPOS, Fernanda Nogueira. *Contribuições das oficinas terapêuticas de teatro na reabilitação psicossocial de usuários de um CAPS de Uberlândia-MG*. Uberlândia, 2005. (Dissertação de Mestrado- Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia).

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix, 1988.

CARVALHO, Dina Alice. Contribuições da Arte Terapia no Tratamento de pacientes Portadores de Transtornos Mentais. Goiânia, 2003. (Monografia de Especialização em Arte Terapia Holística – Universidade Potiguar/RN e Alquimix Art/SP)

CASTORIADIS, Cornelius. *Encruzilhada do labirinto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

CAVALCANTE, Antônio M. Loucura e cultura: de tudo um pouco é bom. In: *Folia: maldição dos deuses, doença dos homens*. Fortaleza, UFC, 1994. p. 35-42.

CERQUEIRA, L. *Psiquiatria social*. Rio de Janeiro: Liv. Atheneu, 1984.

CEVASCO, Maria Elisa. Questão de teoria: o materialismo cultural. In: *Para ler Raymond Williams*. São Paulo: Paz e Terra: 2001.

CHARTIER, R. Introdução. In: *A história cultural: entre práticas e representações*. Difel, 1990.

CHAUÍ, Marilena. Sobre o medo. In: *Os sentidos da paixão*. São Paulo, Ed. Cia das Letras – FUNARTE, 1989, p. 35-75

CHAVES, Ernani. *Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988. 149 p.

CHOPRA, Deepak. *A cura quântica – o poder da mente e da consciência na busca da saúde integral*. Trad. Evelyn Kay Massaro e Marcília Brito. 18.a. ed. São Paulo: Ed. Best Seller. s/d.

CLARK, Lygia. *Lygia Clark*. Textos de Lygia Clark, Ferreira Gullar e Mário Pedrosa. Rio de Janeiro: FUNARTE, 1980. 60 p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. *Anais da Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde*. Brasília, Ministério da Saúde, 1986.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, I, 1987, Rio de Janeiro. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: s.n., 1987.

CORREIO DO TRIÂNGULO. Caderno Cidade. Uberlândia, Sabe, 27/07/2003.

COSTA, Cristina. *Arte: resistências e rupturas: ensaios de arte pós-clássica*. São Paulo, Moderna, 1998.

CREEDY, Jean. *O contexto social da arte*. Trad. Yvonne Alves Velho. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

CROWCROFT, Andrew. *O psicótico*. Compreensão da loucura. Trad. Marcello A. Corção. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1971. 227 p.

CRUVINEL, Aparecida Maria de Souza Borges. *Representações sociais do currículo do curso de Psicologia no trabalho do psicólogo em saúde mental nas regiões do triângulo mineiro e alto Paranaíba (1980-1990)*. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Educação. Uberlândia, 2003.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1995.

DERRIDA, Jacques; FOUCAULT, Michel. *Três tempos sobre a história da loucura*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.

DIDIER, Eribon. *M. Foucault e seus contemporâneos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.
Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt em 26/12/2005 20:37

DREYFUS, H. e RABINOW, P. *Michel Foucault, beyond structuralism and hermeneutics*. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Trad. Vera Portocarrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

EHRENZWEIG, Anton. *A ordem oculta da arte*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977. 287 p.

ENGELS, Magali. Psiquiatria e feminilidade – História das mulheres no Brasil. In: *Revista brasileira de história*. Ed. Contexto.

ERIBON, Didier. *Michel Foucault e seus contemporâneos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996

FALCON, Francisco. História e poder. In: CARDOSO, C. F.; VAINFAS, R. (Org.) *Domínios da história*. Campus, 1997.

FERRAZ, Maria Heloisa Correa de Toledo. *Arte e loucura: limites do imprevisível*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

FINGER, Jorge Augusto Ortiz. *Terapia Ocupacional*. São Paulo: Sarvier, 1986.

FONSECA FILHO, José S. *Psicodrama da loucura*. Correlações entre Buber e Moreno. São Paulo: Ágora, 1980.

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. Petrópolis: Vozes, 1972 (Original: L'Archéologie du Savoir. Paris, Gallimard, 1969)

_____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão... um caso de parricídio do século XIX, apresentado por Michel Foucault*. Trad. Denize lezan de Almeida. Rio de Janeiro: Ed Graal, 1977.

_____. *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *História da Sexualidade 2 – o uso dos prazeres*. Trad. Maria Thereza C. Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. 232 p.

_____. *Nietzsche e a verdade*. 2 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

_____. *História da loucura na idade clássica*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

_____. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

_____. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970 – 1982)*. Trad. Andréa Daher. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997. 134 p.

_____. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. *A ordem do discurso*. Aula inaugural no College de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Trad. Laura F. A. Sampaio. 6ª ed. São Paulo: Loyola, 2000

_____. *Ditos e escritos I*. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Trad. Vera Lúcia A. Ribeiro. Org. e seleção de textos Manoel Barros de Motta. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

_____. <http://www.pucsp.br/~filopuc/verbete/foucault.htm>, disponível em 25/1/2004.

FRANÇA, Sonia Aparecida Moreira. *Diálogos com as práticas de saúde mental desenvolvidas na rede de saúde pública*. São Paulo, 1994. (Tese de Doutorado – Pontifícia Universidade Católica - São Paulo. Psicologia)

FRAYZE-PEREIRA, João Augusto. A loucura antes da história. In: *Recordar Foucault*. São Paulo, Brasiliense, 1985. p. 126-35

_____. Do império do olhar à arte de ver. In: *Tempo social. Revista de Sociologia da USP*. SP, vol. 7, outubro/1995. p. 151-162

_____. *Nise da Silveira*: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. Estudos Avançados. Set/dez 2003, 17 (49). P. 197-208.

_____. *O que é loucura*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

_____. *O sorriso da loucura* (a propósito dos vestígios de Arthur Bispo do Rosário). In: *Anais do Seminário Transdisciplinar - A crise dos paradigmas*. São Paulo, ECA/USP, 1991. p. 175-84.

_____. *Olho D'agua: arte e loucura em exposição*. São Paulo, Escuta, 1995. 188 p.

FREEMAN, W. *American handbook of psychiatry II*. Nova York: Basic Books, 1959.

GINZBURG, C. Prefácio à Edição Italiana. In: *O Queijo e os Vermes*. 5 ed., São Paulo, Cia das Letras, 1991.

GONÇALVES, Tatiana Fecchio da Cunha. A legitimação de trabalhos plásticos de pacientes psiquiátricos: eixo Rio-São Paulo. Campinas/SP, 2004. (Dissertação de Mestrado – Instituto de Artes – Unicamp).

GUATTARI, Félix. *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GUIMARÃES, Catão. Prefácio. In: JORGE, Rui Chamone. *Chance para uma esquizofrênica*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1980. 115 p.

HARAWAY, Donna J. *Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo socialista no final do século XX*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

HORKHEIMER, Max. *Teoria crítica: uma documentação*. São Paulo: EDUSP, 1990.

HUMANIZAÇÃO. <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=30> disponível em 8/1/2005 – 18:00 h.

HUME, David. *Investigação sobre o entendimento humano*. Secção II - Da origem das idéias. Rio de Janeiro: Edições 70, s/d.

HUPPERT, G. Divinatio et eruditio: thoughts on Foucault. In: *History and theory*. 1974, Nº XIII, p. 191-207.

JAMISON, Kay Redfield. *Uma mente inquieta: memórias de loucura e instabilidade de humor*. Trad.: Waldéa Barcellos. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

JAPIASSU, Ricardo. As artes e o desenvolvimento cultural do ser humano. In: *Educação e sociedade*. Campinas, dez/99. V. 20, nº 69. p. 34-59.

JASPERS, Karl. *Genio y locura: ensayo de análisis patográfico comparativo sobre Strindberg, Van Gogh, Swedenborg, Hölderlin*. Traducción del alemán y prólogo por Agustín Caballero Robredo. 2 ed. Madrid : Aguilar, 1956. 305 p.

JEZLER, Ines Novoa. Um pouco da origem da Arte-terapia. <http://www.oncoguia.com.br/suportes/01_arteterapia.asp>. Material disponível em 3/12/2005 às 20:00h.

JORGE, Rui Chamone. *Chance para uma esquizofrênica*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1980. 115 p.

KREMER-MARIETTI, Angèle. (org.). *Introdução ao pensamento de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1991. 203 p.

LE GOFF, J. A História Nova. In: *A história nova*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

LE GOFF, Jacques. NORA, Pierre. *História: novas abordagens*. Trad. Henrique Mesquita. Rio de Janeiro: F. Alves, 1976. p. 106-31.

LOWEN, Alexander. *O corpo em depressão: as bases biológicas da fé e da realidade*. Trad. Ibanez de Carvalho Filho. São Paulo: Summus, 1983. (Novas buscas em psicoterapia; vol. 19)

LUCARINY, José Guilherme Dantas. *A morte de Deus e a morte do homem no pensamento de Nietzsche e de Michel Foucault*. Rio de Janeiro, 1998. (Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

MACHADO, Roberto. *Ciência e saber - a trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro, Graal, 1982.

MACKAY, Charles. *Ilusões populares e a loucura das massas*. Trad. Fidelity Translations. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

MAIN, T. F. The hospital as a therapeutic institution. Bulletin of the Menninger Clinic, 1946, 1066-70. In: CROWCROFT, Andrew. *O psicótico*. Compreensão da loucura. Trad. Marcello A.

MARÇAL, Viviane Prado Buiatti. *A queixa escolar nos ambulatórios de saúde mental da rede pública de Uberlândia: práticas e concepções dos psicólogos*. Uberlândia, 2005. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

MARCUSE, Herbert. *Razão e revolução: Hegel e o advento da teoria social*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1978, 413 p.

MARTINS, Vidigal Fernandes. *Desenvolvimento de modelo de resultados em serviços hospitalares com base na comparação entre receitas e custos das atividades associadas aos serviços*. Florianópolis, 2002. (Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção).

MARX, Karl. *O manifesto comunista*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 1994. (Coleção Trópicos)

_____. O olho e o espírito. In: *Husserl -Merleau-Ponty*. Trad. de Gerardo Dantas Barreto. São Paulo: Abril Cultural, 1975. (Os Pensadores)

MERQUIOR, José Guilherme. *Michel Foucault, ou o niilismo de cátedra*. Trad. Donaldson M. Garschagen. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 277 p.

MILIET, Maria Alice. *Lygia Clark: obra-trajeto*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1992. 203 p.

NIETZSCHE, Friedrich W. *A genealogia da moral*. SP: Ed. Moraes Ltda.

_____. *O nascimento da tragédia ou Helenismo e pessimismo*. Trad., notas e posfácio J. Guinsburg. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

NORONHA, Nelson Matos de. *Doença mental e liberdade: a problematização da ética em História da loucura*. Campinas, SP: [s. n.], 2000. (Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas)

NUNES, Benedito. Apresentação. In: CHAVES, Ernani. *Foucault e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (Coord.) *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORWELL, George. 1984. Trad. Wilson Velloso. 15ª ed. São Paulo: Nacional, 1982.

PACKTER, Lúcio. *Filosofia clínica: propedêutica*. 3ª ed. Florianópolis: Guarapuvu, 2001. 176 p.

PERROT, Michelle et al. *História da vida privada*. Trad. Denise Bottman e Bernardo Joffile. São Paulo, Companhia das Letras, 1991. vol. 4, 637 p.

PHILIPPINI, Ângela. *Cartografias da coragem: Rotas em arte terapia*. Rio de Janeiro: Pomar. 2000.

PORTELLI, Alessandro. A filosofia e os fatos. In: *Revista Tempo*. Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, 1996.

PORTER, Roy. *Uma história social da loucura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

REZENDE, Vivaldo. *História de uma loucura*. São Paulo: Editora das Minas Gerais, 1977.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA J., Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs.) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41 - 55

ROTTERDAM, Erasmo de. *O elogio da loucura*. São Paulo: Abril Cultural, 1984. (Os Pensadores)

ROUANET, Sérgio Paulo. *O homem e o discurso (A arqueologia de Michel Foucault)*. 2 ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

ROUDINESCO, Elisabeth. *Foucault: leituras da história da loucura*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. 107 p.

SAMUEL RAPHAEL. Teatros de memória. In: *Revista Projeto História*. EDUC, n. 14, 1997.

SARACENO, Benedetto; ASIOLI, Fabrizio; TOGNONI, Gianni. *Manual de saúde mental*. Guia básico para atenção primária. Trad. Willians Valentini. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 81 p. (Saúde loucura 9)

SAVIANI, Dermeval. O debate teórico e metodológico no campo da história e sua importância para a pesquisa educacional. In: SAVIANI, Dermeval, LOMBARDI, José Claudinei, SANFELICE, José Luís. *História e história da educação*. Campinas, SP, Autores Associados: HISTEDBR, 1998 (Col. Educação Contemporânea) p. 7-15

SCHMIDT, Carlos von. Van Gogh. *Artes*. São Paulo, Ed. Artes: Ltda, ed. 63, Abril/junho 1987. p. 26-31.

SCHOPENHAUER, Arthur. *O mundo como vontade e representação*. São Paulo, Abril Cultural, 1985. (Os Pensadores)

SEARLE, John R. *Intencionalidade*. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

SERRANO, Alan Índio. *O que é psiquiatria alternativa*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

SEVERINO, Antônio Joaquim. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo, Cortez, 2000. 279p.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. *Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Ed. Gente, 2003.

SILVEIRA, Nise da. *Imagens do inconsciente*. 2 ed. Rio de Janeiro: Alhambra, 1982.

SILVEIRA, Nise da. *O mundo das imagens*. São Paulo: Ática, 2001. 165 p.

STONE, Laurence. O ressurgimento da narrativa. Reflexões sobre uma nova velha história. In: *Revista de História*. Campinas: Unicamp, 1991.

SWAIN, Gladys. *De Kant a Hegel: deux époques de la folie*. Science. Libre, nº 3, Paris, Payot, 1977.

SZASZ, Thomas S. *A fabricação da loucura – um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental*. Trad. Dante Moreira Leite. 3.a ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

SZASZ, Thomas S. *Mito da doença mental*. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.

TELLES, Vera S. *Metáfora, transferência: a constituição do campo psicanalítico*. São Paulo, FFLCH/USP, 1979. (Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo.)

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito'. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. ISSN 0104-5970. Disponível em http://www.coc.fiocruz.br/hscience/index_port.htm em 20/12/2005 20:00h.

_____. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001

THOMPSON, E. P. Intervalo; a lógica histórica. In: *A miséria da teoria ou um planetário de erros*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

TRONCA, Ítalo. (org.) *Foucault vivo*. Campinas: Pontes, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ *Normas para apresentação de trabalhos*. Curitiba, UFPR, 1994. 8 V.

UPJOHN, Everard M., WINGERT, Paul S., MAHLER, Jane G. Do barroco ao romantismo. In: *História mundial da arte*. São Paulo, Difel – Círculo do Livro, 1975. vol. IV.

VAN DEN BERG, J. H. *O paciente psiquiátrico*. Esboço de psicopatologia fenomenológica. Trad. Miguel Maillet. 2 ed. São Paulo: Mestrou Jou, 1973.

VEJA. *Psiquiatria S. A.* São Paulo, Abril, edição 1706, ano 34, nº 25, 27/6/2001. p. 11

VEYNE, Paul. *Como se escreve a História. Foucault revoluciona a História*. Brasília: UnB, 1982.

VEYNE, Paul. *Como se escreve a História. Foucault revoluciona a História*. Brasília, UnB, 1982. 198 p.

VIANNA FILHO, Oduvaldo. *Etapas da arte contemporânea: do cubismo ao neoconcentrismo*. São Paulo: Nobel, 1985.

VICO, Giambattista. *Princípios de Ciência Nova*. São Paulo: Abril Cultural, 1973. (Coleção “Os Pensadores”)

VIGOTSKY, Lev Semenovitch. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

FILMOGRAFIA

1900

A cela

Asas da liberdade

As horas

Bicho de 7 cabeças

Contos proibidos do marquês de Sade (Quills)

Garota Interrompida

K-Pax

Melhor impossível

Mentes brilhantes

O corredor da morte

Rain Man