

INTRODUÇÃO



Poucas áreas do conhecimento têm fascinado tanto a humanidade como aquela voltada para o estudo da mente humana: é a mente buscando compreender a si própria. A questão se torna ainda mais fascinante ao se estudarem os transtornos mentais, situações em que o funcionamento da mente encontra-se alterado. A complexidade dessa área é tão grande que algumas pessoas chegam mesmo a acreditar que o homem jamais conseguirá desvendar de forma plena os mistérios que permeiam nossas funções mentais e as alterações associadas a elas. Seria como tentar tirar os dois pés do chão puxando os próprios suspensórios, ou seja, algo impossível.

Os transtornos mentais fazem parte de nossa experiência diária. Eles são muito mais comuns do que em geral se imagina. Dados epidemiológicos estimam que entre 30 e 40% dos brasileiros apresentaram pelo menos uma vez na vida um transtorno mental (Mello; Mello; Kohn, 2007). Dessa forma, inevitavelmente cada um de nós tem um vizinho, um amigo ou mesmo um familiar que já sofreu ou está sofrendo desse problema.

Os transtornos mentais podem ser altamente incapacitantes. Um levantamento realizado pela Universidade Federal de São Paulo, em parceria com o Ministério da Saúde, constatou que a maior parte dos casos de licença para o tratamento da saúde no Brasil está relacionada a um diagnóstico psiquiátrico. Entre as 10 principais causas de afasta-

mento do trabalho, cinco estão relacionadas a transtornos mentais, sendo a depressão a causa número um.

Mas, afinal, o que é um transtorno mental? A resposta não é fácil. As dificuldades já surgem com a própria terminologia. Na área da saúde mental, o termo *transtorno* não tem um significado preciso. Ele é utilizado para evitar problemas ainda maiores inerentes ao uso de palavras como *doença* ou *enfermidade*, empregadas quando se conhece a causa da patologia – as alterações fisiopatológicas que explicam a anormalidade. A atual *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*, que se encontra em sua 10ª edição (CID-10, publicada originalmente em 1992), contém 21 capítulos, dos quais o único que emprega o termo *transtorno* é o relacionado à psiquiatria. Nos demais, a CID-10 utiliza a denominação *doença* (Organização Mundial da Saúde, 1993).

O termo *mente* também é bastante controverso. Em geral a palavra é utilizada para descrever processos psicológicos que atingem a nossa consciência, como motivações, emoções ou processos cognitivos – incluindo percepção, memória, raciocínio, ou qualquer outra função que permita a aquisição de conhecimento, a resolução de problemas e a elaboração de planos para o futuro. Para os primeiros filósofos – que viveram na Grécia Antiga – e principalmente para René Descartes (1596-1650) – responsável pela inauguração da filosofia moderna –, corpo e mente representam dois tipos distintos de substância. De acordo com essa perspectiva, denominada dualista, o corpo é formado por matéria, enquanto a mente – ou a alma – é imaterial.

Em oposição ao dualismo, vários filósofos contemporâneos – por exemplo, John Searle, da Universidade de Berkeley – acreditam que mente e cérebro são indistinguíveis e representam um único sistema. Essa segunda perspectiva, conhecida como monista materialista, vem sendo corroborada por evidências recentes da neurociência (Damásio, 1996). Portanto, a designação *transtorno mental* pode ser enganosa, uma vez que sugere uma falsa distinção entre doenças físicas, de natureza material, e doenças mentais, de natureza imaterial. De fato, termos como *amnésia psicogênica* ou *transtorno mental orgânico* foram gradativamente abandonados na literatura especializada por dar a entender, incorretamente, que transtornos mentais “psicogênicos” ou “não orgânicos” não possuem um substrato neural.

Outro problema presente nessa área são os critérios utilizados para diferenciar o que é normal do que é patológico. Fundamentalmente, existem três grandes critérios: o subjetivo, o estatístico e o cultural. Todavia, nenhum deles é considerado totalmente satisfatório. De acordo com o critério subjetivo, o patológico está relacionado a uma vivência de sofrimento, a um sentir-se enfermo. No entanto, nos quadros de mania eufórica (ver Capítulo 5), por exemplo, o indivíduo, embora pareça aos outros claramente fora do normal, sente-se muito bem, mais alegre e mais bem-disposto que de costume. De acordo com o critério estatístico, o patológico representa aquilo que é raro ou foge da média. No entanto, indivíduos com um nível de inteligência muito alto, que apresentam um quociente de inteligência (QI; ver Capítulo 15) muito acima de 100, não são considerados doentes. Por fim, de acordo com o critério cultural, o patológico é aquilo que está fora dos padrões ideais de comportamento definidos por uma determinada cultura. A fragilidade deste último critério reside no fato de que algo que é visto como patológico em uma cultura pode ser considerado normal em outra. Da mesma forma,

algo que é visto como patológico em uma época pode ser considerado normal em outra. O homossexualismo seria um bom exemplo disso.

Independentemente de todas essas questões, é possível formular, ainda que de forma provisória, uma definição de transtorno mental. Dessa maneira, utiliza-se o termo *transtorno mental* para indicar a presença de um conjunto de vivências subjetivas ou comportamentos que causam sofrimento significativo ou um importante prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante da vida do indivíduo.

A forma como compreendemos os transtornos mentais atualmente é consequência de uma longa série de eventos históricos. Nossa perspectiva acerca do adoecimento mental mudou bastante ao longo do tempo, abrangendo desde explicações religiosas e sobrenaturais até teorias mais racionais, que culminaram, hoje em dia, em modelos teóricos muito elaborados, que propõem uma relação dinâmica entre genes, cérebro e ambiente.

PRÉ-HISTÓRIA

Como qualquer outra enfermidade, as doenças mentais representam alterações inerentes à própria condição humana. Assim, é possível que alguma forma de adoecimento mental já estivesse presente nas primeiras culturas humanas, que surgiram no leste africano entre 100 e 150 mil anos atrás. A ausência de registros escritos impede uma determinação exata do tipo de conhecimento que essas culturas detinham sobre as funções e disfunções mentais. Entretanto, escavações arqueológicas revelaram a existência de crânios perfurados cirurgicamente desde o período neolítico, 12 mil anos atrás.

Não estão claras as razões que motivaram o homem pré-histórico a realizar essas cirurgias, denominadas trepanação (do grego *trúpanon*, “perfuração, abrir um buraco”). Uma possível função religiosa estaria relacionada à necessidade de liberar demônios que estariam atormentando o doente. No entanto, especula-se que haveria uma função terapêutica: aliviar convulsões ou dores de cabeça. Independentemente da razão pela qual a trepanação era realizada, o emprego dessa técnica indica a importância que o homem pré-histórico atribuía ao cérebro ou, pelo menos, à região da cabeça.

IDADE ANTIGA

A Idade Antiga corresponde ao período que vai desde a origem da escrita, cerca de 4000 a.C., até a queda do Império Romano, em 476 d.C. Registros antigos demonstram que as primeiras grandes civilizações humanas – o Egito, a Mesopotâmia, a China e a Índia – interpretavam tudo aquilo que lhes era incompreensível, fosse na adversidade – os desastres naturais, as doenças e a morte – ou na abundância – boa colheita, saúde ou o nascimento de uma criança –,

como manifestações de forças divinas (deuses ou demônios). Esses registros, alguns datados de 1700 a.C., revelam descrições muito detalhadas de algumas formas de adoecimento mental, como a histeria (ver Capítulo 7). Entretanto, essas primeiras grandes civilizações atribuíam tais manifestações ao efeito de feitiços ou possessões por espíritos malignos. Dessa forma, o tratamento consistia, basicamente, na expulsão desses espíritos por meio de encantamentos e invocação de deuses.

Os primeiros modelos explicativos de natureza racional em relação às enfermidades mentais surgiram com a filosofia, na Grécia Antiga. De acordo com essa nova perspectiva, descartou-se completamente a influência de deuses sobre a ocorrência de adoecimento mental, o qual passou a ser associado a causas naturais. Em torno de 450 a.C., Alcmeon e, mais tarde, Hipócrates propuseram a primeira teoria monista relativa ao problema mente-corpo, atribuindo ao cérebro a origem de toda a atividade mental humana. De acordo com Hipócrates,

os homens precisam saber que de nada mais além do cérebro vêm alegrias, prazeres, divertimentos e esportes; e tristezas, desapontamentos, desesperanças e lamentações. E por isso, de uma maneira especial, nós adquirimos visão e conhecimento, e nós vemos e ouvimos. E pelo mesmo órgão nos tornamos loucos ou delirantes, e medos e terrores nos assaltam, alguns de noite e outros de dia. Todas essas coisas nós suportamos do cérebro quando ele não é sadio.

Hipócrates (460-377 a.C.) formulou, também, a teoria de que haveria quatro humores corporais – a bile negra, a bile amarela, o sangue e a fleuma – e que eles estariam relacionados a quatro tipos de temperamento – melancólico, colérico, sanguíneo e fleumático, respectivamente (ver Capítulo 14 para uma descrição desses quatro tipos de temperamento).

Na Roma Antiga (séculos I e II d.C.), Galeno (131-200 d.C.) seguiu ideias semelhantes às de Hipócrates. Para eles, havia basicamente três espécies de doenças mentais: melancolia (afecção mental crônica, sem excitação), mania (excitação mental crônica, sem febre) e frenite (excitação mental aguda, com febre). Alterações no equilíbrio desses humores seriam responsáveis pelas três formas de adoecimento mental. Consequentemente, qualquer tipo de intervenção terapêutica tinha como finalidade resgatar o equilíbrio dos humores corporais. Nesse sentido, dentre as formas de tratamento adotadas naquela época, incluíam-se sangrias, purgações, massagens corporais e dietas alimentares.

IDADE MÉDIA

Com o declínio de Roma e de todo o Império Romano no Ocidente, teve início na Europa um período de guerras, barbárie, miséria e doenças, culminando em uma nova organização econômica, política e social calcada na agricultura e no poder do rei. Essa nova organização econômica, denominada feudalismo, e a ascendência do cristianismo na Europa destacam-se como caracte-

rísticas importantes do início da Idade Média. As ideias de Santo Agostinho (354-430 a.C.), associadas aos dogmas da Igreja Católica, contribuíram para uma concepção dualista da questão mente-corpo. Nesse contexto, a doença mental era vista como consequência de um pecado. Teorias que buscavam explicar a participação do cérebro nos diferentes distúrbios do comportamento ficaram esquecidas, prevalecendo as explicações amparadas em crenças sobrenaturais. Assim, indivíduos acometidos por algum tipo de doença mental eram considerados endemoniados, possuídos ou enfeitiçados.

No século XII, teve início a Inquisição (do latim, *inquisitione*, que significa “inquirir, perguntar, averiguar, pesquisar, interrogar”), um movimento da Igreja que tinha como objetivo investigar crimes cometidos contra a fé católica, supostamente em decorrência da influência de forças malignas. Em 1484, dois padres dominicanos escreveram um manual para a identificação de bruxas, que serviu como guia para os juízes dos tribunais da Inquisição. O manual, denominado *O martelo das bruxas* ou *O martelo das feiticeiras* (em latim, *Malleus Maleficarum*), certamente fez com que muitas pessoas que sofriam de doenças mentais fossem acusadas e queimadas como bruxas.



O filme *Joana d’Arc*, de Luc Besson, ilustra bem essa época. Ele conta a história da personagem-título (Milla Jovovich), heroína francesa na Guerra dos Cem Anos. No século XV, a França havia sido parcialmente invadida pela Inglaterra. Quando Joana era criança, a aldeia em que vivia foi incendiada pelos ingleses. Além disso, nesse ataque, ela viu sua irmã mais velha ser estuprada e morta por um dos soldados invasores.

Na infância, Joana já apresentava alucinações auditivas. Uma voz lhe dizia para ser boa e ajudar os outros. Ela era uma católica mais do que fervorosa e se confessava 2 ou 3 vezes por dia. Já adolescente, Joana escreve várias cartas para o herdeiro do trono francês, Carlos VII (John Malkovich), dizendo que era uma “enviada de Deus” e que precisava vê-lo. Ela consegue ser recebida por ele e lhe revela que tem uma “mensagem do rei dos Céus”. Refere ouvir vozes, por meio das quais Deus lhe dera uma missão: ela deveria salvar a França dos inimigos e conduzir Carlos VII ao altar da cidade de Reims para ser coroado. Alguns conselheiros de Carlos VII suspeitam que Joana poderia ser uma bruxa ou feiticeira. No entanto, ela consegue convencê-lo a lhe dar um exército para combater os ingleses.

Analfabeta e sem ter qualquer treinamento militar prévio, Joana comanda os soldados fran-



ceses em diversas batalhas contra os ingleses, saindo-se sempre vitoriosa, até conseguir expulsar o inimigo da cidade de Orléans, o que permitiu a coroação de Carlos VII. Depois desse episódio, Joana continua querendo guerrear e almeja expulsar os ingleses de Paris. No entanto, nesse momento, o novo rei francês prefere a negociação à guerra, e, conseqüentemente, Joana passa a ser uma figura incômoda para ele. Carlos VII então fornece um exército muito reduzido a ela, na esperança de que seja morta ou capturada na próxima batalha. De fato, Joana d'Arc é presa pelos borguinhões, que a entregam a seus aliados, os ingleses, que, por sua vez, a acusam de heresia – por falar em nome de Deus – e de ser uma bruxa – por causa das vozes que ouvia. Joana d'Arc é julgada pela Igreja Católica, na diocese de Beauvais, condenada e queimada viva em 1431, aos 19 anos de idade. Todavia, cerca de 500 anos depois, seria canonizada pelo papa Bento XV. Atualmente, acredita-se que ela apresentava alucinações auditivas, sintoma presente em vários transtornos psicóticos, dentre os quais a esquizofrenia (Allen, 1975). Além de esquizofrenia, outra hipótese formulada para o diagnóstico da heroína francesa é o de epilepsia de lobo temporal (d'Orsi; Tinuper, 2006).

Enquanto a Europa estava mergulhada nesse sistema de crenças durante a Idade Média, os árabes de religião islâmica desenvolveram grandes avanços na ciência. Entre os séculos IX e XIII, período conhecido como a época de ouro da ciência islâmica, os árabes ampliaram seus horizontes intelectuais nas áreas da matemática, engenharia, astronomia, química e medicina. Abu Ali al-Hasan ibn Al-Haitham (965-1040), conhecido no mundo ocidental como Alhazen, representa um dos precursores do método científico moderno. Em seu livro sobre ótica, encontram-se os primeiros modelos quantitativos de fenômenos físicos, assim como a ênfase na observação e na experimentação sistemática.

Outro precursor do método científico, o médico Ali al-Husain ibn Abdallah ibn Sina (980-1037), conhecido no mundo ocidental como Avicena, realizou uma série de descrições clínicas de doenças mentais, reconhecendo, inclusive, a influência das emoções sobre seu surgimento. De fato, Avicena foi um dos precursores do tratamento moral (ver adiante) e da psicoterapia. Ele empregava o que chamamos hoje de terapia ocupacional e musicoterapia, além de medicamentos da época, banhos, exercícios e massagens no tratamento de doentes mentais.

A importância do mundo árabe para a história da psiquiatria deve-se também ao fato de o primeiro hospital para o tratamento de doenças mentais ter sido construído em Bagdá, no ano de 706. Na Europa, essas instituições apareceriam somente no século XV.

A partir do século XVI, com o início da Renascença europeia, a civilização islâmica entrou em declínio. Entretanto, o conhecimento acumulado pelos povos árabes foi traduzido para os idiomas europeus, tornando-se uma fonte importante para a revolução da ciência moderna.

IDADE MODERNA

A Idade Moderna foi marcada por um retorno ao pensamento racional da Grécia Antiga e pelo desenvolvimento do método científico. Começam a surgir, então, críticas às explicações

demoníacas para o adoecimento mental. Por exemplo, o médico e astrônomo suíço Paracelso (1493-1541) relacionou as doenças mentais à influência das diferentes fases da Lua, derivando daí o termo *lunático*,¹ utilizado até os dias de hoje. Teresa D'Ávila (1515-1582), uma madre espanhola canonizada em 1622, também contestou a perspectiva metafísica da doença mental. Ela argumentou, durante um processo de um tribunal da Inquisição, que algumas madres de seu convento que apresentavam alterações mentais sofriam de uma doença física, não estando possuídas por espíritos malignos.

Entretanto, as explicações calcadas em perspectivas mais racionais acerca do adoecimento mental foram ofuscadas devido à concepção cartesiana sobre a mente. Ao sistematizar o método científico, Descartes postulou que a mente, por ser de natureza imaterial, não era passível de estudo pelo método científico. A popularidade dessa ideia foi tão grande que uma abordagem científica das doenças mentais só seria adotada cerca de um século mais tarde.

O início da Idade Moderna assistiu, também, a uma nova organização econômica, política e social. O sistema de produção feudal foi sendo substituído pela produção capitalista calcada no comércio, o que levou ao aparecimento de várias cidades ao longo das principais rotas comerciais. Com a reorganização da sociedade europeia, tornou-se necessária a criação de instituições especiais que pudessem abrigar um grande número de mendigos, idosos, inválidos e doentes que se acumulavam nas cidades e não tinham onde morar. Essas instituições, chamadas de asilos ou hospitais gerais, foram inicialmente mantidas pela Igreja. Grandes hospitais, construídos pelo Estado em diferentes cidades europeias, também começaram a surgir. Destacam-se aqui o Hospital Bethlehem, criado em Londres, em 1547, por ordem do rei Henrique VIII (1491-1547), e o Hospital La Salpêtrière,² criado em Paris, em 1656, por decreto do rei Luís XIV (1638-1715).

Ao serem retirados do convívio social, os indivíduos eram confinados no hospital, mas não recebiam tratamento médico ou qualquer outra forma de terapia, podendo permanecer ali até a morte. Com o tempo, os hospitais passaram a abrigar, também, prostitutas e infratores de toda espécie. Os doentes mentais eram tratados com descaso, até mesmo de forma desumana, sendo submetidos a condições piores do que os criminosos nas prisões.

Na época, o tratamento das doenças mentais ainda era muito limitado. Havia uma grande relutância em abandonar a teoria dos humores propostas por Hipócrates e Galeno

¹ É possível que a expressão *no mundo da lua*, utilizada para indicar que uma pessoa encontra-se distraída, tenha relação com essa antiga teoria.

² O Hospital La Salpêtrière é um dos ícones na história da psiquiatria. Na segunda metade do século XIX, renomados médicos, por exemplo, Jean-Martin Charcot, Pierre Janet e Jean-Étienne Esquirol, realizaram importantes descobertas acerca de diversas doenças mentais (ver Capítulos 7, 8 e 13). Nesse período, o hospital tornou-se um centro de referência mundial, recebendo estudantes de todo o mundo, entre eles Sigmund Freud. Seu nome vem do fato de ele ter sido construído no local de uma antiga fábrica de pólvora, cujo componente principal é o salitre – em francês, *salpêtre*.

ainda na Idade Antiga. Assim, sangria, ventosas e purgações, com o objetivo de aliviar os excessos humorais, ainda eram os tratamentos preferidos.

Somente no início do século XVIII a explicação humoral para o adoecimento mental começou a ser abandonada. A loucura passou a ser interpretada como uma perturbação da razão e da moral. De acordo com essa nova perspectiva, a incapacidade lógica e intelectual do indivíduo impediria que ele pudesse adquirir as regras e os costumes sociais. Assim, o doente mental era visto como um selvagem desprovido das faculdades morais, e, conseqüentemente, não poderia ser responsável por seus atos.

Com base nessa concepção, novas intervenções, utilizando métodos educacionais e coercitivos, buscavam elevar a condição de selvagem do louco ao nível de um ser moral com sentimentos nobres. Diversas técnicas de punição física foram desenvolvidas, algumas delas lembrando procedimentos de tortura, com o objetivo de reeducar o doente mental. Métodos de restrição, como a cadeira tranquilizante, eram empregados para acalmar o enfermo. Aqueles que não respondiam adequadamente a essas rigorosas e, muitas vezes, cruéis técnicas educacionais eram acorrentados em pequenas celas, como se fossem animais selvagens.

IDADE CONTEMPORÂNEA

A Revolução Francesa, em 1789, dá início à Idade Contemporânea. Mais do que uma transformação política, esse movimento gerou grandes mudanças na forma de conceber o ser humano. Sob o lema “liberdade, igualdade e fraternidade”, os revolucionários franceses enfatizavam a defesa dos direitos humanos. Conseqüentemente, o impacto da Revolução Francesa sobre a forma como os loucos eram tratados nos hospitais franceses foi imediato.

Em 1792, logo após a primeira fase da Revolução Francesa, Philippe Pinel (1745-1826), defensor dos ideais revolucionários, foi nomeado para a direção do hospital Bicêtre, localizado em Paris, onde tomou conhecimento de uma série de tratamentos humanitários que o antigo diretor, Jean-Baptiste Pussin (1746-1811), havia implementado. O louco não era mais acorrentado. Era tratado como um indivíduo acometido por uma doença. Durante três anos, Pinel deu continuidade a essa forma digna de abordar os pacientes. Em 1795, tornou-se diretor do Hospital La Salpêtrière, onde aplicou de forma sistemática essa nova forma de intervenção, que ficou conhecida como *tratamento moral*. Esse tratamento enfatizava os aspectos saudáveis do paciente e visava o desenvolvimento da capacidade de autocontrole e de hábitos de socialização, incluindo, também, contato próximo e amigável do médico com o doente, discussão de dificuldades pessoais, além de um conjunto de atividades para manter o paciente ocupado ao longo do dia.

Além do fato de ter adotado a prática do tratamento moral, Pinel também ficou conhecido por ter dado uma grande importância ao diagnóstico das doenças mentais. Ele ressaltava a necessidade de se conhecer a história prévia do indivíduo, assim como a descrição detalhada de seus sintomas. Ele documentou essa nova concepção de doença mental em seu livro *Clas-*

sificação filosófica das doenças ou método de análise aplicado à medicina, publicado em 1798. O livro marca o início da psiquiatria como uma nova especialidade médica.

O tratamento moral tornou-se bastante popular, ganhando adesões na Inglaterra, com William Tuke (1732-1822), e nos Estados Unidos, com Benjamin Rush (1745-1813). Entretanto, a falta de evidências de sua eficácia fez com que fosse gradativamente abandonado, até desaparecer por completo no final do século XIX.



Dois filmes – *As loucuras do Rei George* e *Contos proibidos do Marquês de Sade* – ilustram bem a forma como os doentes mentais eram tratados na virada do século XVIII para o século XIX. O filme *As loucuras do Rei George* retrata a história real – nos dois sentidos – dos tratamentos a que foi submetido o rei George III (1738-1820), da Inglaterra, após o surgimento dos primeiros sinais de insanidade mental – um comportamento altamente inadequado e agitação (ver Capítulo 5). Vemos o monarca (Nigel Hawthorne) sendo submetido a um tratamento com ventosas, pequenos vasos de vidro, que eram aquecidos e, em seguida, colocados nas costas e nas pernas do rei, para drenar os humores do cérebro e das extremidades de seu corpo. Esse tipo de tratamento ilustra como a antiga teoria dos humores ainda era aceita por muitos no final do século XVIII.

Como o rei não apresentava sinais de melhora, é chamado o médico e religioso Francis Willis (Ian Holm), que se opõe aos tratamentos calcados na teoria dos humores. O Dr. Willis utiliza técnicas coercitivas assim como métodos humanitários preconizados pelo tratamento moral. O emprego de técnicas coercitivas pode ser observado em uma cena em que o médico ameaça o rei, dizendo que, se ele não se comportasse adequadamente, seria amarrado a uma *cadeira de restrição*. Dentre as medidas humanitárias, estão os encorajamentos e os reforços quando o rei demonstra algum progresso. Entretanto, o tratamento prescrito por Willis também se mostra ineficaz. Mais adiante, o rei melhora de forma súbita ao interpretar o rei Lear em uma encenação da peça de Shakespeare, um personagem caracterizado por uma extrema retidão moral. O fato de a recuperação do rei ter sido tão repentina indica que ela não resultou da intervenção de Willis.



Contos proibidos do Marquês de Sade baseia-se em alguns fatos da vida do escritor francês, cujo nome deu origem à expressão *sadismo*. O filme se passa imediatamente após a Revolução Francesa. Ao tomar conhecimento do livro *Justine*, escrito pelo marquês de Sade (Geoffrey Rush), o imperador Napoleão Bonaparte (Ron Cook) ordena que o autor seja fuzilado devido ao caráter altamente erótico e indecente da obra. Entretanto, o imperador é convencido por seus assessores de que seria melhor tentar recuperá-lo. Para isso, o médico Royer-Collard (Michael Caine) é enviado ao asilo de Charenton, onde o marquês está internado.

Royer-Collard é um psiquiatra rigoroso que emprega uma estratégia de punição para tentar devolver a razão aos doentes mentais. Ele mesmo reconhece que seus métodos são extremamente agressivos, mas acredita que sejam necessários no cuidado de pessoas “que se comportam como animais selvagens”. Contudo, o asilo de Charenton é dirigido pelo abade

Coulmier (Joaquin Phoenix), um jovem idealista que emprega o tratamento moral em seus pacientes. De fato, podemos observar que os pacientes estão sempre ocupados. O abade participa de brincadeiras com os internos e os repreende quando necessário, porém sempre de forma muito respeitosa. Dentre as atividades que os doentes realizam estão pintura, teatro e um coral.

O marquês fica a maior parte do tempo em uma cela privilegiada, com livros, mesas e uma cama confortável. Durante sua internação, continua a escrever e publicar seus livros proibidos. Ao chegar a Charenton, Royer-Collard comunica ao abade que novos livros do marquês continuam sendo vendidos por toda a França, o que comprova que o tratamento do paciente está sendo ineficaz. O abade pede ao médico, então, que lhe dê mais uma chance para recuperar o marquês, antes que Royer-Collard use seus métodos severos. O abade conversa intensamente com o marquês, mas sem qualquer sucesso. Para piorar a situação, ao saber que Royer-Collard havia se casado com uma jovem que acabara de sair de um convento local, o marquês escreve uma peça de teatro caçoando dele e a encena lá mesmo, no hospital.

Como o marquês não atende aos pedidos do abade, suas regalias são retiradas. Mesmo assim, ele continua escrevendo seus contos eróticos. Ao ler um desses contos, um paciente piromaniaco provoca um incêndio no hospital (ver Capítulo 13). Outro paciente, também estimulado pelo texto do marquês, tenta violentar e acaba matando Madeleine LeClerc (Kate Winslet), uma bela e inocente lavadeira do asilo. A morte de Madeleine revolta o abade, que tinha por ela uma grande afeição. Ele, então, rende-se aos métodos terapêuticos de Royer-Collard e a língua do marquês é cortada, literalmente. Questionado quanto a se poderia usar ópio para aliviar a dor do marquês, o abade diz que não, alegando que, se a ideia era punir o comportamento do paciente, não haveria qualquer sentido em usar o anestésico. Após a mutilação, o marquês é acorrentado e preso em uma pequena cela, onde acaba morrendo.

AS CONTRIBUIÇÕES DA FRANÇA E DA ALEMANHA NO FINAL DO SÉCULO XIX

As reformas instituídas por Pinel a partir do final do século XVIII fizeram com que o Hospital La Salpêtrière se tornasse um local de referência no estudo das doenças mentais. Esquirol, seu principal discípulo, tornou-se diretor da instituição em 1811, dando continuidade ao trabalho de Pinel. Esquirol acreditava que a loucura era consequência de um distúrbio cerebral crônico que produzia alterações na inteligência e na vontade do indivíduo. Ele foi o responsável pela criação do conceito de *monomanias* (loucura parcial), diferenciado-as da mania (a loucura propriamente dita). De acordo com Esquirol, as *monomanias* produziriam alterações específicas na vontade do indivíduo, preservando, no entanto, sua capacidade intelectual (ver Capítulo 13).

Em 1862, Jean-Martin Charcot (1825-1893) ingressou no Hospital La Salpêtrière, onde permaneceu por toda a vida, destacando-se por uma capacidade bastante aguçada de descrever sintomas clínicos e associá-los a possíveis alterações neurais. Empregando o método anatômico-clínico – o qual busca relacionar as lesões cerebrais observadas *postmortem* a quadros neuroló-

gicos avaliados durante a vida –, descreveu uma série de enfermidades e síndromes neurológicas, como a esclerose lateral amiotrófica, a neuropatia de Charcot-Marie-Tooth e a esclerose múltipla. Graças a esses estudos, tornou-se mundialmente conhecido, sendo, inclusive, considerado um dos fundadores da neurologia moderna.

Mais tarde, Charcot interessou-se pela histeria e pela hipnose. Acreditava que o transe hipnótico poderia representar um modelo experimental útil para a compreensão dos mecanismos neurofisiológicos da histeria, chegando mesmo a propor a ideia de que somente pessoas histéricas poderiam ser hipnotizadas. Seu interesse pela histeria atraiu a atenção de vários pesquisadores da época, com destaque para Sigmund Freud (1856-1939), que mais tarde criaria a psicanálise.

Nessa mesma época, a psiquiatria alemã também começou a ganhar uma posição de prestígio mundial. Wilhelm Griesinger (1817-1868) foi um de seus principais representantes, sendo responsável pela formulação da célebre frase “doenças mentais são doenças cerebrais”. Griesinger realizou uma série de reformas no sistema psiquiátrico da Alemanha, propondo a hospitalização por um curto período de tempo e enfatizando sistemas de apoio social e familiar. Seu livro *Tratado sobre patologia e terapêutica das doenças mentais*, publicado em 1845, representa um marco na história da psiquiatria.

Um dos principais discípulos de Griesinger foi Emil Kraepelin (1856-1926). Da mesma forma que Griesinger, Kraepelin apoiava a concepção de que as doenças mentais representavam alterações cerebrais. Ele acreditava que não havia doenças especificamente mentais; havia apenas doenças. Na virada do século XIX para o século XX, Kraepelin deu início a um sistema de classificação das doenças mentais análogo ao das enfermidades físicas, distinguindo-as de acordo com etiologia, sintomas, evolução e prognóstico. Até hoje é importante a distinção estabelecida por ele entre a demência precoce, posteriormente chamada de esquizofrenia (ver Capítulo 4), e a loucura maniaco-depressiva, que corresponde aos atuais transtornos do humor (ver Capítulo 5).

O MOVIMENTO PSICANALÍTICO

Na virada do século XIX para o XX, surge a psicanálise, criada em Viena, na Áustria, pelo médico Sigmund Freud. A psicanálise representa ao mesmo tempo três aspectos: uma teoria psicológica, um método de investigação da mente e um método de tratamento. Em um primeiro momento, a teoria freudiana baseou-se, principalmente, no estudo dos sonhos e dos sintomas das antigas neuroses, em particular da histeria. Para Freud, tanto os sonhos como os sintomas neuróticos têm um significado. Simbolizam elementos que estão fora da consciência do indivíduo – como desejos, fantasias, medos e conflitos intrapsíquicos. Nesse sentido, ele formulou o conceito de *inconsciente dinâmico*, que consiste em uma parte do aparelho psíquico que, embora desconhecida pelo próprio indivíduo, influencia enormemente seu comportamento e suas reações emocionais, sendo, por conseguinte, decisiva para a determinação da saúde ou do adoecimento mental. A psicanálise marcou não só a psiquiatria, mas também diversas

áreas do conhecimento, como a psicologia, a antropologia, a sociologia e as artes – inclusive o cinema – e, de forma geral, toda a cultura do século passado.



O filme *Freud, além da alma*, mais do que a biografia do médico de Viena, retrata o nascimento da psicanálise. Durante sua graduação em medicina, Freud (Montgomery Clift) teve uma formação muito ligada à pesquisa neurocientífica. Um dos seus professores, que aparece no filme, foi o psiquiatra Theodor Meynert (Eric Portman), que mais tarde daria seu nome a uma estrutura subcortical do cérebro – o núcleo basal de Meynert –, na qual predomina a atividade colinérgica e que se encontra atrofiada na doença de Alzheimer.

No filme vemos também Josef Breuer (Larry Parks), médico e fisiologista austríaco, que exerceu enorme influência sobre Freud. Breuer usava o método hipnótico para tratar os muitos pacientes histéricos que atendia. Nessa época, Breuer já era muito famoso por ter demonstrado, junto com Ewald Hering, a natureza reflexa da respiração. O mecanismo autônomo do sistema nervoso que os dois descreveram é, ainda hoje, conhecido como reflexo de Hering-Breuer.

O filme mostra a viagem de Freud a Paris para estagiar com o grande neurologista Jean-Martin Charcot (Fernand Ledoux), no Hospital La Salpêtrière. Charcot, assim como Breuer, hipnotizava os pacientes que sofriam de histeria, mas, diferentemente de Breuer, o fazia com fins apenas demonstrativos, sem objetivos terapêuticos.

De volta à Viena, Freud usa a hipnose em pacientes histéricos. Esse método terapêutico tinha como objetivo fazer o indivíduo recuperar lembranças traumáticas que estavam afastadas de sua consciência, as quais, segundo a teoria de Breuer e Freud (1987, publicada originalmente em 1895), estariam relacionadas à gênese dos sintomas histéricos. Freud, porém, mais tarde, abandona a hipnose, substituindo-a pelo método da associação livre, no qual o paciente deveria dizer tudo o que viesse à sua mente, sem qualquer censura ou seleção. Essa passagem da hipnose para a associação livre representa um dos marcos da criação da psicanálise.

A história do filme gira em torno de uma paciente chamada Cecily (Susannah York), que sofria de histeria (ver Capítulo 7), sendo inicialmente tratada por Breuer, que, mais tarde, passa o caso para Freud. Cecily, na verdade, nunca existiu. Ela representa uma condensação de vários casos que foram, de fato, tratados por ambos. Ou seja, os sintomas de várias pacientes reais foram reunidos nessa personagem fictícia.

A REVOLUÇÃO PSICOFARMACOLÓGICA

No início do século XX, quatro métodos de terapia biológica se destacavam na psiquiatria. Eram eles: a malarioterapia, desenvolvida por Julius Wagner-Jauregg³ (1857-1940); o coma

³ Julius Wagner-Jauregg foi o primeiro psiquiatra a ganhar o prêmio Nobel de medicina e fisiologia, pelo desenvolvimento da malarioterapia para o tratamento da sífilis cerebral, em 1927.

insulínico, criado por Manfred Joshua Sakel (1900-1957); convulsões induzidas por substâncias químicas (como, por exemplo, o cardiazol); e convulsões induzidas por corrente elétrica (a eletroconvulsoterapia). Dentre esses métodos, o único ainda hoje utilizado é a eletroconvulsoterapia. Criada em 1938 pelo neurologista italiano Ugo Cerletti (1877-1963), essa modalidade terapêutica foi inspirada pela hipótese proposta pelo psiquiatra Ladislaus von Meduna (1896-1964) de que haveria um antagonismo entre a esquizofrenia e a epilepsia – isto é, um esquizofrênico não poderia se tornar epilético e vice-versa. Nesse sentido, a indução de crises convulsivas poderia ser útil no tratamento de sintomas psicóticos (delírios e alucinações; ver Capítulo 4), o que, de fato, se observa na prática clínica – embora a hipótese de Meduna nunca tenha sido comprovada.

Em meados do século XX, ocorreu a chamada *revolução psicofarmacológica*. Diversos acontecimentos fortuitos marcaram o surgimento de medicamentos realmente eficazes no tratamento das principais doenças mentais. O marco dessa mudança ocorreu na França, com a introdução da clorpromazina, o primeiro antipsicótico. Essa substância foi sintetizada, em 1951, pelos químicos Paul Charpentier e Simone Courvoisier, que trabalhavam no laboratório farmacêutico Rhône-Poulenc. Em 1952, o cirurgião francês Henri Laborit (1914-1995) descreveu os efeitos da clorpromazina como um pré-anestésico. No mesmo ano, os psiquiatras franceses Jean Delay (1907-1987) e Pierre Deniker (1917-) relataram a ação sedativa da clorpromazina em pacientes psiquiátricos agitados, internados em um hospital próximo àquele em que trabalhava Laborit. Posteriormente, com o uso em pacientes com esquizofrenia não agitados, constatou-se que o medicamento, além de causar sedação, levava a uma melhora dos sintomas psicóticos.

O psiquiatra suíço Roland Kuhn (1912-2005), em 1957, descobriu o efeito antidepressivo de um derivado da clorpromazina, a imipramina. Esta substância foi inicialmente testada em pacientes psicóticos agitados, e se mostrou ineficaz. Contudo, Kuhn observou uma melhora acentuada em um subgrupo de pacientes classificados como deprimidos. Em 1952, verificou-se que a iproniazida, que já era usada no tratamento da tuberculose, possuía efeitos estimulantes e de elevação do humor. Com base nessa observação, em 1957, o psiquiatra norte-americano Nathan Kline (1916-1982) avaliou e confirmou a eficácia dessa substância no tratamento da depressão (ver Capítulo 5). A imipramina foi o primeiro antidepressivo tricíclico, enquanto a iproniazida foi o primeiro antidepressivo inibidor da enzima monoaminoxidase (IMAO).

Em 1949, o australiano John Cade (1912-1980) descobriu a ação terapêutica do lítio na fase maníaca do transtorno bipolar (então conhecido como *psicose maniaco-depressiva*; ver Capítulo 5). O lítio não foi sintetizado, ele existe na natureza. Trata-se de um metal alcalino monovalente, classificado na coluna 1A da tabela periódica dos elementos químicos. Cade injetou urato de lítio em cobaias (porcos-da-Índia) e constatou que isso lhes causava letargia. Experimentou, em seguida, a substância em pacientes psiquiátricos, observando que os maníacos, mas não os esquizofrênicos ou os deprimidos, apresentavam melhora. Nos anos seguintes, na Dinamarca, Mogens Schou (1918-2005) realizou diversos estudos clínicos que comprovaram o efeito antimaniaco do lítio.

Nessa história de casualidades, os ansiolíticos benzodiazepínicos são uma exceção. Os químicos Leo Sternbach e Earl Reeder intencionalmente tentaram criar um medicamento com

propriedades sedativas e de relaxamento muscular, e, em 1957, sintetizaram o clordiazepóxido, o primeiro benzodiazepínico. Em 1963, é lançado no mercado o diazepam, um medicamento da mesma classe, porém mais potente que o clordiazepóxido.

A *revolução psicofarmacológica* alterou profundamente a abordagem terapêutica dos doentes mentais, permitindo que as internações psiquiátricas se tornassem mais curtas, menos frequentes e, muitas vezes, desnecessárias. Os medicamentos mais modernos são, em geral, mais seguros e apresentam menos efeitos colaterais que os mais antigos. No entanto, considerando-se apenas a eficácia terapêutica, até hoje não se conseguiu sintetizar um antipsicótico superior à clorpromazina, ou um antidepressivo superior à imipramina. Além disso, o lítio continua a ser o principal medicamento no tratamento do transtorno bipolar.

A ANTIPSIQUIATRIA

Michel Foucault (1926-1984) foi um dos principais pensadores a estudar de forma crítica os aspectos históricos da doença mental. Em seu livro *História da loucura*, publicado em 1961, argumenta que os hospitais psiquiátricos, da mesma forma que os presídios, representam instituições criadas pela sociedade com o objetivo de excluir indivíduos incapazes de se ajustar à ordem social. Foucault aponta, também, que mesmo a revolução psiquiátrica originada com Pinel, por meio do emprego do tratamento moral, representou, meramente, uma nova forma de opressão, uma vez que eram empregados métodos de punição física muito semelhantes aos existentes até então.

Nos anos seguintes, essas críticas contribuíram para a origem da antipsiquiatria, um conjunto de teorias que se opunha à maior parte das práticas psiquiátricas da época. De acordo com essa perspectiva, não há nada de patológico em relação à loucura. Aqueles chamados de loucos são, na verdade, pessoas que apresentam um comportamento que se opõe aos padrões impostos pela sociedade. Nesse sentido, os hospitais psiquiátricos são locais de exclusão social, de isolamento em um ambiente hostil e desumano. Ainda segundo o movimento antipsiquiátrico, o conhecimento científico sobre adoecimento mental e o tratamento psiquiátrico representam interesses de determinados grupos da sociedade em excluir formas alternativas de expressão individual. A institucionalização de hospitais psiquiátricos teria como objetivo a repressão de pessoas que ousam pensar ou agir de forma diferente ao padrão já estabelecido.

Vários psiquiatras, durante a década de 1960, aderiram ao movimento da antipsiquiatria. Dentre eles destacam-se Ronald Laing (1927-1989) e David Cooper⁴ (1931-1986), na Grã-Bretanha, e Thomas Szasz (1920-), nos Estados Unidos. De acordo com esses médicos, sintomas esquizofrênicos, como delírios de perseguição, seriam reações esperadas a situações de extremo

⁴ O termo *antipsiquiatria* foi criado por David Cooper, em 1967, em seu livro *Psiquiatria e antipsiquiatria*.

controle social. Com base nessa ideologia, várias *comunidades terapêuticas* foram criadas na Inglaterra e nos Estados Unidos, nas quais médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais exerciam as mesmas funções, sem qualquer diferenciação. Além disso, não havia uma ascendência hierárquica dos profissionais em relação aos pacientes, e a medicação só poderia ser utilizada de forma voluntária.

Ainda no início da década de 1960, o movimento antipsiquiátrico ganhou força com o psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980), que, ao assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, no norte da Itália, em 1961, promoveu mudanças significativas no processo de institucionalização do doente mental. Dentre as medidas adotadas, destacam-se a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas. Muitas dessas mudanças realizadas por Basaglia na Itália tiveram grande impacto na psiquiatria brasileira, especialmente na década de 1980.



O filme *Um estranho no ninho* é uma adaptação do livro homônimo, escrito por Ken Kesey, que popularizou algumas das ideias da antipsiquiatria. Filme de grande sucesso, foi um dos poucos a ganhar os cinco principais prêmios da Academia: Oscar de melhor filme, roteiro adaptado, direção, ator e atriz.

Randle Patrick McMurphy (Jack Nicholson) simula estar louco para não trabalhar na penitenciária em que está preso (ver Capítulo 9), sendo, então, transferido para o hospital psiquiátrico do estado de Oregon, situado na cidade de Salem. Aos poucos, vai percebendo que a troca de instituições não foi tão proveitosa assim. Ele é constantemente supervisionado pela autoritária enfermeira Mildred Ratched (Louise Fletcher), que, durante as sessões de terapia

em grupo, comporta-se de forma sádica, humilhando os pacientes que não se comportam de forma apropriada. Os médicos logo chegam à conclusão de que McMurphy, de fato, não sofre de uma doença mental, embora reconheçam que é uma pessoa muito perigosa. Entretanto, a enfermeira Ratched pede para que ele continue no hospital, pois acredita que pode modificar seu comportamento. A partir daí, tem início um confronto entre Ratched e McMurphy. Podemos observar



uma série de medidas repressivas, entre elas o uso do *eletrochoque*, com o objetivo de controlar o comportamento do paciente. Como essas medidas não surtem efeito, a enfermeira acaba convencendo os médicos do hospital a realizar uma lobotomia em McMurphy, transformando-o, assim, em um “vegetal”. A cirurgia o deixa em estado tão deplorável que outro paciente acredita que ele estaria melhor morto e, por piedade, sufoca-o com um travesseiro.

A lobotomia foi desenvolvida pelo neurocirurgião português António Egas Moniz (1874-1955),⁵ denominada por ele *leucotomia* (“corte da substância branca”). Consiste em um pequeno corte nas fibras nervosas que ligam o tálamo ao córtex pré-frontal. De fato, a lobotomia foi indiscriminadamente utilizada em todo o mundo, pois se mostrava um método muito eficaz no controle do comportamento agressivo em pacientes psiquiátricos, em particular naqueles que sofriam de esquizofrenia. Entretanto, mais tarde ficou evidente que essa técnica cirúrgica causava danos irreversíveis ao cérebro e profundas alterações na personalidade e na afetividade dos pacientes. Consequentemente, a lobotomia foi abandonada no final da década de 1950.

Hoje em dia, cirurgias cerebrais para o tratamento de transtornos mentais – psicocirurgias, cirurgias psiquiátricas ou neurocirurgias funcionais – são bastante incomuns, sendo indicadas apenas como última alternativa em casos de depressão ou transtorno obsessivo-compulsivo muito graves e refratários, isto é, que não responderam a nenhuma forma de tratamento e que causam extremo sofrimento ao paciente. No Brasil, é necessário obter autorização prévia do Conselho Federal de Medicina para a realização desse tipo de cirurgia.

Com relação à eletroconvulsoterapia, é preciso prestar alguns esclarecimentos, uma vez que muitos mitos foram criados em torno desse método de tratamento. Apesar do que as pessoas em geral acreditam, trata-se de um procedimento inteiramente indolor, mesmo se não se utilizasse anestesia. Há uma perda imediata da consciência, o que impede que o indivíduo sinta qualquer dor. Além disso, o cérebro é um órgão insensível à dor, permitindo que cirurgias cerebrais sejam realizadas com o paciente acordado. A eletroconvulsoterapia está associada a menos efeitos colaterais do que muitos medicamentos. Nos quadros psicóticos, catatônicos, maníacos e depressivos, a eletroconvulsoterapia mostra-se muito eficaz, sendo com frequência prescrita nos países do primeiro mundo e em hospitais universitários brasileiros. É verdade que durante o regime militar, e ainda hoje em dia, o *eletrochoque* foi usado como instrumento de tortura – porém, com uma técnica diferente da empregada na eletroconvulsoterapia. No entanto, o mal uso de um instrumento não deve impedir o seu bom uso. Senão, como muitos assassinatos já foram cometidos com facas e outros objetos cortantes, os cirurgiões deveriam ser proibidos de usar bisturis. Cumpre ressaltar que o Conselho Federal de Medicina, por meio da resolução 1.640/2002, qualifica a eletroconvulsoterapia como um “método terapêutico eficaz, seguro, internacionalmente reconhecido e aceito”. Nesse mesmo documento, o órgão estabelece quais os procedimentos técnicos adequados e as principais indicações clínicas da eletroconvulsoterapia.

⁵ Egas Moniz recebeu, em 1949, o prêmio Nobel de medicina e fisiologia, pelo desenvolvimento da lobotomia.

A PSIQUIATRIA NO BRASIL

Alguns anos após a chegada dos grandes navegadores portugueses ao território brasileiro, vieram as Irmandades de Misericórdia, associações católicas formadas por leigos, que ofereciam assistência a doentes e inválidos. Com as Irmandades surgiram as primeiras instituições de saúde, chamadas Santas Casas de Misericórdia. A primeira delas instalou-se em Olinda, no ano de 1539. Em seguida, foram criadas as de Santos (1543), São Paulo (1560) e Rio de Janeiro (1582). A assistência prestada por essas instituições aos doentes mentais não era muito diferente daquela adotada pelos hospitais gerais europeus. Os mais pobres e necessitados, que não tinham onde morar, eram confinados em porões, e os mais agitados eram surrados e presos com correntes, como se fossem criminosos.

A transferência da corte portuguesa para o Rio de Janeiro, em 1808, fez com que a assistência à doença mental no Brasil recebesse uma maior atenção, uma vez que D. Maria I, mãe de D. João VI, era considerada mentalmente insana. Entretanto, o descaso e os maus-tratos em relação aos doentes mentais continuaram. Em função disso, em meados da década de 1830, a recém-formada classe médica do Rio de Janeiro deu início a uma série de protestos, que propiciaram a construção do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, inaugurado em 1852. Esse hospital, denominado Hospício Pedro II, foi erguido na cidade do Rio de Janeiro e marcou a origem da psiquiatria no Brasil. Após a proclamação da República (1889), o hospital passou a se chamar Hospital Nacional de Alienados, nome que manteve até ser extinto, em 1944.

Em seguida, surgiram outros hospitais psiquiátricos. Destacam-se o Hospício Provisório de Alienados de São Paulo, fundado também em 1852; o Hospício da Visitação de Santa Isabel, em Recife-Olinda (1864); o Hospício Provisório de Alienados de Belém (1873); o Asilo de Alienados São João de Deus, em Salvador (1874); o Hospício de Alienados São Pedro, em Porto Alegre (1884); e o Asilo de Alienados São Vicente de Paulo, em Fortaleza (1886). Entretanto, a falta de profissionais especializados fez com que os cuidados a esses pacientes em todas essas instituições continuassem precários. Somente a partir de 1884, quando as faculdades de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro criaram a cátedra de psiquiatria, é que se observa um progresso significativo no tratamento desses pacientes. Destaca-se, nesse contexto, a figura de Juliano Moreira, que dirigiu o Hospício Nacional dos Alienados do Rio de Janeiro entre 1903 e 1930, humanizando o tratamento e acabando com o aprisionamento dos pacientes.⁶

As reformas implementadas por Juliano Moreira estavam calcadas no tratamento moral proposto por Pinel. Uma das principais características do tratamento moral era a prática de atividades ocupacionais. Nesse contexto, surgem no Brasil instituições psiquiátricas denominadas *colônias de alienados* ou *hospitais-colônia*, que se propunham a oferecer aos doentes mentais

⁶ Juliano Moreira, que era negro, opunha-se à ideia de que a doença mental seria consequência da miscigenação racial, defendida pela Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923 por Gustavo Riedel (1887-1934). Essa instituição propunha que a doença mental estaria fortemente associada a aspectos hereditários, enfatizando, assim, a eugenia como forma de controle e prevenção do adoecimento mental.

atividades de trabalho, principalmente na lavoura, com o objetivo de recuperá-los e devolvê-los à sociedade. Esse projeto disseminou-se bastante no País. Foram construídos gigantescos hospitais psiquiátricos, como a Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro. Em São Paulo, a Colônia Agrícola Juqueri chegou a ter mais de 14 mil internos em 1958.

Entretanto, o modelo hospital-colônia fracassou enormemente. Os pacientes recebiam pouca ou nenhuma assistência médica, psicológica ou social e viviam em condições muito precárias. Além disso, eram mantidos na instituição por tantos anos que, mesmo que um dia viessem a receber alta, se tornavam incapazes de manter uma vida autônoma na sociedade. A precariedade dessas instituições fez com que vários setores da sociedade se manifestassem contra a internação de doentes mentais em instituições com características asilares.

No início da década de 1980, essas críticas incorporaram vários princípios desenvolvidos pela antipsiquiatria, gerando um movimento que ficou conhecido como *reforma psiquiátrica*, ou *luta antimanicomial*. Esse movimento atingiu seu ponto alto em 1989, quando o deputado federal Paulo Delgado apresentou um projeto de lei (3657/89) propondo a extinção progressiva de leitos psiquiátricos, que deveriam ser substituídos por uma rede de unidades extra-hospitalares, visando a reintegração do paciente à sua comunidade. Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, o projeto foi aprovado, mas com grandes modificações, dando origem à Lei Federal 10.216/2001. A lei não prevê a eliminação dos hospitais psiquiátricos, mas enfatiza a assistência em saúde mental em serviços extra-hospitalares, como hospitais-dia e ambulatórios. De acordo com essa lei, o paciente acometido por um transtorno mental deve ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, com a devida participação da sociedade e da família, sendo a internação psiquiátrica somente indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Finalmente, a lei preconiza que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.



O filme brasileiro *Bicho de sete cabeças* apresenta uma importante denúncia sobre as péssimas condições da assistência psiquiátrica em vários hospitais-colônia ou instituições asilares em nosso país, que no passado abrigavam, cada uma, centenas ou milhares de doentes mentais, deixados em um estado de total abandono.

No filme, Neto (Rodrigo Santoro) é internado duas vezes em hospitais psiquiátricos pelos pais por usar maconha. Recebe, indevidamente, o diagnóstico de dependência química. Na primeira instituição, fica sob os cuidados de um psiquiatra corrupto e inescrupuloso. Na segunda, depara-se com um enfermeiro sádico e violento. Em ambas as instituições, ele é submetido a tratamentos extremamente cruéis e desumanos. Embora não sofra de nenhum transtorno mental, é obrigado a tomar medicamentos que o fazem engordar e o deixam abobalhado. Quando tenta reagir às agressões que sofre, recebe injeções – o chamado *sossega-leão* –, é trancafiado na *solitária* ou é punido com *eletrochoque* na cabeça.

Embora ilustre alguns dos fatos que fundamentaram o movimento antimanicomial brasileiro, muitas generalizações indevidas têm sido feitas a partir desse filme. Inicialmente, deve-se esclarecer que a internação psiquiátrica nem sempre é danosa. Muitas vezes é essencial para o

tratamento de um episódio agudo de um transtorno mental, pois as alterações psicopatológicas podem, em alguns momentos, representar um grande risco para as outras pessoas – um comportamento heteroagressivo, por exemplo – ou para o próprio paciente – automutilação ou suicídio. Além disso, com frequência, pacientes gravemente doentes não têm plena consciência de seu estado mórbido e, dessa forma, não cooperam com o tratamento. Nesse caso, a internação pode proporcionar uma maior adesão às medidas terapêuticas. A hospitalização deve ser de curto prazo, durando apenas o tempo necessário para o paciente sair da crise. Muitas vezes a internação, quando necessária, é realizada contra a vontade do paciente, mas com o consentimento da família e de acordo com a avaliação de um médico, a chamada *internação involuntária*, respaldada e regulamentada pela legislação brasileira, especificamente pela Lei da Reforma da Atenção Psiquiátrica (10.216/2001).

É importante, também, abordar a questão terapêutica. Medicamentos podem causar efeitos colaterais indesejáveis e muitos malefícios se prescritos para indivíduos que deles não necessitam. No entanto, hoje é impossível tratar adequadamente alguns transtornos mentais – não todos – sem o uso de psicofármacos. Os antipsicóticos comprovadamente melhoram os delírios e as alucinações de pacientes com esquizofrenia, reduzindo, portanto, o sofrimento desses indivíduos. A prescrição de um medicamento, contudo, não implica a impossibilidade do uso combinado de outra forma de tratamento. Sem dúvida, a associação entre psicofarmacoterapia e psicoterapia tem se mostrado mais eficaz do que o uso isolado de uma dessas opções em diversos transtornos mentais.

OS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Classificar consiste em agrupar elementos particulares em classes ou categorias de acordo com determinados critérios. O ato de classificar é inerente à cognição humana. Estamos constantemente agrupando objetos que apresentam características em comum. Entretanto, algumas características aparentes desses objetos podem induzir distorções em nossa atividade cognitiva ou mesmo erros na formulação de sistemas de classificação. Por exemplo, parece mais natural pensar que o golfinho é um peixe, quando na verdade ele é um mamífero. Dessa forma, é importante desenvolver sistemas de classificação que utilizem critérios adequados, os quais permitam, de fato, compreender a realidade à nossa volta.

Sistemas de classificação são extremamente úteis, pois permitem organizar e compreender uma grande quantidade de informações acerca de um problema. A adoção de critérios claros e objetivos facilita, também, a comunicação entre as pessoas que estudam um mesmo problema, permitindo, assim, que se possam fazer levantamentos estatísticos, comparar resultados e formular prognósticos adequados.

Como já discutido anteriormente, a classificação das doenças mentais remonta a Hipócrates na Grécia Antiga, passando pelos médicos da Roma Antiga, por Pinel e por Esquirol. Os

sistemas atuais de classificação dos transtornos mentais tiveram origem com Kraepelin,⁷ na virada do século XIX para o XX, considerado o pai da nosografia psiquiátrica moderna. Coube a ele a clássica diferenciação entre demência precoce e loucura maniaco-depressiva, paranoia e parafrenia.

Posteriormente, Karl Jaspers (1883-1969), o pai da psicopatologia fenomenológica,⁸ classificou os transtornos mentais em três grupos. No primeiro grupo, estavam as *psicoses sintomáticas*, nas quais as alterações mentais eram uma decorrência direta de doenças cerebrais ou de doenças sistêmicas que afetavam o cérebro. No segundo, estavam as grandes psicoses, que viriam a ser conhecidas como *psicoses funcionais*: a esquizofrenia e a psicose maniaco-depressiva, além da epilepsia genuína. Finalmente, no terceiro grupo, se incluíam as *psicopatias*: reações anormais, neuroses e personalidades anormais. Jaspers estabeleceu, ainda, uma hierarquia diagnóstica, segundo a qual um diagnóstico de um nível superior deveria ter precedência sobre o de um nível inferior. Essa hierarquia obedecia à seguinte ordem, do mais alto para o mais baixo nível: síndromes psico-orgânicas, epilepsia, esquizofrenia, psicose maniaco-depressiva, neuroses e personalidades psicopáticas. A classificação de Kurt Schneider (1887-1967) é bastante semelhante à de Jaspers. Nela, os grupos I, II e III de Jaspers correspondem, respectivamente, às *psicoses fundamentadas somaticamente*, às *psicoses não fundamentadas somaticamente* e às *variações anormais do ser psíquico*.

A tentativa de classificação nosológica das doenças mentais resultou em uma seção exclusiva dedicada à psiquiatria na *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*, em sua sexta edição (CID-6), publicada em 1948 pela Organização Mundial da Saúde. Essa classificação mostrou-se insatisfatória para os psiquiatras dos Estados Unidos, de forma que a American Psychiatric Association publicou, em 1952, uma classificação independente, denominada *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM, do inglês *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*). A CID e o DSM vêm sofrendo uma série de alterações ao longo dos anos. O Quadro 1.1 apresenta os respectivos anos de publicação de cada uma das edições desses dois sistemas de classificação das doenças mentais.

Uma grande transformação na classificação das doenças mentais ocorreu a partir de 1980, com a publicação da terceira edição do sistema diagnóstico da American Psychiatric Association, o DSM-III. Esse manual, criado para uso em pesquisas clínicas, teve como precursores os critérios de Saint Louis (Feighner et al., 1972) e o *Research Diagnostic Criteria* (Spitzer; Endicott; Robins, 1978), além do sistema pluridimensional do brasileiro José Leme Lopes (1904-

⁷ É possível que o interesse de Emil Kraepelin em desenvolver um sistema de classificação das doenças mentais tenha sido estimulado por seu irmão mais velho, Karl Kraepelin (1848-1915), eminente classificador de moluscos (Berrios, 2008).

⁸ A psicopatologia fenomenológica tem como base a fenomenologia, corrente filosófica criada por Edmund Husserl (1859-1938). Sua principal característica é a descrição compreensiva (ou empática) das vivências subjetivas do paciente.

1990), publicado em 1954. O DSM-III foi elaborado para ser um sistema classificatório descritivo, isto é, baseado simplesmente na descrição de sinais e sintomas psicopatológicos, sem inferências teóricas quanto à etiologia do adoecimento mental. Isso decorre do fato de que o conhecimento sobre a etiologia da doença mental ainda é bastante incipiente, o que impediria a formulação de uma classificação baseada nesse aspecto. Assim, o DSM-III, da mesma forma que a CID-10, optou por não usar o termo *doença mental*, já que o conceito de doença está ligado ao conhecimento de suas causas e das alterações estruturais funcionais que dela decorrem. Como alternativa, utilizou-se o termo *transtorno mental*, que, no entanto, é muito mal definido. Um transtorno mental seria algo intermediário entre uma doença e uma síndrome – a qual representa uma associação de sinais e sintomas que costumam aparecer em conjunto.

Outra característica do DSM-III é a utilização de critérios operacionais para o diagnóstico. Nesse sentido, em relação à esquizofrenia, por exemplo, são listados seis itens diagnósticos (de A a F), e o paciente tem de se adequar a todos eles, sem exceção, para que tal diagnóstico seja formulado. Além disso, o DSM-III propõe uma avaliação multiaxial, que tenta contemplar tanto a abordagem descritiva como a etiológica. No eixo I, são codificados os transtornos mentais; no II, os transtornos da personalidade e do desenvolvimento; no III, doenças físicas; no IV, estressores psicossociais; e no V, o mais alto nível de funcionamento adaptativo no ano anterior.

O DSM-III-R, o DSM-IV e o DSM-IV-TR mantiveram as características básicas do DSM-III. Além disso, o DSM-III-R influenciou amplamente a formulação da mais recente edição da CID, a CID-10. O sistema DSM tornou-se tão importante que é empregado em pesquisas em muitos outros países além dos Estados Unidos, mas é a CID-10 que tem valor oficial na formulação de diagnósticos no mundo todo, inclusive no território norte-americano, devendo ser a classificação utilizada em documentos legais.

QUADRO 1.1

ANO DE PUBLICAÇÃO DE CADA UMA DAS EDIÇÕES DOS DOIS PRINCIPAIS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS MENTAIS: A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID) E O MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM)

CID		DSM	
Edição	Ano	Edição	Ano
6	1948	I	1952
7	1955	II	1968
8	1965	III	1980
9	1975	III-R	1987
10	1992	IV	1994
		IV-TR	2000

Na essência, a CID-10 e o DSM-IV-TR são bastante semelhantes, embora existam algumas diferenças importantes entre os dois. Por exemplo, há categorias nosológicas encontradas na CID-10, como a esquizofrenia simples e o transtorno misto de ansiedade e depressão, que não aparecem no DSM-IV-TR. Além disso, para uma mesma categoria nosológica, podem existir critérios diagnósticos diferentes nos dois sistemas classificatórios. Enquanto no DSM-IV-TR a duração mínima exigida para o diagnóstico de esquizofrenia é de seis meses, na CID-10 basta um mês. Consequentemente, não é raro que um mesmo paciente receba diagnósticos diferentes das duas classificações (Cheniaux; Landeira-Fernandez; Versiani, 2009).

Várias limitações são apontadas em relação às classificações psiquiátricas atuais. Em primeiro lugar, como a sintomatologia é algo bastante inespecífico – um mesmo conjunto de sintomas pode ocorrer em doenças diferentes –, uma classificação baseada nesse aspecto é considerada pouco válida. Quando se diz que determinado transtorno mental – que é apenas um conceito – é pouco válido, isso significa que ele dificilmente corresponde a uma doença no mundo real. Nesse sentido, não se pode afirmar, por exemplo, que a esquizofrenia de fato exista – embora, sem dúvida, existam pacientes que preenchem os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia –, que ela corresponda a uma única doença e não a várias ou que realmente seja distinta do transtorno bipolar.

Outras questões levantadas em relação ao DSM-IV-TR e à CID-10 dizem respeito ao excesso de categorias nosológicas definidas, que chegam a algumas centenas, e a eliminação da maioria dos critérios hierárquicos para a formulação dos diagnósticos, fazendo com que seja muito elevado o número de comorbidades, isto é, pacientes que preenchem os critérios diagnósticos de mais de um transtorno mental ao mesmo tempo. Sem dúvida essas comorbidades possuem um caráter altamente artificial. Quando encontradas, não se acredita que o indivíduo sofra, de fato, de mais de uma doença. O mais provável é que as categorias nosológicas estejam mal definidas e que a distinção entre elas não esteja claramente formulada nos sistemas classificatórios atuais.

Por fim, apesar da criação de critérios operacionais a partir da década de 1970, considera-se que o diagnóstico psiquiátrico ainda possui um grau muito baixo de fidedignidade. Em outras palavras, quando um grupo de avaliadores examina um mesmo paciente, a taxa de discordância entre eles quanto ao diagnóstico é muito alta. Isso se deve ao fato de o diagnóstico dos transtornos mentais ser eminentemente clínico, isto é, com base apenas na observação dos sinais e sintomas clínicos, e não contar com a ajuda de exames complementares para a sua confirmação. Dessa forma, uma maior compreensão dos mecanismos subjacentes ao adoecimento mental irá contribuir para a criação de sistemas classificatórios mais válidos e mais fidedignos.