



## HISTÓRIAS DA LOUCURA:

dimensão política da saúde mental no Estado do Amazonas

Maria Joseilda da Silva Pinheiro<sup>1</sup>  
Rosângela Miranda Aufiero<sup>2</sup>

### RESUMO:

A história da loucura perpassa por períodos distintos, mas com algumas características comuns. No século XVIII com o surgimento da psiquiatria trancafiavam-se os loucos em hospícios, período marcado pela exclusão e isolamento. Na década de 1950 começa movimentos para a reforma em países da Europa e América do Norte. Já nos 70, no Brasil impulsionado por movimentos sociais e reforma sanitária. A Lei 10216/2001 da reforma psiquiátrica propõe avanços através de modelos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. O propósito do artigo é fazer uma síntese da história da loucura e uma discussão sobre a implantação da Rede de Atenção Psicossocial.

**Palavras-Chave:** Política Pública; Saúde Mental; Exclusão

### ABSTRACT:

The history of madness goes through different periods, but with some common features. In the eighteenth century with the rise of psychiatry trancafiavam up in the insane asylums period marked by exclusion and isolation. In the 50s of the twentieth century begins movements for reform in countries of Europe and North America. Already in the 70's in Brazil driven by social movements and health reform. Law 10216/2001 psychiatric reform proposes advances through the model hospitalocêntrico replacement models. The purpose of this article is to summarize the history of madness and a discussion of the deployment of the Network for Psychosocial Care.

**Keywords:** Public Policy; Process Work; Exclusion

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Email: brannnca@gmail.com

<sup>2</sup> Especialista. Policlínica Codajás.



## 1. INTRODUÇÃO

O artigo apresenta em um primeiro momento, uma reflexão da história da loucura com base no pensamento de Foucault (1972; 1991) e Amarante (2003), refletindo o modo como a sociedade os concebia socialmente. Em seguida como se deu o processo de exclusão e isolamento a partir do surgimento da psiquiatria. Retrata a Política de Reforma Psiquiátrica no Brasil e a efetivação da Lei 10216/2001, suscitando uma discussão da opressão e confinamento que os portadores transtorno mental vivenciaram em ambos os processos de mudanças, não obstante os avanços obtidos e mesmo dando início a reforma psiquiátrica, observa-se a notória caracterização da exclusão pelos precários serviços de saúde mental oferecidos. Por último, uma análise da implementação da Política de Saúde Mental no Amazonas que traz à tona desafios para a melhoria da Rede de Atenção Psicossocial e os processos de trabalho em saúde mental. A metodologia utilizada é uma revisão bibliográfica e dos embates políticos em torno da reforma psiquiátrica.

A relevância social é suscitar a compreensão dos percalços da política de saúde mental no Amazonas e o envolvimento dos atores sociais na consolidação da política, visando a garantia dos direitos dos pacientes com transtorno mental e torná-los sujeitos visíveis para sociedade e o poder público, numa dimensão de reinserção social devido ao processo excludente do qual foram submetidos por décadas.

## 2. REFLEXÕES SOBRE A LOUCURA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA SÍNTESE

Na leitura sobre o processo histórico da loucura busca-se compressões no sentido de como a loucura foi ocupando um lugar de exclusão na história da humanidade e as denominações da sociedade foram concebendo os loucos, numa determinante ideologia de exclusão e intervenção.

Conforme Foucault (1991), até a idade média, o louco era visto como "possuído". Era um período dominado por ideias religiosas e muitos casos de possessão, forma mais tarde



interpretados pelos cientistas como casos de doença mental. Até o século XV a sociedade possui uma relação ambígua com os loucos, ora admirados ou idealizados ora expurgados, confinados em barcos e enviados a outros lugares. Para refletir essa ambiguidade, no barco estavam tanto heróis imaginários, como modelos éticos, figuras que representavam uma verdade, salvação, "prisioneiros da passagem" onde nenhuma terra pode comportá-los. Em algumas comunidades, os cidadãos aceitavam cuidar de seus loucos enquanto que escorraçavam os loucos estrangeiros.

Amarante (2003) fazendo referência a Foucault demonstra como viviam os loucos anterior ao surgimento do hospital e após o aparecimento deste com nascimento da psiquiatria. Na idade clássica o internamento do louco era visto como abrigo, proteção. Com o surgimento do espaço hospitalar o louco passa a ser caracterizado como sujeito de periculosidade, justificando seu recolhimento e relação tutelar.

Passa-se então a catalogação e classificação de sintomas. Nesse momento não são só os muros ou grades que aprisionam os loucos, mas tudo um conjunto de saber científico que vai se constituindo, logo os aprisionando.

Foucault (1972) argumenta que história da civilização sempre houve um grupo considerado excluído. Inicialmente foram os leprosos, a lepra assolou a Europa até o século XV, na ideologia sobre o "mal" havia um misto de exclusão e redenção divina; por um lado essas pessoas eram isoladas em casas de detenção ou aldeias, por outro se acreditava em expurgação dos pecados. Com a diminuição da lepra na Europa outros grupos foram ocupando os espaços sociais e físicos da exclusão. "Pobres, vagabundos, presidiários e cabeças alienadas assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e aqueles que os excluem." (idem p. 6-7).

Foucault (1991, p. 71) afirma que "a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal". Nessa visão a doença aponta para um ideal de sociedade que não foi alcançado por um indivíduo ou um grupo, em que o estabelecimento de um diagnóstico da doença leva a um processo de exclusão do doente.

Diante desse cenário, os loucos são diagnosticados como doentes mentais, possuindo cada vez menos espaços numa sociedade mercantil, onde a capacidade para o trabalho está associada ao conceito de saúde física e mental. Assim, os loucos se tornam



retrato de uma negatividade de indivíduos que a sociedade não almeja, portanto aqueles que estão doentes precisam ficar confinados para não contaminar aqueles que estão saudáveis. Tal pensamento justifica o tipo de tratamento adotado, ou seja, no trabalho com doentes mentais haviam um misto de repressão e tratamento moral validados por um olhar científico.

Nessa dimensão do saber e do poder, Foucault expressa um desejo de aprofundar os estudos sobre a psiquiatria, na perspectiva de relação de poder e no ideário de como a sociedade cria os loucos e a partir desta concepção de loucos, criam os mecanismos de controle, exemplificando que “não foi certamente uma semiologia da vida em hospício, não foi tampouco uma sociologia da delinquência, mas sim o aparecimento de conteúdos históricos o que permitiu fazer tanto do hospício como da prisão, a crítica efetiva” (FOUCAULT, 1999, p.11). Deixa claro a relação de poder constituído em rede, a qual precisa-se compreender a intensidade deste poder e de sua necessidade de funcionamento.

O processo de compreensão perpassa, a priori, pelo o advento e pressão de movimentos sociais de Luta Antimanicomial, desencadeada a partir da década de 1979, século XX, que culminou com o marco da política de saúde mental. As diretrizes da política de reforma psiquiátrica têm no seu bojo serviços substitutivos ao modelo de medicalização da cura dos considerados loucos que foram estigmatizados pela sociedade e esquecidos pelo poder público.

Com a promulgação da Lei 10.216/2001 da Reforma Psiquiátrica juntamente com as resoluções elaboradas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual reafirma as diretrizes do SUS no que tange à implantação de Políticas de Saúde Mental baseadas no serviço de atenção comunitária, pública e de base territorial, promovendo atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social. Surge um novo ator social na rede, o portador de transtorno mental que antes era tratado em espaço quase sempre de reclusão como os hospitais psiquiátricos.

Portanto, torna-se fundamental discutir a rede de serviços assim como as políticas públicas em saúde mental e suas influências no norteamo do trabalho daqueles que estão no campo. Para Maluf (2010, p. 30) política pública é “tudo aquilo que os profissionais e agentes de saúde que atuam no atendimento básico fazem no cotidiano de seu trabalho, sobretudo no que diz respeito à relação com os pacientes e usuários desses serviços”. A autora reflete ainda



sobre a tendência contemporânea para a racionalização biomédica da vida subjetiva dos sujeitos<sup>3</sup>.

Os serviços disponibilizados em saúde mental na rede do SUS estão divididos em atenção primária, aqueles realizados pelas UBS (unidades básicas de saúde), Programas de Saúde da Família (PSF). Atenção secundária que são os serviços oferecidos pelos CAPS e os ambulatórios de saúde mental. O terciário onde estão as enfermarias psiquiátricas, no atendimento de urgências ou internações. Já as residências terapêuticas e os prontos-socorros para atender as crises estão ligados a todos os setores da rede. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Nesse sentido, Amancio (2012, p.131), argumenta que:

Sabemos da importância da Reforma psiquiátrica em nosso país que resultou no estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), fator decisivo para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A Saúde mental no atendimento aos seus usuários segue os mesmos princípios preconizados pelo SUS, a saber, acesso universal, integridade das ações, equidade e controle social, todavia a clínica de Saúde Mental não deve se reduzir a balizas estritamente sanitárias, no mesmo sentido em que a própria psiquiatria.

De acordo com o novo modelo assistencial o conceito de saúde é compreendido como processo e não mais com ausência de doença, este conceito está dentro da perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde. Dentro das diretrizes desse novo modelo de saúde está a definição de uma política intersetorial para atendimento articulando ações de saúde, educacional, cultural, assistência social, previdência poder judiciário. Portanto, todos os setores da assistência tem seu papel no processo de reforma psiquiátrica e na reinserção social do portador de transtorno mental. (RELATÓRIO FINAL DA IV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2010).

---

<sup>3</sup> Ou seja, a uma redução da compreensão dos fenômenos de sofrimento e aflição com parte da vida (perdas, lutos, mudanças, etc), mas relacionados a desequilíbrios de ordem orgânica ou físico-químico, e também a uma extensão da amplitude da ação e da intervenção médica. BIRMAN, 2005; MALUF (2010).



### 3. LOUCO POR SAÚDE: DESAFIOS NA POLÍTICA DE SAÚDE NO AMAZONAS

A Lei 3.177/2007 que organiza a atenção em saúde no Amazonas, mas na prática pouco se viu execução desta, pois a situação dos invisíveis sociais, encarcerados em pavilhões por décadas no Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, ainda é uma realidade presente, contrariando os dispositivos legais da política da reforma psiquiátrica e a própria Lei Estadual. Vidas esquecidas é o retrato dos 34 pacientes, a maioria de pessoas idosas, que ainda sobrevivem em condições precárias e desumanas. Os percalços da saúde mental no Estado do Amazonas caminham na contramão da política de humanização da saúde. Evidencia-se o preconceito de pessoas que corroboram para perpetuação da situação vigente, apesar da notória articulação dos ativistas sociais e trabalhadores em saúde mental, na busca incessante de compreensão das relações de poder para saber porque estão lutando e da efetivação da política de saúde mental nos moldes dos dispositivos jurídicos.

Desde o processo de urbanização da capital do Amazonas, Manaus teve seu espaço urbano pensado e construído para atender aos ditames do capital e com isso afastou os pobres, os miseráveis, os imigrantes, os doentes e os loucos para longe dos olhares dos investidores internacionais, introduzindo no cotidiano da cidade a realidade da periferização, situação que reforça o confinamento dos portadores de transtorno mental.

Com a nova política de saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), implantados em território é para substituir de forma progressiva o modelo hospitalocêntrico e manicomial, marcadas pelas características, principalmente, de exclusão e opressão, norteados pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde universalidade, equidade e integralidade, acrescido da proposta de desinstitucionalização. Contudo, Manaus é a 10ª cidade mais populosa do Brasil, com cerca de 1.7 milhões de habitantes e a 6º maior economia do país, concomitante, a política de reforma psiquiátrica não atinge este mesmo patamar de crescimento.



Apesar desse universo populacional e da economia destacada acima, Manaus possui um cobertura insuficiente de CAPS<sup>4</sup> e outros serviços de saúde mental, a saber: um CAPS tipo III, na zona Norte, um CAPS tipo II, zona na Sul, um CAPSi, na zona Leste. A desinstitucionalização ora apresentada em Manaus coloca em xeque a proposta de redirecionamento do modelo assistencial de saúde mental, na medida em que vem contrariando a política de reforma psiquiátrica. Os serviços ambulatoriais anteriormente oferecidos no Hospital Psiquiátrico, ambulatório Rosa Blaya, foram redimensionados para cinco policlínicas nas zonas Sul, Norte, Leste, Oeste e Centro Sul, quando deveria ser implantados CAPS nessas localidades conforme preconiza os dispositivos jurídicos. O atendimento emergencial em saúde mental nos hospitais gerais também não foi implantado e o Programa de Volta para Casa, que seria as residências terapêuticas também não é uma realidade. O Estado do Amazonas possui 62 municípios, dos quais 18 tiveram a implantação de CAPS, no entanto, ainda passam por dificuldades de infraestrutura e recursos humanos, conforme profissionais que atuam nos municípios.

Desta forma, volta-se a operacionalização de séculos passados, quando a psiquiatria surge para sujeitar os loucos e impor o regime disciplinar de tratamento devido as inconsistências apresentadas nos serviços oferecido do novo modelo assistencial. Diante disso, são realizadas reuniões com os profissionais representantes de Instituições especializadas na área de saúde mental do Estado e do Município, proporcionando encarar os problemas abertamente e enumerar as ações públicas prioritárias.

A Reforma Psiquiátrica ao promover novos serviços substitutivos aos modelos manicomiais faz uma reorganização da rede de assistência em saúde mental quando propõe o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que traz uma complexidade de funções que transcendem a assistência a doença e volta-se para o cuidado ampliado<sup>5</sup>. Além de oferecer serviços como psicológicos, psiquiátricos e outros, tem por objetivo promover a inclusão de

<sup>4</sup>MINISTERIO DA SAUDE. Portaria MS nº 336-02 - Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS. [www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/.../saude/.../portaria\\_336\\_02](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/.../saude/.../portaria_336_02).

<sup>5</sup>O CAPS trabalha com equipe multiprofissional e as atividades desenvolvidas neste espaço são bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arte-terapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento” (MIELKE; KANTORSKI, 2009) e outros.



seus usuários no ambiente social em seu território, inclusive com proposta de geração de renda.

A lógica da clínica do território que caracteriza o CAPS pressupõe que o vínculo de responsabilidade pelo usuário é do profissional ou da equipe de referência do serviço. Além disso, o CAPS caminha no sentido de articular e gerenciar relações com a rede no território por meio de ações intersetoriais. Este funciona na lógica de rede e não no modelo piramidal, como tem vigorado nos serviços de saúde. Não obstante, em Manaus, diante da esparsa rede de saúde mental está distribuída, percebem-se algumas distorções entre esses dispositivos de atendimentos, presentes na ausência de diálogo e até de informações sobre o procedimento clínico do usuário.

Em relação a existência de distintos modelos de atenção à saúde mental, Lacman (2008) ao desenvolver pesquisas com trabalhadores do CAPS observou algumas dificuldades no cotidiano do trabalho, segundo a autora:

A reforma psiquiátrica implica também em novos modelos de trabalho. Esses processos acabam por exigir a introdução de novas divisões de tarefas e responsabilidades, além de instaurar novas formas distintas de conexão com os diversos níveis de atenção que compõe a rede de assistência à saúde no país. Ademais, esses estudos demonstram que a organização do trabalho e a maneira como se realizam as várias atividades em cada unidade tem sido determinada muito mais por acordos internos à equipe e suas condições de execução do que a função do modelo conceitual que gerou esses serviços. Assim cada equipamento vai construindo e definindo seu processo e trabalho a partir dos recursos de que dispõe (LACMAN, 2008,16).

Além disso, a autora coloca que estudos tem demonstrado que os trabalhadores desse setor não se sentem devidamente preparados para trabalhar no novo modelo e nem estão devidamente informados, assim acabam reproduzindo o modelo que criticam.

A desconstrução de um modelo manicomial que não precisa ocorrer só nos hospícios, mas que se representa toda uma prática e passa pelo significado sujeito, doença cura, ou ainda de perceber o sintoma como algo a ser eliminado e não um sujeito a ser escutado e participativo em seu tratamento.



#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância de discutir as políticas públicas em saúde mental está não só na regulamentação da Lei 10.216/2011 e diretrizes impostas pelo Ministério da Saúde, mas sua influência no norteamento do trabalho daqueles que estão no campo da saúde mental, dos gestores públicos, legisladores, do portador de transtorno mental e de sua família.

Entretanto, no Amazonas ainda vivemos afundados no modelo manicomial onde o poder médico vigora na ausência dos serviços substitutivos preconizados na referida Lei, as medicações são o ponto auto dos processos de tratamento, no qual o paciente é visto como alienado, incapaz, muitas vezes sem direito a voz.

É necessário e pertinente assegurar os direitos dos pacientes de Saúde Mental e suas famílias, no Amazonas. O Estado atualmente se posiciona nos últimos lugares em atendimento psicossocial, seja por suas limitações geográficas, seja pela falta de investimentos governamentais para a implementação da Lei Estadual 3.177/2007, que dispõe sobre a promoção, prevenção, atenção e reabilitação do cidadão portador de dano e sofrimento psíquico.

Neste diapasão, o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro padece com a falta de profissionais para o atendimento dos pacientes que ainda vivem em regime asilar, pacientes que sofrem de demência profunda e já não podem voltar ao convívio social. No mesmo sentido, Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sofre com a ausência da estrutura física adequada e profissionais para atender a demanda.

Embora a existência de movimentos provoquem modificações na reestruturação dos serviços, ainda convivem com paradigmas sobre a questão da loucura, que longe de serem complementares mostram-se antagônicos. Ou seja, o velho paradigma sobre a loucura coloca o louco como alienado, incapaz de gerir-se socialmente.



## REFERENCIAS

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida. *A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz. 2003.

BIRMAN, JOEL. *O Mal Estar na Atualidade*. São Paulo: Civilização Brasileira, 2005.

FOUCAULT, Michel. *Doença mental e Psicologia*. 4. ed. Edições Tempo brasileiro. 1991.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura*. 3. ed. Perspectiva. 1972.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes (Coleção Tópicos). 1999.

MALUF, W. SONIA. O Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais In: MALUF, W. SONIA; TORNQUIST, Carmem Suzana (Org.). *O Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis, Santa Catarina. Letras Contemporâneas. 2010.

Torre EHG e Amarante. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*. V.6, n.1. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000100006>>. Acesso em: 14 de mar. 2013.