

A TRAJETÓRIA DA LOUCURA NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL*THE PATH OF MADNESS IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH*

DOI 10.5281/zenodo.7945231

João Renato Ciabattari Pagnano¹
Silvio José Benelli²**RESUMO**

Este artigo tem por objetivo apresentar a trajetória da loucura no campo da Saúde Mental, por meio de uma revisão bibliográfica do processo histórico que engendrou a atual sociedade disciplinar. Utilizamos a Análise Institucional como referencial teórico-metodológico para pensar a Saúde Mental no campo social, bem como a transversalidade dos momentos revolucionários da Luta Antimanicomial. O trabalho oferece condições necessárias para subsidiar teoricamente uma reflexão histórica sobre a loucura, retomando algumas questões que surgiram durante a Idade Média até os dias atuais.

Palavras-chave: saúde mental; luta antimanicomial; loucura

ABSTRACT

This article aims to present the trajectory of madness in the field of Mental Health, through a bibliographic review of the historical process that engendered the current disciplinary society. We used Institutional Analysis as a theoretical-methodological framework to think about Mental Health in the social field, as well as the transversality of the revolutionary moments of the Anti-Asylum Fight. The work offers necessary conditions to theoretically subsidize a historical reflection on madness, resuming some questions that arose during the Middle Ages until the present day.

Keywords: mental health; anti-asylum struggle; madness

¹ Psicólogo, Psicanalista, Mestre em Psicologia e Sociedade pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, SP (2018). Pós-graduação (especialização) em Psicologia da Saúde na Pontifícia Universidade Católica - PUC (2011). Integrante do Laboratório transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da saúde (LATIPPSS) - CNPq. E-mail: joaorenatocp@hotmail.com

² Professor Associado do Departamento de Psicologia Clínica do curso de graduação em Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, SP, linha de pesquisa Atenção Psicossocial e Políticas Públicas. Livre Docente em Psicologia Clínica pela Universidade Estadual Paulista (Unesp) (2022); Doutor em Psicologia Social pelo IP/USP, São Paulo, SP (2005-2007). Pós-Doutorado pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, SP (2008-2010). Graduado em Psicologia (1997-2001) e Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, SP (2001-2003). Graduado em Filosofia pela Faculdade Salesiana de Filosofia Ciências e Letras (1987-1990). Coordenador do Laboratório transdisciplinar de Interação-Pesquisa em Processos de Subjetivação e Subjetividade da saúde (LATIPPSS) - CNPq.

1 A INVENÇÃO DA DOENÇA MENTAL E O SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA

Compreender e explicar como se deu o surgimento dos espaços que posteriormente serão transformados em Hospitais Psiquiátricos (HP) para iniciarmos esta trajetória é o que nos propõe a “*História da Loucura*” escrita por Foucault (1978). Ele distingue um conjunto de figuras históricas da loucura, sendo que a doença mental seria apenas uma forma moderna desse fenômeno que certos indivíduos experimentam em suas vidas.

Segundo esse autor, entre aproximadamente os anos de 1300 a 1600, ou mais precisamente, da Alta Idade Média até o final das Cruzadas, havia um enorme temor da sociedade europeia com relação a uma doença, a lepra. Eram exercidas obscuras práticas médicas e os leprosários se multiplicaram por toda Europa. Provavelmente o resultado da segregação dos doentes em estabelecimentos institucionais teve por mérito diminuir as contaminações, culminando, ao final da Idade Média, num estranho desaparecimento dessa doença.

O medo da lepra foi transferido, posteriormente, para as doenças venéreas. Essas doenças ocuparam, no mundo clássico, o papel que cabia à lepra no mundo medieval, sendo que outras práticas discursivas, não discursivas e institucionais foram criadas para lidar com elas. Do século XIV ao XVII a sociedade europeia temia intensamente tais doenças. Teria sido apenas por volta da metade do século XVII que a loucura emergiu como uma preocupação social.

Todos os estabelecimentos institucionais construídos e ocupados durante a Idade Média para realizar o tratamento da lepra haviam se tornado espaços vazios e acabaram servindo como casarões de depósito às pessoas que não eram bem aceitas nas cidades, eram lugares que acabaram se tornando o destino certo para os indivíduos que eram considerados loucos pela sociedade.

Havia também um outro local ao qual essas pessoas eram destinadas, a chamada Nau dos Loucos, um barco que transitava ao longo dos rios carregando as pessoas indesejadas, que eram assim excluídas de suas cidades. A navegação dessa estranha embarcação simboliza muito expressivamente o lugar que a loucura ocupa ainda hoje em nossa sociedade, situação simbólica, liminar, que assegura um lugar de passagem à loucura, expressando a dificuldade que existe, atualmente, em conceder novamente às

pessoas que são caracterizadas como tais, um lugar de volta na sociedade, ou seja, “a volta de seus antigos inquilinos³” (FOUCAULT, 1978)

Com o objetivo de compreender o que justificava à sociedade impor um destino de exclusão para alguns indivíduos, Thomas Szasz (1976), outro autor importante para a compreensão histórica do fenômeno da loucura, comparou, especificamente, a crença em feitiçaria e a perseguição de feiticeiras à crença na doença mental e a perseguição das pessoas consideradas loucas, partindo da concepção de que a ideologia da doença mental serve a uma necessidade moral de nossa sociedade. Para ele, o conceito de doença mental é análogo ao de feitiçaria.

Esses conceitos possuem o mesmo *status* lógico e empírico, são imprecisos e excessivamente abrangentes, livremente adaptáveis a quaisquer usos que deles se queiram fazer, seja a religião, a justiça, a medicina ou o senso comum. Szasz pretendeu mostrar que o conceito de doença mental serve, no mundo contemporâneo, à mesma função social que tinha o conceito de feitiçaria no final da Idade Média, demonstrando que as ações sociais a que conduz têm as mesmas consequências morais e políticas. Podemos considerar que tanto a feitiçaria quanto a loucura tornaram-se importantes categorias institucionais, das quais derivaram todo um conjunto de operadores: estabelecimentos, discursos, práticas, atores institucionais e efeitos éticos determinados.

A psiquiatria, por sua vez, desenvolveu-se institucionalmente, na medida em que a perseguição às feiticeiras declinou e desapareceu. Isso ocorreu porque houve uma transformação de uma ideologia religiosa em uma ideologia científica: a Medicina substituiu a Teologia; o alienista substituiu o inquisidor; o insano substituiu a feiticeira. O resultado foi a substituição de um movimento religioso por um movimento médico de massa, com a perseguição aos doentes mentais substituindo a perseguição aos heréticos. Neste novo paradigma institucional científico continuaram existindo também os dissidentes, que são aquelas pessoas não aceitas no padrão vigente, e o conformismo continuava a ser exigido (SZASZ, 1976).

. Os não conformistas, aqueles que faziam objeções, os que negavam os valores dominantes da sociedade ou que se recusavam a aceitá-los, continuavam a ser uma ameaça e necessitavam ser expulsos, segregados, depositados em um espaço institucional separado, onde seriam internados. Certamente, a ordenação adequada dessa nova sociedade já não era conceituada em função de graça divina, era considerada, nesse

³ Parafraseando Peter Pál Pelbart (1993), no livro: *A nau do tempo rei*.

momento, em função da saúde da população. Por isso, seus inimigos internos eram vistos como loucos, doentes mentais e, como resposta social e institucional, foram criados os HP, com a justificativa de proteger a sociedade dessas ameaças (SZASZ, 1976).

Nessa época da história, no século XVII, com a apropriação institucional da loucura pelo discurso médico, seguiu-se a criação dos hospitais como estabelecimentos institucionais singulares, fazendo deles espaços privilegiados para a produção e exercício de saberes e de poderes. Como ator institucional, o louco foi, e ainda é amarrado às suas estruturas, aprisionado no interior desses lugares, espaços de racionalidade psiquiátrica nos quais inventaram a doença mental (FOUCAULT, 1978).

. Contudo, no século seguinte, em um momento instituinte da história da loucura enquanto doença mental, um médico chamado Philippe Pinel iniciou seus trabalhos nos hospitais franceses, conquistando na justiça uma autorização para desacorrentar as pessoas aprisionadas e propondo a criação de uma nosografia baseada no método da História Natural. Ele procurou conhecer, classificar, separar e agrupar os diversos fenômenos mentais que observava acometendo os indivíduos no interior destes locais de internação (FOUCAULT, 1978).

Pinel acreditava que o meio social causava as “doenças mentais” e que as pessoas “loucas” deveriam ser mantidas afastadas das outras pessoas da sociedade. Elas deviam ser internadas em estabelecimentos institucionais fechados para serem tratadas pelos médicos. A tradição da Clínica Psiquiátrica e o termo “alienista” para o médico da mente foram fundados por ele, acreditando que poderia tratar e curar a loucura por meio da internação hospitalar. Dessa forma, o hospital tornou-se um lugar de tratamento da “doença mental” e o “louco” passou a ser objeto de observação sistemática pelo saber médico (FOUCAULT, 1978).

Continuando com os trabalhos de Pinel, Esquirol, psiquiatra francês do século XIX, enunciou que a loucura era produto da sociedade, das influências morais e intelectuais negativas que eram exercidas sobre os indivíduos. Ganhou força o que se chamou de “tratamento moral”, visto que apresentava resultados mais efetivos que os outros tratamentos realizados, como por exemplo, na época, pela incipiente farmacopeia. Ele reafirmou considerar principalmente que as paixões eram os sintomas mais essenciais e também os mais poderosos agentes terapêuticos contra a loucura. Esse “adoecimento” era considerado uma perda do livre arbítrio. Com Esquirol, de um certo modo, houve um grande desenvolvimento da clínica psiquiátrica em termos teóricos e práticos (FOUCAULT, 1978).

Ainda no século XIX, Morel, médico psiquiatra, foi o iniciador da investigação sobre a esquizofrenia, publicando livros nos quais apresentou sua doutrina sobre a teoria da degeneração, na qual estudou os processos mentais, baseado na neurofisiologia e na bioquímica do sistema nervoso, buscando decifrar a etiologia da alienação mental. Ele buscava encontrar uma causa orgânica que seria produtora do fenômeno da loucura, permitindo assim sua confirmação médica precisa. Ele instituiu originalmente a ainda atual orientação clínico-etiológica que é predominante na psiquiatria. Para Morel, as degenerações que levavam a loucura eram potencialmente hereditárias, além dos fatores do meio social.

É importante considerar que esse autor desenvolveu suas pesquisas e teorias a partir da observação do proletariado de sua época e local, o que o levou a construir um sistema explicativo para dar conta da situação de miséria e doença dessa população. Isso pode nos confirmar, em muitos momentos, o sentido que possui o fato de que algumas autoridades, tais como juízes ou médicos psiquiatras, atribuem a alguns indivíduos, principalmente aqueles que estão em situações de dificuldade econômica, a qualificação de “doentes mentais”. Essa perspectiva podia colocar em xeque o tratamento moral do século passado, mas não abalava as forças hegemônicas. O tratamento moral continuou sendo o meio terapêutico mais utilizado nessa época (FOUCAULT, 1978; SZASZ, 1976).

Como parte das transformações das estratégias de tratamento psiquiátrico dos séculos XVIII e XIX, surgiu a proposta da profilaxia, o conceito de endogeneidade e de eugenia em psiquiatria, consolidando a importância da noção de prevenção da alienação no meio social e moral, sendo que a atuação médica cuidadora típica do interior dos hospitais foi deslocada e expandida para o meio social e político. No final do século XIX, Magnan, partindo de Morel, construiu o conceito de predisposição. Contudo, mais tarde, apareceu Kraepelin, sendo considerado o criador da Psiquiatria Moderna. Seu mérito foi ter sistematizado a nosologia, estudando a esquizofrenia e a hereditariedade, apresentando a visão de doença mental como conjunto de aspectos não acidentais, próprios da natureza de cada unidade nosológica. Ele introduziu, ainda, a noção de anormalidade, marcando fortemente o discurso psiquiátrico do século XX. A loucura passou a ser percebida, diante disso, como socialmente perigosa (FOUCAULT, 1978).

Um dos principais problemas na Psiquiatria foi, e continua sendo, o temor que o “louco” desperta, supondo-se que ele seria essencialmente violento, sendo que a violência real, ao contrário, é produzida pela sociedade contra ele. Disso resulta a desumanização, a opressão e a perseguição do cidadão estigmatizado como sendo

“mentalmente doente”. A estratégia típica dessa psiquiatria é a hospitalização involuntária em hospitais psiquiátricos, o que representa a segregação, a exclusão e a internação dos indivíduos considerados loucos.

Evidentemente não é fácil combater essa situação. É difícil rejeitar as ideologias bem entrincheiradas, habilmente construídas ao longo da história, defender uma lógica inversa de olhar para a loucura em uma sociedade tão pautada pela razão, sobretudo numa vertente médica e medicalizadora, assim como foi impossível defender o herético que questionava a religião, que pretendia então responder todas as questões da sociedade em sua época (SZASZ, 1976).

Ao longo da história, é possível considerar que houve diversas mudanças de olhares sobre a “loucura”, no que se refere às práticas e aos discursos da psiquiatria (FRAYZE-PEREIRA, 1989). Podemos verificar ainda que na síntese histórica elaborada por Amarante (1996), ele descreve a constituição do que denomina de Paradigma Asilar⁴ (PA), afirmando que as mudanças e transformações diversas que foram sendo realizadas na implementação do tratamento médico-psiquiátrico da loucura continuam cegas quanto aos aspectos positivos da loucura e de sua verdade.

Assim, podemos considerar que a psiquiatria, produto das reformas transformadoras ocorridas nas instituições sociais da França Revolucionária, seguiu o caminho das ciências positivistas, pela qual a medicina ocidental se fundamenta, tendo como base apropriar-se do outro - confiná-lo, manipulá-lo e observá-lo -, buscando formular um saber universal e verdadeiro sobre a doença mental que o acomete, já que não considera as qualidades e verdades próprias desse outro. O isolamento do mundo exterior, como princípio terapêutico, que permite a apropriação do outro, como diz o autor em seu livro *O Homem e a Serpente* (AMARANTE, 1996), é um amargo e universal remédio, que até os dias atuais ainda não está superado.

Ora, essa “terapêutica” do isolamento social, quase perdeu sua eficácia ao longo da história por conta da anatomopatologia e da medicina clínica. Por meio delas, os médicos buscaram intensamente encontrar causas orgânicas para a loucura, mas fracassaram, já que não se pode encontrar no corpo humano uma patologia de etiologia

⁴ O Paradigma Asilar, composto por diversos operadores institucionais teóricos, técnicos, ideológicos e éticos pautados no poder/saber da psiquiatria, segundo COSTA-ROSA (2000), encontra oposição e objeção dialética no modelo denominado de Atenção Psicossocial, trazendo elementos, tanto em termos teóricos e técnicos, quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em Saúde Mental, propondo a superação e a abolição do manicômio enquanto estratégia institucional para lidar com o sofrimento psíquico.

social. A sociedade ainda reclama uma solução para o “louco” e sua “loucura”, oscilando contraditoriamente entre propostas de humanização, decorrente dos lemas libertários da Revolução Francesa, e as medidas de caráter mais drástico, tais como os aprisionamentos, castigos, abusos ao medicar as pessoas em sofrimento psíquico e a exclusão destinadas aos resistentes à fabulosa obra social que se pretende operar, ao grande projeto de Estado, à família, às Instituições (FOUCAULT, 1978; SZASZ, 1976).

Atualmente, no campo da Saúde Mental (SM), o tratamento segue sendo cada vez mais farmacológico, todavia em 2022 existem um grande número de internações em Hospital Psiquiátricos (HP) nas quais ainda se aplicam as antigas práticas tipicamente disciplinares que incluem o isolamento, contenções físicas e o tratamento moral, que são operacionalizadas por inúmeros profissionais que utilizam recursos teórico-técnicos e éticos francamente manicomiais e asilares em sua atuação. Consideramos que os objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) e dos esforços da Luta Antimanicomial visam propor alternativas diferentes de atuação, instituindo novos modos de cuidado para as pessoas que experimentam sofrimento psíquico intenso, contribuindo para a construção de outros rumos instituintes nessa trajetória da história da loucura no contemporâneo.

Autores como Emerich e Yasui (2016) articulam um discurso que, superando a visão psiquiátrica tradicional, permitem pensar que a suposta loucura do outro seria apenas uma das facetas da complexa e múltipla dimensão humana, presente entre nós, e própria de todos nós.

2 TRANSFORMAÇÕES INSTITUCIONAIS: MOVIMENTOS DA REFORMA PSQUIÁTRICA E OS CAMINHOS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

A Instituição Psiquiátrica, com a consolidação da psicopatologia como um campo de saber específico, realizou construções teóricas cada vez mais precisas e detalhadas sobre as assim chamadas “doenças mentais”, criando um número maior de sistemas de classificações, cuja consequência foi a redução do ser humano aos quadros psicopatológicos⁵.

⁵ Na literatura, a autora Maura Lopes Cançado (1979), que foi diversas vezes internada em hospitais psiquiátricos da década de 1950 a 1980, ilustra esta passagem do texto ao dizer que ela se sentia como uma

Em 1946, nos EUA, foi fundada a primeira associação de psiquiatria biológica, por um grupo de psiquiatras e neurologistas. Na década de 1950, registraram-se as descobertas de novos medicamentos para o tratamento dos sofrimentos psíquicos tais como, por exemplo, os antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores de humor e antiepiléticos. A invenção desses remédios revolucionou a psiquiatria, tendo renovado a hipótese de causas físico-químicas das diversas formas da loucura (LUZIO, 2013).

No século XX, no período posterior à Segunda Guerra Mundial, iniciou-se um novo processo de transformação institucional no campo da Saúde Mental. Houve diversas experiências no continente europeu e nos EUA que buscaram promover a saída das pessoas internadas nos HP, tendo sido denominada de Reforma Psiquiátrica. O avanço dos medicamentos contribuiu com esse movimento de reforma, mas também possibilitou à psiquiatria manter o seu mandato social sobre a loucura.

Assim, o saber e a prática médica seguem detendo um lugar privilegiado no imaginário social, garantindo a manutenção do poder hegemônico e das normas dominantes da sociedade (LUZIO, 2013). Podemos considerar que movimentos reformistas também possuem aspectos instituintes interessantes, mas como não são radicalmente contraditórios – do ponto de vista paradigmático – terminam por reincidir na manutenção do instituído, embora com novas roupagens.

Em 1952, foi criado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) com o objetivo de unificar as nomenclaturas dessas classificações de “doenças mentais”. Embora o DSM tenha sido criado para os Estados Unidos, ele tornou-se uma referência global, pois a Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza desse manual para organizar os Códigos Internacionais de Doenças (CID).

O DSM, que já teve cinco versões lançadas, tem como proposta buscar a descrição da etiologia, patologia, prognóstico e tratamento das “doenças mentais”. De modo geral, as reedições do DSM aumentaram o número de diagnósticos específicos, expandindo o processo de medicalização do social, por meio da banalização do diagnóstico psiquiátrico e do aumento da utilização de psicofármacos pela população. O DSM I contém 106 categorias mentais, em 130 páginas; o DSM II, 182 categorias mentais, em 134 páginas; o DSM III, 265 categorias mentais, em 494 páginas; o DSM

mala de viagem, que em cada parada recebia uma etiqueta: Paris, Roma, Berlim, [...]. Pois em cada internação, segundo ela, recebia um diagnóstico diferente: paranoia, esquizofrenia, epilepsia etc.

III-R, 292 categorias mentais, em 567 páginas; o DSM IV, 297 categorias mentais, em 886 páginas (LUZIO, 2013). E, por fim, o DSM V, na sua versão atualizada que foi publicada em maio de 2013, contém 300 categorias mentais, em 947 páginas.

Orientadas pela visão biológica da “doença mental”, as classificações psicopatológicas articulam-se cada vez mais com o tratamento medicamentoso. Tal vinculação atualiza a procura, na trajetória da psiquiatria, pela etiologia orgânica da “doença mental”. O “eterno retorno” da psiquiatria à busca da etiologia neurológica da doença mental denota a persistência, em seu núcleo epistemológico, de uma suposição básica que já estava em sua origem, acompanhou todo o seu desenvolvimento e continua tão enigmática nos dias de hoje quanto antes.

Não se trata de negar as contribuições oferecidas pelas ciências biológicas, nem pelas descobertas psicofarmacológicas, pois elas representam recursos terapêuticos importantes, em qualquer modelo de atenção em SM (LUZIO, 2013). Mas do mesmo modo que a internação pura e simples não “cura” a loucura, o tempo vêm demonstrando que o remédio apenas também não “cura”. Trocar a internação institucional pela nova clausura química ainda é continuar na mesma lógica. De fato, é bem difícil incluir na mentalidade social mais ampla que a loucura seria uma possibilidade humana – singular, certamente, - mas uma entre outras possíveis. E essa consideração não quer dizer que se ignore o sofrimento que essa posição existencial singular representa, o que implica oferta de cuidados, de apoio, de continência, de suportes para lidar com o sofrimento e, ainda assim, ter direito a uma vida com dignidade.

Assim como aconteceu em vários países da Europa, nos Estados Unidos, em 1961 - cenário de contestação à psiquiatria como um campo de saber e poder -, houve uma reorganização, numa linha reformista, do sistema da SM pública, pois se intensificaram as críticas às péssimas condições de tratamento das pessoas internadas em HP. Surgiu, com isso, a Psiquiatria Comunitária/Preventiva, com os estudos de Gerald Caplan (1980), que foi considerada um marco na história da Psiquiatria, uma vez que ampliou sua função medicalizadora e “invadiu” o espaço público, por intermédio de ações de saúde mental junto à comunidade.

Com tais esforços, pretendeu-se não apenas detectar antecipadamente as situações críticas, desencadeadoras das crises psíquicas, com a finalidade positiva de evitar a internação, mas a intervir no espaço social, de um modo negativo, sob a justificativa de “prevenir” o “adoecimento mental”, já que seguia responsabilizando apenas os indivíduos.

Assim, houve um movimento interessante de deslocamento institucional do foco da doença para a saúde mental, no sentido de combater tudo o que na sociedade, no nível das causas possíveis de patologias, pudesse interferir no bem-estar dos cidadãos. Tratou-se de um processo institucional importante porque buscou renovar o alcance da terapêutica psiquiátrica, liberando-a de suas funções tradicionais de controle social, coação e segregação (LUZIO, 2013), na direção da promoção da saúde mental.

Paralelamente, ocorriam importantes movimentos em outros países que efetivaram, de fato, transformações na SM. Movimentos instituintes, no interior da Instituição Psiquiátrica, dentre eles: a Psiquiatria de Setor/Psicoterapia Institucional de François Tosquelles e Jean Oury, na França; a Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones, na Inglaterra; e, por fim, a Psiquiatria Democrática, que é referência para a OMS, de Franco Basaglia, na Itália.

Essas transformações, que buscaram operar diversas e significativas mudanças na Instituição Psiquiátrica, por meio de processos sociais complexos, fizeram surgir um novo paradigma, o da Atenção Psicossocial (AP). Esse paradigma procura romper com as práticas fundadas na psiquiatria e com uma concepção de “doença mental” abstrata, orgânica e restrita ao indivíduo. Além disso, propõe combater o poder hierárquico da instituição e tornar horizontal as relações entre os profissionais da SM e as pessoas em sofrimento psíquico intenso (YASUI, 2013; LUZIO, 2013).

O objetivo dessas transformações, de um modo geral, consiste em avançar para além das concepções de tratamento da psiquiatria clássica, levando em conta a subjetividade dos sujeitos em sofrimento psíquico, as singularidades e, ao mesmo tempo, considerar os atravessamentos das instituições, do Estado, da sociedade, dos acontecimentos globais etc.

Buscou-se criar uma instituição não mais centrada na internação, que fosse democrática, participativa e que reinserisse na sociedade a problemática da saúde mental, da loucura e do louco, como questões relacionadas com o plano da cidadania e dos direitos humanos. Visa-se, então, estruturar um serviço público de tratamento no território, colocando à disposição da população o acesso universal às novas formas de atendimento. A internação deveria ser finalmente, abolida.

Esses movimentos que ocorreram nos EUA e na Europa estenderam-se também por alguns outros países, como no Brasil, caracterizavam-se pela contestação radical à ordem vigente instituída na cultura ocidental, recusando a homogeneização produzida pelas visões e práticas totalizantes, defendendo a diversidade, as diferenças

sociais e culturais tão significativas a este campo da SM (LUZIO, 2013). Já não se tratava, portanto, apenas de reformar, reorganizar ou de ampliar a psiquiatria, com suas práticas e efeitos, mas de questioná-la estrutural e radicalmente.

Nesse cenário de contestação radical à psiquiatria como um campo de saber e poder sobre o sofrimento psíquico, uma série de críticas foram construídas por diversos autores como: David Cooper (1967), Ronald Laing (1963), Félix Guattari (1981), Erving Goffman (1987), Michel Foucault (1978), entre outros que, em suas produções – Psiquiatria e antipsiquiatria; O eu dividido: um estudo sobre a loucura e a sanidade; Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo; Manicômios, prisões e conventos e História da loucura -, procuram contestar o saber psiquiátrico, por considerar que a metodologia do tratamento, pautada num paradigma cientificista, dirige suas ações exclusivamente em relação à doença, garantindo, sempre, a tutela ao saber profissional.

Citando Laing, Luzio (2013) afirma que o olhar de uma pessoa às ações de outra, na perspectiva do sintoma de uma doença, seria uma imposição das categorias pessoais de quem olha. Essas, por sua vez, impediriam a compreensão da pessoa examinada e, portanto, a comunicação com ela. Nesse sentido, seria fundamental que o profissional olhasse e ouvisse a pessoa em sofrimento psíquico como um ser humano e não como uma doença (LUZIO, 2013).

Em 1970, na Itália, Franco Basaglia desenvolveu uma estratégia de reinvenção da assistência ao sujeito em sofrimento psíquico que conduziu à desconstrução dos dispositivos psiquiátricos de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e mantidos, inclusive, pelo imaginário social. Sua proposta consistiu em propor e realizar um processo de desinstitucionalização voltado para o HP e para todo o conjunto de saberes e práticas da psiquiatria, restituindo a complexidade do fenômeno da loucura. Tal processo é fundado nas noções de institucionalização e de poder institucionalizante da reclusão. A noção de institucionalização engloba um complexo de danos decorrente da submissão da pessoa internada, de forma compulsória e por tempo indeterminado, ao autoritarismo e à coerção do manicômio. A ideia de poder institucionalizante da reclusão – enquanto tecnologia social de internação hospitalar – concerne a um conjunto de forças instituídas responsáveis pela redução da pessoa à doença e de sua conseqüente restrição por meio da internação manicomial, que transcendem amplamente as questões implicadas pelo próprio sofrimento psíquico (AMARANTE, 1996; LUZIO, 2013).

A psiquiatria e seu aparato terapêutico centrado no hospital enquanto estabelecimento institucional separou a doença, um objeto fictício, da existência social e histórica concreta, global e complexa das pessoas e da sociedade em geral. Sobre essa separação artificial construiu-se um conjunto de aparatos científicos, legislativos e administrativos, todos referidos à “doença”. Podemos considerar que a Psiquiatria tornou-se uma instituição que se deu um objeto próprio: a doença mental, inventou técnicas específicas baseadas na tecnologia da internação, fez dispositivos, criando a organização médico-psiquiátrica, estabelecimentos de formação e de tratamento, saberes, teorias, discursos, práticas diversas, atores institucionais, figuras históricas novas, novos sujeitos portadores de novas doenças e efeitos éticos característicos, precisamente a Instituição Psiquiátrica (FREIRE COSTA, 1996).

É esse conjunto paradigmático e institucional asilar que é preciso questionar, desmontar e desinstitucionalizar, inventando outros dispositivos que permitam contato com a existência-sofrimento, que é inerente a todos nós seres humanos, considerando as singularidades pessoais nos seus processos de subjetivação. As estratégias para essa ação requerem a negação da psiquiatria enquanto ideologia e prática política e social. Essa negação exige a superação da vocação terapêutica suposta no Paradigma Asilar (PA), figura do plano social e histórico, enquanto encarnação institucional do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), constructo propriamente lógico-estrutural, de acordo com Costa-Rosa (2013).

Isso significa negar a *instituição psiquiatria*, bem como seus estabelecimentos manicomial e o saber médico-científico organicista sobre a “doença mental” como objeto de intervenção curativa. Trata-se de compreender a emergência da psiquiatria como parte integrante de um complexo processo histórico e social da apropriação da loucura e de sua transformação em “doença mental”, que fundamentou o poder do psiquiatra em relação às pessoas em sofrimento psíquico e autorizou o seu mandato social de custódia. Em acréscimo, implica a denúncia da violência a qual as pessoas sofrem, dentro e fora da instituição psiquiatria, presente em numerosas técnicas de invalidação social que excluem e até mesmo exterminam as pessoas consideradas “doentes” (LUZIO, 2013).

3 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA HISTÓRIA BRASILEIRA E AS MUDANÇAS PARADIGMÁTICAS NO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

No Brasil, as transformações na Instituição Psiquiatria, foram influenciadas pelos movimentos de reforma psiquiátrica dos EUA, França, Inglaterra e Itália. Para conhecermos o contexto histórico nacional temos como referência os trabalhos de diversos autores: Fernandes (1999), Yasui (1999, 2010), Costa-Rosa (2013) e Uliana (2007), dentre outros. Tanto o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990, 2001, 2004, s/d) quanto o Conselho Federal de Psicologia (2010) também produziram um conjunto de documentos que oferecem informações e orientações para a realização do trabalho em SM, permitindo a crítica e o aprofundamento dos conhecimentos sobre diversas questões, tais como: os modos de funcionamento dos estabelecimentos de internação psiquiátrica, os novos estabelecimentos e equipamentos substitutivos aos HP, os desdobramentos e os resultados advindos da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb) e da Luta-Antimanicomial.

Referente à trajetória da RPb, de acordo com Costa-Rosa (2013), houve nesse processo histórico uma fase inicial que poderia ser caracterizada por meio dos “convênios de 1973” que, durante uma década de trabalho e pesquisas, produziram conhecimentos que contribuíram com a formação dos primeiros trabalhadores e gestores que surgiam para a confrontação direta ao PA.

A implantação de dois modelos novos de enfrentamento, inspirados na Psiquiatria Comunitária/Preventiva americana e na Psiquiatria de Setor/Psicoterapia Institucional francesa, que são, respectivamente, a Atenção Básica na Saúde Pública e os Ambulatórios de Saúde Mental, introduziu no Brasil um novo modo de atenção à SM. Essa estratégia e esse novo estabelecimento institucional possibilitaram uma outra forma de tratamento, não havendo mais apenas a internação como única oferta de atendimento às pessoas em sofrimento psíquico (COSTA-ROSA, 2013).

O período em que as diversas ações no campo da SM brasileira começam a se desenvolver coincidiu com a posse dos primeiros governadores de Estado eleitos democraticamente em 1984. Nessa época, formulou-se um projeto amplo de política pública para a SM. As mudanças na organização SM também podem ser observadas com o fim da ditadura militar, quando surgiu um novo panorama social.

Com a implantação de uma política que atribuiu poderes econômicos aos municípios, surgiram experiências novas no campo da Saúde. Transformações de caráter

municipal começaram a ocorrer em paralelo às atividades da Atenção Básica e dos Ambulatórios de SM. Essas ações, importantíssimas para a RPb, com práticas inovadoras e fundamentadas em princípios teóricos e éticos, tornaram-se a base de um novo modelo de Atenção ao sofrimento psíquico (COSTA-ROSA, 2013).

Uma das primeiras ações, fundamental para a base da RPb, realizada pelo grupo gestor da política dos ambulatórios em São Paulo, foi a implantação do CAPS Luiz Cerqueira, em 1987, baseado nas experiências revolucionárias da Itália. O CAPS será, nos momentos seguintes dessa reforma, o modelo oficialmente adotado pelo Ministério da Saúde como o principal estabelecimento institucional de atenção ao sofrimento psíquico substitutivo ao HP.

Entre outras experiências de práticas inovadoras da RP, destacam-se a do município de Santos e a do município de Rio Claro. Influenciadas pela desinstitucionalização italiana, expressaram-se inicialmente na criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial⁶ (NAPS) como substitutivos radicais dos estabelecimentos de internação psiquiátrica. Os HP foram efetivamente extintos no município de Santos⁷ e substituídos por uma rede de estabelecimentos ambulatoriais (COSTA-ROSA, 2013).

No final da década de 1980, já estavam em execução as práticas do movimento ético-político que ficou conhecido como Reforma Sanitária, inspirado e pautado, por sua vez, em importantes exemplos mundiais de reforma dos modelos de Atenção à Saúde, especialmente os modelos italiano e cubano.

A Reforma Sanitária pode ser considerada o mais genuíno exemplo, das últimas décadas, de política pública no Brasil, por ter sua origem instituinte na luta dos trabalhadores, que culminou na criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma nova figura institucional revolucionária que representa a tradução prática dos princípios éticos e técnicos pertinentes ao campo da SM. O que possuímos de informações⁸ demonstra que, fora essas exceções municipais importantíssimas, as reformas na SM ficaram inteiramente na esfera das ações do executivo federal, até porque a maior parte dos recursos financeiros necessários para promover as transformações almeçadas eram injetados nos municípios pela federação (COSTA-ROSA, 2013).

⁶ Posteriormente o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) engloba esta terminologia NAPS, esses locais passam a ser denominados unicamente pelo termo CAPS.

⁷ Recentemente, em 2016, a grande capital do Estado de São Paulo também extingue todos os seus HP.

⁸ Uma análise histórica e institucionalista, desse período, necessita atentar-se para a existência de uma importante lacuna de informações sobre as experiências nos outros estados da federação (COSTA-ROSA, 2013).

Continuando com a explanação sobre a trajetória da RPb, não eram apenas os recursos financeiros que configuravam as contribuições do ministério. Esse também expediu uma série de portarias e normas que foram se constituindo em um importante aparato jurídico-político que passou não apenas a facultar, mas a orientar de modo direto a implantação da Rede substitutiva à internação em HP, agora política oficial do país.

Considerando o disposto na lei 10216 (BRASIL, 2001) – antigo projeto de lei Paulo Delgado, marco na história brasileira da RP, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental para a realização de tratamento em meio aberto, mais especificamente, nesses estabelecimentos criados para substituir os HP. A internação, após o surgimento dessa lei, deve ocorrer apenas em casos excepcionais, após terem sido esgotadas todas as outras alternativas de tratamento. Esse projeto de lei tramitou no Congresso Nacional durante doze anos, desde 1989 até 2001, quando foi aprovado, mas com modificações significativas no texto original.

Com a publicação da Portaria 3088 de 2011, a organização SM necessitou pautar suas ações pela modalidade de atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incorporando o conceito de região de saúde para garantir o acesso e cuidado integral de seus usuários. A Região de Saúde contém, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, vigilância em saúde, atenção ambulatorial, especializada e hospitalar.

Contudo, graças às brechas abertas pelas modificações na Lei 10.216, os HP existentes continuaram funcionando, apesar destas novas leis e portarias, e se mantiveram atuantes, persistindo atualmente como estabelecimentos em funcionamento, integrados na organização SM. É possível pensar que, mesmo com a criação do CAPS, dispositivo estratégico da política federal para superação do HP, esses novos estabelecimentos seguiram internando seus usuários. De certa forma, a situação se arranja ao modo temerário da forma de contradição “um, mas não sem o outro” (COSTA-ROSA, 2013), como podemos ler nas entrelinhas dessa lei.

O complexo campo da SM exige dos profissionais que nela atuam, uma gama de instrumentos conceituais para ampliação de suas práticas. A Luta Antimanicomial e a Atenção Psicossocial compreendem conjuntos de ações, saberes e políticas que, inclusive, têm procurado transcender a Reforma Psiquiátrica, considerada como reforma estrita da Psiquiatria. Essa questão é algo importante para assegurar que o avanço não esteja unicamente direcionado e pautado sobre uma “psiquiatria reformada”, excluindo uma

série de outras disciplinas desse campo. Entretanto, é importante, ainda, o valor dessa expressão “Reforma Psiquiátrica” que se impõe a própria psiquiatria, como uma sombra que a ofusca e nunca deixa de acompanhá-la (COSTA-ROSA, 2013).

Conhecer o processo histórico da RP, tanto no mundo quanto no Brasil, nos possibilita entender que os indivíduos que utilizam dos serviços ofertados na organização SM ainda são submetidos aos jogos de poder muito característico de nossa sociedade ocidental, com tecnologias disciplinares (GOFFMAN, 1987) e de controle (FOUCAULT, 1999), mesmo com todos os compromissos éticos que fundamentam as diretrizes, portarias e leis desse novo modelo de Atenção à SM.

Apesar de todo este aparato, conceitual, técnico, jurídico e ético da RPb, a lógica manicomial segue atravessando os trabalhos de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Podemos notar, inclusive, no interessante processo de recuperação institucional dos CAPS pela lógica manicomial, a “manicomialização” dos CAPS.

O mais significativo, atualmente, em 2022, é que o HP continua funcionando, mesmo com toda trajetória da RP, o que nos faz eleger esse estabelecimento como um potente analisador da SM e seguir buscando compreender as estratégias dessa lógica pautada no PA e PPHM.

4 O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, FIGURA INSTITUCIONAL DE UM ESTABELECIMENTO TOTAL E DISCIPLINAR

Locais de formação, de educação, de ressocialização de pessoas, ou tratamento psiquiátrico podem ser considerados como instituições totais (GOFFMAN, 1987)⁹ e também disciplinar (FOUCAULT, 1999) quando funcionam em regime fechado, de internação, são estabelecimentos produzidos historicamente no meio social por forças hegemônicas que promovem a ordem social. Há muito para refletir sobre o tema das instituições totais enquanto um fenômeno coletivo.

Acreditamos que esse espaço social, especificamente o HP, merece ser devidamente investigado e seus procedimentos institucionais devem ser conhecidos e explicitados. Nesse sentido, estamos interessados em desvelar certa composição lógica que organizaria a existência e o modo de funcionamento destes locais de internação psiquiátrica, bem como verificar os efeitos éticos produzidos nesses locais.

⁹ Goffman (1987) denomina de “instituições” aquilo que se nomeia, a partir da conceituação da AI, como estabelecimentos institucionais. Considerando isso, mantivemos na redação o termo utilizado pelo autor.

Quando resenhamos as diferentes instituições de nossa sociedade ocidental, verificamos que algumas são muito mais “fechadas” do que outras. Seu “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos. A tais estabelecimentos dou o nome de instituições totais, e desejo explorar suas características gerais. (GOFFMAN, 1987, p.16)

As instituições totais de nossa sociedade podem ser analisadas, grosso modo, por algumas diferenças de funcionamento e pelas pessoas que são internadas nestes locais. Existem estabelecimentos criados para cuidar de pessoas em situação de vulnerabilidade, que é a Casa Abrigo (antigo orfanato) e os de acolhimento à criança com limitações físicas e/ou cognitivas. Há locais estabelecidos para cuidar de pessoas que, segundo o imaginário social, são consideradas “incapazes de cuidar de si mesmas” e que também, segundo se pensa, seriam uma ameaça potencial à comunidade, embora de maneira “não-intencional”, que seriam as denominadas Comunidades Terapêuticas¹⁰ e os Hospitais Psiquiátricos. Tomamos este último como analisador neste artigo. Uma outra instituição total existente, organizada para proteger a comunidade contra perigos intencionais, onde o bem-estar das pessoas isoladas não parece constituir um problema imediato, são as penitenciárias e as Fundações Casa (antiga Fundação Estadual do Bem-estar do Menor - FEBEM).

Por fim, há os estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, locais de instrução para os religiosos, que são os seminários, os mosteiros, os conventos, etc. Essa classificação não pretende, de maneira alguma, abranger todas as instituições totais de nossa sociedade e tampouco tem um uso analítico imediato. É apenas um pequeno esquema que nos permite obter uma definição puramente denotativa de categorias para os estudos e a compreensão da SM (GOFFMAN, 1987).

No interior dessas instituições totais há uma série de obstáculos que não permitem ações terapêuticas. Dentre elas existem diversos aspectos que separam os dirigentes, os técnicos e as pessoas internadas. Há uma restrição implícita para a conversa entre eles, com limitações à transmissão de informações, sobretudo quanto aos planos dos dirigentes/técnicos relativos às pessoas internadas.

¹⁰ Entendemos por Comunidade Terapêutica os estabelecimentos conhecidos pelo senso comum como “clínicas de recuperação” para usuários de álcool e outras drogas.

Geralmente as pessoas em internação psiquiátrica nos HP não têm conhecimento das decisões quanto ao seu destino. É ocultado o diagnóstico, o plano de tratamento e o tempo aproximado de duração da internação. A omissão de informações dá à equipe dirigente uma base específica de distância e controle com relação às pessoas internadas e, presumivelmente, todas as restrições de contato ajudam a conservar estereótipos antagônicos. Realizar o rodízio de técnicos nos diversos setores, para que os profissionais não criem vínculo afetivo com as pessoas internadas, é outra potente ferramenta.

Desse modo, desenvolvem-se dois mundos sociais e culturais diferentes, que caminham juntos com pontos de contato oficial, mas com pouca interpenetração. Por fim, é significativo observar que o local passa a ser identificado, tanto pela equipe dirigente/técnica como pelos internados, como algo que pertence apenas à primeira delas, quando qualquer um dos grupos se refere aos interesses do HP, implicitamente se referem apenas aos interesses da equipe dirigente/técnica (GOFFMAN, 1987).

O que caracteriza também a instituição total pode ser descrita como o rompimento das barreiras que comumente separam três esferas da vida, segundo Goffman (1987). As pessoas de nossa sociedade possuem locais para trabalhar, ter lazer e se sentir em um lar, com diferentes companhias, com ou sem diferentes autoridades e fora de um plano racional geral.

Dentro das instituições totais todos os aspectos da vida são realizados num mesmo local e sob uma única autoridade. Cada fase da atividade diária da pessoa internada é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de pessoas, todas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Quando as pessoas se movimentam em conjuntos, podem ser supervisionadas por uma equipe, cuja atividade principal não é terapêutica, mas de vigilância, fazer com que todos façam o que foi claramente exigido, sob condições em que a infração de uma tende a salientar-se diante da obediência visível e constantemente examinada das outras.

Todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade e toda a sequência de atividades são impostas verticalmente pelos dirigentes, por meio de um sistema de regras formais e explícitas. Finalmente, as atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais do estabelecimento (GOFFMAN, 1987).

A incapacidade da pessoa internada para se comportar como um indivíduo facilmente controlável, gentil e delicado com os técnicos, aspecto que tende a ser uma

exigência unânime das equipes dos HP, tende a ser considerada como prova de que a pessoa ainda não está “preparada” para a liberdade e precisa submeter-se a mais tempo de tratamento.

Há também uma necessidade de justificar o longo período das internações unicamente para que o HP continue recebendo o repasse financeiro que ocorre por meio de diárias pagas pelo governo, o que prolonga, injustificadamente, o período de internação psiquiátrica. Com isso, é justificável o fato de o hospital ser um lugar odioso para as pessoas internadas. Defende-se, assim, nesses locais, uma confusão sistemática entre obediência aos outros e ajustamentos pessoais como resultados terapêuticos. As pessoas internadas podem descobrir-se em uma condição muito especial: para sair do hospital ou melhorar sua vida dentro dele, precisam demonstrar que aceitam o lugar que lhes foi atribuído que consiste em apoiar e obedecer às regras impostas pela equipe dirigente e pelos técnicos (GOFFMAN, 1987).

Frequentemente algumas pessoas internadas trabalham. Essa atividade auxilia a passar o tempo, alivia o tédio e a monotonia da rotina dentro do estabelecimento, mas as condições de trabalho, na maioria das vezes, estão ligadas a um sistema de pagamento específico, dentre eles, autorizações pela equipe dirigente de que burlem as regras estabelecidas, por exemplo, fazendo vista grossa quando estão fumando um cigarro, já que é proibido fumar nos HP.

A possibilidade de realizar uma ligação para os parentes do lado de fora é outra forma de pagamento ao trabalho no HP. O assistente social responsável por esta atividade é atarefado, necessita atender a dezenas de pessoas e não consegue contemplar as necessidades individuais. Ele geralmente procura priorizar os primeiros contatos de uma pessoa recém-internada ou algo que ele eleja como urgente, que tenha uma necessidade de contato imediato. Portanto, existe também uma incompatibilidade do trabalho dentro e fora destes locais. Há uma estrutura de pagamento diferente da existente em nossa sociedade. Trabalhar não se configura como algo terapêutico: neste contexto, apenas evidencia um funcionamento sádico da lógica que ocorre internamente nesse estabelecimento.

De acordo com Goffman (1987), um estudo profundo do funcionamento institucional e dos diversos fenômenos que se produzem nesse espaço social específico que supõe a internação, o HP, pode proporcionar indícios valiosos quanto aos procedimentos utilizados na formação de pessoas. Seria possível entender como elas produzem a subjetividade daqueles que a compõem, tanto a das pessoas internadas quanto

a dos dirigentes e técnicos, compreendendo também, ainda que por contraste, as lógicas sociais que de certo modo operam fora destas instituições totais, em nossa sociedade.

Quanto mais preciso for nosso conhecimento sobre a subjetividade institucionalizada, sobre o desenvolvimento psíquico que se processa em seu interior, das variáveis internas que o inibem, o propiciam, e também apreendermos as influências externas favorecedoras, dificultadoras, desviadoras ou deformadoras, melhor saberemos como e onde centrar nossos possíveis esforços teórico-técnicos e éticos visando subverter e transformar tal realidade, na direção ética proposta pelo Paradigma da Atenção Psicossocial.

Como psicólogos interessados nos processos sociais e institucionais de produção de subjetividade, podemos nos perguntar: o que realmente fazem, ou melhor, para que servem as instituições totais que se configuram nos estabelecimentos de internação psiquiátrica, autodenominados de ressocializadores, de reabilitadores e de terapêuticos? Quais são as teorias que norteiam seu funcionamento efetivo? Serão as teorias das ciências humanas, saberes oriundos da Pedagogia, da Educação, do poder judiciário, da Psicologia, da Psicanálise, da Psiquiatria e da Medicina?

Autores como Goffman (1987) e Foucault (1999) apresentam perspectivas paradoxais quanto a essas questões. Como explicar que tais estabelecimentos ainda continuam presentes e atuantes no contemporâneo, depois e apesar do complexo processo que consiste na RP e na Luta Antimanicomial (COSTA-ROSA, 2000, 2013; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003; YASUI, 1999, 2010)? Buscamos responder essas questões ao longo de uma dissertação de mestrado, apresentada no programa de pós-graduação da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras de Assis - SP, cujo título é: O hospital psiquiátrico como analisador da saúde mental de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou apontar algumas pistas de orientação para o desenvolvimento de perspectivas de atuação mais adequadas e eficazes para o profissional da organização SM, que compõe a instituição Saúde Coletiva, objetivando uma contribuição aos serviços prestados à população que manifesta sofrimento psíquico intenso e que tende a ser submetida atualmente a processos institucionais de controle e disciplinares.

As práticas manicomiais podem prescindir os muros dos HP, mesmo em territórios que apenas existam estabelecimentos e equipamentos substitutivos a eles, tais como os CAPS e os Centros de Convivência, por exemplo. A RAPS inclui a possibilidade da internação, possui leitos em hospitais gerais, que devem ser utilizados em última instância, mas nem sempre são estratégias utilizadas desse modo. Ir ao encontro à trajetória da loucura, as transformações sociais e, neste ponto específico, da instituição total e dos profissionais que atuam nesses serviços, é uma tentativa de produzir um conhecimento mais próximo da realidade social e de poder contribuir com os saberes mais específico e necessários para a transformação do campo da SM.

As relações instituídas no contexto dos HP estão situadas no conjunto de práticas que produzem os sujeitos como corpos dóceis incapazes de contestar direitos básicos de vida. Acreditamos que o projeto de controle (GOFFMAN, 1987) e de disciplina (FOUCAULT, 1999) que vige em nossa sociedade contemporânea visa, todavia, adestrar os corpos tal como nas instituições totais.

O modelo de produção e consumo vigente em nossa sociedade necessita de sujeitos com essa personalidade. Torna-se necessário realizar uma articulação dos fenômenos emergentes no contexto institucional, num processo de análise das instituições e seus componentes, com críticas que superem posicionamentos unicamente funcionalistas.

Pensamos que as dificuldades e problemas internos das instituições totais não se modificariam com apenas novos métodos e técnicas de gerenciamento institucional, tampouco com novos estabelecimentos e equipamentos. A inércia do instituído tende a mover os atores institucionais na direção de receitas que prometam soluções mágicas e rápidas para seus impasses e conflitos. Assim, parece que se buscam reformas para manter tudo como está, produzindo modificações apenas em aspectos secundários que geram somente efeitos paliativos (BAREMBLITT, 1994).

A dificuldade vivenciada pelos trabalhadores de superar a lógica do Paradigma Asilar (PA) na direção da Atenção Psicossocial (AP) torna necessário o enfrentamento das ideias profundamente plantadas no imaginário social que, à inércia desse paradigma, insiste em atrair tais atores institucionais, sobretudo quando dotados de pouco recursos teórico-técnicos.

A Análise Institucional (LAPASSADE, 1977; BAREMBLITT, 1994; LOURAU, 2014) possibilita fortalecer a luta pela transformação paradigmática do campo da SM, possibilitando referenciais para um estudo crítico dos estabelecimentos

institucionais que compõe a rede de AP. Goffman (1987) também nos auxilia ao estudar minuciosamente o que denominou de instituições totais, pois procurou explicitar sua dinâmica de funcionamento e descrever suas peculiaridades, aguçando nossa capacidade de compreensão desse fenômeno social. Benelli e Costa-Rosa (2003), ao trazerem a perspectiva de Foucault (1999) relativa aos fenômenos psicossociais que são produzidos dentro desses espaços disciplinares, estabelecendo importantes pontos de contato entre suas análises e as de Goffman (1987), contribuem também com o embasamento teórico que precisamos para enfrentar essa luta.

Por fim, ao estabelecer um campo de análise no qual situamos o Hospital Psiquiátrico como analisador da trajetória da loucura, levamos em consideração as dimensões micro e macro políticas da Saúde Mental, considerando sempre os diversos atravessamentos do campo social, bem como a transversalidade dos momentos revolucionários, tais como os movimentos advindos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Citamos diversos autores e estudos para que este artigo opere subsidiando e apresentando os referenciais teóricos para as pessoas que se interessam pelo campo da Saúde Mental e, por isso, retomamos também a descrição das instituições totais, que se constituem como peças na engrenagem de um tipo específico de sociedade que ainda é atual, pois somos constantemente capturados por nossos desejos de controle, fixidez, identidade, normatização, subjugação ou, em outras palavras, nossos desejos de manicômio.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. (Org.). **Loucos pela vida** - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Panorama/EDUSP, 1995.

_____. **O Homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. (Org.). **A loucura da história**. Rio de Janeiro: LAPS/ENSP/FIOCRUZ, 2000.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5ª. ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 1994.

BARUS-MICHEL, J. **O sujeito social**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2004.

BENELLI, S. J. O internato escolar como instituição total: violência e subjetividade. **Psicologia em Estudo**, v.7, n. 2, p.19-29, jul/dez. 2002.

_____. Dispositivos disciplinares produtores de subjetividade na instituição total. **Psicologia em Estudo**, v.8, n.2, p. 99-114, jul/dez., 2003a.

_____. A instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. **Estudos de Psicologia**, v. 21, n.3, p.237-252, 2004.

_____. **A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas**. São Paulo: Editora Unesp Digital, 2015.

_____; COSTA-ROSA, A. Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n.2, p. 35-49, maio-agosto, 2003.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2009.

_____. lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Cartilha: direito à saúde mental**. Brasília, DF: Ministério Público Federal, Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, s/d.

CANÇADO, M. L. **Hospício é Deus**. Rio de Janeiro: Record, 1979.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Por uma IV Conferência Anti-manicomial: contribuições dos usuários**. Brasília, DF: CFP, 2010.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

COOPER, D. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1967.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) **Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.141-168.

_____. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica:** contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013.

_____, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

EMERICH, B. F.; YASUI, S. O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n.56, p. 207-216, 2016.

FERNANDES, M. A. (Org.). **Fim de século:** ainda manicômios? São Paulo: LAPSO/IPUSP, 1999.

FLEMING, M. **Ideologia e práticas psiquiátricas**. Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1999.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

FREIRE COSTA, J. As éticas da psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA, J. F. (Orgs.). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996. p. 27-36.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. (D. M. Leite, Trad.) São Paulo: Perspectiva, 1987.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular:** pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.

LAING, R. D. **O eu dividido**. Um estudo sobre a loucura e a sanidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

LUZIO, C. A. Atenção Psicossocial e Psiquiatria Biológica: uma trajetória histórica. In: PAGNANO, J.R.C. **O hospital psiquiátrico como analisador da saúde mental de um município de médio porte do interior do estado de São Paulo**. [dissertação] [internet]. Assis: Universidade Estadual Paulista 'Júlio de Mesquita Filho'; 2018. 116p. []. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/153958>. Acesso em: 24 set. 2018

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-99.

PELBART, P. P. **A nau do tempo rei: 7 ensaios sobre o Tempo da Loucura.** Rio de Janeiro: Imago. 1993.

SZASZ, T. **A fabricação da loucura.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1976.

ULIANA, A. M. **O trabalhador de Saúde Mental na Atenção Psicossocial: a questão do sofrimento psíquico.** Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, UNESP. Assis, 2007.

YASUI, S. **A construção da Reforma psiquiátrica e seu contexto histórico.** Dissertação de mestrado. UNESP - Assis, 1999.

_____. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

_____. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira: as experiências francesa e italiana. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos.** Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, v. 18, n. 2, p. 585-589, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/6607>>. Acesso em: 15/04/2016

Submetido em 20/06/2022

Aceito em 02/12/2022.