

Violência e saúde mental: os termos do debate

Pedro Gabriel Godinho Delgado¹

Resumo

O artigo discute as repercussões do fenômeno da violência no campo da saúde mental, a partir de uma breve e não sistemática revisão da literatura brasileira sobre o tema. Propõe-se uma agenda para este debate, que leve em conta as dimensões da violência política, violência privada e violência urbana, além da violência presente em algumas formas de institucionalização, e enfrente os desafios que são colocados para o campo da saúde mental e das intervenções psicossociais.

Palavras-chave

Violência e saúde mental; Intervenções psicossociais e violência

Violence and mental health: the terms of the debate

Abstract

This article discusses the repercussions of the phenomenon of violence in the field of mental health, starting with a brief and non-systematic revision of Brazilian literature on the subject. The agenda proposed for this debate brings into account the dimensions of political, private, and urban violence, along with forms of violence present in institutionalization, and the subsequent challenges presented to the field of mental health and psychosocial interventions.

Keywords

Mental health and violence; Psychosocial interventions and violence

Introdução

O tema da violência, em sua interface com os direitos humanos e a clínica, requer urgente debate na agenda da saúde mental. Existe uma significativa produção escrita sobre o tema, que traz valiosas contribuições, mas que expõe com clareza a necessidade de desenvolvimento de mais pesquisas, e evidencia a escassa difusão das experiências de intervenção que estão em curso em nosso país e no mundo.

A violência se impõe na agenda da saúde mental de diversas formas. Para a política pública de saúde mental, a violência aparece associada à produção do sofrimento psíquico, às barreiras de acesso ao tratamento, a contextos institucionais de mortificação dos sujeitos, à gênese e conseqüências da irrupção de paroxismos antissociais, ao complexo fenômeno das drogas, a formas mitigadas e por vezes invisíveis de dominação.

Em um elenco provisório de temas deste debate, podemos listar: 1) o imaginário social da violência e sua relação com o campo da psiquiatria; 2) os modos de apropriação científica do tema da violência pela psiquiatria e saúde mental; 3) a violência como subproduto de formas de tratamento e institucionalização, como no caso do confinamento e das instituições fechadas; 4) as formas híbridas explícitas de punição e reabilitação, como as instituições do sistema estatal dito socio-educativo e os manicômios judiciários; 5) a violência urbana, e suas repercussões para o campo da saúde mental, e, finalmente, 6) o complexo fenômeno social e clínico do consumo prejudicial de drogas, que se associa tanto à vulnerabilidade social como ao tratamento involuntário.

As “esferas de construção de significado” em torno da questão da violência

Segundo Rubens Adorno (2008), “a visibilidade da violência na sociedade contemporânea destaca-se a partir de duas esferas de construção de significados: a violência do Estado, violência política, e a violência privada ou no âmbito da família”. A primeira remete ao ambiente pós-Segunda Guerra Mundial e à construção dos Direitos Humanos como valor; a segunda “desponta a partir dos movimentos sociais, sobretudo o movimento feminista e os movimentos de valorização e defesa da infância, particularmente a partir da década de 1980”. É a partir da segunda metade do século XX, segundo o autor, que o termo “violência urbana” passa a identificar as cidades como um território, e o modo de vida que aí

se desenvolve como predisposto a um estado de insegurança e de maior exposição a riscos e imprevisibilidades (ADORNO, 2008).

Esta tipologia – violência estatal, violência privada e violência urbana – permite uma organização dos temas da interface da saúde mental e violência em torno de quatro eixos: I- violência política, II- instituições estatais da violência, ou nas quais a violência é um componente indissociável (aqui incluídas as instituições de confinamento, como os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, o sistema socioeducativo, as instituições fechadas); III – violência doméstica – tipicamente, a violência de gênero e contra crianças e adolescentes, e IV – o amplo e heterogêneo tema da violência urbana.

Breve perfil da produção brasileira sobre saúde mental e violência

Buscando, de modo não sistemático, a produção acadêmica brasileira dos últimos 20 anos sobre os termos “Violência e Saúde Mental”, vamos constatar a predominância de trabalhos sobre violência privada, no âmbito familiar, implicando especialmente gênero e violência, e acerca do impacto da violência intrafamiliar sobre as crianças.

Os trabalhos sobre a violência de Estado, especialmente sobre a tortura, violência policial, violência política, frequentam pouco o campo de produção no âmbito da saúde mental, embora sejam numerosos no âmbito dos Direitos Humanos, Política e História. Trabalhos sobre as consequências psicossociais da violência de Estado, ainda que numerosos na forma de publicação em livros são raros na produção regular de periódicos científicos do campo da saúde mental/psiquiatria.

No âmbito dos ambientes e processos de trabalho, há uma produção importante, especialmente nos últimos 10 anos, sobre relações de trabalho produtoras de sofrimento psíquico, principalmente abrangidas sob o termo, recente no campo de saúde mental e trabalho, de “assédio moral”. Porém, deve destacar-se a relevância para a saúde mental dos velhos e persistentes aspectos de insalubridade, periculosidade e penosidade de formas do trabalho nos setores industrial, primário (como as condições de trabalho no campo e minerações) e de serviços. Há uma ampla produção neste campo do sofrimento psíquico no trabalho, que assume frequentemente características de efeitos de violência (sobre a constituição deste campo em nosso país, ver o importante texto de referência de SELIGHMAN-SILVA, 1994).

Finalmente, um novo âmbito de estudos vem se constituindo, que associa violência e saúde pública, com diversos trabalhos que abordam a saúde mental, cabendo destaque, no cenário brasileiro, para o Centro Latino-americano de Estudos sobre Violência, da FIOCRUZ (ver MINAYO, 1994, para uma exposição introdutória desta vertente).

Se buscarmos o termo “Violência Urbana”, sob o âmbito da saúde mental, vamos constatar que os estudos específicos são muito raros, embora o tema seja exaustivamente abordado no campo das Ciências Sociais. Podemos afirmar que não existe ainda uma tradição de estudos sobre violência urbana e saúde mental na produção bibliográfica brasileira.

Esta rápida descrição tem o objetivo de simplesmente apresentar um panorama geral do debate acadêmico sobre violência e saúde mental em nosso país, para constatar alguns desenvolvimentos importantes (como em violência doméstica e saúde mental) e também lacunas significativas (a exemplo do impacto psicossocial da violência urbana e perspectivas de intervenção da saúde mental).

O imaginário social da violência e sua relação com o campo da psiquiatria

Tomarei um caso recente, que chocou a todos nós e disseminou uma sensação de fria e penosa perplexidade em todo o mundo. Refiro-me ao recente acontecimento, de julho de 2011, na Noruega, onde um jovem, que se auto-intitulava militante de um movimento de defesa da pureza racial e da identidade nórdicas, assassinou 77 jovens do Partido Trabalhista, reunidos em um fim de semana na ilha de Utoya. O ostensivo componente político do atentado, que expõe o ódio racial e cultural que marca a Europa e o mundo contemporâneo, não obscurece o absurdo e irracionalidade do gesto trágico. Travou-se então o debate sobre o estado mental de seu autor. Tratava-se de um efeito da insanidade?

A discussão sobre o terrorismo político tem evitado enveredar para explicações psiquiátricas, em vista da complexidade deste fenômeno na contemporaneidade. O atentado da Noruega, entretanto, não mostrava associação com organizações terroristas, e aparecia como o gesto solitário oriundo de uma mente perturbada. É possível apreender determinações sociais e históricas em um gesto louco? A recente literatura de ficção escandinava, mesmo a de histórias policiais, tem mostrado a presença significativa, no imaginário social, das reações à presença estrangeira e da recuperação de sinistros ideais de pureza racial. Desta forma, é possível

pensar em uma dupla determinação do gesto homicida, onde a psicose do indivíduo é portadora de uma paranóia coletiva subjacente à aparentemente harmoniosa civilização nórdica. Este trágico exemplo acaba por se impor neste momento, por ser tão recente, mostrando um dos efeitos psicossociais da violência, que é seu prolongamento no tempo e na memória das pessoas. Ele nos ajuda a considerar que não há uma oposição linear entre a determinação individual (a loucura) e o fato coletivo e cultural, mas que ambas se associam, de modo complexo.

Esta abordagem pela via da complexidade nos abre a possibilidade de reconhecer o componente psicossocial (não só psiquiátrico) de tais eventos, mas ao mesmo tempo inscrevendo-o no cenário dinâmico de sua historicidade. Isto nos permite discutir a espinhosa questão da violência e saúde mental nestes contextos de irrupção de paroxismos antissociais.

O reducionismo da interpretação de tais fenômenos pela vertente da psiquiatria encontrará sua crítica consequente na análise da multidimensionalidade do evento. A ideologia de mão dupla da psiquiatria do crime e criminalização da loucura ressurge sempre em tais momentos traumáticos, sendo um desafio do campo da saúde mental o esforço de interpretação aprofundada da complexidade do fenômeno. Estudos epidemiológicos recentes, como o de Hodgins *et al.* (1996), têm demonstrado a insuficiência empírica da associação crime e loucura, presente no imaginário social e cultural.

No massacre de Realengo, Rio de Janeiro, onde um jovem matou, aparentemente sem qualquer motivo, 12 crianças nas mesmas salas de aula que ele havia frequentado alguns anos antes, viu-se uma obscura história de isolamento de um homem recém-saído da adolescência que se relacionava com o mundo através de sites de violência na Internet. A cidade e o bairro, chocados com a brutalidade, mobilizaram-se na ajuda às famílias das vítimas, tentando encontrar uma forma de abordagem que buscasse diminuir o impacto psicossocial da tragédia. Quase um ano depois, os sobreviventes ainda trabalham sua perplexidade, e a experiência da solidariedade poderá ser um grande ensinamento para o campo da saúde mental.

Novas descrições no campo psicológico e biomédico para o fenômeno da violência

Os estudos empíricos sobre violência e saúde mental realizados pela psiquiatria e epidemiologia valem-se do conceito de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Definido no Código Internacional de Doenças, “constitui uma

resposta retardada ou protraída a uma situação ou evento estressante (...) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica. (...) Os sintomas típicos incluem a revivescência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas (“flashbacks”), de sonhos ou de pesadelos; ocorrem num contexto durável de “anestesia psíquica” e de embotamento emocional, de retraimento com relação aos outros, insensibilidade ao ambiente, anedonia, e de evitação de atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do traumatismo (...)” (CID 10, F43.1). Desenvolveram-se escalas de medição da intensidade dos agravos que acometem pessoas submetidas a situações de catástrofes e violência, as quais são o instrumento de coleta de dados predominante em tais estudos.

A literatura específica sobre o TEPT analisa também a efetividade de formas de abordagem terapêutica dos casos. Para uma revisão recente dos estudos sobre TEPT, ver Bissonet *et al.* (2007), Schottenbauer *et al.* (2008) e Brewin e Holmes (2003). Para o TEPT na infância e adolescência, ver Pfefferbaum *et al.* (1997).

O modelo do TEPT constitui a via principal de abordagem do tema da violência pela Psiquiatria e Epidemiologia, e tem objetivos específicos e delimitados, de estudos sobre prevalência dos agravos englobados pela definição operacional do transtorno e as abordagens farmacológicas e psicoterápicas para seu manejo. É uma contribuição relevante, com a qual se deve dialogar na construção da agenda da Saúde Mental & Violência. As limitações principais de tais estudos, valiosos na descrição do fenômeno, são dadas por sua própria metodologia e objetivos, e consistem principalmente em não tomarem como objeto as condições sociais e históricas de emergência das situações de violência, bem como sua multidimensionalidade.

Outra descrição que os campos da psicologia e psiquiatria têm utilizado para apreensão de consequências da violência é o *debullying*. Esta palavra, de origem inglesa, mas utilizada com esta acepção inicialmente nos países nórdicos, designa os efeitos da humilhação reiterativa ou molestamento, especialmente em ambiente escolar. A literatura sobre o tema está presente em estudos do campo da Pediatria, Psicologia e Psiquiatria, e sua disseminação no imaginário social, como explicação de última instância para situações de constrangimento em ambientes coletivos, também constitui um fenômeno cultural a ser levado em conta. Para uma revisão deste tema de recente introdução no debate da saúde mental no Brasil, pode ser consultado Neme *et al.* (2010). A evidente limitação desta abordagem pode ser compreendida pela circunscrição do fenômeno ao seu aspecto descritivo, de uma forma apartada do contexto social e biográfico onde se dá.

A violência das instituições de cuidado e proteção

Constituem temas obrigatórios da agenda da saúde mental os efeitos de mortificação das instituições de cuidado e daquelas de proteção social. Hospitais psiquiátricos, abrigos, recentemente as chamadas comunidades terapêuticas, são instituições de tratamento e/ou proteção social que submetem seus internos a regimes de privação de liberdade e imposição de rotinas que apresentam efeitos danosos para o bem-estar físico e psíquico. Há uma vasta literatura, desde os anos 50, sobre este processo de goffmanização da subjetividade (referência ao livro clássico de Goffmann sobre as instituições totais), que não é necessário retomar aqui.

Com a ampliação das chamadas comunidades terapêuticas, por sua incorporação à política de drogas do governo atual, o componente dos métodos coercitivos, imposição de crença religiosa, tratamento compulsório, agravos aos direitos humanos, que vem sendo associado a tais instituições (ver RELATÓRIO DE INSPEÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011) passará a ser tema urgente da agenda da saúde mental, não apenas através de denúncias das situações ocorridas, mas igualmente por meio das consequências psicossociais deste tratamento obrigatório.

O próprio tema do tratamento obrigatório, que foi erigido recentemente como solução para a política pública no campo de álcool e outras drogas (em alguns municípios, como no Rio de Janeiro e São Paulo, sob formas extremas, como a do “recolhimento compulsório de drogados”), passa imediatamente a tomar um espaço relevante na construção da agenda do campo da atenção psicossocial em sua interface com o fenômeno da violência.

Entre as instituições de tratamento que se associam a formas de violência é necessário destacar os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, ou “manicômios judiciais”, e as instituições do sistema socioeducativo.

Quanto aos manicômios judiciais, pode afirmar-se que: 1) o processo de reforma psiquiátrica não logrou, salvo em experiências isoladas, intervir nestas instituições, que permanecem marcadas pela ambiguidade estrutural de serem cárceres e hospitais ao mesmo tempo, com confinamento estrito e todas as situações disto decorrentes; 2) houve uma estabilização do número total de internos desse sistema, em torno de 4.000 (quatro mil) pessoas, significando que não está havendo aumento das internações, seja pela ampliação do acesso ao tratamento comunitário para os transtornos mentais severos; seja pela maior consciência de profissionais implicados, especialmente peritos psiquiátricos e operadores do di-

reito, em particular os juízes de execução penal, sobre a distorção e perversidade intrínsecas deste modelo; seja pelo desvio para outros itinerários institucionais, como prisões ou abrigos, hipótese esta que não tem comprovação empírica na literatura científica; 3) os internos padecem de formas explícitas de incúria e abandono, como o atraso na realização de exames de cessação de periculosidade e execução de alvarás de soltura, o que fica comprovado nos relatórios de inspeção que são periodicamente realizados; 4) como prisões-hospitais, determinam a seu interno os agravos dos dois sistemas, como o confinamento, métodos disciplinares coercitivos, uso excessivo de medicação. Os manicômios judiciais constituem, portanto, um tema urgente e irrecorrível de uma agenda da saúde mental para as situações de violência.

O Sistema Nacional Socioeducativo (SINASE) é constituído por instituições onde jovens “em conflito com a lei” cumprem medidas de proteção, em regime aberto ou fechado, determinadas pela Justiça. Estas instituições foram o símbolo da violência menorista, anterior ao Estatuto da Criança e do Adolescente. Nos últimos anos observa-se um esforço, que deve ser reconhecido, de humanização do sistema, subordinado à Secretaria de Direitos Humanos do governo federal. A saúde mental foi convocada a participar da construção de mecanismos de acesso ao tratamento para estes jovens. A partir de 2006, há uma dinâmica de revisão e abertura do sistema, que já constitui tema relevante para a pauta da saúde mental. A questão do tratamento obrigatório é um dos itens centrais dessa pauta. É preciso destacar que seguem ocorrendo distorções graves, que conflitam com a agenda humanizadora, advogando medidas extremas, como o confinamento por tempo indeterminado, em situações de flagrante contradição com o estado democrático de direito (o exemplo paradigmático desta concepção é a Unidade Experimental criada pelo governo do estado de São Paulo; ver, a propósito, DELGADO, 2011).

Há um tema que sofreu impacto muito pequeno de todas as mudanças institucionais propiciadas pela Reforma Psiquiátrica. Trata-se da escalada das interdições civis, que permanecem como um automatismo do sistema de Justiça, em sua articulação com o imaginário social da incapacidade do louco. Esta forma mitigada e invisível de dominação e violência sobre o sujeito, que lança mão de um dispositivo legal destinado à proteção do incapaz, isto é, sua curatela, tornou-se um procedimento repetido de maneira insensível e rotineira pelas varas de família, apoiadas em pareceres oriundos do campo da saúde mental. Aos olhos das famílias, por desinformação, este procedimento aparece como

natural e eficaz, quando na verdade ele subsiste pela pura inércia do sistema justiça-psiquiatria, e pela sobrevivência, aparentemente inalterada, da concepção de incapacidade civil absoluta do “louco”.

Intervenções psicossociais em cenários marcados pela violência

Como último ponto desta visão panorâmica do tema da violência e sua relação com a saúde mental devem ser mencionados os desafios das ações e serviços de saúde mental em territórios marcados por paroxismos da violência urbana.

A violência é uma importante barreira de acesso ao tratamento. Nos últimos 10 anos, a experiência da atenção primária de saúde, articulada ou não com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem se defrontado, em seu cotidiano, com os desafios da violência. Seja a violência como barreira de acesso, seja os agravos psicossociais decorrentes de violência doméstica, violência armada, conflitos entre grupos pelo controle de territórios, comportamentos violentos associados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas. A criminalização do consumo de drogas contribui para a manutenção de um mercado clandestino, sustentado pela violência armada e corrupção policial. Neste cenário, a intervenção psicossocial tem valor inestimável, porém apresenta desafios que necessitam ser mais adequadamente compreendidos e descritos.

Existem já numerosas experiências da saúde pública – através da atenção primária e dos CAPS – de abordagem psicossocial de situações de violência, associadas ou não ao consumo de álcool e outras drogas. Em comunidades onde se estabeleceu o controle do território pelo Estado, através da polícia, uma experiência recente nos grandes centros urbanos brasileiros, sendo o exemplo principal o município do Rio de Janeiro, a intervenção psicossocial da rede do SUS vai se construindo em meio às indefinições e incertezas do cenário. Situações de violência doméstica se tornam mais visíveis. Outras barreiras de acesso, como o estigma, antes submersas, aparecem. O trabalho dos agentes comunitários de saúde, no convívio com a comunidade, passa a ser o dispositivo mais potente desta nova etapa da intervenção psicossocial.

Existe, porém, uma notável lacuna na disseminação e debate dessas experiências concretas da clínica que se faz no território e dos seus desafios. Este silêncio e isolamento aumentam a sensação de desamparo, e precisam ser urgentemente rompidos.

Conclusões: uma agenda para a discussão da violência e saúde mental

A violência é um fenômeno social de grande impacto sobre a subjetividade contemporânea. Na formação social brasileira, ela está presente através de formas de mortificação institucionais, e também como violência urbana, especialmente nas grandes cidades. A violência doméstica está presente no cotidiano das pessoas e dos serviços de saúde. Assim, trata-se de um tema urgente para a agenda da Reforma Psiquiátrica, através de intervenções psicossociais capazes de abordar com efetividade o sofrimento psíquico causado pela violência. A despeito de sua magnitude e relevância, como tema de debate e de estudos, o fenômeno aparece de forma notavelmente rarefeita na literatura do campo da atenção psicossocial em nosso país. É preciso enfrentar esta escassez, produzindo estudos sobre os efeitos de violência das instituições de tratamento e/ou proteção social (como hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, hospitais psiquiátricos, asilos, abrigos, instituições de tratamento compulsório para usuários de drogas, sistema penitenciário), refinando os estudos de análise e intervenção relacionados à violência doméstica, dando publicidade e descrição sistemática às experiências de intervenção psicossocial em territórios acossados pela insegurança.

A violência, fenômeno social e historicamente determinado, não pode ser reduzida as suas dimensões psicopatológicas, mas sobre ela o campo da saúde mental tem muito a contribuir.

Referências

ADORNO, R.F. *Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência*. SMAD. Revista Eletrônica de Saúde Mental, Álcool e Drogas. v. 4, n. 1, fev. 2008. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 06 mar. 2012.

BISSON J.I., ANKE E., ROSA M., STEPHEN P., DAVID R., STUART T. *Psychological treatment of post-traumatic stress disorder*. British Journal of Psychiatry. 190: 97-104, 2007.

BREWIN C.R., HOLMES E.A. *Psychological theories of posttraumatic stress disorder*. Clinical Psychology Review. 23: 339-376, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª. inspeção nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de droga*. Brasília: CFP, 2011.

DELGADO, P. G. G. *A reforma em Saúde Mental e os desafios na interface com a Justiça*. Proposições da Coordenação de Saúde Mental para adolescentes em situações de vulnerabilidade e nas fronteiras com o sistema de Justiça. Intervenção em debate sobre a Unidade Experimental de São Paulo, 12/05/2008. Caderno Temático Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. 2011.

HODGINS S., MEDNICK S.A., BRENNAN P.A., SCHULSINGER F., ENGBERG M. *Mental disorder and crime*. Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*. 53 (6): 489-96, 1996.

MINAYO, M.C. *A violência social sob a perspectiva da saúde pública*. Caderno de Saúde Pública. 10 (1): 07-18, 1994.

NEME C.M.B., MELLO L.C., GAZOLLA R.A., JUSTI M.M. *Fenômeno Bullying: análise de pesquisas em Psicologia publicadas no período de 2000 a 2006*. Ciber-Saúde. 200-204, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*. CID-10. 1992.

PFEFFERBAUM B. *Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 36 (11): 1503-11, 1997.

SCHOTTENBAUER M.A., GLASS C.R., ARNKOFF D.B., TENDICK V., GRAY S.H. *Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review and methodological considerations*. *Psychiatry*. 71 (2): 134-168, 2008.

SELINGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. São Paulo: Ed. Cortez, 1994.

Nota

1. Pedro Gabriel Godinho Delgado é psiquiatra, doutor em Medicina Preventiva pela USP, com pós-doutorado na London School of Hygiene and Tropical Medicine, da Universidade de Londres. Militante do movimento da reforma psiquiátrica no país; professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o atual coordenador nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde. Email: pedrogabrieldelgado@gmail.com

Recebido em março de 2012, aprovado para publicação em maio de 2012.

