

2

As formas históricas de abordagem da loucura até a virada do século XIX.

Este capítulo aborda o processo de construção do paradigma psiquiátrico convencional, buscando conhecer a trajetória do cuidado com a loucura, desde a Grande Interação no século XVI, no ambiente europeu, evidenciando as primeiras formas explícitas de exclusão social do fenômeno da loucura.

A contextualização histórica é utilizada como pano de fundo, pois se objetiva aqui demonstrar como foi edificado o saber/poder sobre a loucura exercido pela psiquiatria através das instituições totais, como forma de abordagem dominante até recentemente.

Nem sempre a loucura foi considerada um problema, uma doença a ser tratada com o intuito de cura, ou ainda um erro, uma disfunção. Na Grécia antiga, era considerada quase como um privilégio, pois os gregos acreditavam que o “delirante” tinha a capacidade de se comunicar com as divindades, com o “sagrado”. Por isso, não havia necessidade de segregação ou exclusão. A loucura não era vista como uma questão de moral e de conduta.

Foi a partir da antiguidade clássica que a loucura adquiriu um novo significado, conforme demonstra os estudos de Silveira & Braga (2005:592): “paulatinamente, a loucura vai se afastando do seu papel de portadora da verdade e vai se encaminhando em uma direção oposta”.

Entretanto, na época clássica o hospício apresentou uma função oposta à atual. Os hospitais gerais e as Santas Casas abrigavam todos os necessitados de cuidados: como os leprosos, as prostitutas, os loucos e até os criminosos. Portanto, esses espaços ainda não tinham a conotação da medicalização/de doença como se pode perceber na citação abaixo:

“O Grande Enclausuramento não é correlativo do hospital moderno, medicalizado e governado pelo médico. As condições de emergência de um saber e instituição médicos relacionam-se às condições econômicas, políticas e sociais que a modernidade inaugura (AMARANTE, 1995:24)”.

No período da Inquisição, a loucura era entendida como uma manifestação do sobrenatural, do demônio e desta forma foi muitas vezes associada à bruxaria.

Nesse período, em tribunais dirigidos pela Igreja Católica, os “bruxos” e os hereges foram severamente perseguidos e punidos.

Na perspectiva sistematizada por Foucault em sua obra clássica “A história da loucura”, a Idade Moderna, no século XVI, sob a influência do pensamento de Descartes, trouxe uma ruptura com essa visão da loucura e desencadeou um novo olhar sobre ela.² A sociedade passou a vê-la como um processo de “desrazão”. O racionalismo moderno separou a loucura da razão. Neste sentido o século XVI marcou a ruptura com a idéia da loucura associada ao sobrenatural.

“A experiência trágica e cósmica viu-se mascarada pelos privilégios exclusivos de uma consciência crítica. É por isso que a experiência clássica, e através, dela a experiência moderna de loucura não pode ser considerada como figura total, que finalmente chegaria por esse caminho, a uma verdade positiva; é figura fragmentária, que de modo abusivo se apresenta como exaustiva (FOUCAULT, 2004:29)”.

Amarante (1995) ressalta que a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica refletiu no destino final das pessoas acometidas pela loucura: a visão trágica reservou um lugar social no universo da verdade, a visão crítica organizou um lugar específico de encarceramento, de morte, de exclusão para o louco. Este lugar passou a ser o hospital que começou a exercer outras funções.

2.1. A Grande Internação no século XVII.

A Era Moderna, compreendida entre os séculos XVI e XVII, caracterizou-se pela evolução do processo de acumulação capitalista mercantilista para o industrial. Assim, segundo Amarante (2003a), essa fase se distinguiu por três fenômenos indissociáveis: a estruturação do Estado, a urbanização e a industrialização. Esses três fenômenos provocaram, no cerne da sociedade européia, alterações que podem ser ainda hoje observadas: nas artes, na política, na cultura, na economia entre outras. Nessa Era, o avanço do capitalismo deu um novo sentido ao indivíduo, que nesse momento foi conquistando gradualmente a

² Bezerra Jr (1992) ressalta que Foucault em sua obra “A história da Loucura” o tratamento moral ao qual o portador de transtorno mental foi submetido objetivava resgatar a verdade racional do sujeito. Já os autores Gauchet e Swain defendem que o tratamento moral é o reconhecimento da possibilidade de se estabelecer um diálogo com o “louco” mesmo nos momentos de crise.

condição de cidadania, ainda que frágil e incipiente, cobrando do Estado respostas para o agravamento da questão social.

A pobreza e a mendicância passaram a fazer parte da vida nas cidades européias da época. Para enfrentá-las, o Estado passou disseminar por todo o seu território instituições que tinham como seu objetivo final abrigar as pessoas desempregadas, os doentes e os inválidos para o processo produtivo. Dessa forma, os hospitais gerais eram permeados por valores morais, sendo o lugar social destinado ao erro; por isso os que ali se encontravam deveriam ser segregados do convívio social e familiar.

A criação do Hospital do Hospital Geral de Paris, em 1656, foi o marco desse fenômeno denominado Grande Internação, que não se refere só ao enclausuramento da loucura, como também local de destino dos menos abastados, como afirma Desviat (1999:15):

“o enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto foi uma das respostas do século XVII à desordem social e à crise econômica então provocadas na Europa pelas mudanças estabelecidas do modo de produção”.

Assim, o que determinava a internação no Hospital Geral não era propriamente uma patologia, mas a carência de meios de suprir a sua própria subsistência. A assistência prestada no interior desta instituição tinha dupla finalidade, a de ajudar e de punir. Foucault observa que (2004:50):

“(...) os diretores disporão de: postes, golilhas de ferro, prisões e celas no dito Hospital Geral e nos lugares dele dependentes conforme for de seu parecer, sem que se possa apelar das ordens por eles dadas dentro do dito Hospital; e quando às ordens que interfiram com o exterior, serão executadas em sua forma e disposição não obstante quaisquer oposições ou apelações feitas ou que se possam fazer e sem prejuízo daquelas, e para as quais não obstante não se concederá nenhuma defesa ou exceção”.

O Hospital Geral tinha como objetivo recolher os pobres, aqueles considerados preguiçosos que não trabalhavam, pois a ociosidade era um vício abominável pela Igreja Católica, e em contrapartida o trabalho era moralmente correto. Assim, aqueles que não laboravam eram encaminhados compulsoriamente para o Hospital Geral. As medidas para combater o ócio eram cada vez mais rigorosas:

“Deve-se puni-los de acordo com as leis e pô-los nas casas de correção; quanto aos que têm mulher e filhos, é preciso verificar se se casaram, se seus filhos são batizados, pois essas pessoas vivem como selvagens, sem se casarem, se enterrarem ou se batizarem; é esta liberdade licenciosa que faz com que tantas pessoas sintam prazer em ser vagabundos (Éden apud Foucault, 1972:66-7)”.

A internação não era uma demanda médica, mas, sobretudo, assistencial. O hospital cuidava das pessoas que a sociedade não queria ou de que não podia cuidar. Segundo Vianna (2002), este espaço de segregação coincide com as primeiras medidas de proteção social adotadas na Europa com o intuito de proteger a sociedade do risco do não trabalho, da negação ao assalariamento.

Primeiramente, os hospitais gerais tinham a função de abrigar e ocupar os pobres e desempregados e depois serviram de abrigo para a loucura, embora a loucura sempre estivesse presente por também ser considerada como uma inutilidade social. A partir da admissão num hospital geral, os internos adquiriam uma certa invisibilidade social, pois no momento em que os pobres, os mendigos, os leprosos, entre outros, eram abrigados nesse local, a sociedade da época não mais se incomodava com o seu destino ou seu futuro.

Vários países da Europa passaram a recorrer ao dispositivo da internação como resposta ao agravamento da questão social. Se na França foi criado o Hospital Geral, na Alemanha foram fundadas as Casas de Detenção (a partir de 1620); a Inglaterra tinha suas Casas de Correção desde 1575, e a Escócia suas Casas de Trabalho desde 1670 (Amarante, 2003a). Segundo Heidrich (2007:31):

“Tal prática designou uma nova relação com a miséria e despojou-a de sua positividade mística através de um duplo movimento de pensamento: a) no protestantismo a miséria é castigo; b) no catolicismo a miséria refere-se à moral. Seja como for, a miséria precisa ser banida de alguma forma. Para ser enfrentada o internamento é o caminho”.

O Estado encontrou na internação uma alternativa de cuidado para a pobreza e para a loucura. Os loucos, as demais pessoas que não se enquadravam no novo processo produtivo que se afirmava na Europa e todos os que representavam uma ameaça à ordem foram enclausurados sem distinção. Durante todo o século XVII e século XVIII, os hospitais foram, sem sombra de dúvida, o destino dos loucos.

Ressaltamos ainda que neste período não havia nenhuma preocupação médica no trato da loucura, como o hospital também não tinha a função médica/curativa. Conforme podemos constatar na citação abaixo:

“Embora o surgimento do hospital geral tenha sido marcado por uma necessidade econômica, sua manutenção não ocorreu exclusivamente por este motivo: ela foi caracterizada, entre outras coisas, pelas demandas da “moralidade”. Sendo assim, além da necessidade econômica, o aspecto ético-moral também foi um fator que fez tornar premente a existência do hospital, onde a experiência da loucura foi “encontrando o seu lugar”. (GOMES: 2006:31)

Os mecanismos de apartação social tinham como finalidade de prestar “assistência” aos necessitados e de sanear a cidade, poupando os mais abastados do convívio social com os considerados marginais e desajustados.

Assim, a segregação e a exclusão dos segmentos indesejados passaram a ser vistas com naturalidade, desresponsabilizando a sociedade pelos maus-tratos que ocorriam no interior dos hospitais gerais. Paulatinamente, a loucura foi assumindo a conotação de periculosidade/agressividade.

Como a realidade se apresenta de forma dialética, percebeu-se que lentamente, os hospitais gerais foram perdendo sua finalidade, uma vez que, do ponto de vista econômico, a prática do internamento não obteve êxito por não conseguir diminuir a pobreza nem combater o desemprego. Contudo, a loucura continuou a ser merecedora das técnicas de confinamento, porque a imagem social da loucura estava associada à de agressividade e periculosidade. Estas duas atribuições conferiram o direito àqueles que trabalhavam nos hospitais de dispor de práticas violentas e até mesmo construir celas fortes para acorrentar os que ali estavam confinados.

Foi a partir do final século XVIII que a loucura passou a ter *status* de doença – doença mental, que surgiu a psiquiatria como uma área de saber próprio e se destinaram para os manicômios aqueles até então eram tidos como loucos. Segundo Birman, (1978) com a criação dos hospícios/manicômios, a loucura torna-se verdade médica.

2.2. O Paradigma Psiquiátrico.

O Século XVIII foi marcado por transformações econômicas, políticas e sociais que foram determinadas pelo processo de transição da estrutura feudal para a capitalista. Essa impôs um novo ritmo ao processo de produção a partir da criação e do uso de ferramentas que favoreceram a intensificação da divisão do trabalho, primeiro através das manufaturas e depois através das fábricas.

Segundo Hobsbawn (1996), as revoluções francesa e industrial revolucionaram o mundo a partir da substituição do trabalho artesanal pelo trabalho assalariado, pela utilização de maquinários que aumentaram a produção, gerando um excedente que passou a ser comercializado. Desta forma, surgiram novos atores sociais: a burguesia, a classe média, o proletariado.

Em paralelo, nesse período, a ciência adquiriu o *status* de verdade. Como podemos observar na citação abaixo:

“A história da loucura nos séculos VXIII e XIX é quase sinônimo da história de sua captura pelos conceitos de alienação e, mais tarde, de doença mental. Esse processo tem seu significado vinculado à criação de um novo modelo de homem ou de um novo sujeito na modernidade. Essa nova noção de sujeito se funda no surgimento da idéia de indivíduo e se concretiza na consolidação do sujeito do conhecimento cartesiano, pautado na racionalidade que se torna hegemônica como método de produção de conhecimento (Torre & Amarante, 2001:74).”

Foi neste contexto que o hospital se transformou numa instituição médica, e quando a experiência da loucura já havia recebido uma conotação negativa, foi assumida pela medicina. A loucura, ao deixar de ser percebida como um fenômeno passou a ser definida como uma alienação, e, mais tarde, como doença que precisava ser observada, estudada, classificada e tratada.

O hospital passou a ser um espaço médico e a disciplina hospitalar imposta tinha a função de “assegurar o esquadrinhamento, a vigilância e a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, mas como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados”. (Foucault: 1997:108). O hospital adquiriu três características fundamentais: a) a grande preocupação com a organização interna; o hospital deve ser fator e instrumento

para cura; b) a transformação no sistema de poder no interior do hospital. Segundo Vizeu, 2005: 36) “a psiquiátrica surgia então como uma forma legítima de conhecimento para a época, justificada como saber científico no momento em que ‘a insanidade conquistou suas dimensões de objeto’”; c) a organização de um sistema de registro permanente e exaustivo.

Assim, foi a partir do encontro do mito da periculosidade social da loucura e do conceito de doença mental proposto pela medicina que ocorreu “uma sobreposição entre punição e tratamento, uma quase identidade do gesto que pune e aquele que trata” (Barros 1994:34).

O nascimento da psiquiatria se correlacionou com as reformas francesas, quando os reformadores delegaram a Phillippe Pinel a atribuição de conferir aos hospitais gerais um caráter terapêutico. Em 1793, Pinel foi designado médico chefe do hospital Bicêtre, uma instituição assistencial e filantrópica com uma diversidade enorme de internos. Ele propôs uma transformação no hospital ao desacorrentar os alienados, inscrevendo a alienação na nosografia médica conforme podemos observar na citação abaixo:

“Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. Organizando, dessa forma o espaço asilar, a divisão objetiva da loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas” (AMARANTE, 1995:25).

Neste momento, houve um processo de mudanças de amarras, pois os alienados, ao serem libertados das correntes que estavam presas aos seus corpos, passaram a ser acorrentados pelo saber médico científico e pelo hospital psiquiátrico. Assim os ideários da Revolução Francesa “igualdade, liberdade e a fraternidade” que fundamentaram a discussão da cidadania pela Europa não ecoaram nos hospitais, local onde a loucura foi re-aprisionada e a exclusão social foi legitimada pelo cientificismo³.

Ao separar os loucos dos demais desviantes, a loucura adquiriu o status de alienação e de doença. A partir do seu trabalho, Pinel aventou a possibilidade de

³ Existe uma leitura diferenciada do significado histórico e político das transformações induzidas por Pinel e sistematizadas por Gauchet e Swain e discutidas no Brasil por Bezerra Jr (1992), mas que não teremos condições desenvolver aqui.

cura para a loucura, porque na sua concepção a alienação mental não possuía causas físicas, era oriunda das paixões.

Segundo Gomes (2007), o conceito de alienação mental para Pinel não significava necessariamente a ausência de razão, mas a contradição que impossibilitava a razão ser absoluta. Esta concepção foi firmada com a elaboração do que se considera a obra prima da psiquiatria moderna, *O Traité Médico-Philosophique Sur'l Alienation Mental e ou La Manie*.

A proposta terapêutica de Pinel baseava-se no tratamento moral, centrado no isolamento do doente do mundo exterior, através da reclusão/asilo. O asilo assumiu um lugar especial para o tratamento, pois poderia recuperar/corrigir os erros da razão dos sujeitos acometidos pela insanidade fazendo-os recuperar a “racionalidade normal” ou a cura. Na tradição pineliana, o asilo é por si só terapêutico e, nesta perspectiva, o isolamento é a condição primordial no tratamento moral.

As contribuições de Pinel para o campo da psiquiatria foram muito maiores que simplesmente o ato de desacorrentar aquelas pessoas. Ele fundou a psiquiatria como uma especialidade médica a partir da elaboração de uma síntese nosográfica sobre a loucura. Para a construção desta síntese ele recorreu ao dispositivo do isolamento. Segundo Bercherie (1989:31):

“Pinel funda uma tradição – a da clínica – como orientação consciente e sistemática. Os hábitos bizarros, as atitudes estranhas, os gestos e olhares são registrados e comparados com o que está por perto, com o que é semelhante ou diferente. Colocado em um lugar da ciência que, acredita-se, não é contaminado pelas influências da cultura, da economia e da sociedade, o alienista, valendo-se de sua percepção social, determina o que é normal e o que é patológico. Esse é o método do conhecimento, o que opera a passagem da loucura para a alienação mental”.

No momento em que o asilo utilizou o isolamento social como um princípio fundamental para o tratamento das pessoas portadoras de transtorno mental, ele disseminou através da cultura que esses indivíduos não devem dividir o mesmo espaço social com os demais segmentos da sociedade, mesmo os considerados marginais (prostitutas, mendigos, infratores, etc). Assim, a exclusão

e a invisibilidade social são naturalizadas e justificadas pelas formas de tratar a doença.

Quando a loucura alcançou o estatuto de “doença mental”, a psiquiatria se constituiu como um saber próximo na esfera científica. O manicômio se tornou o *locus* privilegiado de tratar a doença. Nesse movimento, a loucura foi concebida como uma patologia e passou a ser tratada, medicada e “curada”.

Não podemos nos furtar de chamar a atenção para o fato de a loucura ter adquirido o estatuto de doença mental no momento em que o capitalismo emergiu como modo de produção. Porque há uma relação intrínseca entre ambos: pois o “doente mental”, por não laborar, não dispunha das posturas necessárias para conviver na sociedade capitalista nascente, uma vez que sua lógica não correspondia à racionalidade que imperava. Assim ele deveria ser excluído, internado, tratado e moldado até que estivesse pronto para o convívio social e para o mercado de trabalho. Portanto, segundo VIZEU (2005:36) a psiquiatria tinha uma ambigüidade de

“(…) ser uma forma de poder altamente coercitiva e por vezes arbitrária, e contudo legítima para a sociedade centrada na racionalidade instrumental, que via como um importante recurso para o controle e manutenção do *status quo*”.

Antes da era pineliana, a loucura ainda podia circular pelas ruas, pois o seu espaço não era restrito aos hospitais gerais. Com a sua intervenção, não era mais comum esta convivência. Os “doentes mentais” passaram a ser confinados nos manicômios, tornando o convívio entre a sociedade e a loucura cada vez mais obscura e cheia de mitos.

2.3. As Características do Manicômio como instituição total

“Os desejos de manicômios se expressam através de um desejo em nos dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir, e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir esteriótipos para a figura do louco e para se lidar com ele (Machado & Lavrador, 2001:46).”

Os manicômios surgiram quando a loucura foi percebida como uma incapacidade para o trabalho, o que impossibilitou aos alienados o convívio social, pois os que não laboravam, como os portadores de transtorno mental, eram considerados incapazes de viver segundo os cânones sociais da sociedade burguesa nascente. Assim, conforme SOUZA (2006:03):

“a ciência, através da medicina, apropriou-se da loucura. O alienado que não se encaixasse nas normas que a burguesia vinha estabelecendo seria isolado para receber a cura através do tratamento moral”.

Ao nascer, o manicômio teve duas funções: a médica e a social (esta se relacionava ao fato de se estabelecer a “proteção social” para salvaguardar a sociedade de um contingente insano). Basaglia, com sua visão crítica a respeito do manicômio, esclarece que:

“historicamente, o manicômio nasceu para a defesa dos sãos. Os muros, quando a ausência de terapias impossibilitava a cura, serviam para excluir e isolar a loucura, a fim de que não invadisse o nosso espaço. Mas até hoje eles conservam essa função: dividir, separar, defender os sãos mediante a exclusão de quem já não é são. Dentro dos muros, que o psiquiatra faça o que puder. Concedam-lhe ou não os meios para trabalhar, consistiam-lhe ou não tratar de quem lhe foi confiado, ele deve antes de tudo responder pela segurança da sociedade, que quer ser defendida do louco” (2005:49).

Para Vizeu (2005), o manicômio, além de ser um local de “cura”, servia também como um instrumento do qual a sociedade utilizava para a manutenção da ordem social, especialmente por meio do controle e da disciplina dos males que poderiam ameaçar a sociedade burguesa.

Neste contexto, a função disciplinadora no interior dos manicômios refletia o uso estratégico desse tipo de organização por parte do Estado, que tinha a função de disciplinar corpos e mentes. Segundo Foucault (1987:83), a disciplina se configurava como “um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função adestrar”. Assim a disciplina se estabelecia através do espaço, do tempo e dos movimentos, a fim de docilizar mentes e corpos.

Segundo Goffman, toda instituição total se fechava para sociedade, impondo uma barreira à relação social com o mundo externo. No interior das

instituições totais, havia uma diferenciação bem marcante entre aqueles que são controlados, os internos, e aqueles que supervisionam as atividades, a equipe dirigente ou técnica. A diferença primordial era que a equipe dirigente tinha o poder de entrar e sair da instituição ao término do trabalho, enquanto os internos nunca podiam sair. Desta maneira, a instituição se tornava o local de tratamento, de moradia, de lazer. Todas as rotinas eram realizadas em horário pré-determinados pela equipe técnica. A padronização se fazia presente em todos os espaços: nas vestimentas, nas atividades e no próprio espaço físico. A burocratização estava presente desde o momento da admissão, sendo necessário que o interno se sujeitasse à anamnese, ao preenchimento dos formulários e dos prontuários.

O rigor na padronização do comportamento e no cumprimento das normas e rotinas colaborava para a perda da autonomia do indivíduo que, aos poucos, ia comprometendo a sua capacidade de gerir suas necessidades pessoais e fisiológicas básicas. Os estudos de Goffman (2001) sobre as instituições totais revelaram que numa instituição total, mesmo quando o sujeito tinha a capacidade física e mental para realizar determinadas atividades, não o fazia porque não tinha autoridade para isso. Era a total submissão dos corpos e mentes.

A partir do momento em que o interno interiorizava as normas, as regras e as rotinas institucionais ocorria o que Goffman (2001) denominou de “mortificação do eu”. Vejamos alguns exemplos de situações que colaboravam para esta “morte”, segundo Gomes (2006:42):

- ▶ “as práticas padronizadas nestes lugares;
- ▶ a perda do nome;
- ▶ o confisco de bens pessoais, ou seja, a separação entre pessoas e as suas coisas;
- ▶ exposição contaminadora, em que o sujeito é obrigado a conviver com coisas com as quais não se identifica e mantinha certo distanciamento (sujeira, alimentos estragados...);
- ▶ perturbação entre o ator individual e o seu ato. Em muitos casos as atitudes dos sujeitos são usadas contra eles próprios, seja para ridicularizá-los ou castigá-los”.

Nesse ritmo massacrante, o sujeito não consegue distinguir quais eram suas reais necessidades, vontades e desejos, pois esses não mais lhe pertenciam. O seu “eu” foi capturado pelos desejos institucionais, ocorrendo à mutilação da

identidade do indivíduo quando este se deparava com a homogeneização dos mecanismos disciplinares.

“O internamento enlouquece, mas que, posto num espaço de coação, onde mortificações, humilhações e arbitrariedade, constituem a regra, o homem (...) objetifica-se gradativamente nas leis do internamento, identificando-se com elas (Basaglia, 2005:53)”.

Como se pode perceber, o manicômio impôs a exclusão social dos sujeitos destituindo-os de qualquer possibilidade de autonomia, sob o aval da psiquiatria e da sociedade burguesa nascente.

Assim a cientificidade médica determinou para a loucura um estatuto de incapacidade que se materializou na forma de atenção dada à “doença mental”- via o internamento. Foi somente a partir da Segunda Guerra Mundial que emergiram, no contexto internacional, experiências que contestavam as práticas ocorridas dentro dos hospícios, reivindicando sua humanização, conforme veremos a seguir.

2.4. As reformas Psiquiátricas no contexto europeu e americano.

As propostas de transformação da assistência psiquiátrica encontram-se imersas em contextos sócio-históricos precisos e, portanto, datadas e matizadas por jogos de interesse, relações entre saberes, poderes, práticas e subjetividades Amarante (1995. 45).

Com Phillipe Pinel⁴ foi implementada uma nova tradição em práticas psiquiátricas na qual passou a ser fundamental a articulação entre o saber e a técnica. Conforme podemos verificar nos estudos de Cavalcanti (1996:49): “o essencial da revolução pineliana não foi o fato de aprisionar a loucura nas garras do discurso médico, mas sim a introdução da idéia de curabilidade da loucura, idéia que só se tornou possível a partir do momento em que passou-se a considerar a existência de um fundo de razão no sujeito alienado.”

⁴ Para maiores informações consultar: Facchineitti, C. in: **Phillipe Pinel e os primórdios da medicina mental** no endereço eletrônico http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1415-47142008000300014&script_sci_arttext, data de acesso 17/12/2008.

Para entender o padrão das transformações vividas na psiquiatria após a II Guerra Mundial, faz-se necessário articulá-las com as alterações emergentes no sistema capitalista no Pós-Segunda Guerra Mundial e na sociedade burguesa. Neste período, o capitalismo concorrencial paulatinamente foi substituído pelo capitalismo monopolista trazendo implicações na ordem econômica e política:

“A idade do monopólio altera significativamente a dinâmica inteira da sociedade burguesa: ao mesmo tempo em que potencia as contradições fundamentais do capitalismo já explicitadas no estágio concorrencial e as combina com novas contradições e antagonismos (...)” (NETTO, 1992, p. 15)

Ao final da II Guerra Mundial, os países capitalistas centrais vivenciaram um período de longo crescimento e de estabilidade econômica. Foi esse período que viabilizou a ampliação, sem precedentes, das políticas sociais, configurando o “Welfare State”. O objetivo principal dos formuladores foi à perspectiva de uma sociedade afluyente, de opulência e de solidariedade nacional, estruturada no projeto de crescimento econômico, pleno emprego e de bem - estar social. O “Welfare State” se sustentaria no binômio: crescimento econômico e relativa distribuição de renda, permitindo uma estabilização das instituições democráticas que emergiram, desde o final do século XIX, com a consolidação dos partidos trabalhistas ou socialdemocratas.

Vasconcelos (1992b) destacou, no panorama internacional, os diferentes momentos históricos que contribuíram para a emergência e determinaram a dinâmica específica de diferentes processos de reforma psiquiátrica em cada país:

- situações históricas de guerra, momento em que se reforçou a solidariedade nacional e houve exigência de recuperação das pessoas, especialmente os soldados, lesados no conflito bélico;
- contextos históricos de “escassez de mão-de-obra” e de necessidade de revalorização do trabalho humano para torná-lo disponível para o processo produtivo como no contexto do pós-guerra, estimulando a assimilação de grupos até então marginalizados no mercado de trabalho;
- processos de democratização, revolucionários ou reformistas, pois tenderam a consolidar direitos civis, sociais e políticos;

- implementação de várias formas de “Welfare State”, que dinamizassem direitos e políticas sociais;
- alterações na conjuntura capitalista que revertissem investimento em políticas sociais como as políticas neoliberais, que incitavam programas de desospitalização⁵ e geravam negligência social;
- modificações demográficas, envelhecimento populacional, alteração na estrutura e organização das famílias e das relações de gênero (como a integração da mulher ao mercado formal de trabalho), fatores que diminuem a disponibilidade para a produção do cuidado doméstico às pessoas dependentes e podem estimular ou não a oferta de serviços sociais e de saúde que possam substituí-lo por serviços socializados, dependendo das características do Welfare State em cada país;
- novas teorias e práticas terapêuticas, em destaque a psicanálise, e o desenvolvimento de serviços comunitários, que permitiram certo deslocamento nos paradigmas, princípios e práticas psiquiátricas tradicionais;
- estratégias de modernização da corporação médica, visando “tornar a psiquiatria mais integrada com o resto da Medicina e de aumentar as possibilidades de trabalho com a clientela de maior renda” (Ibid.:46);
- desenvolvimento da psicofarmacologia, particularmente na década de 1950, que possibilitou outras formas de controle dos sintomas psiquiátricos em ambientes sociais abertos.

O conjunto destes fatores alterou os saberes e as práticas de intervenção no campo da psiquiatria instaurando um novo relacionamento entre a sociedade e a loucura (Rosa 2003).

Segundo Birman & Costa (2002), durante e após a Segunda Guerra Mundial, diante dos altos índices de cronificação e incapacitação social dos portadores de transtorno mental emergiram preocupações com relação à impotência terapêutica da psiquiatria. Com o término da Guerra, a Europa

⁵ É necessário fazer distinção entre desospitalização e desinstitucionalização. A primeira se refere a processos de desospitalização onde a característica primordial foi à contenção dos gastos públicos através da diminuição da oferta de leitos em hospitais psiquiátricos. A segunda se refere a estabelecimento de uma política nacional de saúde mental onde o foco central é a redução das internações em hospitais psiquiátricos através da criação de uma rede de atendimento de base comunitária e territorial, capazes de substituir efetivamente o cuidado hospitalar.

vivenciou uma grande necessidade de mão-de-obra para reconstruir os países devastados pelo conflito bélico. Neste contexto, a assistência psiquiátrica redimensionou-se já que não era possível/viável manter as pessoas internadas totalmente inativas para o trabalho.

Neste período, os hospícios foram comparados aos grandes campos de concentração devido às precárias condições de vida dos internos, e ao alto índice de mortalidade por causas diferentes do transtorno mental. Com o fim dos regimes fascistas e com o processo de democratização, as práticas de maus-tratos e de extermínio de pessoas em sofrimento psíquico tornaram-se inaceitáveis para uma sociedade em que a defesa dos direitos humanos passou a ser prioridade naquele momento.

Emergiram, então, tentativas de humanização do asilo, que provocaram uma radical mudança em setores específicos da psiquiatria, ampliando-a de um simples tratamento do transtorno mental ou a busca da cura para a promoção da saúde mental através da reinserção social.

Segundo Birman & Costa (2002), houve dois períodos distintos que redimensionaram teórica e conceitualmente o campo psiquiátrico, com objetivo de promoção da saúde mental voltado para reinserção social e comunitária. O primeiro período foi caracterizado pela comunidade terapêutica e a psiquiatria institucional e o segundo período que englobou a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva. Para traçar um panorama geral destes momentos passo a detalhá-los. De meu ponto de vista a experiência da Psiquiatria Democrática italiana configurou um terceiro período, como sistematizo a seguir.

a). O primeiro período:

Este período caracterizou-se pela crítica à estrutura asilar considerada cronificadora/segregadora. Embora permanecesse a crença no hospital como lugar de cura e espaço terapêutico, ele necessitava ser humanizado e democratizado. Desta crítica resultaram a comunidade terapêutica inglesa e a psicoterapia institucional francesa. Ambas defendiam uma reforma interna no espaço hospitalar, para refuncionalizar sua imagem social e seus objetivos. Além disso, o hospital deveria buscar reinserir o enfermo no mercado de trabalho. Segundo

Amarante (1995: 29) “a reforma dos espaços asilares atualiza-se, então, enquanto imperativo social e econômico ante o enorme desperdício de força de trabalho”.

► **As Comunidades Terapêuticas.**

Esta experiência surgiu na Inglaterra, durante a II Guerra Mundial, tendo como principal expoente Maxwell Jones, e nos Estados Unidos, um processo liderado por Menninger. A comunidade tinha como objetivo estimular os dispositivos grupais e a participação na vida e no trabalho dentro da instituição. Este modelo desenvolvido por Jones foi influenciado pelo trabalho de seus contemporâneos, apontado por Carstairs (1972, p.5), como os “pioneiros da terapia grupal”: Bion, Foulkes e Main, entre outros.

Segundo Amarante (1995, p 28):

“O termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar”.

Cabe ressaltar que outro aspecto bastante valorizado era o “trabalho”, ou seja, a recuperação da capacidade laborativa dos internos.

A característica essencial desta experiência foi à exploração de todos os recursos disponíveis na instituição com finalidade terapêutica. Maxwell Jones (1972: 88) informou que esta era a distinção mais relevante entre a comunidade terapêutica e outros centros de tratamentos com perspectivas similares.

Segundo Desviat (1999) existiram vários modelos de comunidade terapêutica, cujos princípios eram:

- atividades coletivas (passeios, festas, etc);
- liberdade de comunicação em todas as direções;
- participação da comunidade (equipe, internos e familiares) nos processos decisórios de caráter administrativo;
- reuniões diárias com a presença da comunidade para discussão das questões que surgiam;
- tendência ao rompimento com a tradicional autoridade característica das instituições, incentivando a subsunção da autoridade à tolerância.

Por meio dessas especificidades, buscava-se uma maior integração entre a comunidade e o hospital, uma implicação daquela neste e vice-versa, além da implicação da própria equipe profissional nos problemas dos usuários e da vida institucional.

Para Franco Rotelli,

“A experiência inglesa da comunidade terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e, portanto, não poderia ir além do hospital psiquiátrico (1994, p.150).”

► **Psicoterapia Institucional.**

A Psicoterapia Institucional surgiu na França a partir do trabalho de François Tosquelles, cujo objetivo era o de restaurar o aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico, aqui entendido como local de cura e de tratamento dos transtornos mentais. Os adeptos da psiquiatria institucional acreditavam que era possível “curar” através das técnicas institucionais existentes para este fim sem que houvesse a necessidade de extinção dos hospitais psiquiátricos.

Conforme Amarante (1995), a psicoterapia institucional alimentava-se ainda do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais.

Importa sinalizar que a experiência da psicoterapia institucional ainda vigora, e é uma perspectiva de trabalho possível no campo da saúde mental em alguns hospitais, sendo o mais conhecido deles a clínica La Borde na França.

Ao analisarmos as experiências de comunidade terapêutica, em sua totalidade, pode-se dizer que as mesmas se limitaram a implementar novas técnicas terapêuticas dentro dos limites institucionais com o intuito de humanizar o espaço hospitalocêntrico.

Para os representantes da Psiquiatria Democrática italiana essa experiência teve um papel fundamental no processo de dinamização interna das instituições, propiciando questionamentos internos até então inexistentes.

Para Vasconcelos, as experiências de comunidade terapêutica, no Brasil, tiveram um papel importante que somado à perspectiva da Dr^a Nise da Silveira⁶ dinamizaram os projetos de trabalhadores de saúde mental, mais engajados da época, servindo como referência para as experiências inovadoras dentro dos hospitais.

Vasconcelos (2008) também destaca que o movimento de psicoterapia institucional, mesmo mantendo o foco e limitando sua atenção ao espaço intra-institucional, teve maior alcance conceitual e prático:

[...] sua teorização sobre os processos psíquicos que se desenvolvem nas relações grupais e institucionais e suas implicações clínicas e assistenciais podem claramente subsidiar práticas em serviços de atenção psicossocial fora de seus muros [...] Vasconcelos (2008, pág. 76-77).

b). O segundo período:

Colhendo os frutos do período anterior, esse segundo período caracterizou-se como um momento de redimensionamento teórico e prático da psiquiatria e de suas instituições como um todo. A terapêutica passou a ser centrada na coletividade e tornou-se preventiva, mas o hospital psiquiátrico continuou existindo como um dispositivo necessário. Para Birman & Costa (2002), este período é marcado por uma extensão da psiquiatria ao espaço público, extra-hospital psiquiátrico, para a comunidade em geral. Nesse contexto, temos o surgimento da psiquiatria de setor francesa e a comunitária/preventiva norte-americana.

► Psiquiatria de Setor Francesa.

Segundo Amarante (1995), a Psiquiatria de Setor apresentou-se como um movimento de contestação da psiquiatria asilar. Surgiu na França nos anos do Pós-Segunda Guerra, sendo assumida como política oficial do Estado Francês nos idos anos 60.

Essa corrente se inspirou nas idéias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras considerados progressistas que reivindicavam a transformação do

⁶ Dr^a Nise da Silveira contribuiu para alterar o padrão de tratamento fornecido aos portadores de transtorno mental no Brasil. Para maiores informações consulte o Capítulo III desta dissertação.

manicômio, mas não a sua extinção, ou seja, a internação hospitalar continuava a ser uma opção de “tratamento” quando fosse julgado necessário. Assim, internação passou ser concebida como uma etapa do tratamento, após a qual o portador de transtorno mental deveria ser acolhido em serviços de base territorial.

Para Fleming (1976:55-56), o governo francês optou pela psiquiatria de setor devido a:

“que a psiquiatria asilar é onerosa aos cofres públicos; a inadequação da instituição asilar para responder às novas questões “patológicas” engendradas pelas sociedades de capitalismo avançado”; e finalmente a crise dos valores burgueses [...]”.

Os princípios fundamentais dessa organização foram listados por Desviat (1999), enquanto política oficial na França:

► princípio de setorização ou zoneamento: divisão do território em setores distintos, cada um contendo aproximadamente 70 mil habitantes;

► princípio da comunidade terapêutica: existência de equipes multidisciplinares nos setores responsáveis pelo tratamento, que ia desde a prevenção até o pós-cura;

► deslocamento do eixo da assistência do hospital para o espaço extra-hospitalar: a prioridade para o tratamento era o território, ou seja, os serviços e o meio social no qual o portador de transtorno mental estava inserido, na tentativa de evitar ao máximo possível a sua entrada ou permanência no circuito institucional, e principalmente, as consequências dele.

O êxito desta proposta dependia da implantação de uma rede ampla de serviços ambulatoriais que absorvesse a demanda por atenção em saúde mental, para que somente os casos mais agudos fossem remetidos à estrutura hospitalocêntrica. Contudo, os investimentos na criação desta rede foram insuficientes, o que, somado a outros fatores, como a resistência dos grupos mais tradicionais e a própria dinâmica polarizadora do hospital, que sempre acaba absorvendo os casos considerados mais difíceis, acabou por contribuir para que os objetivos da psiquiatria de setor se tornassem ineficazes.

Para Rotelli (1994), esta experiência não questionou a instituição psiquiátrica, tampouco forjou alguma transformação no que tange ao saber psiquiátrico e a cultura segregacionista por ele disseminada.

No Brasil, os princípios da psiquiatria de setor foram utilizados, sobretudo, nas décadas de 70 e 80, quando os hospitais psiquiátricos brasileiros passaram por diferentes processos de humanização.

► **Psiquiatria Preventiva ou Comunitária.**

Esta proposta teve origem nos EUA na década de 60, incentivada pelo governo Kennedy⁷. Ela representou a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais cedeu lugar a um novo objeto: a saúde mental.

O intuito dessa experiência era a prevenção primária dos adoecimentos mentais. Em consonância com essa perspectiva, acreditava-se que, identificando precocemente as doenças mentais, seria possível tratá-las mais rapidamente, intervindo nas suas prováveis causas.

O ponto central dessa perspectiva é o conceito de “crise”: entendido como momento crucial no qual um sujeito vivencia um problema que poderá ou não se desdobrar em transtornos mais graves. Assim, na tentativa de evitar e tratar a “crise” o mais rápido possível, foi criada uma rede de serviços comunitários em diferentes pontos dos EUA.

Assim, a atuação das equipes era voltada para os grupos considerados em situação de risco, eventualmente expostos a alguma infecção ou com hábitos de vida vistos como inadequados. Segundo Desviat (1999: 59), os elementos da psiquiatria preventiva eram: “a idéia de prevenção, risco e população de risco”.

O modelo de psiquiatria preventiva apresentou pouca eficácia no que tange à prevenção das “doenças mentais”. Primeiro porque trabalhou numa perspectiva de adaptação social, do desvio entre o “normal/patológico”, e definiu uma metodologia baseada numa técnica pouco confiável: o *screening*; e, também, porque seria necessário, no caso dos EUA, a criação de pelo menos 2 mil Centros Integrados de Saúde Mental Comunitária, e não foram criados mais do que 600 (Desviat, 1999). Se a base dessa proposta era a existência de um amplo sistema de

⁷ Segundo Amarante (1995, p. 36) Os EUA estavam vivenciando problemas extremamente graves, tais como a Guerra do Vietnã, o brusco crescimento do uso de drogas pelos jovens, o aparecimento de gangues de jovens ‘desviantes’, o movimento beatnik, enfim, de toda uma série de indícios de profundas conturbações no nível da adaptação da sociedade e da cultura, da política e da economia.

saúde pública operando, ela não se concretizou nos EUA até os dias de hoje. Segundo Dias (2007: 67), os dois seguros públicos de saúde dos EUA, o MEDICAID e o MEDICARE, foram criados tardiamente e cobriam parcelas específicas da população.

Diante do exposto, verifica-se que um dos grandes problemas aqui evidenciado no campo da saúde mental foi/é a falta de investimentos públicos na criação efetiva de um sistema de saúde e assistência social universal e gratuito para todos e de serviços extra-hospitalares capazes de absorver a demanda efetiva em todos os níveis, particularmente a atenção à crise.

Além disso, as experiências acima têm em comum o fato de não criticarem a competência da psiquiatria convencional para lidar com o transtorno mental. Como pode ser observado na seqüência desta breve contextualização, duas outras abordagens fazem esta crítica.

No início da década de 60, apareceram a antipsiquiatria inglesa e a psiquiatria de tradição basagliana. Ambas inovaram ao romper com o saber psiquiátrico e, sobretudo com o hospital psiquiátrico como *locus* do tratamento.

► A antipsiquiatria.

O fato de a Inglaterra ter vivenciado e experimentado as inovações decorrentes da comunidade terapêutica na década de 50 contribuiu de modo significativo para o acúmulo de conhecimento no campo da psiquiatria.

Vasconcelos (2008) destaca que, no final da década de 50, a Europa e os Estados Unidos da América enfrentavam um movimento de crítica às instituições sociais como um todo, sendo que seus maiores impactos seriam sentidos nas décadas posteriores. O autor ainda destaca que, no campo acadêmico, as críticas precederam à materialização das ações e tiveram alcance teórico mais rigoroso, refletindo-se no campo das políticas sociais, particularmente em saúde e saúde mental, e ainda hoje têm significado relevante para a formação acadêmica e profissional no campo da atenção psicossocial⁸.

Iniciada na Inglaterra, na década de 60, a antipsiquiatria trouxe mudanças significativas no âmbito do tratamento da “doença mental”. Com ela ocorreu a

⁸ Maiores informações consultar Vasconcelos, 2008, página 48-53.

primeira crítica efetiva e radical ao saber médico-psiquiátrico sobre o portador de transtorno mental. Essa proposta surgiu com um grupo de psiquiatras⁹ que questionou a incapacidade da psiquiatria tradicional no trato da loucura, questionou também o saber instituído nessa relação e a própria relação entre sociedade e loucura.

Segundo Venancio et al, (2003: 26)

“A antipsiquiatria não deve ser encarada simplesmente como uma reformulação ou uma nova proposta de assistência psiquiátrica, já que não só questionou a psiquiatria como a própria doença mental. Tentou mostrar que a psiquiatria, como forma de conhecimento, como saber elaborado para tratar a questão mental, não estava conseguindo responder aos problemas surgidos com a doença mental”.

Esta nova proposta considerava a loucura como um fato social, político e mesmo como uma experiência de libertação que não deveria ser interrompida.

Segundo Amarante (1995, p. 42):

“as referências culturais da antipsiquiatria são ricas e diversas, como a fenomenologia, o existencialismo, a obra de Michel Foucault, determinadas correntes da sociologia e psiquiatria norte-americanas, e, em outro nível, a psicanálise e o marxismo”.

Essa experiência buscou um diálogo entre a razão e loucura, entendendo que a loucura estava presente na relação entre os homens e não dentro deles. Seus representantes não estruturaram o tratamento em psicofármacos ou na contenção física, mas na valorização do discurso através da “metanóia”, da viagem ou do delírio.

Segundo Amarante, a loucura era percebida como:

“uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como a norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo, por isso ser defendido e reabilitado. É a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a experiência individual e comportamental, inventando o louco, tido como perigoso e passível de perda de voz (Amarante, 1998:44)”.

⁹ Dentre eles podemos citar alguns como: Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson.

Um dos problemas da antipsiquiatria, segundo Meyer (1975), foi não conceber a loucura como experiência de sofrimento e, portanto a realização de abordagens específicas que exigiam cuidado intensivo e multidimensional que podiam incluir o psicofármaco em doses adequadas. Ela não criou novos espaços diversificados e integrados no sistema público de saúde para o acolhimento de todas as pessoas que se encontravam em sofrimento psíquico. Ao negar a psiquiatria, ela negou a instituição em que este saber-instituído era aplicado, negou a loucura como merecedora de cuidado complexo, e não a inseriu no sistema público e universal de atenção.

c). O terceiro período:

► A Psiquiatria Democrática Italiana.

A Psiquiatria Democrática italiana (PDI) surgiu nos anos 60 a partir do trabalho iniciado por Franco Basaglia, em Gorizia, na Itália. Caracterizou-se como uma corrente de pensamento crítico sobre a instituição psiquiátrica, propiciando a instauração de uma ruptura radical com o saber/prática psiquiátrica, na medida em que promoveu uma mudança paradigmática. Segundo Amarante (1995), tal ruptura teria sido operada tanto em relação à psiquiatria tradicional (o dispositivo da alienação), quanto em relação à nova psiquiatria (o dispositivo de saúde mental).

Franco Basaglia (1924-1980)¹⁰ foi o primeiro psiquiatra a liderar o processo de desmontagem do aparato manicomial, substituindo-o por novos espaços extra-hospitalares e por novas formas de lidar com a loucura e a “doença mental”. A experiência iniciada em 1961, em Gorizia, e mais tarde em Trieste, cidades situadas ao norte da Itália, influenciou outras cidades nos diferentes continentes. Na atualidade, a PDI se tornou uma referência internacional reconhecida tanto pela comunidade científica quanto pela Organização Mundial de Saúde.

¹⁰ Vasconcelos (2008, pág 77) destaca que Basaglia foi um militante político e membro do Partido Comunista Italiano, que viveu concretamente a experiência da prisão durante o regime fascista na Segunda Guerra, conhecendo, portanto, “na pele” o que a maioria dos clientes vivem nas instituições psiquiátricas convencionais.

Segundo Amarante (1995) a experiência de Trieste demonstrou ser possível a constituição de um “circuito” de atenção que, ao mesmo tempo, oferecia e produzia cuidados imediatos para a crise, como também novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitavam de assistência à saúde, de assistência social e de assistência psiquiátrica.

O movimento da PDI objetivou, portanto, a extinção progressiva dos manicômios, através da substituição por serviços territoriais. Esses serviços deveriam romper com o paradigma clínico, com a relação linear de causa-efeito na concepção do tratamento da loucura e da periculosidade.

Para Vasconcelos (2000), a proposta de desinstitucionalização representou um corte epistemológico na forma de tratar a “loucura” ao constatar que o hospital psiquiátrico tradicional era antiterapêutico, sinalizando para a necessidade de se criar um amplo rol de serviços abertos e comunitários que fossem capazes de assegurar ao usuário um tratamento eficaz desde a crise aguda, as demandas por cuidado psicológico até as necessidades mais amplas de caráter social.

A experiência italiana, a partir dos anos 80, passou a influenciar teórica, política e assistencialmente outros países como também as agências internacionais de saúde pública¹¹ e associações científicas e profissionais de diferentes países. De acordo com Vasconcelos (2008), no Brasil, a experiência italiana passou a ser adotada como referência a partir do início da década de 90, ganhando legitimidade na II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental, respectivamente em 1992 e 2001. Sendo que seu principal agente propulsor foi o Movimento Antimanicomial.

Como se pode perceber através dessa breve reconstituição da transformação da assistência psiquiátrica na Europa e nos EUA foi que o processo de exclusão da loucura passou a ser questionado a partir do final da Segunda Guerra Mundial¹², apresentando os diferentes movimentos que contribuíram para promover uma reformulação no trato da loucura até o movimento da PDI, correlacionando-os com o processo de expansão do capitalismo monopolista e da implantação, nos países desenvolvidos, do “Welfare State”. A importância desta discussão justifica-se nas mudanças paulatinas na forma de conceber e entender a

¹¹ Tais como: Organização Mundial de Saúde (OMS), e sua filial Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), com forte atuação no processo de reforma psiquiátrica brasileira (OMS/Opas, 2001).

¹² Neste período, os governos passam a demandar mais mão-de-obra para o mercado de trabalho e para o processo de reconstrução dos países devastados pela guerra.

loucura dentro deste contexto. Essas mudanças impulsionaram diferentes questionamentos ao saber psiquiátrico na estrutura hospitalocêntrica que eram até então inquestionáveis.