

IMPASSES ENTRE OS DISCURSOS QUE LEGITIMAM A EXCLUSÃO DA LOUCURA COM OS PARADIGMAS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Jullyanne Rocha São Pedro¹; Célia Aparecida Araújo Lemos²; Adrielle Andrade da Silva³

¹Universidade Federal de Campina Grande: jullyanne.rocha@hotmail.com

²Universidade Federal de Campina Grande: celia.2011.lemos@gmail.com

³Universidade Federal de Campina Grande: adrielle_andrade@live.com

RESUMO: O presente trabalho tem como objetivo demonstrar os processos e os discursos que legitimaram a exclusão da loucura do convívio social a partir da justificação da categorização do louco como possuidor da desrazão e da periculosidade. O louco passa a ocupar um novo lugar social: o asilo. O tratamento médico com fins terapêuticos, proposto por Pinel, que passa(ria) a estar presente no hospital não consegue atingir o seu objetivo, que seria a ‘medicalização’ de um espaço social de exclusão. O hospital continuou a ser o lugar onde os loucos eram submetidos a constantes e intensos controles sociais e morais. Os discursos dos saberes psi legitimaram a loucura como doença, levando-a ao domínio científico, passando os loucos a serem seus objetos. A Psiquiatria passou a centrar o seu saber na doença e não no sujeito. A Reforma Psiquiátrica acarretou novos paradigmas acerca da compreensão acerca da Saúde Mental, que deve ser entendida a partir de uma construção transversal, complexa e simultânea de saberes. Com a Reforma houve transformações no pensamento do sofrimento mental, que possibilitaram o surgimento de novos espaços e ações de promoção à saúde, com foco no sujeito e não mais na doença. O Movimento Reformista demonstrou a necessidade da redefinição do objeto da psiquiatria e exigiu uma reformulação nas quatro dimensões: teórico conceitual, jurídica, técnica assistencial e sociocultural.

Palavras Chave: Loucura, Saúde Mental, Exclusão, Reforma Psiquiátrica, Luta Antimanicomial.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo demonstrar os processos e os discursos que legitimaram a exclusão da loucura do convívio social, a partir da justificação da categorização do louco como possuidor da desrazão e da periculosidade.

O resgate do contexto histórico que permitiu o surgimento da Psiquiatria, as implicações do conceito *doença mental*, as críticas tecidas ao modelo hospitalocêntrico e

as principais formulações da Reforma Psiquiátrica, também serão demonstrados neste trabalho.

A metodologia desta pesquisa foi a revisão bibliográfica, realizada a partir, principalmente, da leitura das discussões trazidas por teóricos como Michel Foucault, Paulo Amarante e Fernando Tenório, os quais apontam a legitimação discursiva da exclusão social da loucura.

Na tessitura dos discursos de exclusão, os loucos, marginais, homossexuais,

prostitutas e dependentes de drogas são considerados ameaças à vida. São tratados como seres degenerados que precisam ser banidos. “A ação desse discurso é microscópica, complacente, cuidadosa” (BAPTISTA, 1999, p. 46). Para garantir a vida, outras vidas são negadas ou tuteladas. As categorias nas quais se inscrevem encerram toda existência do sujeito. São palavras que matam.

Os discursos que justificam a exclusão de categorias de sujeitos podem ser considerados formas de mecanismos de poder, e a consequência deste poder centrado na vida é a normatização. “Um poder dessa natureza tem de qualificar, medir, avaliar, hierarquizar” (FOUCAULT, 1988, p. 134).

Desse modo, linhas são traçadas para definir a normalidade, a regra. Há uma proliferação de discursos de verdade que buscam inscrever condutas e atitudes no âmbito do saber científico, religioso e jurídico.

Dos discursos que silenciaram a loucura e legitimaram a sua exclusão social

A cultura é fundamental no processo de reconhecimento e valoração da doença. Para Foucault (1975, p. 50): “cada cultura formará da doença uma imagem cujo perfil é delineado pelo conjunto das virtualidades

antropológicas que ela negligencia ou reprime.”

A equiparação do doente com o desviado e com o anormal são projeções de temas culturais. A doença mental que ocorre nos membros de uma sociedade é uma manifestação positiva da própria sociedade. Contudo, a cultura tenta retirar a loucura da vida social. Foucault (1975) questiona qual o processo que fez a cultura atribuir o sentido de desvio ao louco e querer expatriá-lo.

Antes da atribuição, pelo Ocidente, da classificação da loucura como doença mental, ela já havia sido retratada de diversas maneiras, como é o caso da possessão demoníaca pelas vertentes religiosas.

No século XV surgem os primeiros estabelecimentos para os loucos, inspirados, em sua maioria, na medicina árabe. É importante salientar também que antes do século XIX, o Ocidente já praticava atos de ‘cura médica’, bem como haviam leitos nos hospitais da Idade Média reservados aos loucos tidos como ‘curáveis’.

Já no século XVII, os loucos passam a ser retirados do convívio social, com o surgimento de locais que recebiam, além dos loucos, todas as pessoas que eram descartáveis da sociedade. É neste momento que surge o Hospital Geral em Paris e nas demais grandes cidades da França.

Não há fins terapêuticos nestes estabelecimentos e o seu objetivo é o afastamento de determinadas pessoas da sociedade. Há um trabalho forçado que exerce a função de sanção e controle moral, pois naquele momento histórico, com a ascensão da burguesia, a ociosidade é considerada o maior pecado. O liame de todos os internados é a incapacidade produtiva, e desta forma, o internamento constituiu uma reestruturação do espaço social (FOUCAULT, 1975).

Pelo fato de os loucos estarem em casas juntamente com os demais excluídos, como os libertinos e os criminosos, houve a associação da loucura com as culpas morais e sociais, tendo como conseqüência, inclusive, a relação que ocorreu no século XVIII entre a loucura e os “crimes de amor”.

Com a internação, a loucura passa a ser silenciada e a sua linguagem, despojada. É na metade do século XVIII, que surge a defesa do fim do internamento e os estabelecimentos destinados aos loucos passam a ser considerados focos do mal. Assim, passam a (re)pensar em soluções à situação dos loucos, haja vista que ao (re)estabelecerem eles à liberdade podem causar ‘perigo’ à sociedade. Desse modo, a casa de internamento passa a ser de uso exclusivo dos loucos, e passa(ria) a ter caráter médico.

Contudo, as práticas utilizadas anteriormente no internamento prevaleceram e os loucos passaram, ainda, a ser submetidos a constantes e intensos controles sociais e morais. Tais casas de internamento passam a se apropriar de técnicas utilizadas no período clássico e a executá-las de forma meramente punitiva. Dentre essas casas/hospitais, o asilo fundado por Pinel não conseguiu representar a ‘medicalização’ de um espaço social de exclusão, que seria o seu mister (FOUCAULT, 1975).

A loucura, neste momento, passou a ser fato da alma humana, com sua culpa e liberdade, ocupando o seu lugar na interioridade do indivíduo, galgando o lugar psicológico. A psicologização da loucura se dá devido ao fato de ela estar inserida no sistema de valores e das repressões morais. Foucault (1975) relata que a Psicologia não existiria sem o sadismo que enclausurou a loucura sob os fins de ‘liberação’. São os discursos da Psicologia/Psiquiatria que legitimam a loucura como doença, levando-a ao domínio científico.

O nascimento da loucura como objeto

As transformações ocorridas no século XVIII no modelo hospitalar, que passou a se tornar a principal instituição médica, trouxeram também mudanças significativas

no modelo científico de medicina, fazendo surgir a anatomoclínica (AMARANTE, 2007).

Segundo o autor, esse vínculo entre a medicina e o hospital, instituiu a cultura hospitalocêntrica, baseada no saber verticalizado, hierarquizado e com ênfase nas especialidades, centrado na doença e não no sujeito. No caso da psiquiatria seu objeto é então a doença mental e seu público os loucos e psicóticos (AMARANTE, 2007).

No entanto, como a loucura se constitui objeto do saber médico?

Tenório (2001) destaca que as formulações cartesianas fundam o universo a partir da razão, excluindo assim, aqueles que estão inscritos no universo da desrazão, ou seja, da loucura. Segundo o autor, esse paradigma estabelece como condição para realização plena do sujeito, o afastamento da desrazão que é impelida para a negatividade.

Porém é principalmente a partir de Pinel, que a loucura tem ocupado socialmente o lugar do erro, da periculosidade, insensatez, incapacidade, e, recebendo como resposta social o isolamento e a internação.

Porém, Tenório (2001) afirma que o recolhimento arbitrário é contrário aos ideais iluministas e os princípios da revolução francesa, exigindo uma regularização da situação dos enclausurados, reconduzindo ao convívio social aqueles que merecessem. A

impossibilidade de reconhecimento e cumprimento do contrato social, então se constitui como justificativa para persistência na segregação dos sujeitos desprovidos de razão.

Dessa forma, a impressão de um sentido terapêutico aos asilos se apresenta como a única possibilidade de respeito à cidadania do louco, e permite o surgimento do conceito de doença mental e o nascimento da psiquiatria: “Foi o asilo, portanto, que deu à psiquiatria o campo que delimita sua prática, seu saber e seu objeto” (TENÓRIO, 2001, p. 22).

O tratamento médico justificará o isolamento, o qual é considerado em si uma terapêutica, visto que, contribui para reorganização das paixões e o restabelecimento da razão. Destarte, a figura do cidadão e o exercício da cidadania entram como pauta, servindo de justificativa a segregação.

A exclusão social do louco conforme aponta Tenório se concretiza em dois planos, a saber: “a anulação simbólica do poder de verdade de sua palavra e a prática sistemática de internação asilar” (2001, p. 56).

Um novo lugar social para a loucura

Discursos da Psicologia e da Psicanálise auxiliam na compreensão do

homem como um ser de relações, sendo através delas que o sujeito se constitui. Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica desafia a construção de novos paradigmas, onde o sujeito seja considerado para além da doença, enquanto ser constituído de sonhos, desejos, afetos.

Ao trazer o conceito de Saúde Mental amplia-se a abrangência da política que visa atender a todos indistintamente. Sua promoção requer o envolvimento de outros setores, outras políticas e serviços. Além disso, o movimento reformista impõe a necessidade de redefinição do objeto da psiquiatria e rompe com a lógica biológica, mudança que transfere o foco de atenção da doença para o sujeito. Com isso, exige uma reformulação em suas quatro dimensões, a saber: teórico conceitual, jurídica, técnica assistencial e sociocultural.

O campo teórico-prático da experiência reformista brasileira está ancorado em três vertentes: “a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial” (TENÓRIO, 2011, p.53).

Tenório (2001) aponta que a desinstitucionalização constitui-se como um dos elementos centrais da experiência italiana, e diz respeito a crítica tecida ao reducionismo provocado pela noção de doença mental. A proposta é promover uma ruptura com o

paradigma clínico e “inventar” novas estratégias e instituições capazes de atuar territorialmente como promotoras de sociabilidade e trocas sociais.

Ao postular o sofrimento psíquico como uma experiência vivenciada pelo sujeito, o discurso psicanalítico subverte o objeto de atenção da ciência médica e oferece um dos principais pressupostos da reforma psiquiátrica: a necessidade dos serviços se constituírem como espaços sociabilidade, acolhimento, cuidado e produção de subjetividades. A clínica passa a ser compreendida como um espaço positivo de construção de laço social.

Quanto à reabilitação psicossocial, diz respeito a contribuição para que o sujeito recupere as competências sociais prejudicadas pela doença. É um elemento transversal em todo processo de cuidado e visa à recuperação da capacidade de convívio social, visto pelos reformistas como única possibilidade de devolução da cidadania dos loucos. O papel do serviço é fazê-lo retomar a vida e ajudá-lo em sua lida diária por uma vida melhor conforme afirma Delgado (1997^a, p. 42 *apud* TENÓRIO, 2001, p. 60).

Nessa perspectiva, a construção do projeto terapêutico ou *direção do tratamento* como sugere Tenório é de fundamental importância nas novas práticas, pois propõe atenção e respeito à singularidade de cada

usuário. Mais que isso, a direção é indicada pelo sujeito a cada momento, participando assim, ativamente do próprio tratamento.

Quanto ao aspecto jurídico, uma conquista importante foi à aprovação da Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Durante o período de tramitação e discussão da lei que sofreu grandes alterações em seu texto original, o processo da reforma psiquiátrica no Brasil avançou significativamente. Entre 1992 e 1996 oitos estados brasileiros tiveram suas leis estaduais aprovadas: Rio grande do Sul, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Paraná, Distrito Federal e Espírito Santo.

Os discursos dos saberes psi contribuíram significativamente para a estigmatização, e conseqüente exclusão, das pessoas consideradas loucas. Por este motivo, um dos principais desafios é a mudança sociocultural nas representações em torno da loucura. Eliminar a ideia de que o lugar do louco é no manicômio, forjada ao longo do tempo em nosso imaginário, é uma tarefa árdua e diária, posto que, o caminho mais simples é a segregação.

Amarante (2007) relata que um dos princípios fundamentais da dimensão sociocultural é o envolvimento da sociedade

no debate sobre o tema da Reforma e a problematização das concepções sobre a loucura, algumas estratégias têm sido adotadas para esse fim: músicas, blocos carnavalescos, alas em escolas de samba, festivais, programas de rádio e televisão em emissoras comunitárias, campanhas, camisetas com dizeres provocativos, grupos teatrais, dentre outros.

Ainda em relação à participação social vale destacar que, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem envolvido cada vez mais diferentes atores, desde a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) no ano de 1978. Envolvimento que incidiu diretamente na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme Amarante (2007), e prossegue nos anos seguintes com a participação em conselhos, conferências e na Marcha dos Usuários que culminou na convocação da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (CNSM-I).

A intersetorialidade vem a ser um dos princípios fundamentais da nova Política de Saúde Mental, exigindo articulação de profissionais e serviços que constituem a rede assistencial envolvendo tanto as políticas de saúde, como as políticas de educação, cultura, assistência social e a sociedade como um todo.

Saberes, anteriormente hegemônicos, são questionados a partir do trabalho da equipe multidisciplinar, que deve continuamente construir estratégias que promovam o fortalecimento do vínculo com o serviço (CAPS) em detrimento ao vínculo com o profissional. De forma que, o usuário tenha clareza que este se constitui um ponto de apoio a qual ele poderá recorrer sempre que necessário.

A proposta trazida pela Reforma Psiquiátrica possibilita novos olhares sobre a Saúde Mental, a qual deve ser compreendida como resultado de uma construção transversal, complexa e simultânea de saberes (AMARANTE, 2011). Esta mudança de paradigmas sobre o sofrimento mental possibilitou o surgimento de novos espaços e ações de promoção à saúde, com foco no sujeito e não mais na doença. É a partir da Luta antimanicomial que os sujeitos com sofrimento psíquico grave e persistente, passam a ser vistos como sujeitos que necessitam de cuidados.

CONSIDERAÇÕES

Conhecer as motivações e pressupostos que orientam o movimento da Reforma Psiquiátrica nos possibilita compreender a amplitude do processo em curso, que envolve cada vez mais atores

sociais e desafia a construção de novos saberes, que se adequem às demandas singulares do território e de cada sujeito atendido pelos serviços substitutivos. Ao mesmo tempo, faz-se necessário reconhecer a necessidade de permanente vigilância quanto às problemáticas que vão surgindo à medida que a rede se amplia, tornando-se mais complexa.

Assim, entende-se que a Saúde Mental necessita de um engajamento permanente de profissionais, usuários e da sociedade em geral na luta pela construção de novas formas de sociabilidade, não apenas para os loucos, mas para todos, indistintamente.

A constituição dos saberes psi denuncia sua participação efetiva na elaboração de técnicas e mecanismos de normatização que afetam a existência de milhares de sujeitos. Como exemplo disso, podemos citar o DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) que tem servido como instrumento para determinar o lugar social de determinados sujeitos, limitando com isso suas possibilidades de vida. Um discurso poderoso que estabelece parâmetros no nosso olhar para o outro.

Porém, se lançarmos outro olhar sobre o Manual, perceberemos um elemento importante para analisarmos criticamente as implicações políticas e éticas da produção de conhecimentos. É inegável a urgência e a

necessidade de uma reflexão sobre o que estamos fazendo, quais conhecimentos estamos produzindo, e, a partir de qual visão de sujeitos e de mundo nos orientamos.

É papel da Psicologia, e dos profissionais que lidam com Saúde Mental, questionar normas que buscam padronizar as formas de produção de existência, modelos de condutas e subjetividades.

Devemos contribuir com a emancipação dos indivíduos e com a transformação social, através de estratégias que visem a sua inserção na categoria de sujeitos, bem como devemos produzir saberes capazes de valorizar e inscrevê-los na história. Contudo, o processo mais difícil possa ser o de conseguir que todos aceitem conviver e respeitar as diferenças e alteridades.

Nesse sentido, entendemos que o campo da Saúde Mental tem contribuído para romper paradigmas e fronteiras entre os saberes e campos de atuação profissional. Um empreendimento cuja principal ferramenta é a sensibilização e mobilização coletiva, que desafia e é desafiado, diariamente, na (des)construção de novos referenciais para a categoria “normal”, posto que, na diferença nos constituímos, enriquecemos nossas experiências e ampliamos nosso aprendizado. Somos iguais na diferença e o normal é ser diferente (AMARANTE, 2007).

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2007.

BAPTISTA, L. A. **A atriz, o padre e a psicanalista- os amoladores de faca**. IN: a cidade dos sábios. São Paulo: Summus, 1999. P. 45-49.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Trad. Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clinica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: rios ambiciosos, 2001.