

## **Construindo processo de análise de sujeitos que passaram pela experiência do transtorno mental nos serviços de saúde mental de Santo André – SP**

ELIZABETE SATIE HENNA\*

Este texto mostra o percurso inicial de construção do processo de análise de sujeitos que viveram a “experiência da doença” num contexto de transformação dos serviços de saúde mental de Santo André – dos manicômios à rede aberta. Esse município fechou dois hospitais psiquiátricos e implantou uma Rede de Atenção Psicossocial de base comunitária e territorializada ordenada pelos CAPS’s (Centros de Atenção Psicossocial) no final do século XX. Nesta fase, busca-se orientações conceituais e metodológicas, provenientes principalmente do campo da história das doenças, que fundamentarão a pesquisa.

Para Rosenberg, “doença” é um fenômeno biológico, mas é também produto de uma construção histórica e social que poderá consolidar políticas públicas, definir papéis sociais e as relações entre os doentes e seus terapeutas. Para que uma doença exista é preciso haver um consenso:

*Disease is at once a biological event, a generation-specific repertoire of verbal constructs reflecting medicine’s intellectual and institucional history, an aspect of and potential legitimation for public policy, a potentially defining element of social role, a sanction for cultural norms, and a structuring element of social role, a saction for cultural norms, and a structuring element in doctor/pacient interactions. In some ways disease does not exist until we have agreed that it does – by perceiving, naming, and responding to it. (ROSENBERG, 1989: 1-2)<sup>2</sup>.*

Rosenberg traz alguns exemplos de doenças que foram consideradas “doenças” mesmo sem haver comprovações científicas suficientes, como: o “alcoolismo”, o “homossexualismo”, a “hiperatividade”.

---

\* Mestranda do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dilene Raimundo do Nascimento.

<sup>2</sup> Tradução: “Doença é, primeiramente, um evento biológico, é um repertório de criação específica de construções verbais que refletem a história intelectual e institucional da medicina, um aspecto potencial legitimador para a política pública, um elemento potencialmente definidor do papel social, uma sanção para normas sociais e um elemento estruturante para a interação doutor/paciente. De alguma maneira as doenças não existem até concordarmos que elas existam” (ROSENBERG, 1989: 1-2).

O “homossexualismo” deixou de ser considerada doença devido a pressões dos movimentos sociais. Então, podemos considerar determinados estados ou comportamentos como “doenças” por influência dos nossos “valores culturais”.

Ludwik Fleck também considerou a “cultura” elemento importante para estudar a sífilis, em “Gênese e desenvolvimento de um fato científico”. Ao investigar como se desenvolveu o conceito dessa doença, prestou grande contribuição à História das Ciências, chegando à idéia de “fato científico”.

“Fato científico”, para Fleck, numa “definição provisória”, é:

*... uma relação de conceitos conforme o estilo de pensamento, que, embora possa ser investigável por meio dos pontos de vista históricos e da psicologia individual e coletiva, nunca poderá ser simplesmente construída, em sua totalidade, por meio desses pontos de vista (FLECK, 2010: 132).*

Para Fleck, no processo do conhecimento, existe uma relação entre três elementos: o sujeito, o objeto e o “estado do saber”. O “processo de conhecimento não é o processo individual de uma ‘consciência em si’ teórica; é o resultado de uma atividade social, uma vez que o respectivo estado do saber ultrapassa os limites dados a um indivíduo” (FLECK, 2010: 81-82).

Para que um sujeito entenda o que é a sífilis, numa definição moderna e possa identificá-la, precisa saber o que é a “sorologia”, o que é um “agente patológico”, uma “bactéria”, etc. Os cientistas devem ter sido iniciados para executarem esse experimento. “Prepara-se um intelecto para uma área, acolhe-se o mesmo num mundo fechado, dá-se a ele uma espécie de bênção de iniciação” (FLECK, 2010: 99). O sujeito deve estar inserido em um “coletivo de pensamento”, ou seja, sendo influenciado por várias formas de pensar que o formam enquanto cientista.

Longe de ser uma descoberta isolada, que vem da mente brilhante de um gênio, o “fato científico” é construído de modo coletivo, sendo influenciado por saberes pré-existentes na cultura do cientista, que necessita de provas e aceitação para ser validado.

Foi assim que se desenvolveu o conceito da sífilis. Fleck partiu para a análise de fontes históricas do século XV, pois antes desse período não havia como diferenciá-la de outras doenças que também acometiam os órgãos genitais. Constatou que no final do séc. XV havia uma “situação política confusa na Europa”, além de outros fatores como “as guerras, a fome, as catástrofes elementares”, entre outros, que geraram um grande acúmulo de doenças e

epidemias. Essa situação levou os pesquisadores da época a desenvolverem a “idéia da sífilis” fundamentada numa explicação astrológica: a causa do surgimento da doença estaria na “conjunção de Saturno e Júpiter em 25/11/1484, sob o signo de Escorpião e na casa de Marte” (FLECK, 2010: 40).

Assim, uma conjunção de fatores favoreceu o surgimento da idéia dessa doença: a necessidade de pesquisar o que era esse mal que assolava a Europa; a explicação causal fornecida pela astrologia, que era a ciência da época; e a religião, que precisava dessa entidade para justificar seus preceitos morais (no caso, que o homem deveria evitar o pecado da luxúria).

Paralelo ao desenvolvimento dessa concepção sobre a sífilis, apareceram outras idéias sobre essa doença, que conflitavam entre si, mas foi como resultado dessas controversas que surgiu a entidade nosológica atual.

Em resumo, haviam duas idéias sobre o que é a sífilis: uma “ético-mística”, oriunda dos astrólogos, religiosos e pesquisadores – a “epidemia venérea”; e outra “empírico-terapêutica”, oriunda dos farmacêuticos. E havia uma terceira posição: a dos médicos que “duvidavam” que a sífilis existia. Para eles, o que se denomina sífilis pode ser “diversas outras doenças”. Essa posição aparece tanto em textos do século XVI quanto do século XIX. Fleck traz o argumento do Dr. Josef Hermann, que no final do século XIX declarou: “Não existe sífilis constitucional”. Para ele, a “doença sifilítica genérica teria que partir da existência da sífilis no sangue como ‘premissa máxima’” (FLECK, 2010: 46). O argumento é importante porque evidencia “o grito pelo exame de sangue”, a necessidade desse exame para se chegar ao diagnóstico preciso da doença.

Para Fleck o conceito de sífilis se define por várias proposições, que são coerentes, sustentam-se em observações e experimentos, portanto não podemos dizer que são falsas. É aqui que entra em cena o “condicionamento cultural e histórico da suposta escolha epistemológica [...], da suposta convenção” (FLECK, 2010: 49). Por exemplo, no século XVI não faria sentido, considerando aquele contexto histórico-social, recusar o conceito “místico-ético” da sífilis em prol de um conceito “científico patogênico”.

A “reação de Wasserman” foi fundamental para a definição moderna da sífilis, pois foi o “exame de sangue”, a prova final para delimitá-la dentre as outras doenças, para o diagnóstico. Trata-se de um experimento complicado, que envolve conceitos de “química”, “químico-física”, “patologia” e “fisiologia”. São realizados vários testes, sendo necessárias

várias amostras de sangue. E apesar de todos os “procedimentos de segurança”, sempre pode surgir algo inesperado. Apesar de ter um “esquema fixo”, a reação ocorre com várias modificações. “Baseia-se em cálculos quantitativos precisos, mas sempre o olhar experimentado, o ‘sentir sorológico’, é mais importante que o cálculo” (FLECK, 2010: 98). Nos “congressos Wassermann” as mesmas amostras de sangue eram analisadas por diferentes sorologistas, muito conceituados, mas os resultados não coincidiam. No entanto, essa reação foi amplamente aceita, intensamente utilizada pelos médicos. Nota-se como foi importante a “aceitação” pela “comunidade científica” para que a “reação de Wasserman” fosse válida para a comprovação da sífilis e para ser considerada um verdadeiro “fato científico”.

As doenças, que podem ser vistas como “fatos científicos”, da mesma forma são construídas historicamente e socialmente.

A cada época e contexto as doenças vão ganhando novos significados.

*Assim como a história, a doença, como fenômeno social, também é uma construção. Concorrem para a existência da doença diversos elementos científicos, sociais e políticos, temporal e espacialmente estudados. Dito de outro modo, diferentes grupos, a cada época, dão significação e sentido específicos à entidade fisiopatológica chamada doença (SILVEIRA e NASCIMENTO, 2004: 13-14).*

As doenças não são apenas objetos de pesquisa histórico-social, são também “instrumentos” para analisar as sociedades de sua época: “a história das doenças é um dos caminhos para se compreender uma sociedade: é preciso avaliar a dimensão social da doença, como ela se dá a ver, pois a doença funciona como significante social, é suporte e uma das expressões da sociedade” (SILVEIRA e NASCIMENTO, 2004: 18). Diego Armus, por exemplo, mostra como a tuberculose teve importante papel na Argentina do início do século XX, tanto no “processo de modernização da saúde pública” quanto de “participação política das classes trabalhadoras”.

Os conceitos “loucura”, “doença mental” e “transtorno mental” também só podem ser entendidos dentro de um contexto histórico-social. Facchinetti, em “O brasileiro e seu louco: notas preliminares para uma análise de diagnósticos” abre uma discussão sobre a representação social do “louco brasileiro”.

Para Facchinetti, “a partir do último quartel do século XX, foi se tornando cada vez menos possível considerar a historiografia psiquiátrica como a simples história de um progresso feito através de reformas benevolentes rumo ao ápice do desenvolvimento

científico” (FACCHINETTI, 2004: 295). Assim, o “desenvolvimento científico” na área da psiquiatria era cada vez mais posto em dúvida. Michel Foucault foi um importante crítico, abrindo caminho para o questionamento das “doenças mentais” e das formas de tratamento impostas pela psiquiatria tradicional. A partir de Foucault, a questão do “controle social” adentrou as análises da área, sendo quase impossível deixar de considerar que a terapêutica agia em correspondência com o controle. E o asilo se tornou o exemplo vivo disso. A psiquiatria serviria para disciplinar, para controlar “comportamentos anômalos”.

No Brasil, segundo Facchinetti, a psiquiatria unia-se à elite, procurando disciplinar a população, seus comportamentos e emoções, de forma que ela se tornasse cada vez mais homogênea e condizente com o esperado em prol de uma nação moderna:

*...a psiquiatria surge no Brasil como disciplina que visava o controle do comportamento e das emoções não apenas dos indivíduos, mas estava unindo-se aos esforços das elites e do Estado para criar a nação moderna imaginária que uniria os indivíduos em torno de sua totalidade, homogeneizando uma população marcada pela diferença diante do modelo proposto pelas elites intelectualizadas e pela medicina local (FACCHINETTI, 2004: 296).*

A psiquiatria influenciou até mesmo a definição do que é o povo brasileiro, que se originaria de vários determinantes, como: “clima, raça, excesso sexual”, que justificariam o comportamento preguiçoso e débil dos brasileiros.

Nina Rodrigues, considerado “um dos fundadores da psiquiatria e da medicina legal no Brasil”, acreditava que a mistura de raças era responsável pelo nascimento de indivíduos degenerados, portanto defendia o fim da miscigenação no Brasil.

Nesse contexto, a causa das doenças mentais eram atribuídas à características inatas ao povo brasileiro, por isso era importante saber se o sujeito era mestiço para dar o diagnóstico de “doente mental”.

O início do século XX foi um período importante para os psiquiatras no Brasil, pois foi um período em que a disciplina estava sendo demarcada. Um decreto de 1903 exigia que todas as instituições de assistência a alienados deveriam ter um psiquiatra em sua direção. Os psiquiatras ganhavam cada vez mais espaço também em programas preventivos.

Juliano Moreira, diretor do Hospital Nacional de Alienados e fundador dos “Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins”, começou a questionar as causas da degenerescência: defendia que a luta deveria ser contra “o alcoolismo, a sífilis, as verminoses,

as condições sanitárias e educacionais adversas” (FACCHINETTI, 2004: 304) e não contra fatores raciais. Portanto, a questão da miscigenação deixava de ser determinante para as degenerescências, mas elas continuavam sendo utilizadas para explicar as doenças mentais.

Assim resume Facchinetti a representação da loucura na história brasileira:

*A loucura foi livre na colônia, confinada a partir do império; tornou-se polícia das raças ao final do século XIX e agente de higiene e educação no início do século XX. A cada passo, o conteúdo da loucura mudava, refletindo mudanças do campo social. É evidente que não podemos pretender que a referência ao modelo construído pela medicina ou pelas elites foi o que criou a loucura, mas podemos afirmar que essa referência trouxe patologias específicas daí decorrentes* (FACCHINETTI, 2004: 304).

No final do século XX, com as críticas à psiquiatria tradicional, passou-se a questionar a própria categoria da doença mental: “Posteriormente, muito da literatura científica e psiquiátrica – e especialmente da antipsiquiátrica e dos movimentos da reforma – passaram mesmo a afirmar a *loucura* como construção no nível do mito, o mesmo se dando acerca da categoria *brasileiro*” (FACCHINETTI, 2004: 306). Autores como Sadowsky questionam se a “doença mental” representa uma categoria de fato “real”.

No bojo desses questionamentos e no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, o termo “doença mental” passa a ser substituído por “transtorno mental”.

Paulo Amarante, em “Loucos pela vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil”, faz um histórico da reforma psiquiátrica brasileira. Segundo o autor, os últimos anos do regime militar representaram o primeiro momento da reforma psiquiátrica brasileira, a “trajetória alternativa”. Neste período era cada vez mais forte a insatisfação popular, tanto por conta da falta de liberdade política quanto da progressiva perda de ascensão social das classes médias e baixas, evidenciando o fim do “milagre econômico”. Nestas condições surgiram as primeiras manifestações na área da saúde: em 1976 constituiu-se o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME), que foram espaços de organização e reflexão crítica do pensamento em saúde, além de estruturarem as bases da reforma sanitária e psiquiátrica no Brasil. Neste contexto surgiu o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), assumindo papel relevante por levantar denúncias contra o governo militar e sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica vigente, que incluía corrupções, fraudes e torturas. Vem à tona a “crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde), com denúncias contra seus quatro hospitais

psiquiátricos, no Rio de Janeiro, em 1978. A questão se torna escândalo nacional, repercutindo em vários veículos de comunicação.

A partir destes movimentos foi possível começar um pensamento crítico sobre a função social das “práticas médicas psiquiátrico-psicológicas”. E passam a ser lidas as obras de Foucault, Goffman, Bastide, Castel, Szaz, Basaglia, Illich, entre outros. Muitos deles vieram ao Brasil para trocar experiências. Chegam relatos de experiências como a da Psiquiatria Democrática Italiana, lideradas por Franco Basaglia, que inspiraram os primeiros serviços antimanicomiais brasileiros.

Amarante considera os primeiros anos da década de 80 do século XX o segundo momento da reforma psiquiátrica brasileira: a “trajetória sanitarista”, quando parte do movimento da reforma sanitária e psiquiátrica são incorporados ao Estado. Isso é produto do próprio movimento sanitário, que queria ocupar espaços públicos de poder, mas foi uma tática do próprio estado, que colocou profissionais críticos no seu interior para atingir legitimidade e reduzir os problemas oriundos de um sistema de saúde extremamente elitista, custoso e privatizante.

Neste período ocorreu a 8a. Conferência Nacional de Saúde, sendo um marco, pois abriu a possibilidade da participação de representantes da sociedade civil num evento que antes era reservado aos tecnoburocratas e aos “lobbies” do empresariado com interesse na área da saúde.

Como desdobramento desta conferência, foi proposta a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que desde a decisão de organizá-la até a sua realização foi marcada por conflitos entre o MTSM, os diretores da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e os dirigentes da DINSAM. Os últimos defendiam um encontro congressual, só de técnicos e de preferência psiquiatras, o que seria um retrocesso diante da 8a. Conferência Nacional de Saúde.

Então, em 1987 acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental, com a participação de vários setores da sociedade civil, marcando o fim da “trajetória sanitarista” e o começo da “trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção”. Realiza-se o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em Baurú, onde é criado o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, com o lema “por uma sociedade sem manicômios”.

Nesta trajetória nasce o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, onde é feita a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, primeiro hospital psiquiátrico que foi fechado pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Passa-se a construir um novo projeto de saúde mental para o país. Surge o projeto de lei 3.657/1989, que tramitou no Congresso Nacional por mais de dez anos, gerando um debate que estimulou a criação de projetos de lei em vários estados e municípios brasileiros.

E no dia 6 de abril de 2001 foi aprovada a lei 10.216, refletindo um consenso possível para a reforma psiquiátrica no Brasil, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental, prevendo cuidados especiais à clientela internada por longos anos nos hospitais psiquiátricos e punição para a internação involuntária, arbitrária ou desnecessária.

Essa discussão também se fazia presente no município de Santo André, que esteve representado nas conferências e encontros nacionais por meio de trabalhadores da área da saúde. Esse grupo de trabalhadores esteve na fundação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, em 1987 em Bauru, e foi responsável pela criação do Fórum Popular de Saúde Mental do Grande ABC, que fomentava o debate sobre a mudança do modelo de atenção em saúde mental na região.

No período entre 1987 e 2004 o município fechou dois hospitais psiquiátricos e implantou uma rede composta por serviços comunitários e territorializados centrados nos CAPS's (Centros de Atenção Psicossocial).

Os usuários desses serviços já não são internados em hospitais psiquiátricos fechados, estão em serviços abertos ordenados pelos CAPS's.

Em “The tyranny of diagnosis”, Rosenberg afirma que o diagnóstico é “um processo coletivo, cumulativo e contingente”, é uma “metáfora da nossa sociedade e seu microcosmo”, onde o sujeito passa a ser “recriado em torno de seu diagnóstico” (ROSENBERG, 2007: 256-257).

Espera-se analisar como esses sujeitos passaram pela experiência da doença num contexto de transformações institucionais e conceituais, e como a construção do que é a “doença mental”, e do que é ser “louco” foi se transformando nesse caminho.



## Bibliografia

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- FLECK, Ludwik. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico: introdução à doutrina do estilo de pensamento e do coletivo de pensamento*. Belo Horizonte: Fabrefactum Editora, 2010.
- ROSENBERG, Charles. Disease in History: frames and framers. In: *The Milbank Quarterly*, v. 67, suppl. 1, 1989, pp. 1-15.
- ROSENBERG, Charles. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. In: ROSENBERG, Charles. *Our Present Complaint: American Medicine, then and now*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007
- SANTO ANDRÉ. *Santo André: 4 anos de Direito à cidade: democracia, cidadania e inversão de prioridades*. Santo André: Secretaria de Administração, 1992.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde, Departamento de Gestão do SUS, Programa de Saúde Mental. *Relatório de Gestão 1997-2000*. Santo André: Secretaria de Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde, Departamento de Gestão do SUS, Programa de Saúde Mental. *Rede de Atenção Psicossocial: Relatório de Gestão 2001-2004*. Santo André: Secretaria de Saúde, 2004.
- SILVEIRA, A.J.T.; NASCIMENTO, D.R. A doença revelando a história: uma historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, D.R.; CARVALHO, D.M. *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.