

Saúde Mental – em busca de um conceito / *Mental Health: searching a concept*

JAMILA ZGIET*

Resumo: São abordados neste artigo termos comuns nas discussões sobre a política de saúde mental e a chamada reforma psiquiátrica. Apresenta-se uma proposta de conceito em que se compreende a invenção/criação de saúde como alternativa a partir da crítica às intervenções que enfatizam a doença. Não se trabalha, no entanto, com idealizações e concepções utópicas que vêem a saúde como sinônimo de perfeição.

Palavras-chave: saúde mental, reforma psiquiátrica, conceito.

Abstract: This article approaches common terms of discussion present in the mental health policy and the movement known as psychiatric reform. It presents a concept proposal that comprehends the invention / creation of health as alternative based on a critical viewpoint of the interventions that emphasize the mental disorder. Nevertheless, it does not deal with the utopian idealizations and concepts that consider health as a synonym of perfection.

Keywords: mental health, Psychiatric reform, concept.

Introdução

Este trabalho pretende discutir o conceito de saúde mental a partir de tantos outros que o envolvem, considerando o contexto de desinstitucionalização e reforma psiquiátrica atual. Assim, é feita uma abordagem a partir do histórico da atenção à saúde mental e de alguns conceitos já proferidos e adotados por organizações e atores sociais envolvidos com o campo da saúde mental. Não é objetivo deste artigo esgotar o debate ou lançar mão de uma única conceituação válida. Trabalha-se com a concepção de invenção

* Assistente Social, servidora da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília. E-mail: jamilazgiyet@gmail.com

de saúde mental no lugar da compreensão de cura como meta da intervenção. Transfere-se o foco da doença para a pessoa que sofre. Procura-se, então, amenizar o sofrimento e criar saúde a partir disso.

A saúde mental deve ser entendida fora da lógica manicomial. É principalmente isso que se busca explicitar neste texto. A desinstitucionalização traz uma nova prática e uma nova forma de pensar palavras inevitáveis no cotidiano da atenção à saúde mental, palavras essas que carregam significados, estigmas e construções ideológicas diversas. Espera-se que aqui esteja presente uma contribuição à reflexão teórica que norteia a política de saúde mental em diversas partes do globo, inclusive no Brasil.

A atenção à saúde mental e sua reforma

Entre os séculos XVII e XIX, sob influência do ideário iluminista, do primado da razão, a loucura, considerada sinônimo de irracionalidade, passou a ser perseguida (OLIVEIRA; ALESSI, 2005). Assumiu também um caráter de desvio moral quando da ascensão do trabalho num contexto de industrialização. Ou seja, o louco passou a ser visto como “vagabundo”, inútil para a reprodução do capital e, portanto, apto ao afastamento e à reclusão. O manicômio teria esse papel de controle das pessoas com transtorno mental e de livrar a sociedade do convívio com elas. Antes disso, ao louco era dada liberdade de vagar pelas ruas e, em alguns casos, as famílias lidavam sozinhas com os problemas que poderiam advir do comportamento “desviante” de algum de seus membros. Isolamento em cômodos específicos para esse fim dentro ou fora da casa era uma das estratégias no trato com a circunstância (RESENDE, 1987).

A história da loucura se funde com a história das instituições totais. “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos

(AMARANTE, 1994). Esse modelo mantinha características manicomiais. Essas colônias eram construídas distantes das cidades. Lá os internos trabalhavam, em geral em serviços agrícolas. Não é difícil pensar na impossibilidade de (re)integração dessas pessoas na sociedade se considerados o fato de o Brasil ter consolidado sua urbanização naquele período e a falta de contato com familiares.

Na segunda metade do século XX, desenvolve-se um movimento de crítica ao modelo manicomial em algumas partes do mundo. Destacam-se a desinstitucionalização italiana, a Psiquiatria de Setor na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos, entre outros. As idéias que guiavam essas iniciativas vinham de autores como Michel Foucault, Franco Basaglia, Erving Goffman e Robert Castel, que questionavam o poder e o saber médicos impostos sobre as pessoas com transtorno mental (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

No Brasil, essa tendência ganhou força no final da década de 1970, quando foi criado o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental e com a visita de Franco Basaglia, além da ascensão da luta pela Reforma Sanitária. A maior influência do modelo que tem se delineado com suas especificidades no Brasil é a da desinstitucionalização iniciada na Itália com a Lei n.º 180, de 1978, que introduziu um novo modelo de atenção à saúde mental naquele país.

Em 1989, no Brasil, foi apresentado o projeto de lei da reforma psiquiátrica pelo então deputado Paulo Delgado. A lei foi aprovada em 2001 com alterações sobre o projeto original, as quais têm sido questionadas por militantes da Luta Antimanicomial. Não é objetivo tratar dessas críticas aqui. Deve-se destacar apenas o fato de a lei aprovada (Lei n.º 10.216/01) ter deixado brechas para a criação de instituições psiquiátricas e contratação de leitos.

com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1990, p. 11).

Após a Revolução Francesa, a psiquiatria marcou com o selo da medicina práticas disciplinares e correccionais (CASTEL apud OLIVEIRA; ALESSI, 2005). Philippe Pinel é conhecido por ter trazido uma diferenciação de tratamento dos loucos em relação aos outros perturbadores da ordem, como mendigos e criminosos. É considerado pai da psiquiatria pela introdução de métodos que pretendiam a cura dos doentes mentais, e não apenas sua apartação da sociedade. O manicômio era, assim, o local da experimentação de técnicas que visassem à normalização do comportamento do louco, mesmo que, para isso (ou utilizando isso como justificativa), fosse necessário anular os internos e fazer do hospício um espaço de “troca zero” (ROTELLI, 1990). A ausência de troca se dá pela completa passividade do indivíduo institucionalizado, a quem os direitos são negados.

Esse modelo, que era, de alguma forma, de atenção à saúde mental, só passou a ser questionado no século XX, sob influência do médico alemão Emil Kraepelin (1856-1926), que imprimiu um caráter mais científico às práticas psiquiátricas a partir do desenvolvimento de pesquisas que levaram a uma classificação de doenças mentais. A preocupação com o aspecto clínico levou alguns de seus seguidores ao redor do mundo a deixar de lado as práticas de cunho moralista e penal, já que reconheciam nas doenças causas genéticas e biológicas. As idéias de Kraepelin foram difundidas no Brasil por Juliano Moreira (ODA; DALGALARRONDO, 2000).

As modificações proporcionadas pela introdução dessa psiquiatria clínica no país têm sido apontadas como a primeira reforma psiquiátrica brasileira, a qual teve como principal característica a utilização do modelo de hospitais-colônia

Conceito de saúde

Instituído em 1948, o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) tem recebido críticas desde seu anúncio. Ele diz que “saúde é o mais completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade” (SCLAR, 2007). A história desse conceito e a forma como as civilizações têm lidado com o processo saúde-doença explicam de certo modo a utilização de tal opção pela organização, à época recém estabelecida.

Hipócrates, na Grécia Antiga, considerava o homem como uma unidade organizada (estado de saúde) e a doença como a desorganização. Nas sociedades orientais ainda encontramos uma compreensão da saúde como o fluxo harmonioso das forças vitais (energia) no corpo. Passa-se ainda pelo conceito de Bichat, no século XVIII, de saúde como o “silêncio dos órgãos”. Em compreensões e contextos mais poéticos, como na fase do ultraromantismo, a saúde chega a ser dispensável, uma vez que morrer de amor ou até de tuberculose, a doença da boemia, não era, nesse contexto, algo a ser evitado. (ibidem)

Após a revolução permitida pelas descobertas de Pasteur e o conseqüente desenvolvimento da epidemiologia, a saúde não fica mais restrita ao corpo do indivíduo, mas passa a ser percebida num âmbito coletivo, social e, principalmente, relacionado às suas condições materiais de vida. Essa percepção impulsionou as ações propostas por Bismarck na Alemanha, nos anos 1880 e, posteriormente, no início do século XX, o Plano Beveridge, na Inglaterra, que prometia um sistema de saúde com atenção integral a toda a população, por toda a vida, com recursos públicos. A relação entre saúde e bem-estar trazida pelo conceito da OMS, portanto, teve seus fundamentos na ascensão do socialismo e no fim do colonialismo, movimentos que surgiram no pós-guerra. (ibidem)

Embora sejamos capazes de notar que a saúde é definida de forma diferente em cada sociedade e cultura, deve-se observar a impossibilidade de atribuir a alguém a qualidade de sadio nos termos a que os conceitos acima se referem. Os conceitos até hoje apresentados trazem uma compreensão de felicidade e perfeição como sinônimos de saúde. Mesmo na conceituação mais recente, da OMS, nota-se não apenas uma utopia, mas uma condição que não é humana. Compreender o estado de saúde como completa harmonia é descaracterizar o ser humano, que vive em sociedade e em comunidade e necessita lidar com diferentes, e nem sempre favoráveis, situações em seu dia-a-dia.

O completo bem-estar proposto na conceituação de saúde da OMS pode ter o significado oposto ao que se pretendia, uma vez que a percepção do indivíduo sobre sua própria vida como perfeita poderia, ao contrário de fazer dele uma pessoa sadia, torná-lo alguém sem perspectivas, inerte. É a chamada “síndrome da felicidade”, à qual pesquisadores norte-americanos atribuíram um código na Classificação Internacional de Doenças (CID). “[...] a própria organização social e a condição mesma da existência do homem em grupos baseiam-se em uma renúncia que, ainda que assegure ao indivíduo certos benefícios, gera um constante sentimento de ‘mal-estar’” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539).

Saúde mental – prática e conceito em transformação

Se num contexto de restrição da vida humana ao corpo já é difícil conceituar saúde, quando nos referimos à mente, a tarefa fica ainda mais complicada. É fácil encontrar nos meios de comunicação e mesmo em produções científicas conceitos confusos. Na internet, na página de Drauzio Varella, um médico reconhecido e que tem aparições frequentes na mídia brasileira, há a seguinte explicação:

Saúde mental é um conceito vago que engloba desde transtornos como dislexia, autismo, síndrome de Down, demência senil, depressão, que se manifestam de diferentes formas e com diferentes

sintomas, até distúrbios psicológicos e de comportamento – ansiedade e estresse, por exemplo – diretamente relacionados com as condições de vida impostas pela sociedade atual (GENTIL, 2008).

A saúde mental são os transtornos, as síndromes, as deficiências? É a ausência disso? É algo além disso? É possível que seja consenso a última opção, embora a todo o momento se relacione saúde mental aos chamados transtornos e deficiências. Essa relação é importante, mas não encerra a discussão. Nesse sentido, podem-se colocar como questões para debate: (a) o conceito de loucura em relação aos conceitos de deficiência, doença e transtorno mental e (b) a atenção à saúde mental para além da intervenção em circunstâncias avaliadas como patológicas e para além da psiquiatria.

Loucura, deficiência, transtorno e doença – nomes para o mesmo fenômeno?

Embora haja uma discussão relevante quanto aos termos empregados para se referir às pessoas com transtorno mental ou sofrimento psíquico, o vocábulo “loucura” é usado em nosso cotidiano para abordar situações que, em geral, dizem respeito a circunstâncias de exaltação, alegria, paixões, atitudes que exigem coragem e afins, e, outras vezes, para caracterizar atos de violência, crimes, acidentes. A mídia em muito tem contribuído para a estigmatização da loucura e para a manutenção de um ideário manicomial de tratamento – como exemplo, podem-se citar novelas e filmes em que aos vilões restam o manicômio, a prisão ou a morte.

Na obra *Elogio da loucura*, Erasmo (2007) discorre sobre diversas situações que levariam a uma absolvição da loucura diante da acusação de que é maléfica para os homens e da circunstância de perseguição aos que a tem como forma de viver. O método que utiliza é dar voz à loucura, permitindo que ela se elogie e mostre sua presença em diversos aspectos da vida considerada normal

e, em outros casos, o lado positivo de sua exacerbação – como o grego, “bom amigo, marido, mestre indulgente” (p. 57-58), que era feliz se dirigindo ao teatro vazio e lá permanecendo e se divertindo como se assistisse a ótimas comédias, mas que se tornou triste quando passou a tomar remédios.

A antipsiquiatria há muito defendeu a livre expressão da loucura, a qual não deveria ser alvo de intervenção. Essa defesa deve ser vista com ressalvas, pois é sabida a existência do sofrimento. Daí a compreensão de sofrimento psíquico, no qual se pode intervir.

É importante que loucura não seja equiparada a sofrimento psíquico, doença ou transtorno, que são termos muito claramente dotados de negatividade, abordando fenômenos ou fatos ruins. Como Erasmo ironiza em seu *Elogio*, a loucura tem outros aspectos que não o sofrimento, principalmente se considerada um fenômeno passageiro: “[...] duvido se possa encontrar em toda a superfície do globo um único homem que seja sábio em todos os momentos, e que não sinta de tempo em tempo algum efeito do meu poder” (ERASMO, 2007, p. 59).

[...] o dispositivo psiquiátrico apresenta a ambivalência de empobrecer a compreensão de uma experiência humana fundamental em classificações científicas reducionistas. As inúmeras possibilidades da loucura enquanto radicalidade da alteridade, transgressão, ruptura que força os contornos do humano – enfim, requisitos para uma vida que explora os limites da criatividade e sua afirmação – são reduzidas a um único significado: doença mental (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005, p. 48).

O fenômeno da loucura é anterior à institucionalização. Considerá-la sinônimo de doença é atá-la ao âmbito manicomial, de controle, e que tem a cura como meta. O termo “transtorno” é mais amplo que “doença”, pois não restringe o fenômeno negativo ao campo de intervenção da saúde, tornando-o um processo social. Nesse sentido, os termos “loucura” e “louco” expressam

muito menos estigma e negatividade que os outros, muitas vezes considerados politicamente corretos. Por outro lado, ao se adotar os termos “doença”, “transtorno” e “sofrimento”, retira-se em grande parte a culpa da pessoa por sua condição e transfere-se uma porção de piedade ao sujeito a que se refere. Nota-se, assim, quão complexa é a denominação de fenômenos ou fatos sociais. As palavras têm força e carregam significados em geral menores ou divergentes daquilo que se deseja definir.

Não se pretende condenar o uso de nenhum desses termos, mas alertar para o fato de a loucura não significar apenas o aspecto negativo de comportamentos tidos como anormais, estranhos ou desviantes. Em geral, os termos “louco” e “loucura” aparecem mais quando se faz referência a textos antigos ou momentos remotos, anteriores à institucionalização. A institucionalização modificou conceitos e vocabulários. E a desinstitucionalização pretende modificar outros tantos.

Segundo o *Dicionário de Psiquiatria* de Robert Campbell (1986), o termo “loucura” era usado no início do século XIX no âmbito clínico para se referir ao que atualmente é conhecido como esquizofrenia. Essa definição traz à tona a necessidade de construção de conceitos a partir da desconstrução da loucura em si e do aparato criado ao seu redor, já como doença. As experiências de reforma psiquiátrica e a produção científica a respeito têm deixado claro que não se trata de lidar com “o doente”. Trata-se de lidar com o diferente (AMARANTE apud ALVERGA; DIMENSTEIN, 2005).

Outro assunto importante a ser tratado, mas ao qual não nos deteremos aqui é a comparação entre deficiência e transtorno mental, em geral ocorrida no senso comum, mas que tem suas conseqüências até no exercício de direitos. Um exemplo é a concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) a pessoas com transtorno mental, embora a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS, Lei n.º 8.742/93) o destine apenas a idosos e a pessoas com deficiência.

Se a loucura é contraposta à razão, a deficiência tem sido contraposta à inteligência, à capacidade de aprendizado – daí a variação, por muitos preferida, “deficiência intelectual”. Ambas têm histórias semelhantes, que vão da liberdade à institucionalização, passando por deificação em algumas culturas e períodos (PESSOTI, 1981). Seria válido um estudo que procurasse discutir a desinstitucionalização no âmbito da deficiência, mas, nesse aspecto, o que se nota é um vínculo muito maior com instituições de educação, até mesmo em decorrência do objeto considerado afetado nesse caso – o intelecto. Uma questão a ser respondida também é quanto à participação da atenção à saúde mental nessas circunstâncias.

Psiquiatria e atenção à saúde mental

O exercício de construção de um conceito de saúde mental na atual conjuntura é parte da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização por ela pretendida (AMARANTE; TORRES, 2001). Assim, é mister fazer a diferenciação entre atenção à saúde mental e psiquiatria.

Rotelli et al. (1990) abordam a psiquiatria ao mesmo tempo em que discutem o paradigma racionalista, ligeiramente citado anteriormente. Nesse paradigma, o processo natural e único dos fenômenos é o caminho “problema-solução”, ao qual a medicina, a justiça e a assistência buscam se adequar. “Estas instituições funcionam (ao menos assim se legitimam) com base em uma relação codificada entre ‘definição e explicação do problema e resposta (ou solução) racional’, tendencialmente ótima” (ROTELLI et al., 1990, p. 25). A psiquiatria não consegue aplicar essa ordem em seu objeto – a doença mental – e passa a se basear no manicômio, que

efetivamente se constitui sobretudo como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (de problema-solução) das instituições que fazem fronteira com a Psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e a assistência. E por isso a Psiquiatria se

constitui em última instância na fronteira, no cruzamento dessas instituições e assume o dever de absorver no seu interior tudo aquilo que resta da lógica problema-solução que a governa e, portanto, todos os problemas que ao resultarem incoerentes, insolúveis e irredutíveis são por isso expulsos (ROTELLI et al., 1990, p. 26-27).

Assim, a psiquiatria, muito mais que “a especialidade médica que se dedica ao estudo, diagnóstico, tratamento e prevenção de distúrbios do comportamento” (CAMPBELL, 1986, p. 506), é um campo de saber e poder que tem seu papel na sociedade como ela funciona, papel contraditório, que transita entre o controle e o cuidado. O cuidado não está entre as suas atribuições desde sua constituição, e a transformação pretendida na chamada reforma psiquiátrica visa a modificar a essência do objeto de intervenção e estudo desse campo, fazendo do cuidado a meta. A doença não deve ser vista apartada da pessoa. Assim, a intervenção deve ser sobre o sofrimento causado pela doença e não sobre a doença em si.

Sob um ângulo prático, quando se fala em psiquiatria, trata-se de uma disciplina médica que, reformada, deixa de ser vista como única detentora de saberes no campo da saúde mental e passa a atuar em parceria, não hierárquica, com outras disciplinas, inclusive não médicas. À psiquiatria cabe a incumbência do diagnóstico – o que pode ser também feito pela psicologia – e, se for o caso, de prescrição de medicamentos. Mas, compreendendo o seu papel na atenção integral à saúde mental, o profissional da psiquiatria deve também atuar com o objetivo de identificar e encaminhar demandas aos outros profissionais. Isso se aplica a todos os níveis de complexidade de atendimento estabelecidos pelo SUS, no caso brasileiro. Forma-se, em verdade, uma rede, com referências e contra-referências, com profissionais envolvidos plenamente no processo que deve ter como finalidade, não apenas o tratamento – e ainda assim este não deve ter a cura como objetivo –, mas a promoção da saúde mental na comunidade.

Nesse sentido, não estão envolvidos apenas profissionais de saúde, e nem mesmo somente a política pública de saúde. A

comunidade, as famílias, organizações governamentais de diversos setores e organizações não governamentais passam a contribuir com a promoção da saúde mental e a fazer parte da rede. Essa contribuição pode acontecer de diversas formas: oferta de serviços (e, nesse caso, deve-se priorizar a ação estatal); encaminhamentos; troca de informações; participação em órgãos de controle das ações do Estado; incentivo à criação desses órgãos, caso não existam; luta pela garantia de direitos da população; denúncia de ações que contrariem a legislação; entre outras.

Desinstitucionalização para uma nova conceituação

Desconstruindo o manicômio e esse aparato desenvolvido como solução para a doença mental e passando o objeto de “doença” para a “existência-sofrimento dos pacientes” e a sua relação com a sociedade, “então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto” (ROTELLI et al., 1990, p. 30).

Pensar um conceito para saúde mental é parte da desinstitucionalização e é uma tarefa que deve levá-la em consideração. Após as discussões anteriores, que tratam do que a saúde mental não é, analisar-se-ão, ligeiramente, algumas concepções sobre o assunto.

A OMS lembra que

Estudiosos de diferentes culturas dão diferentes definições à saúde mental. Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa (OPAS/OMS, 2001, p. 18).

O Dicionário de Psiquiatria (APPEL apud CAMPBELL, 1986) conceitua saúde mental com as seguintes palavras:

1. Higiene mental, em que a saúde mental é um campo baseado nas ciências do comportamento (...) e ampliado por aplicações

científicas, sociais e profissionais. 2. Bem-estar psicológico ou ajustamento psicológico adequado, sobretudo na medida em que tal ajustamento se harmoniza com padrões aceitos pela comunidade do que devem ser as relações humanas. Algumas das características da saúde mental são: independência razoável; autoconfiança; autodireção; capacidade para desempenhar um trabalho eficazmente; capacidade para assumir responsabilidades e realizar os esforços necessários; confiabilidade; persistência; capacidade de conviver harmoniosamente com os outros e de trabalhar em grupo; cooperação; capacidade para trabalhar sob autoridade, normas e dificuldades; capacidade de demonstrar amizade e amor; capacidade para dar e receber, para contribuir; senso de humor; altruísmo; capacidade para encontrar formas de recreação, como nos hobbies (p. 545).

Essa definição, embora seja de 1986 e de um autor não brasileiro, traz aspectos a serem considerados, em especial quanto à visão funcionalista da medicina sobre o assunto. Primeiro, quando se utiliza o termo “higiene mental”, é feita uma correlação entre o mental e o físico, como se fosse possível assear a mente como se faz com o corpo e os ambientes. A higiene mental foi, no Brasil, como destaca Paulo Rennes Marçal Ribeiro (1999), inspirada na eugenia, difundida por Hitler, o qual era apoiado pela Liga Brasileira de Higiene Mental na década de 1930. Embora a prática parecesse introduzir técnicas de caráter mais humanitário, a ideologia que envolvia a higiene mental era de enquadramento, ajustamento, limpeza. Uma inovação importante e que aparece na conceituação acima é quanto à participação de outros profissionais.

É no segundo item da definição, entretanto, que aparecem expressões de cunho positivista e idealista – adequação, ajustamento, harmonia, padrões. Além disso, as chamadas características da saúde mental envolvem inclusive uma idealização dos traços de personalidade das pessoas, como o humor, a confiabilidade e a persistência. A ausência dessas características já significaria uma saúde mental abalada? Essa posição da psiquiatria diante da saúde mental indica, mais uma vez, a importância da modificação do modelo de atenção e a necessidade de se questionar o poder dessa

especialidade médica nos equipamentos de saúde e a formação dos profissionais da psiquiatria.

Em uma publicação da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), em 1970, Hildegard Peplau, citando Stokes, traz algumas definições:

La salud mental se ha definido de diferentes maneras: a) como la ausencia de la dolencia llamada enfermedad mental; b) como el polo positivo de un proceso continuo cuyo polo opuesto es la enfermedad mental; c) como cualidades personales observables – tales como capacidad intelectual e interpersonal (social) – compatibles con la edad y dotes naturales y que faltan en el enfermo mental; d) como conducta social de adaptación manifestada en una familia sana que vive en una sociedad “sana”; e) como habilidades definidas mediante “conceptos de eficacia, lucha y capacidad de relación social” – considerando la enfermedad mental como lo opuesto a incapacidad, resignación, desesperanza, desesperación y egocentrismo (PEPLAU, 1970, p. 47).

Em todas essas definições, a enfermidade aparece como oposta à saúde, como se não houvesse possibilidade de se promover a saúde a partir de um ponto considerado “equilibrado”. A saúde mental também não é entendida dentro das possibilidades de cada indivíduo e cada comunidade. Ou seja, considera-se apenas a diferença manifestada pela loucura para se estabelecer um nível razoável de saúde mental, não se enfatizando as condições peculiares de determinadas comunidades. Assim, é estabelecida uma meta ideal, fora da qual nenhuma pessoa apresenta saúde mental. Trabalhar com a noção de possibilidade é uma opção, em que se admite a existência de doença ou deficiência mental e isso se torna um ponto de partida para a criação de saúde mental. “A ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’, mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’” (ROTELLI et al., 1990, p. 30). Outra manifestação do uso de possibilidades é admitir a chance de se gerar saúde mental em contextos não favoráveis, como uma comunidade muito pobre e sem maiores recursos. O primeiro passo nesse sentido seria a participação e mesmo a luta por garantia de direitos.

A partir dessa construção, poder-se-ia afirmar que a saúde mental é aqui entendida como possibilidade de utilização máxima das capacidades mentais dos seres humanos em sua relação consigo, com os outros e com o meio, consideradas suas condições físicas, psicológicas, sociais e culturais. No entanto, essa definição não contempla a busca, que também deve estar incorporada, de melhoria dessas condições mencionadas, correndo-se o risco de incentivar um conceito que promova a conformação, o que não se pretende. De todo modo, a saúde mental estaria abalada quando lhe fossem reduzidas as possibilidades mentais, considerado um ponto de partida, que pode ser uma condição específica que não tem chance de maiores modificações e melhora. Reitera-se que a plenitude dessas condições deve ser promovida e que as possibilidades devem ser ampliadas.

Considerações finais

Quando se trata de saúde mental, invade-se um campo de mistérios e em constante transformação. As narrações da história da loucura não são suficientes para descrever todo o horror a que as pessoas com transtorno mental foram e têm sido submetidas. Mais do que apontar conceitos e construções teóricas, busca-se trazer à tona formas de pensar que culminem em modificações reais na vida daqueles considerados loucos, na direção da criação de saúde mental. É isso se dá, como tantos autores e atores vêm provando, por meio de iniciativas criativas nos serviços de saúde, que ultrapassem a prática médica e alcancem a verdadeira interdisciplinaridade.

Não se concebe invenção de saúde mental em um contexto manicomial, sendo, portanto, fundamental que essa compreensão seja paralela à desconstrução do aparato que ornamentou a loucura até o momento. Para tanto, é preciso que propostas e ações surjam no maior número de espaços possível, envolvendo usuários dos serviços, familiares, trabalhadores, o poder público e a produção

de conhecimento em saúde mental. Dessa forma, a luta ganha o sentido de dissolução das alegorias e performances de exercício de poder, gerando um saber real e embasado pelas experiências daqueles que foram pacientes e hoje se insurgem e, impacientes, pedem por sua valorização como seres humanos, cidadãos e protagonistas de suas vidas.

Submerido em 28 de maio de 2009 e aceito para publicação em 10 de novembro de 2009

Referências

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, P. (coord.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*, v. 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

CAMPBELL, R. J. *Dicionário de Psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

ERASMO, D. *Elogio da Loucura*. Porto Alegre: L&PM, 2007.

FOUCAULT, M. *História da loucura: na Idade Clássica*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GENTIL, V. *Saúde mental*. Disponível em: <<http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/saudemental.asp>>. Acesso em: 15 jun. 2008.

LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Revista Brasileira de*

- Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, n. 4, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2008.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANADA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genève: OPAS/OMS, 2001.
- OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n 1, p. 191-203, 2005.
- PEPLAU, H. E. Preparación y funciones del personal de los equipos de salud mental comunitaria. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Grupo de trabajo sobre la administración de servicios psiquiátricos y de salud mental. Viña del Mar: OMS, 1970.
- PESSOTI, I. Sobre a gênese e evolução histórica do conceito de deficiência mental. *Revista Brasileira de Deficiência Mental*, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 54-69, jan./jun., 1981.
- RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987.
- RIBEIRO, P. R. M. *Saúde mental no Brasil*. São Paulo: Arte & Ciência, 1999.
- ROTELLI, F. O inventário das subtrações. In: NICÁCIO, F. (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n 1, p. 29-41, 2007.
- SEGRE, M.; Ferraz, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, n. 31, p. 538-542, 1997.