



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES

CURSO DE PSICOLOGIA

A EXISTÊNCIA NEGLIGENCIADA: UMA DISCUSSÃO SOBRE
LOUCURA E EXCLUSÃO SOCIAL

JANAÍNA EGLER FROTA

BRASÍLIA – DF

JUNHO/2009

JANAÍNA EGLER FROTA

A EXISTÊNCIA NEGLIGENCIADA: UMA DISCUSSÃO
SOBRE LOUCURA E EXCLUSÃO SOCIAL

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde e Educação - FACES, do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, orientada pelo professor Dr. José Bizerril.

Brasília/ DF, Junho de 2009



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Prof. Dr. José Bizerril

Orientador

Prof. Alejandro Olivieri, Doutorando em Sociologia

Examinador

Prof. Sérgio Jacques Jablonski Júnior, Doutor em Psicologia

Examinador

Menção Final:

*Dedico a todos aqueles que me
ensinaram a ver o que antes eu não via...*

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais pela oportunidade e incentivo de cursar uma graduação, por serem minha base e por terem me transmitido seus valores de solidariedade, ética e respeito a vida. À minha mãe pelo eterno apoio, carinho, companheirismo; ao meu pai pelas diárias pitadas de bom humor, afago e estímulo.

Agradeço ao meu irmão, Vinícius, pelas inúmeras conversas nas vindas do UniCEUB para casa, pelas histórias no banheiro e no quarto, pelos momentos de desabafo e pelos conselhos.

Agradeço à minha amada avó Noca, exemplo de vida.

Agradeço à minha tia Célia, por ser minha segunda mãe, pela confiança em mim e por ser uma influência constante na minha vida.

Agradeço ao meu namorado Ricardo, pelas imensas doses de paciência, calma, tranqüilidade, carinho e apoio incondicional.

Agradeço ao meu orientador, José Bizerril, pela atenção, paciência e apoio dispensados durante a produção desta monografia. Agradeço-o também por provocar o interesse pelos mais variados assuntos e por disponibilizar seu conhecimento aos seus alunos, o que foi e é de extrema importância para a formação pessoal e profissional de cada um deles.

Agradeço aos companheiros de curso, especialmente Vívian Dayrell, com quem sempre pude contar para dividir questões, esperanças e frustrações, e Cíntia Gomes de Sá, por compartilhar a agonia de escrever um trabalho como esse e pela amizade recente, mas sólida e cheia de potencial.

Agradeço aos colegas da Saúde Mental, pelo aprendizado em grupo, em especial Carol, pelas conversas no metrô e Érica, companheira de visitas domiciliares que muito me ensinou. Janaína Fabíola e Aline também são extremamente importantes, principalmente nessa última etapa que me permitiu uma aproximação maior.

Agradeço à professora Tania Inessa, por me proporcionar o contato com a apaixonante, angustiante e bela área da Saúde Mental.

Agradeço ao corpo docente de psicologia do UniCEUB, especialmente aos professores Sandra Baccara, Fernando Rey, Claudia Feres, Renan Nascimento e Maurício Neubern, pelo conteúdo transmitido.

Agradeço aos colegas do Disque, especialmente Bernarda e Kênya, por disponibilizarem o ouvido para minhas reclamações e por facilitarem o enfrentar do meu dia-a-dia cansativo.

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a confecção desse trabalho, atravessando minha vida e contribuindo para minha formação, compartilhando momentos e criando histórias.

SUMÁRIO

RESUMO	viii
CAPÍTULO 1: Sobre como a loucura se tornou doença	12
1.1 - Breves visões sobre a Loucura	12
1.2 - O nascimento do asilo e o tratamento moral	15
1.3 - A queda do tratamento moral e o surgimento da psiquiatria do século XIX	17
1.4 - Tentativas de transformação na psiquiatria: a continuidade do dispositivo	20
1.5 - E no Brasil.....	22
CAPÍTULO 2: Configurações e características da sociedade contemporânea.....	28
2.1 - Inclusão e exclusão social na vida contemporânea	32
2.1.1 - Os “outsiders” da sociedade: a exclusão da loucura na sociedade atual.....	35
CAPÍTULO 3: A exclusão na prática: partes de uma experiência	40
3.1 - O ápice da exclusão: o manicômio.....	40
3.2 - Quem vai para o manicômio?.....	44
3.3 - O processo de internação e os prontuários: exposição do eu.	45
3.4 - Estigma e humilhação social	48
CAPÍTULO 4: Propostas de Mudança	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

RESUMO

Este estudo discorre essencialmente sobre a exclusão social da loucura, como ocorreu e como continua acontecendo na sociedade contemporânea. Para contextualizar o tema, foi feita uma breve retrospectiva do lugar ocupado pela loucura ao longo do tempo, com ênfase no processo de constituição da psiquiatria, pois a partir desse movimento a loucura foi deslegitimada e o louco vítima de intervenções que o excluíram definitivamente do espaço social. Há uma ligeira passagem pelas tentativas de transformação do dispositivo psiquiátrico e pela trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, por meio da qual se chega à conclusão de que, mesmo depois de tantos esforços e propostas de mudança, a loucura ainda continua tendo uma definição negativa. Mostra como as configurações da sociedade atual, a busca excessiva pelo consumo, a transformação nas identidades e a tensão entre segurança e liberdade contribuem para a continuidade dessa exclusão. A sociedade permanece sem legitimar o diferente modo de subjetivação que caracteriza a experiência da loucura, apesar de outras diferenças terem conseguido conquistar um espaço mais amplo de expressão, como os movimentos das mulheres, dos negros e de minorias sexuais. O trabalho também descreve, pela reflexão sobre uma experiência empírica de estágio, realizado no Hospital São Vicente de Paula, em Taguatinga/DF, como o manicômio e suas funções são constituídas e como o poder psiquiátrico atua punindo as condutas desviantes que a ele foram submetidas, de maneira a marcar de forma cruel, humilhante e estigmatizadora a vida desses seres humanos tornados invisíveis. Por fim, conclui que a prática da psicologia ainda carece de avanços quanto à sua aplicação, havendo a necessidade de mais discussões interdisciplinares e atualizações na área, para tornar a prática do profissional menos taxativa e normatizante, constituindo-se em uma atuação que legitime diferentes modelos de subjetivação que escapem ao cotidiano da clínica e seu modelo tradicional, privado e individualista.

Palavras Chave: loucura, exclusão social, pós-modernidade.

A experiência de ser vítima de um xingamento, ofensa, afronta é algo que marca, na maioria das vezes, momentaneamente. Depois se esquece. Mas não deixa de revoltar, de deixar uma vontade latente ou manifesta de revidar o xingamento, de discutir que não se é nada daquilo que foi dito, que é um erro fazer isso com outra pessoa. Pensemos em como um louco revidaria a esse tipo de provocação. A maioria das pessoas concebe que ele não reage, pois não entende o que está a sua volta. Acham que loucos não sentem: “doido perdeu a razão, não sabe o que faz, alguém tem que fazer por ele, já que ele não tem idéia do que é melhor para si”. Frases desse tipo se escuta todo dia, onde quer que se vá. Diariamente, a palavra doido é relacionada com uma atitude na qual a noção de certo ou errado não está presente; relaciona-se a um comportamento mais estranho emitido por uma pessoa, quando algo perigoso está em jogo, quando simplesmente não se entende. O que não se entende é tornado loucura. Logo, essas concepções internalizadas afastam essas pessoas acometidas pela dolorosa experiência de loucura da definição do que é ser um humano. Assim, elas não têm direito à escolha e podem sofrer punições terríveis por se afastar do compreensível, do inteligível.

A loucura é algo contraditório. Uma vida permeada por essa experiência é aquela pela qual ninguém chora, mas aquela da qual freqüentemente as pessoas riem. Respondendo ao pensamento iniciado acima, o xingamento ouvido pelo louco produz efeitos internos e externos e estabelece o que é normal e o que não é, produzindo o estigma, que é algo que ele carrega pelo resto da vida. Essa agressão verbal pode ser transformada em física, quando lhe atiram pedras. Ser ofendido, discriminado, maltratado, é uma expressão de sua vulnerabilidade psicológica e social que inscreve essa afronta no corpo e na memória. Assim, sua relação com o mundo, sua subjetividade, sua personalidade, é marcada por algo que o outro impôs, de fora, e que ele introjeta e entende que tem algo de errado, que não é normal, que está doente. Tal qual no caso da homofobia, analisada por Eribon (2008), também na discriminação decorrente da loucura, a injúria é um elemento constitutivo da subjetivação: “o insulto é um veredito, uma condenação perpétua, com a qual vai ser preciso viver” (ERIBON, 2008, p.28).

O objetivo do presente trabalho é promover reflexões sobre a exclusão da loucura e pensar em propostas alternativas para mudar essa condição tão antiga a que os loucos estão vinculados. Como responder a um homem, tornado mudo por uma sociedade que o categorizou como louco e o expulsou da definição de humanidade, que questiona porque não casou, não teve filhos, não construiu uma vida? No meio de tantas exigências e cobranças impostas pela sociedade, como casar, ter filhos, ter dinheiro, ser feliz, onde se encaixam essas

vidas, desperdiçadas (BAUMAN, 2005)? Elas não se encaixam porque foram submetidas a um longo processo de exclusão secular, iniciado principalmente quando da constituição da psiquiatria como dispositivo médico para lidar com a loucura.

No primeiro capítulo será enfatizado o processo de transformação da loucura em doença. Há também uma breve passagem sobre as representações da loucura ao longo do tempo, com ênfase no processo de constituição da psiquiatria, pois desde então a loucura foi vítima de cuidados e intervenções bastante cruéis, que de forma geral ainda permanece vigente. No mesmo capítulo serão especificadas as tentativas de transformação no dispositivo psiquiátrico e a repercussão dessas mudanças no Brasil, resultando na criação da reforma psiquiátrica brasileira - que propõe resgatar a cidadania do louco e reinseri-lo na sociedade -; no movimento social da luta antimanicomial, e na lei 10.216 que protege os direitos dos portadores de transtorno mental. Essas alterações que propõem a desinstitucionalização fizeram surgir as unidades substitutivas ao hospital psiquiátrico, os CAPS, NAPS e seus desdobramentos. Deve-se ressaltar, no entanto, que, apesar dessas modalidades de atendimento se configurarem em avanços, o extremo assistencialismo que ronda tais serviços pode transformá-los em lugares de atendimento com características manicomiais. O capítulo finaliza-se com uma reflexão: apesar de tantas mudanças, a loucura continua tendo uma definição negativa.

O capítulo seguinte discorre sobre as peculiaridades da sociedade contemporânea, que, por suas características, continua excluindo a loucura. Dessa forma, mostra as principais mudanças entre a modernidade e era posterior, que sequer tem uma definição única que a caracterize. Enfatiza a questão da busca pela segurança, o individualismo, a transformação nas identidades e o consumismo, que, definido como ferramenta de inclusão, exclui os que não têm potencial para o consumo. Acrescenta-se à discussão o fato também da globalização conduzir à formação de uma enorme massa de pessoas consideradas descartáveis, excluídas, que não tem espaço na sociedade capitalista de consumo desenfreado. Os loucos, a quem a exclusão acompanha desde antes dessa nova configuração, continuam prejudicados por uma sociedade que ainda não construiu um espaço para sua aceitação. O capítulo ainda lança mão de algumas metáforas para aludir à condição do louco nessa sociedade. A ele coube o lugar na base de uma cadeia hierárquica que violenta quem está abaixo do topo, uma violência legitimada pela sociedade. Ele é o *outsider*¹, desconsiderado pelo estabelecido, carrega uma

¹ Esse conceito será melhor desenvolvido no capítulo 2. *Outsider* é um termo criado por Elias (2000), que se contrapõe ao estabelecido, qualquer grupo dominante, dotado de poder e prestígio, que impede a outro grupo o acesso a benefícios.

vida que nada vale, inútil, de *Homo sacer*², pela qual ninguém chora e vive em uma condição de espectro.

O capítulo três enfatiza, por meio de uma experiência empírica de estágio realizada em uma instituição psiquiátrica, como se dá a exclusão da loucura na prática. São demonstradas algumas funções que caracterizam o manicômio, ou seja, como o poder psiquiátrico está constituído e como atua punindo as condutas desviantes, de forma a deixar marcas nos corpos e mentes que jamais serão desfeitas. O capítulo confronta a experiência vivida com a teoria, aludindo também à questão polêmica de quem são aqueles que vão para o manicômio, indicando que esse local funciona como lixeira humana, que recebe a aquilo caracterizado como base (ou margem) da hierarquia social.

Por fim, o quarto capítulo alude sobre a necessidade de se repensar a formação centrada na clínica e a prática em psicologia para além dos consultórios individuais, transformando-a em uma prática que esteja preocupada em acolher outros modos de subjetivação, ao invés de normatizar os comportamentos e diagnosticar o diferente, patologizando as condutas desviantes. Para tal reflexão, são apresentadas algumas estratégias de atuação observadas no dia-a-dia do hospital como alternativas que tiveram sucesso. Além disso, o capítulo faz menção ao *empowerment*, composto por estratégias de fortalecimento destinadas a pessoas que passaram por longos períodos de opressão, por meio das quais podem reconstruir aos poucos suas vidas, valorizando as trocas e reassumindo um poder que, conforme Vasconcelos (2003) só pode ser defendido e assumido por quem efetivamente sofreu a opressão na pele.

² Termo também desenvolvido no segundo capítulo. *Homo Sacer* é um termo originário do direito criminal romano usado por Giorgio Agamben (2002) que traduz um sujeito cuja vida nada vale.

CAPÍTULO 1: Sobre como a loucura se tornou doença

O presente capítulo não pretende fazer uma exaustiva análise das concepções de loucura e o modo como ela foi tratada ao longo do tempo. No entanto, a análise foucaultiana sobre ela (1972/2004) servirá de base para a discussão sobre as concepções, significações e práticas em torno dessa experiência na sociedade atual, tendo em vista essa obra ser essencial na apreciação do assunto. Serão destacadas somente algumas passagens nessa história, nas quais a significação da loucura é importante para entender seu processo de exclusão. A partir dela entenderemos como a loucura foi contida nos asilos e se tornou doença, sendo excluída da vida comum.

O processo de transformação da loucura, em Foucault (1972/2004) é longo e perpassa vários momentos históricos³, entretanto, o principal ponto de discussão nesse capítulo é o aparecimento dos primórdios da psiquiatria como saber médico e como prática terapêutica sobre os loucos, nos séculos XVIII e XIX, pois a partir daí, o modo de compreensão da alienação sofreu inúmeras modificações e ela foi considerada doença. Antes disso, ainda que fosse punida, a loucura era aceita e explicada, até ser vítima de uma nova forma de cuidados e intervenções, ainda vigente.

1.1 - Breves visões sobre a loucura

Para ilustrar a percepção da loucura no Renascimento, que vai do fim da Idade Média ao século XVI, Foucault (1972/2004) utiliza a figura da Nau dos Loucos, um barco que realmente existiu e que levava a vida errante dos loucos de cidade em cidade, através de rios e canais. Eles eram embarcados em navios e quando aportavam nas cidades de destino eram reembarcados. A figura da “Nau dos insensatos” ilustra o enigma da loucura: não se sabe de onde vem, o que é, para onde vai, onde habita. A alienação é figura presente na pintura e na literatura, como em Bosch, na Nau dos Loucos, em Erasmo, no Elogio a Loucura, em Shakespeare e Cervantes, e possui um caráter de revelação, quando, por exemplo, em Shakespeare, Lady Macbeth começa a dizer a verdade quando fica louca (Foucault, 1961/2002).

A época posterior engloba os séculos XVII e XVIII e é conhecida pelo gesto de enclausuramento, período chamado por Foucault de “A Grande Internação”. No início do

³ A periodização utilizada por Foucault em História da Loucura não corresponde à ordem estabelecida pela cronologia histórica comumente utilizada no Brasil. Ele divide a história da loucura em Renascimento, Idade Clássica e Modernidade, ao passo que a periodização tradicional divide-se em Pré-História, História Antiga, Medieval, Moderna e Contemporânea.

capítulo que discorre sobre essa época, Foucault (1972/2004), apresenta o pensamento de Descartes, a partir do qual a razão passou a ser considerada o elemento fundante do sujeito. O homem que pensa não pode ser louco e o surgimento e apropriação da noção de racionalidade modificou o modo como o considerado desrazoado é tratado na sociedade ocidental.

É uma época caracterizada pela retenção dos considerados desviantes sociais: prostitutas, mendigos, pobres, ladrões, vagabundos, loucos e outras categorias sociais nos conhecidos Hospitais Gerais, sem no entanto haver ainda qualquer tipo de tratamento médico. O médico somente tem a função de fazer visitas rápidas àqueles acometidos por alguma moléstia. As pessoas são admitidas nesses Hospitais Gerais não para receber tratamento, mas porque não podem (ou não devem) fazer parte da sociedade. Era uma estrutura semi-jurídica, de função administrativa, que ao mesmo tempo assistia e reprimia, sendo uma instituição de definição complicada. O objetivo, dentre outros, era diminuir a mendicância e a ociosidade, escondendo a pobreza no muro das casas de internamento. Diz Foucault sobre a internação:

Na história do desatino, ela [a internação] designa um momento decisivo: o momento social em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido. (FOUCAULT, 1972/2004, p.78)

A partir daqui, mesmo que de forma menos intensa e aparente, percebe-se que há uma forma diferente de conceber a loucura, relacionando-a com a incapacidade para o trabalho. Em *Doença Mental e Psicologia* (1975/1994), o autor concebe que houve nesse período uma profunda mudança, onde o mundo da loucura tornou-se parte do mundo da exclusão, sendo despojada de sua linguagem.

Birman (1992) considera que o período histórico imediatamente anterior a esse internamento já vê a loucura como destituída do simbolismo que possuía na Renascença. A loucura é isolada do seu contexto social, mandada para a periferia, os mesmos espaços sociais nos quais, na Idade Média, se colocavam os leprosos e depois os que tinham sífilis. A análise que esse autor faz é interessante no que diz respeito ao lugar agora ocupado pelo desatino: tais lugares eram tomados por locais simbólicos de decomposição viva do corpo e a loucura assim passou a representar a experiência de morte. Vista dessa forma, representando a fragmentação do corpo em vida (BIRMAN, 1992), a loucura foi inscrita no imaginário ocidental subtraída de qualquer poder de revelação e enunciação da verdade. A partir de então, o desatino “inicia sua trajetória no universo da não verdade e na ausência de significação de sua experiência”

(BIRMAN, 1992, p.76). Esse modo de agora representar a loucura dará origem aos asilos, no final do século XVIII.

A situação dos loucos mudou do final do século XVIII ao início do século XIX. Iniciou-se, conforme Foucault (1972/2004), a Era Moderna, marcando o aparecimento dos Hospitais Médicos, do Asilo e da Psiquiatria. A loucura passou a ser encaminhada para os porões da exclusão, para longe da convivência social, e, então considerada enfermidade mental, perdeu qualquer condição de cidadania (BIRMAN, 1992). Conforme esse autor propõe, há um paradoxo estrutural na constituição histórica da figura da doença mental, resumidamente explicado da seguinte forma: na virada para o século XIX, o louco foi considerado enfermo, passando a receber assistência e tratamento, sob a proteção do Estado, como resultado dos direitos elementares de cidadão. No entanto, a partir desse mesmo discurso de enfermidade mental foi autorizada sua exclusão e destituição de direitos sociais, conseqüentemente de cidadania plena. Posição semelhante é adotada por Tenório (2001, p.22-23), ao dizer: “a mesma ausência de razão que tornava o louco inimputável fazia dele um doente merecedor de cuidados”.

Tal paradoxo, ainda seguindo Birman (1992), estabeleceu-se no Ocidente a partir da Revolução Francesa, quando se constituiu o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” e as individualidades foram consideradas iguais perante a lei. Simultaneamente, todavia, foi criado um estatuto de assistência para doentes e loucos, a partir do Estado e sob custódia de um recente discurso da medicina, assistencial e naturalista. A imagem da loucura passou a ser vista como exemplo de total perda da razão e o alienado deixou de ser considerado sujeito. O louco foi diferenciado dos demais cidadãos e não poderia, como apregoado pelo lema da revolução, exercer sua vontade nem se apropriar de sua condição de liberdade. Não era, portanto, um cidadão propriamente dito, uma vez que sua condição de desrazão não o permitiria discernir as regras e pactos sociais. Os loucos herdaram, naturalmente, o internamento e tornaram-se titulares da exclusão (FOUCAULT, 1975/1994).

Um outro aspecto da questão é a valorização do trabalho na nova ordem burguesa. A permanência dessas pessoas nos estabelecimentos de internação também se articulou à necessidade de mão-de-obra no contexto dos processos de industrialização na Europa, no final do século XVIII. Todos aqueles considerados aptos ao trabalho deveriam exercê-lo e para isto voltariam a ter liberdade, enquanto os alienados constituiriam uma massa reclusa e isolada, agora vítima do conhecimento médico (SILVA FILHO, 2001). A internação passou a se justificar por razões médicas. Por um lado, o tratamento moral descrito adiante tinha como um dos seus aspectos reinserir os internos no mundo do trabalho manual repetitivo. Por outro,

aqueles que se recusassem a trabalhar seriam mantidos confinados nos asilos (FOUCAULT, 1972/2004).

1.2 - O nascimento do asilo e o tratamento moral

O maior representante da nova concepção de tratamento aos loucos no contexto revolucionário francês é conhecidamente Pinel, que em seu gesto, considerado por muitos como nobre, liberou os loucos do internamento indiscriminado junto aos demais. Na Inglaterra o representante foi Tuke; na Alemanha, Wagnitz e Riel (FOUCAULT, 1975/1994). Os médicos iniciaram uma reforma por meio da qual os loucos deveriam ser separados dos demais colegas vistos como desviantes e receberiam outro tipo de cuidado, o moral (FOUCAULT, 1972/2004; RESENDE, 2001, SILVA FILHO, 2001, AMARANTE, 2000). Esse último autor esclarece que Pinel desacorrentou os alienados e inscreveu a loucura em uma nosografia médica, tornando o Hospital Geral um rigoroso espaço médico para os loucos, o asilo. É no asilo que se estabelecerá o saber e a prática sobre a recém-criada doença mental⁴.

Amarante (2000) especifica a contribuição de Pinel ao dizer que, a partir de então, a medicina ia tratar aqueles a quem só superficialmente se voltava, constituindo-se em uma medicina especial, dita mental, organizando-se como meio de auxílio, colocando os desvios da paixão e da moral como doença. O revolucionário escreveu um Tratado Médico-Filosófico sobre a alienação mental, que concretiza a mudança da loucura para a alienação mental ao incluí-la como ramo da medicina. Pinel une os campos médico e filosófico nesse tratado, explicando que, pelo lado médico, é possível oferecer assistência e tratamento àqueles cometidos por essa experiência, e, pelo lado filosófico, é possível explicá-la para além de seu fundamento orgânico. Há, porém uma série de controvérsias em torno do ato nobre do revolucionário, tendo em vista que Pinel, após liberar os loucos dos grilhões e correntes, instituiu o tratamento moral e disciplinar, pautado na tutela, normalização e controle da subjetividade da loucura. É importante ressaltar que ele, ao contrário da concepção predominante na época, entendia que os acometidos por uma experiência de loucura eram sujeitos cuja perda de razão era apenas parcial, sendo possível tratá-los, reeducando-os moralmente para que pudessem resgatar a razão e conseqüentemente a cidadania perdida.

⁴ Há, nos autores pesquisados, certa ambigüidade no uso dos termos alienação, doença mental, alienismo, tratamento moral e psiquiatria. A grande maioria dos autores caracteriza o tratamento moral criado por Pinel como a psiquiatria propriamente dita, considerando-o revolucionário e como o fundador da psiquiatria. Esta é, por exemplo, a perspectiva de Birman (1992), que já cita os asilos onde o tratamento pedagógico era empregado como parte da instituição psiquiátrica. Já Amarante (2000), não diferencia a alienação da doença mental e usa os termos de forma indiscriminada.

A partir da constituição da alienação como doença mental a loucura vira objeto de estudo para o conhecimento humano. A psiquiatria ainda não está constituída conforme a conhecemos atualmente, a psiquiatria contemporânea. Ela está nascendo e leva o nome de alienismo, denominação dada por Pinel ao estudo da alienação humana (AMARANTE, 2006). Aos alienistas coube implantar a nova modalidade de tratamento da doença mental, o chamado tratamento moral. Esses pesquisadores estavam preocupados em classificar e nomear os vários quadros de alienação mental, dando ênfase aos seus sinais e sintomas. A partir dessa classificação se pode diferenciar o normal do patológico.

Castel, em seu livro “A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo” (1978) analisa os pressupostos desse tratamento imposto pelo alienismo. De acordo com a prática alienista, o autor destaca primeiramente a concepção de doença mental como um distúrbio da razão, logo o louco não é cidadão. Em segundo lugar, há o princípio do isolamento, que retira o louco do meio social e da família, pois a desordem desses meios são a causa da sua alienação. Ele é levado para longe da cidade, onde, incluído em uma instituição disciplinar, se submete a novos regulamentos, regras e rotinas que supostamente reordenariam seu mundo interno e devolveriam sua razão. Birman (1992) considera o tratamento aplicado nos asilos como uma pedagogia da sociabilidade. Com a adoção dessa nova prática, aos vitimados pela loucura seriam ensinadas regras sociais de convivência, condição básica para o exercício da cidadania. O louco deveria internalizar a hierarquia existente no asilo, inscrever-se no mundo do trabalho, bastante importante naquela época e considerado um meio de cura, e reprimir-se diante das normas coletivas ditadas no asilo. Significa que teria que assumir, gradativamente, uma postura dócil e ser obediente ao poder.

Foucault explica, em “O Poder Psiquiátrico” (1973-1974/2006), que o tratamento moral reúne os meios de intervenção sob o psiquismo dos doentes, opondo-se ao tratamento físico que age por meio dos remédios e meios de contenção. “O louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros” (FOUCAULT, 1975/1994, p.82). O tratamento oferecido por Tuke na Inglaterra utilizava ameaças, castigos, privações de alimento e humilhações, tudo de forma a infantilizar e culpabilizar o louco. Percebe-se que os princípios do tratamento moral ainda não foram superados e são prática recorrente no dia-a-dia dos hospitais psiquiátricos, onde não se distingue tratamento de punição.

Toda a concepção de loucura foi modificada pelo nascimento dessa modalidade de tratamento. Com essa nova especialidade de saber e prática médica centrada no campo da moral, que é considerada por Birman (1978), como “discurso da moralidade”, o universo da

loucura foi de vez excluído do espaço da sociedade por representar uma ameaça à ordem social. O que esse tratamento pretendia, conforme Birman (1992) explica era retirar o excesso de paixão da loucura, pois esse excesso, que representava a não regulação da natureza pela sociedade, era a mola propulsora da doença mental, era o que descentrava o indivíduo de sua razão. A função dos alienistas ao aplicar o tratamento moral seria então movimentar a loucura da ordem passional da natureza para a ordem da sociabilidade.

Foucault (1961/2002) e Birman (1992) e referem-se a outra modificação nesse contexto de tratamento. De maneira correlata à exclusão do meio social, sob a proposta de incluir o louco como cidadão, houve a exclusão do louco do meio familiar. Numa época anterior cabia à família a decisão de internar ou não seu membro estimado como doente; agora a instituição psiquiátrica e o Estado se responsabilizariam pelo destino social dos chamados doentes mentais. Para internar o louco era exigido atestado médico, que uma vez internado era privado de responsabilidades e da gestão de sua vida, vez que, perdendo sua cidadania, não haveria possibilidade de exercer sua liberdade.

Percebe-se que o alienismo precisava responder a duas questões principais: retirar de circulação todos aqueles que ameaçavam a estabilidade da ordem social, garantindo o bem-estar da sociedade, mas também oferecer aos pacientes uma prática clínica terapêutica, que se destinava à cura.

1.3 - A queda do tratamento moral e o surgimento da psiquiatria do século XIX

Amarante (2000) situa que a queda do tratamento moral praticado pelo alienismo deu-se inicialmente em 1882, quando Bayle associou um quadro de paralisia geral progressiva a lesões cerebrais. Tal paralisia possuía sintomas semelhantes a alguns quadros presentes em doenças mentais, como agitações comportamentais e paralisia dos membros. Dessa forma, esse quadro produziu a hipótese que a alienação mental teria origem em alguma lesão cerebral, tornando isso uma regra passível de ser estendida a todos os tipos de alienação. Seguindo o autor, o segundo golpe desferido contra esse tipo de tratamento reside no fato de que, para sua prática, seria necessário um acompanhamento caso a caso e esforço permanente, ambos tornados impossíveis devido a enorme quantidade de pessoas internadas nos asilos, cerca de 400 a 500 por médico. Resende (2001) associa esse enorme contingente de pessoas internadas à necessidade de retirar de circulação os considerados perturbadores da ordem e indesejáveis. Esse inchaço populacional asilado fez com que os métodos empregados no tratamento moral se tornassem inviáveis, uma vez que o ambiente familiar que proporcionava as trocas pessoais, considerados exitosos métodos de cura, foi destruído. Assim, a

credibilidade na cura da alienação mental e nos métodos empregados foi contestada, pois os resultados mostravam que tais procedimentos não eram eficientes. O referido autor acrescenta, ainda, que o avanço da chamada bacteriologia e da anatomia patológica aumentaram o poder médico, que somado á neurologia, passou a questionar a pouca cientificidade do tratamento moral, fazendo com que os médicos buscassem uma causa orgânica para a loucura e desenvolvessem estratégias terapêuticas físicas e medicamentosas.

Silva Filho (2001) pontua que o alienismo nada acrescentava ao saber médico, na medida em que dirigia sua atenção a sintomas e sinais da doença, em detrimento de buscar a localização da enfermidade no corpo. Constituiu-se somente em “responder a uma demanda social e política que objetivava controlar, sem arbítrio, a desordem social configurada na personagem do louco” (p.91).

Ribeiro (2006) esclarece que a questão essencial da psiquiatria do século XIX era descobrir como se legitimar definitivamente como ciência, fundamentando a prática de enclausuramento e pedagogia moral, de forma que assegurasse sua eficácia. Assim, garantiu práticas e intervenções que aconteciam direta e violentamente sobre os corpos enclausurados. “A psiquiatria utilizava a loucura pra se constituir cientificamente, fazendo dela um objeto de estudo único e exclusivo de suas práticas e tinha como objetivo último curar os loucos adoecidos pelo mau funcionamento orgânico” (p. 49).

Amarante (2000) e Silva Filho (2001) consideram que a grande mudança no saber sobre a alienação mental, que possibilitou o surgimento da psiquiatria, tal como está configurada atualmente, ocorreu a partir de Morel, por volta de 1857, com a ‘doutrina das degenerações’, quando a discussão entre o físico e o moral encontrou um termo comum. Essa teoria supõe que a alienação é produzida por uma degeneração própria e constituinte do sujeito, originada no pecado original, quando o homem submeteu-se ao desejo da carne, permitindo que o físico se sobressaísse sobre o moral. Isso se repetiria nas gerações seguintes, formando desvios patológicos na humanidade. Tais patologias poderiam ser adquiridas de maneira precoce, vindas de intoxicações, sobretudo alcoólicas, da malária, de males congênitos e de influências do meio social (AMARANTE, 2000). O tratamento moral, que não foi completamente abandonado, é ampliado e visa alterar as condições físicas, intelectuais e morais dos indivíduos, tornando-se uma “profilaxia preservadora”, evitando que novos degenerados surjam, corrigindo desvios da degeneração, contrapondo-se a uma “profilaxia defensiva”, que somente isola os alienados mentais. O asilo deixa de ser um lugar de isolamento terapêutico e passa a funcionar evitando a contaminação da sociedade pela doença do louco, impedindo o surgimento de novos degenerados. A atuação do alienismo é

deslocada do interior do asilo para o meio social e político. A partir de então o termo degenerado vira sinônimo de alienação mental e “‘alienado degenerado’ é uma combinação entre termos, que não representa uma redundância, mas uma potencialização de valores negativos” (AMARANTE, 2000, p.56).

Kraepelin é considerado o verdadeiro criador da psiquiatria moderna (AMARANTE, 2000) tendo em vista que, no final do século XIX, fundou um sistema nosológico de classificação para as doenças mentais que substituiu a antiga classificação alienista, diferenciando as alienações endógenas das exógenas. Além disso, adotou o termo demência precoce (posteriormente chamado de esquizofrenia por Bleuler), sugeriu uma classificação de doenças que engloba a sintomatologia, o curso e terminação e, utilizando a teoria da degeneração, abriu espaço para as investigações quanto aos fatores hereditários da doença, dos quais, até hoje, a psiquiatria se ocupa.

Sá e Pereira (2008) fazem uma relação entre psiquiatria e subjetividade, revelando que a transformação do louco em doente mental era o ícone de um processo de normalização, era a “hipérbole da normalização da subjetividade de todos os indivíduos modernos” (p.55). A psiquiatria torna evidente a relação entre o saber e o poder. O centro desse vínculo, saber/poder, é o que propicia a imposição da disciplina, ao tornar manipuláveis as relações que o indivíduo estabelece consigo mesmo, gerindo a subjetividade.

Szasz (1978 p.22) compara a psiquiatria, desde sua constituição até o modo como está dissolvida na sociedade atual, com o movimento da Inquisição:

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 médico de massa, e a perseguição dos doentes mentais substituiu a perseguição dos heréticos.

Após a constituição da psiquiatria na lida com os doentes mentais, várias propostas foram feitas na tentativa de modificar as relações estabelecidas com a loucura. O que realmente aconteceu não foi de forma alguma uma ruptura, mas uma continuidade do modo de pensar centrado no modelo psiquiátrico. Esse dispositivo não se transformou em seus principais fundamentos e as propostas de transformação continuaram reproduzindo o lugar que fora designado para a loucura no ocidente desde fins do século XVIII. Utilizo a análise de alguns autores sobre essas propostas, conforme descrito a seguir.

1.4 - Tentativas de transformação na psiquiatria: a continuidade do dispositivo

A chamada praxiterapia, na segunda década do século XX⁵, analisada por Birman (1992) foi uma tentativa de transformação pela qual a inserção no universo do trabalho possibilitaria aos pacientes mentais recobrar sua condição de sujeito e posteriormente de cidadania. Tal concepção remonta ao alienismo, ao afirmar que somente inserido em uma sociabilidade de produção o indivíduo recobriria sua razão. Trata-se somente de uma reafirmação da pedagogia da sociabilidade e não modifica em nada a relação da sociedade com a loucura.

Em seguida, o aparecimento dos neurolépticos, por volta dos anos 40 e 50, realizou uma antiga idéia alienista de que a causa da desrazão na loucura estaria vinculada a um defeito na natureza. Birman (1992) esclarece que a diferença entre o alienismo do século XIX e a proposta da psicofarmacologia é que, para os primeiros, esse defeito é de ordem funcional e para os segundos trata-se de uma estrutura defeituosa. Em ambos os casos, a experiência da loucura é vista como enfermidade e a medicalização psiquiátrica se justifica.

A psicofarmacologia pretende acalmar (silenciar) o excesso de paixão que caracterizaria a loucura, restabelecendo a possibilidade do sujeito se inserir no contrato social. Porém, a entrada nesse universo dá-se, como coloca o autor, pelo “silenciamento do poder de verdade e da palavra da loucura” (p.84). A contenção bioquímica da fala prende a loucura de vez na desrazão como erro da natureza, onde o sujeito deixa de existir, já que sua palavra não tem significado.

Continuando na análise sobre os projetos de tentativa de mudança, Birman (1992) e Aguiar (2007) caracterizam as reformas institucionais dos anos 40 e 50, na Europa e nos Estados Unidos, conhecidas pelas idéias de comunidades terapêuticas e terapia institucional, respectivamente. Essas são também uma retomada da idéia de inserir o paciente no mundo do trabalho, associando a praxiterapia à transformação do ambiente asilar em uma microssociedade. As comunidades terapêuticas propunham que os doentes deveriam se responsabilizar pela organização da instituição, limpeza, escolha de passeios e deveriam discutir problemas pessoais e administrativos (AGUIAR, 2007). Há novamente a repetição da pedagogia da sociabilidade, dessa vez por meio do controle do discurso dos internados, que deviam aprender nessa pequena sociedade as regras do convívio social. Eram dois processos simultâneos: a desalienação dos loucos e a inserção deles no contrato social. A loucura continuava sendo vista como “ausência de obra” (BIRMAN, 1992, p.85), tendo em vista que

⁵ A praxiterapia foi elaborada pelo alemão Hermann Simon, nos anos 20, e consistia numa proposta de tratamento através do trabalho compulsório. (COSTA, 2008)

somente falando e agindo corretamente esses indivíduos poderiam ter restituídas sua razão e sua verdade. A impossibilidade de aplicação dessa proposta residia no fato de não haver possibilidade de inscrever a loucura no espaço social, vez que fora excluída há muito tempo de seu território.

Como tentativa de resolver esse impasse, surgiram os projetos de psiquiatria comunitária, norte-americano, e da psiquiatria de setor, um modelo francês, em meados dos anos 60 e 70. A sugestão era realizar ações preventivas em ambulatórios e demais contextos de saúde, prevenindo internações. Birman (1992) e Aguiar (2007) consideram que a população ficou totalmente submetida a permanentes intervenções psiquiátricas que produzissem saúde mental e conseqüentemente cidadania, regulando individualidades. Diz Birman (1992, p.86): “a ordem social foi asilada pela psiquiatria”. Aguiar (2007) ainda esclarece que esses movimentos não foram capazes de resolver a questão da cronicidade dos doentes e da intolerância da população com relação àqueles comportamentos considerados perturbadores.

Contestando todas essas experiências anteriores e constituindo-se como a mais famosa dentre todas as intervenções, a psiquiatria democrática italiana de Basaglia, em meados dos anos 70, colocou a psiquiatria numa dimensão política. Pretendia-se promover um novo lugar para inserir a loucura e restaurar não sua razão, mas sua cidadania perdida. O projeto era encontrar um novo lugar social para essa experiência, por meio da desalienação asilar. O conceito chave da proposta é a desinstitucionalização, contraposto a institucionalização e que promove a “abertura de um novo contexto prático-discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano” (AMARANTE, 2000, p.29).

A desinstitucionalização deve ser realizada em dois níveis simultâneos, um teórico, relacionado à questão psicopatológica e outro prático/político, vinculado a problemática da exclusão social e estigmatização (AMARANTE, 2000). A negação, então, tem muitos ângulos, conforme cita esse autor (p.72):

Negação da instituição manicomial; da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível; do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente, do seu mandato social exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente; colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição [...]

Birman (1992) consegue caracterizar um impasse dessa proposta: a loucura é percebida como uma espécie de alienação e somente o estabelecimento de uma cidadania específica para os loucos é que possibilitaria seu reconhecimento como sujeito. Apesar disso,

essa proposta é considerada o baluarte para qualquer projeto de reforma psiquiátrica, principalmente da reforma brasileira, que tem como principal reivindicação a cidadania dos pacientes mentais.

Os primórdios do projeto da psiquiatria democrática italiana estão na contestadora antipsiquiatria, surgida no início dos anos 50. Essa experiência está vinculada aos movimentos contestadores da época e sua abordagem não se posiciona somente contra as práticas asilares – eletrochoques, contenções, medicamentos e a restrição de liberdade – mas se opõe a qualquer forma de tratamento imposto pela psiquiatria, e a ela, inclusive, negando a noção de doença mental (DELACAMPAGNE, 2004). A loucura existe não dentro dos homens, mas entre eles. Os principais representantes desse movimento são Ronald Laing, David Cooper e Aaron Eterson. Aguiar (2007) pontua que o grande problema dessa abordagem é que com a psiquiatria assim descartada, qualquer abordagem médica no campo da saúde mental passa a ser desconsiderada.

1.5 - E no Brasil...

Essas propostas européias e norte-americanas, descritas anteriormente, promoveram mudanças nas formas de lidar com a loucura, refletindo-se em outros países e no Brasil. Tais tentativas de transformação somaram-se ao momento histórico que a sociedade brasileira estava vivendo, a redemocratização, no final dos anos 70. Trazendo essa questão, Tenório (2001) introduz a discussão da reforma psiquiátrica brasileira como um grande marco para a questão da cidadania do louco, sendo a partir desse novo movimento que a cidadania foi posta no centro das novas formulações técnicas e administrativas que caracterizaram até então a assistência psiquiátrica. Além de trazer em seu cerne a luta pela cidadania, a reforma psiquiátrica critica os métodos semiológicos e de tratamento psiquiátrico que relegam o louco à posição de objeto, ao promover uma nova relação da sociedade com a loucura, desfazendo todo o processo de estigmatização e proporcionando ao indivíduo uma possibilidade de criar laços sociais. Birman (1992) diz que essa questão foi e é intensamente discutida porque o Estado brasileiro teria uma enorme dívida com aqueles que têm transtornos mentais, devido ao seu longo processo de exclusão e ruptura com o social. A função, então, dos movimentos no campo da saúde mental deve ser interromper a condição negativa de cidadania.

Tenório (2001) refaz algumas passagens da reforma psiquiátrica brasileira, ressaltando duas tentativas experimentadas noutros países, conforme já mencionado nas páginas interiores a partir da análise de Birman (1992) e Aguiar (2007): a idéia de comunidade terapêutica e psiquiatria preventiva. Nenhuma das experiências teve sucesso e a

última trouxe a noção de saúde mental ligada à psiquiatria. Inicialmente essa noção esteve vinculada ao ideal de adaptação ao grupo social, sendo o doente sempre inadaptado e desajustado, que deve sofrer intervenções para que possa se readaptar. A cura é o reajuste do indivíduo. Essas intervenções são realizadas na comunidade, que “considerada a causa da doença de uns e razão da saúde de outros” (TENÓRIO, 2001, p. 28) se transforma em palco de uma excessiva psiquiatrização e normalização. Como é o universo social e comunitário do indivíduo que promove seu desajuste, todos aqueles que mantêm contato com o inadaptado devem se submeter a tais intervenções. O conceito de saúde mental atualmente, porém, ocupa um lugar estratégico, ao significar o afastamento da figura médica da doença e delimitar um campo de práticas e saberes que não se restringem às ações médicas e psicológicas tradicionais. Tenório (2001), todavia, considera importantes as ações comunitárias e diz que para realizá-las sem psiquiatrizar excessivamente a comunidade, devem tornar-se recursos terapêuticos, deve-se fazer da rede social um instrumento de aceitação da diferença. Para isso, ao invés do termo comunidade, a proposta é usar a noção de território, baseado na psiquiatria democrática italiana de Basaglia.

O final dos anos 70, além de caracterizar-se pelas críticas ao Estado autoritário, também é marcado pelas críticas à assistência pública em saúde. Começam a surgir as primeiras denúncias de maus tratos, abandono e violência no interior dos hospícios, demonstrando que condenáveis são os excessos e desvios da psiquiatria, não seus pressupostos (TENÓRIO, 2001). Em 1978 surge o primeiro movimento posteriormente considerado antimanicomial: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que denunciou as péssimas condições de vida tanto daqueles que estavam internados quanto dos trabalhadores.

Em meados dos anos 80 o movimento pela Reforma Sanitária propõe reformulações no sistema de saúde vigente até então. Para a área psiquiátrica, tais mudanças resultaram tão somente na reformulação do hospital e criação de ambulatórios para lidar com a demanda. Ainda não há nenhum tipo de discussão sobre o direito dos pacientes e assistência continua extremamente precária (TENÓRIO, 2001).

A primeira grande transformação veio somente em 1987, quando a I Conferência de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental representaram o marco inicial da desconstrução das formas tradicionais de lidar com a loucura, explicitado pelo lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Aqui se inicia uma série de importantes modificações que englobam não somente a instituição psiquiátrica, mas a cultura, o dia-a-dia e as formas de pensar. Há a participação inédita dos frequentadores das instituições e de seus

familiares. A ação na cultura promove o aparecimento do denominado Movimento da Luta Antimanicomial: “trata-se de convocar a sociedade para discutir e reconstruir sua relação com o louco e a loucura” (TENÓRIO, 2001, p.37). A luta antimanicomial reconheceu a força histórica que encaminhava a loucura para a exclusão social, política e discursiva, sugerindo inversa e estrategicamente a inclusão, cidadania e o resgate da palavra do louco (KYRILLOS NETO, 2003).

Continuando na análise sobre a experiência da reforma psiquiátrica no Brasil, Tenório (2001) lembra Paulo Delgado, um deputado do PT de Minas Gerais, que em 1989 apresentou um projeto de lei conhecido como “Lei da reforma psiquiátrica”, (Lei 3.675/89) que repercutiu em todo o país. Nela se propôs, inicialmente, impedir a construção de novos hospitais e a utilização de leitos psiquiátricos pelo poder público; dirigir os recursos públicos para a construção de serviços não manicomial de atendimento e tornar obrigatória a comunicação das internações compulsórias à autoridade de um juiz, que era obrigado a emitir um parecer sobre a legalidade do procedimento. Sabe-se, no entanto, que a lei foi bastante modificada em suas propostas e somente aprovada em 2001.

Há, concomitantemente à criação da lei, o surgimento de algumas experiências de caráter não manicomial ocorrendo em algumas regiões do país, conforme apresenta Tenório (2001). São realizadas intervenções em vários locais, mas três especificamente ganham visibilidade, as de Santos, São Paulo e Angra dos Reis, no Rio de Janeiro. No primeiro município houve uma intervenção pública na Casa de Saúde Anchieta, uma clínica particular contratada pelo poder público para prestar serviços à população. O local era totalmente insalubre e tinha inúmeras denúncias de violação de direitos, sendo publicamente desativado em 1989 e em seu lugar simbolicamente erguido um novo paradigma em saúde mental, com a criação dos primeiros órgãos substitutivos ao manicômio, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Em São Paulo, a criação do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, o primeiro CAPS do Brasil, se tornou modelo de atendimento, tendo em seu pressuposto a realização de uma “clínica ampliada”, promovendo o “acolhimento, flexibilidade, atividades terapêuticas diversas, indefinição quanto ao tempo de acompanhamento e heterogeneidade de pessoas, práticas e saberes” (TENÓRIO, 2001, p. 38).

A experiência em Angra contou com a participação intensa do público local, que com uma política de evitar internações prolongadas conseguiu fazer da cidade um lugar sem manicômio. Derivado dessa proposta surgiu o programa ‘De volta para casa’, onde são realizadas visitas domiciliares por uma equipe de profissionais que tornou a internação prescindível aos pacientes, permitindo que ficassem em casa recebendo atenção psicossocial.

Em 1991, a Portaria 189 do Ministério da Saúde impôs um rigor maior às internações psiquiátricas e implementou no Sistema Único de Saúde os procedimentos em saúde mental realizados nos CAPS e NAPS. No ano seguinte, a Portaria 284 regulamentou o funcionamento desses serviços, seguindo diretrizes de atenção integral, regionalizada e multiprofissional (TENÓRIO, 2001).

Em 2001, doze anos após sua criação, a Lei da Saúde Mental começa a vigorar. Apesar de não contemplar as “mudanças extraordinárias” que o texto original propunha, representa uma vitória importante. Dentre outros pontos, a lei tenta promover a reinserção social do paciente em seu meio de origem; determina que o tratamento ocorra de maneira integral, que além de médico deve contemplar ações de lazer e ocupacionais; proíbe a internação em lugares considerados asilares; prioriza a criação de serviços substitutivos ao manicômio e determina que haja políticas públicas para o processo de reabilitação psicossocial de pacientes crônicos e dependentes institucionalmente.

Atualmente sabe-se que, apesar de inúmeras leis e portarias versarem sobre a necessidade dos atendimentos extra-hospitalares, não é essa a realidade existente no nosso país, muito menos no Distrito Federal. Ainda há uma população imensa de internos em hospitais psiquiátricos, sendo o Distrito Federal o penúltimo lugar no ranking dos estados onde existem serviços substitutivos. A instituição psiquiátrica ainda é o principal mecanismo de exclusão da loucura e de recurso para esses pacientes, apesar da criação dos serviços alternativos. A assistência psiquiátrica brasileira ainda é permeada por distorções, abusos e violência. As novas modalidades de atendimento não conseguem abarcar a enorme demanda de pessoas que necessitam de acompanhamento, além de estarem diretamente envolvidas em questões políticas que priorizam os interesses individuais dos grupos que assumem o poder de tempos em tempos. Muitos desses serviços funcionam em caráter claramente manicomial, manipulando a vida do indivíduo. Kyrillos Neto (2003) alerta que na grande maioria dos casos a assistência oferecida nos serviços alternativos ao manicômio traduz-se pela piedade e condescendência, baseando-se na noção de que os loucos, excluídos e humilhados socialmente, são indivíduos que não tem condição de gerir sua própria vida e serão salvos pelos profissionais da saúde mental, transformando os CAPS, NAPS e outras estratégias em serviços cronificantes com enorme quantidade de dependentes. O fato dos serviços disponibilizarem cestas básicas, passagens de ônibus, refeições e outros benefícios, justificando a reinserção social do usuário, não produz neles o impulso de transformação necessário para uma mudança mais profunda.

Destaco ainda a dificuldade que é inserir uma pessoa oriunda de internações psiquiátricas em um desses serviços, devido à burocracia. No estágio realizado em saúde mental⁶, uma das propostas de atuação era vincular a esses serviços alternativos pessoas com histórico de elevadas internações hospitalares, porém tal vinculação na maioria das vezes era impossibilitada. Para um primeiro atendimento, chamado pelo CAPS de acolhimento, era necessário marcar hora. O contato deveria ser feito pelo telefone e a primeira ida ao serviço geralmente acontecia dois meses após essa primeira tentativa, pois a agenda de tarefas do CAPS não permitia que o acolhimento acontecesse logo, prejudicando o usuário. E se, porventura, algo lhe acontecesse antes da inserção dele no serviço? Logo, entrando em crise, seria encaminhado ao hospital psiquiátrico mais uma vez, como vi acontecer com inúmeras pessoas.

Birman (1992) diz que qualquer reforma psiquiátrica radical deve começar pelo reconhecimento do paradoxo da cidadania explicado no início do capítulo. Aprofunda-se ainda mais na discussão, colocando que:

A reforma psiquiátrica e o reconhecimento efetivo da cidadania para os loucos implicam na constatação de que estes não têm qualquer dívida para com nossa razão científica e tecnológica, de que não existe absolutamente nos loucos nenhuma falta a ser preenchida para se transformarem em sujeitos da razão e da vontade (BIRMAN 1992, p. 88).

Há que se observar que, após tanto tempo, tantas tentativas de mudança, tantas quebras de paradigma, tantas leis, avanços, e transformações, a loucura continua tendo uma definição negativa. A esse respeito, Kyrillos Neto (2003) considera a reforma psiquiátrica como conservadora, ao não propor um novo entendimento da loucura. Justificando essa posição, o autor explica que a reforma brasileira está calcada em dois pontos: a eficácia da medicação psiquiátrica e as formas variadas de psicoterapia. O uso dos medicamentos dá-se no que o autor chama de “risco da passagem ao ato” e as psicoterapias constituem uma micropolítica que visam recriar laços sociais e tirar o paciente do isolamento, porém forçando uma negociação e buscando a tolerância. A proposta é que a família e a comunidade, de forma geral, aceitem a subjetividade “diferente” do membro e exerçam a tolerância. Essa aceitação, porém, implica no uso da medicação, que deve diminuir os riscos da passagem ao ato, tornando a pessoa mais capaz socialmente e forte o suficiente para permitir a interferência dos outros em sua vida.

⁶ Detalharei a experiência empírica de estágio no próximo capítulo. Trata-se de um estágio curricular em Saúde Mental do curso de graduação em Psicologia, realizado durante o primeiro e o segundo semestre de 2008.

Para Szasz (1978, p. 17):

Em minha opinião, a saúde mental [...] não pode ser melhorada por slogans, medicamentos, centros comunitários de saúde mental, ou mesmo bilhões de dólares gastos numa “guerra contra a doença mental”. O principal problema da psiquiatria foi, e continua sendo, o da violência: a violência ameaçada e temida do ‘louco’ e a violência contrária e real da sociedade contra ele. Disso resultam a desumanização, a opressão e a perseguição do cidadão estigmatizado como ‘mentalmente doente’.

CAPÍTULO 2: Configurações e características da sociedade contemporânea

Esse capítulo tem como objetivo discorrer ligeiramente sobre as características da sociedade contemporânea, de forma que, a partir da descrição dessas novas configurações, seja possível entender como e porque o processo de exclusão da loucura continua acontecendo. Não abordarei as novas formas de sofrimento psíquico consideradas específicas dessa época comumente chamada de “pós-moderna”, como transtornos alimentares, síndrome do pânico, depressão e uso de entorpecentes.

Que mundo é esse onde estamos vivemos? O que a era contemporânea representa em relação à modernidade? Trata-se de superação, continuidade, ruptura? Estas não são perguntas de fáceis respostas. O termo comumente usado para definir a sociedade contemporânea, pós-modernidade, não é consenso entre os autores que se dispuseram a estudá-la. Isso porque o termo pós, dentro deste contexto, não necessariamente quer dizer ruptura. Questiona-se se a modernidade acabou ou não e como suas características se misturam com as da sociedade atual. Discorrer sobre “modernidade líquida”, (BAUMAN, 2001), “hipermodernidade”, (LIPOVETSKY, 2004), “supermodernidade”, (AUGÉ, 2005), “capitalismo tardio” (JAMESON, 1997), pode ser não falar sobre o mesmo tema, devido à pluralidade de sistemas de pensamento e de formas de conceber a sociedade contemporânea. Discutir o melhor termo a ser utilizado equivale a discutir as questões que retratam o próprio momento histórico. No entanto, este não é o foco principal da discussão desse trabalho, que se baseará na descrição do mundo atual para compreender a realidade da exclusão social da loucura.

O grande marco da chamada era pós-moderna pode ser considerado o período pós-segunda guerra mundial, qualificado por mudanças na política, na sociedade e na economia, mais precisamente o advento da sociedade de consumo, nos anos 60/70. Atualmente, empregar em discussões o termo pós-modernidade implica falar em um período marcado por transformações nas mais variadas esferas: vida privada, pública, relacionamentos, cultura, política, ciência, arte, economia, etc. Dentre as várias características definidoras da sociedade citadas pelos autores estão questões como a liquidez ou efemeridade, individualismo acentuado, ênfase na liberdade, superficialidade de relações, medo, incertezas, fragmentação da identidade, consumismo exacerbado, capacidade de adaptação, entre outros (BAUMAN, 1998, 2001, 2007; LIPOVETSKY, 1983, 2004; AUGÉ, 2005, HALL, 2001).

Para Bauman (1998, p.32), tal sociedade é marcada dentre outros pontos pela sensação de liberdade, que caminha junto às noções de risco, medo e insegurança:

O sentimento dominante, agora, é a sensação de um novo tipo de incerteza, não limitada à própria sorte ou aos dons de uma pessoa, mas igualmente a respeito da futura configuração do mundo, a maneira correta de viver nele e os critérios pelos quais julgar os acertos e erros da maneira de viver. O que também é novo em torno da interpretação pós-moderna da incerteza [...] é que ela já não é vista como um mero inconveniente temporário [...]. O mundo pós-moderno está se preparando para a vida sob uma condição de incerteza que é permanente e irredutível.

Inicialmente, no livro “O mal-estar da pós-modernidade” (1998), o autor lança mão do termo pós-modernidade para definir alguns pontos da vida contemporânea, principalmente a tensão entre a busca pela segurança e a vontade de liberdade, somadas a uma procura crescente pela satisfação, fazendo assim um contraponto ao livro de Freud, “O mal-estar na civilização” (1930). Posteriormente, defendendo a idéia de que a base sólida de instituições como a família, o bem-estar social, relações humanas, trabalho, segurança, tempo/ espaço, dentre outros, está cedendo lugar ao fenômeno da fluidez, onde o sólido se transformará, inevitavelmente, em líquido, Bauman (2001) utiliza o termo modernidade líquida para diferenciar uma época assinalada pela estabilidade de projetos de uma marcada pela necessidade imediata de mudança e quebra de paradigmas. Em “Modernidade e Ambivalência” (1999a), Bauman considera que o mundo moderno é sustentado por um tripé: projeto, manipulação, administração e planejamento, ou seja, marcado pelo uso da razão. Duas idéias são centrais nesta obra para caracterizar o mundo moderno: o Estado, que “nasceu empenhado em submeter as populações dominadas a um exame completo de modo a transformá-las numa sociedade ordeira, afinada com os preceitos da razão” (p. 29) e a Ciência, que “nasceu da esmagadora ambição de conquistar a Natureza e subordiná-la às necessidades humanas” (p.48). Se, na modernidade sólida, o mundo parecia sob controle, na líquida ele está em total desgoverno. Como diz o autor (2001, p.14): “chegou a vez da liquefação dos padrões de dependência e interação.” A busca pela liberdade é uma das configurações do mundo atual e contrapõe-se à segurança da certeza, do planejamento. Tais mudanças implicam um padrão de relacionamento caracterizado pela provisoriedade e desapego, onde a sensação de desamparo social é constante, promovida pela corrosão nas instituições que deveriam garantir a confiança de viver sem medo. Essa questão da busca pela segurança, que ronda o imaginário social, leva os sujeitos a se organizarem em comunidades, diminuindo assim a suposta sensação de liberdade que julgavam possuir (BAUMAN, 2003). Porém, não há como escapar do processo de individualização e de recusar-se a participar de seu jogo não é uma alternativa. E, como coloca Bauman (2001, p.46), “o outro lado da

individualização parece ser a corrosão e a lenta desintegração da cidadania”. Conseqüências do processo de liquefação da sociedade também são representadas pelo excesso de contingente populacional, ou seja, aqueles que tiveram a vida transformada em lixo pelo processo de globalização (BAUMAN, 2007). Dentre estes, moradores de rua, imigrantes ilegais, refugiados, mas também os pacientes mentais. Em função da fragilidade dos vínculos sociais – que está diretamente implicada nos processos de hiperindividualização - e do aumento da exclusão social decorrente das novas configurações do capitalismo global, os efeitos desagregadores da modernidade líquida são mais dramáticos para os sujeitos dos segmentos mais vulneráveis da sociedade: os mais pobres, idosos, doentes, membros de minorias sociológicas, etc. O risco de se tornar refúgio social agora ameaça também os sujeitos incluídos no sistema de produção capitalista.

A vida líquida se caracteriza pelo começar sempre, pela incerteza do medo de ficar para trás, de não conseguir acompanhar os acontecimentos que se movem de forma rápida, numa lógica em que livrar-se das coisas exerce primazia sobre adquiri-las. Ninguém e nada pode ficar parado, sob o risco de perecer, de ser engolido por essa sociedade onde o capitalismo é entendido como “destruição criativa”. Tomando como exemplo a metáfora de Bauman (2007) da dança das cadeiras sobre a vida líquido-moderna, por mais que alguém seja veloz, nada garante que numa próxima volta não fique para trás e seja atirado no grupo dos eliminados, tal como ocorre com os indivíduos cujas vidas se baseiam neste trabalho.

Lipovetsky (2004) faz uso do termo hipermodernidade para representar uma segunda etapa da modernidade marcada pelo excesso e pelo extremo: trata-se do hiperconsumo, do hiperindividualismo, hipercapitalismo, hipernarcisismo. Para ele, o termo pós-modernidade é ambíguo e incorreto, pois significaria algo além da modernidade, como uma ruptura. A pós-modernidade seria somente um curto período até o aparecimento da hipermodernidade:

A pós-modernidade foi no máximo uma fase de transição ocorrida entre os anos 60/80 que fez entrar em cena uma figura inédita: a do indivíduo autônomo, liberto dos freios institucionais, das ideologias políticas e das normas da tradição, característicos da modernidade. (LIPOVETSKY, 2004, p.18).

A hipermodernidade, entretanto, é uma época fluida, flexível e caracteriza-se por necessariamente promover uma busca pela adaptação dos princípios que estruturavam a modernidade. Todavia, é presente uma contradição quanto ao modo de ser dos indivíduos que “são ao mesmo tempo mais informados e mais desestruturados, mais adultos e mais instáveis, menos ideológicos e mais tributários de modas, mais abertos e mais influenciáveis, mais críticos e mais superficiais, mais céticos e menos profundos” (LIPOVETSKY, 2004, p.28).

Observa-se uma busca pelas novidades, pela frivolidade, pelo desenvolvimento pessoal. Em resumo, é uma cultura hedonista que busca satisfazer-se no aqui e agora, priorizando o conforto, o lazer, o consumo. Tal análise da sociedade, ainda que muito mais otimista, assemelha-se à de Bauman (1998, 2001, 2007), que enfatiza a influência do consumismo extremo e desenfreado para o sujeito e nas relações que ele estabelece: a vida líquida é uma vida de consumo, e em mundo repleto de consumidores e produtos, a vida flutua desconfortavelmente entre os prazeres do consumo e os horrores da pilha de lixo (BAUMAN, 2007).

Augé (2005) em seu trabalho “Não-Lugares: Introdução a uma Antropologia da Supermodernidade” destaca o termo supermodernidade para trabalhar com a idéia de continuidade. Assim como Lipovetsky (2004), relaciona a sociedade contemporânea ao excesso, demarcando um a superabundância do tempo, do espaço e do individualismo. O tempo é marcado por uma aceleração extrema, onde fatos logo se tornam acontecimentos, e, na mesma proporção, a quantidade de fatos é tão grande que eles já não se tornam grandes episódios. Portanto, é difícil considerar a sociedade por meio dessa categoria, tendo em vista que os fatos são sempre passíveis de inúmeras análises. Há uma superabundância de espaço, no qual as rápidas transformações sociais dão a impressão de que o mundo encolheu, promovendo o aparecimento dos chamados “não-lugares”; locais como estações do metrô, aeroportos, rodoviárias, cadeias de hotéis e supermercados. Esses não-lugares aludem à condição do indivíduo na época atual: lá não se criam relações duradouras, histórias, identidades. O que existe é o efêmero, provisório, rápido, solitário, passageiro. Como consequência, essas mudanças afetam a noção de coletivo, promovendo um excesso de individualismo, dotado de identidades que se transformam rapidamente.

Também no que diz respeito a essa questão, Hall (2001) analisa as configurações da sociedade atual a partir da chamada “crise de identidade” (do sujeito moderno), que faz parte de um conjunto maior de transformações na sociedade contemporânea. Tais mudanças deslocam as estruturas e abalam as referências que mantinham o ser humano em uma condição de estabilidade, própria do mundo moderno. O autor destaca três concepções de sujeito: o sujeito do iluminismo, caracterizado como um indivíduo centrado em num núcleo interior, unificado e dotado de razão, o sujeito sociológico, interacionista, que se constrói na relação com o outro, sendo ainda considerado estável, e o sujeito pós-moderno, caracterizado sobretudo pela fragmentação de suas múltiplas identidades, por vezes contraditórias e não resolvidas. A esse respeito, Bauman (1998, p.114), diz que “a estratégia de vida pós-moderna

não é fazer a identidade deter-se – mas evitar que se fixe”. Enquanto isto, ser paciente mental é ser interpelado em uma identidade simultaneamente fixa e socialmente desfavorável.

Como se pode observar, a maioria dos teóricos que estudam a época atual enfatiza a questão do consumo e do individualismo em detrimento do coletivo. O consumismo é global, não no sentido de que todos podem consumir, mas no de que todos são afetados por ele. Para a reflexão seguinte, utilizo uma frase de Lyon (1999), no que diz respeito ao consumo desenfreado: “Por que aqueles que não têm condições ou não querem consumir deveriam ser excluídos da participação plena na vida social?” (LYON, 1999, p.104).

2.1 - Inclusão e exclusão social na vida contemporânea

Uma das principais, se não a principal, conseqüência do processo de modernização da sociedade é o conhecido processo de exclusão social. Este tema é obrigatório nas discussões sobre as configurações contemporâneas e, apesar de ser uma situação social mais visível nas sociedades terceiro-mundistas, também existe no chamado Primeiro Mundo. Os excluídos formam um setor social que não consegue se integrar no desenvolvimento capitalista – ou que é expulso do seu setor mais dinâmico (LESBAUPIN, 2001).

Para Nascimento (1994), o conceito de exclusão social é considerado oposto ao de coesão ou vínculo social, e a condição de excluído lhe é imposta de fora, sem que ele tenha participação direta ou indireta para assim ser rotulado, como acontece com o desviante social. Para o autor, existem duas formas de se compreender a exclusão social ao longo do tempo. No chamado capitalismo industrial havia trabalhadores que mesmo sendo extremamente explorados ainda eram considerados mão-de-obra e constituíam o chamado “exército de reserva”. Sobre essa “sub-classe”, Lesbaupin (2001) considera que essa massa trabalhadora foi submetida a um “processo de domesticação”, no qual foi mandada para escolas, presídios, fábricas, hospícios e locais de repressão, para de alguma forma ser aproveitada pelo trabalho capitalista. No entanto, não faz muito tempo, surgiu uma nova exclusão: o excedente de população deixou de ser interessante para a economia, pois o processo de modernização fez com que perdessem qualquer tipo de função produtiva, e, sem qualificação suficiente, são considerados pesos econômicos para a sociedade. O excluído atual é um conjunto que se tornou dispensável, incômodo e por vezes uma ameaça social.

Em *Vidas Desperdiçadas* (2005), Bauman classifica esses seres que foram atropelados pelo processo de globalização como refugo humano, o produto inevitável da modernização. Assim como o lixo que é produzido em excesso, essas vidas são consideradas redundantes e tiveram suas existências transformadas em problema. Constituem o que não

deveria existir, e englobam os refugiados, prisioneiros, miseráveis, pobres, loucos e todos aqueles que são convertidos em resto, em sobra: o excesso da sociedade de consumo.

Todo este processo modernizador transformou a sociedade, que, de produtora, passou a ser eminentemente consumidora. Na primeira configuração, o critério de inclusão era o trabalho e a necessidade mais básica, mantendo assim a sociedade dotada de certa ordem e solidez. Agora, contudo, o que inclui os cidadãos é o seu potencial de consumo: “a síndrome consumista consiste, antes de tudo, na negação enfática da virtude da procrastinação e da adequação e conveniência de retardar a satisfação – os dois pilares axiológicos da sociedade de produtores governada pela síndrome produtivista” (BAUMAN, 2007, p.110). A sociedade julga seus membros conforme as capacidades e disponibilidades para o consumo; conseqüentemente os chamados consumidores falhos constituem a massa de excluídos, o refugio social. O medo da exclusão ronda os indivíduos em todos os lugares e realidades e é mostrado de forma escancarada nos reality shows como o Big Brother, simulações que ilustram o funcionamento da sociedade contemporânea, onde a exclusão é o destino inevitável dos jogadores e sempre está ameaçando alguém nesta ou numa próxima etapa. Nesses programas, as pessoas não caem fora do jogo porque são ruins, mas porque sempre existe um esperto que sabe manipular as regras (BAUMAN, 2007).

O problema, portanto, não é que os pacientes mentais seriam incluídos apenas por se tornarem consumidores, ou que deveriam ser conduzidos a ocupar esta posição. O ponto é que sujeitos sem condição de serem consumidores não tem valor humano nem podem participar do jogo social.

A globalização interfere diretamente no processo de formação da identidade e nos relacionamentos que as pessoas estabelecem entre si. Em uma era onde o capitalismo é acelerado, qual é o lugar ocupado por uma pessoa que não produz e que não consome, por isso considerada inútil? Aquele que deixa de se encaixar ou é desencaixado como fonte geradora de renda também passa a ser afastado da convivência social e afetiva. De acordo com Sarah Escorel (apud LESBAUPIN, 2003), a exclusão social ocorre simultaneamente e engloba as dimensões do trabalho, sócio-familiar, política, cultural e humana. A vulnerabilidade no trabalho refere-se ao banimento deste mundo trabalhista, com o surgimento do desemprego, dos empregos precários e de uma vida instável. Na dimensão sócio-familiar o que está em jogo é a precariedade das relações familiares, de vizinhança e comunitárias, que levam o indivíduo ao isolamento. Politicamente, existe para os excluídos a dificuldade de ação e de representação na esfera pública. Culturalmente há a negação de direitos e a conseqüente hostilidade e estigmatização. Por fim, na dimensão humana, os

grupos excluídos vivem na fronteira da sobrevivência, impedidos de exercer as possibilidades que a vida oferece.

Em análises sobre o social, Bauman (1998, 1999b), cita dois tipos de habitantes por excelência do mundo contemporâneo: os turistas e os vagabundos, que são metáforas interessantes para exemplificar o lugar social ocupado por aqueles que têm (e consomem) e aqueles a quem esse direito foi negado. Ambos surgiram em uma sociedade marcada pela velocidade do consumo e pela liberdade de escolha. Aos primeiros, é facultado caminhar livre, com autonomia e independência. Podem mudar quando o lugar que estão perdeu sua capacidade de atração, quando algo pode lhes escapar do controle, quando qualquer coisa mais adiante lhes interessa. Aqui, “o nome do jogo é a mobilidade: a pessoa deve mudar quando as necessidades impelem, ou os sonhos o solicitam” (BAUMAN, 1998, p.114). A característica do movimento do turista não é chegar, mas manter-se sempre em movimento. São os freqüentadores dos não-lugares (AUGÉ, 2005). Há, todavia, aqueles para quem as palavras liberdade, autonomia e independência soam praticamente ininteligíveis. Eles, se estão em movimento, não é porque optaram por isso, mas porque foram impelidos a caminhar. Constituem o refugio social da nova era, a maior representação do lixo social. São os vagabundos, o *alter ego* dos turistas, e, como nos alerta Bauman:

Ser um *alter ego* significa servir como um depósito de entulho dentro do qual todas as posições inefáveis, os medos inexpressos, as culpas e autocensuras secretas, demasiadamente terríveis para serem lembradas se despejam; ser um *alter ego* significa servir como pública exposição do mais íntimo privado, como um demônio interior a ser publicamente exorcizado, uma efígie em que tudo que não pode ser suprimido pode ser queimado (BAUMAN, 1998, p.119).

Será que de acordo com esta análise pode-se considerar que atualmente os ricos estão globalizados e os pobres localizados? A globalização fez nascerem dois pólos, onde de um lado está o grupo social dominante, detentor do capital financeiro e do outro estão os que foram marginalizados pelo progresso econômico. O que a globalização representa para a maioria da população mundial? Significa que estão cada vez mais longe do acesso às riquezas mundialmente produzidas e distantes dos centros de decisão política (SANTOS, 2001). Com isso, perdem também o acesso a condições básicas de vida no que diz respeito à alimentação, saúde, educação, habitação, saneamento, segurança e outros, criando uma enorme massa de pessoas descartáveis.

Assim como Bauman (1998), Carreteiro (2003) defende a idéia de que existem dois tipos de imaginários sociais na contemporaneidade, o da excelência e o da inutilidade, comparáveis com os turistas e vagabundos, respectivamente. O primeiro é pautado em uma

lógica de qualificação e inserção social, poder e visibilidade; o segundo, como o próprio nome já classifica, surge a partir das novas formas de exclusão e remete ao fracasso, falta de qualificação, invisibilidade. A autora alerta que, apesar de aqueles que se incluem na primeira categoria serem dotados de mais estabilidade, não estão totalmente seguros, pois na atualidade a lógica prevalecente é a da superação; a qualquer momento podem descer de nível, portanto vivem sempre a sombra do imprevisível. Continuando em sua análise, Carreteiro cita Gaulejac e Taboada (1993), que contrapõem a sociedade moderna à chamada (por eles) de pós-moderna, no que diz respeito ao lugar ocupado pelo indivíduo. Segundo tal ponto de vista, a idéia de “classe social” é o imaginário que prevalece na modernidade; já na era que a sucede o imaginário migra para o “lugar social”. Aqui a ênfase sai do coletivo e recai sobre o individual, análise semelhante às de Bauman (2001) e Lipovetsky (1983).

Porque os indivíduos ocupam um lugar inferior na cadeia hierárquica de posições, eles podem experienciar mais de perto o sofrimento social, ou seja, situações de humilhação, falta de reconhecimento, vergonha, invisibilidade. Particularmente, me interessa analisar o caso daqueles que foram surpreendidos por uma avassaladora experiência de sofrimento, as pessoas a quem foram atribuídos transtornos mentais.

2.1.1 - Os “outsiders” da sociedade: a exclusão da loucura na sociedade atual

Apesar da exclusão desses indivíduos não derivar somente do processo de modernização do globo, a vida dessas pessoas também é diretamente afetada pelas novas configurações. Portanto, a análise sobre a exclusão social proposta pelos autores citados nas discussões anteriores engloba a história dos sujeitos tidos como loucos. O louco não é considerado uma presença agradável na sociedade de consumo; já não era bem acolhido antes dessa era ter início. Nunca foi bem recebido, como demonstrado ao longo do capítulo anterior. Eles são, como a sociedade frequentemente estigmatiza as pessoas que padecem de um mal psíquico, os estranhos, marcados por:

serem pessoas que não se encaixam no mapa cognitivo, moral ou estético do mundo [...], por sua simples presença deixam turvo o que deve ser transparente, confuso o que deve ser uma coerente receita para a ação e impedem a satisfação de ser totalmente satisfatória [...] poluem a alegria com a angústia, ao mesmo tempo que fazem atraente o futuro proibido [...] obscurecem e tornam tênues as linhas de fronteira que devem ser claramente vistas [...] geram a incerteza, que [...] dá origem ao mal-estar de se sentir perdido [...] - cada sociedade produz esses estranhos. [...] os seres humanos que transgridem os limites se convertem em estranhos [...] (BAUMAN, 1998, p. 27).

Pode-se dizer que, apesar de a sociedade atual ser caracterizada pelo consumo sem limites, de promover o individualismo e de ser considerada frágil, não há como caracterizá-la

como uma realidade que não permite a expressão de certos tipos de “diferença”. Atualmente, há mais espaço para a expressão de algumas contestações do que havia na fase sólida da modernidade, como a emergência e aceitação de movimentos homossexuais, feministas, ecológicos, negros, indígenas. Questões como a previsibilidade, o controle e o padrão já não são necessariamente regras a serem seguidas. Apesar disso, a sociedade consente expressões e contestações dos padrões “normais” só até certo ponto. A loucura infelizmente ainda não pode ser considerada uma destas formas de expressão que ganhe legitimidade social para existir. Ainda há para ela um imaginário de periculosidade, idiotia, pena, que remontam à época da origem moderna de sua exclusão. A seguir, algumas metáforas e idéias emprestadas da antropologia, sociologia e filosofia para ilustrar as condições frágeis de existência, de violência, falta de visibilidade, humilhação social e injúria em que vivem as pessoas que são acometidas de uma intensa experiência de loucura.

As sociedades são marcadas por relações desiguais, atravessadas pela diferença. As pessoas são consideradas como possuidoras de maior ou menor valor e o que principalmente as distingue é o poder que detêm. Poderia, talvez, essa ser uma boa explicação para a exclusão da loucura na sociedade? De acordo com Segato (2003), a diferença de poder instala-se pela violência, seja ela física ou moral. Trata-se de uma violência legitimada por uma hierarquia, que estratifica o mundo de acordo com o status pessoal. Nesta perspectiva, a violência tem origem e é composta de dois eixos perpendiculares, um horizontal e um vertical. O primeiro é formado por pessoas que competem ou que se aliam num mesmo nível hierárquico, ou seja, é a relação do agressor com seus iguais, seja de cooperação ou de competição. Para que se conservem sempre nessa posição, precisam manter indivíduos subordinados sob controle e sujeição, e aí é que surge o outro eixo, o vertical. Este é o eixo dos desiguais, que expõe claramente a relação entre dominantes e dominados. A tensão e alimentação entre os dois eixos é sistemática e constante; o eixo não pode parar de trabalhar sob o risco de que a sociedade estacione. Apesar da análise de Segato referir-se às relações de gênero como primeiro modelo para exemplificar tal ligação, qualquer relação onde um subjuga e outro é subjugado pode ser explicada por este mecanismo. Nas palavras da autora: *“La falta de correspondencia entre las posiciones y subjetividades dentro de ese sistema articulado pero no enteramente consistente producen y reproducen un mundo violento”* (SEGATO, 2003, p.15). A dominação e a violência já estão tão naturalizadas que são consideradas moralmente corretas e aceitas na sociedade sem maiores problemas. Essas categorias de pessoas não são consideradas sujeitos e, em um exemplo típico ligado ao foco deste trabalho, no caso de um paciente internado num hospital psiquiátrico a situação é simples e naturalizada em nessa

sociedade: entrou em crise, surtou? Amarra, aplica contenção, física e/ou química e trancafia o louco no manicômio, destituindo assim o sujeito de qualquer tipo de lugar. O paciente nunca sabe de nada e sua simples condição de paciente justifica qualquer ação realizada.

Tomando-se as idéias de Elias (2000), sobre a dupla estabelecidos-*outsiders*, propõe-se que o eixo horizontal analisado anteriormente equivalha ao grupo dos estabelecidos e que os *outsiders* sejam aqueles que formam a categoria dos subalternos do eixo vertical. O primeiro grupo ocupa posições de poder e prestígio, enquanto o outro está impedido de usufruir de forma completa dos benefícios que a sociedade dispõe. A análise de Elias é semelhante à de Segato (2003), no que diz respeito à interdependência dos pares e às relações de poder. Os estabelecidos compõem um grupo mais coeso, e como essa integração lhes outorga mais poder, conseqüentemente acabam reservando a posição social mais próxima ao poder exclusivamente para membros desta categoria, excluindo membros oriundos de outros grupos. Para tanto, os estabelecidos tendem a caracterizar o grupo *outsider* como fraco, ruim, inferior, lançando um estigma sobre o outro. “Nessa situação, o estigma social imposto pelo grupo mais poderoso ao menos poderoso costuma penetrar na auto-imagem do último, e, com isso, enfraquecê-lo e desarmá-lo” (ELIAS, 2000, p.24). Elias mostra que a submissão às regras é uma das principais características que compõe o grupo dos estabelecidos, ou seja, para ocupar posições de superioridade e ser visto como possuidor de carisma, torna-se fundamental pagar o preço de se submeter a leis de convivência e obrigatoriamente seguir imposições colocadas pelo próprio grupo. Contradizendo estas normas, o grupo dos *outsiders* é conhecido por não observar qualquer tipo de regra ou restrição. Juntos ou separadamente são vistos como seres anômicos, e

o contato mais íntimo com eles [...] é tido como algo desagradável. Eles põem em risco as defesas profundamente arraigadas do grupo estabelecido contra o desrespeito às normas e tabus coletivos. [...] a evitação de qualquer contato social mais estreito com os membros do grupo *outsider* tem as características emocionais do que [...] aprendeu-se a chamar de “medo da poluição”. (ELIAS, 2000, p.26)

Não é essa uma ótima metáfora para compreender o locus ainda excludente destinado ao louco?

Tomo a definição de Giorgio Agamben (2002) filósofo italiano, sobre o *Homo sacer*, para seguir adiante com a questão da exclusão da loucura. Esta figura é originária do direito criminal arcaico romano e designa um sujeito que nada vale, que carrega uma vida “matável”. A vida do *Homo sacer* é saturada de ambigüidades, pois está localizada no cruzamento entre duas instâncias que se dividem: é um ser que carrega uma vida que, de tão ordinária, não é lícita de ser ceifada num sacrifício, pois é impura. Contudo, aquele que porventura vir a matá-

lo, não é considerado um homicida e não será passível de punição. O *Homo sacer* é uma figura que, portanto, está excluída tanto do direito divino quanto do humano. É uma entidade obscura, emblemática, sem valor. O soberano, em Agamben, é a figura da lei, que se contrapõe ao *Homo sacer*; é a quem aquele que possui a vida sacra, nua, deve se submeter. Em seu livro, o autor apresenta ainda uma noção ontológica do abandono, presente desde a antiguidade e que se estende à época atual, definindo a história ocidental como “tempo de abandono”. Segundo Jean Luc-Nancy (apud AGAMBEN, 2002, p.66): “Abandonar é remeter, confiar ou entregar a um poder soberano.”.

Ora, como é visto o indivíduo que é acometido de uma experiência de loucura? Ele não é abandonado nos manicômios e entregue ao poder soberano de um psiquiatra? Não carrega consigo uma vida aniquilada pelo estigma, pelo preconceito, pela discriminação, pela invisibilidade? Não são vidas que estão no limiar da convivência social? São vidas que, de tão estigmatizadas, internalizaram o aspecto de menos valor que receberam como tributo e passam a viver solitariamente, destituídos de expectativas. O sistema manicomial trabalha com a idéia de recuperação do louco, alegando que a exclusão servirá para incluí-lo novamente, legitimando assim seu aprisionamento. Apesar deste discurso, o manicômio é um lugar de degradação, uma lixeira humana, um local de aniquilamento da subjetividade do ser.

Sobre essas vidas que nada valem, Butler (2006), trabalha com a precariedade das existências pelas quais ninguém chora. Traz em seu ensaio pontos importantes, questionando que parâmetros culturais do humano estão em jogo na sociedade atual, resumindo essa interessante questão em uma formidável e excitante pergunta (p. 59): “*de qué modo nuestros marcos culturales para pensar lo humano ponem límites sobre el tipo de pérdidas que podemos reconocer como una pérdida?*”. Por algumas vidas não se cabe sequer um processo de luto, e, sendo consideradas vidas irreais, indignas de qualquer reconhecimento, a violência exercida contra esses sujeitos não pode oferecer nenhum dano e não deve deixar impressão, nem em quem é vítima e nem em quem é agressor. Segue-se aí que o indivíduo nessas condições é atravessado por um processo de desrealização, onde “*la desrealización del “Outro” quiera decir que no está ni vivo ni muerto, sino en una interminable condición de espectro*” (BUTLER, 2006, p.60). Um espectro que perambula por variados espaços, impedido de ter sua realidade legitimada como algo que vale a pena ser preservado.

A experiência de estágio que será detalhada no próximo capítulo demonstra intensamente a que situação uma pessoa pode ser levada quando um sofrimento insuportável a atormenta. Passam a ser excluídos, estranhos, “matáveis”, freqüentadores da base da cadeia hierárquica da violência. Lá são encontradas pessoas simples, que perderam a vez na “dança

das cadeiras” do mundo contemporâneo, como diria Bauman (2007). No meio de tantas histórias, um exemplo de como a fragilidade da vida excluída impressiona. Em um bairro pobre da capital, onde os ratos rondam panelas sujas, fazem barulho, acordam bebês e ameaçam roer o pé das crianças, uma mãe, sozinha e desesperada, resolve que não quer mais viver em tamanha miséria e busca uma solução que salve a si e aos filhos. Para isso, resolve morrer com eles. Alguém descobre, resolve que o melhor é impedir, e, prometendo ajuda, encaminha a mãe para o manicômio. No hospital alegam que ela é perigosa para os filhos e que sofre de depressão profunda. Uma questão social é transformada em diagnóstico psiquiátrico. A mulher perde o emprego, o que sobrou da família e qualquer respeito que poderia ter até ali, afinal, foi internada como louca e perigosa. Apenas por achar que é melhor morrer a continuar vivendo uma vida precária. Aconteceu, tal qual como Szasz (1978) mostra, que o paciente mental típico da atualidade é uma pessoa vulnerável socialmente, que têm dificuldades, ou que foi acusada de criá-las, e que é, contrariamente à sua vontade, declarada doente.

CAPÍTULO 3: A exclusão na prática: partes de uma experiência

Proponho neste capítulo discorrer um pouco sobre a experiência de estar presente no dia-a-dia de um hospital psiquiátrico, a saber, o Hospital Psiquiátrico São Vicente de Paula (HSVP), localizado no centro da cidade de Taguatinga/DF. Durante o primeiro e o segundo semestre de 2008 fiz parte do grupo de estagiários que realizavam atividades variadas no hospital como parte do estágio curricular em Saúde Mental do curso de graduação em psicologia do UniCEUB.

Não pretendo relatar intensa e detalhadamente a experiência que tive, mas explicitar alguns mecanismos manicomial de poder que funcionam na instituição, articulando sempre que possível as teorias existentes acerca do tema com a prática. Portanto, trata-se de demonstrar, na experiência, como as diferentes partes que constituem o manicômio influenciam de forma determinante a vida dos indivíduos que por ali passaram, marcando-os profundamente. Considero que o hospital funciona de um modo ainda claramente manicomial, apesar de pouquíssimas alternativas reformistas adotadas, como o Programa Vida em Casa. A organização, a estrutura, o pensamento compartilhado, os procedimentos e outros são semelhantes àqueles adotados nas instituições da violência descritas por Basaglia (1985). Apesar da direção do hospital não aprovar certas medidas adotadas pelos funcionários, ainda existem contenções físicas e químicas, punições, desrespeito, ignorância, violência. O tratamento, é claro, está baseado na doença e é quase que exclusivamente medicamentoso.

3.1 - O ápice da exclusão: o manicômio

Nas primeiras páginas de “Manicômios, Prisões e Conventos”, Goffman (1961/1999) caracteriza uma instituição total como um lugar de residência e trabalho onde um conjunto grande de pessoas está submetido a uma situação parecida: estão afastados da sociedade por um tempo considerável, têm a vida completamente administrada pelos outros e fechada a trocas sociais com a sociedade mais ampla. Exemplos de instituições totais são as prisões e os hospitais psiquiátricos, foco do presente trabalho. Ambas as instituições são marcadas pelo controle e constante vigilância sobre os internados. São “estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu” (GOFFMAN, 1961/1999, p.22). O caráter de fechado, da instituição total, que não permite trocas sociais com o exterior, tem símbolos que se traduzem fisicamente. Internamente, no Hospital São Vicente de Paula, as alas masculina e feminina são separadas por enormes e pesadas portas de ferro, trancadas pelo lado de fora e com uma pequena abertura que de modo geral se localiza na altura dos

olhos, que permitem a observação de todo o corredor. Externamente, os alambrados e a presença de um policial militar asseguram que os pacientes não tenham contato com o mundo de fora. Apesar desses impedimentos, os internos estão sempre se manifestando em busca de atenção, pedindo dinheiro ou cigarro, a moeda circulante no manicômio.

O manicômio é por excelência o mecanismo construído para lidar com a loucura. E discorrer sobre ele é falar sobre violência, poder, exclusão, abandono. Foucault (1973-1974/2006) traz no livro “O Poder Psiquiátrico” alguns conceitos para reflexão que são úteis para pensar questões sobre os aspectos dessa instituição. Nesse livro, o referido autor busca entender como um dispositivo de poder – o psiquiátrico – produz enunciados, discursos e posteriores representações sobre a loucura. Ele critica a análise feita em nível institucional, dizendo que as relações de poder são anteriores a essa prática. A esse poder Foucault dá o nome de poder disciplinar e o define:

Com isso entendo nada mais que uma forma de certo modo terminal, capilar, do poder [...] certa modalidade pela qual o poder político, os poderes em geral vem, no último nível, tocar os corpos, agir sobre eles, levar em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, as palavras, a maneira como todos esses poderes, concentrando-se para baixo até tocar os próprios corpos individuais, trabalham, modificam, dirigem o que Servan chamava de ‘fibras moles do cérebro’ (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p.50)

Pode-se perceber que o poder disciplinar tem como características o domínio e punição dos corpos, tornando-os controláveis. Ora, existe um lugar melhor para que ele se faça existir do que o manicômio? Um espaço que se destina à normatização e punição dos corpos e mentes desviantes; um lugar onde as pessoas são excluídas das formas mais básicas de cuidado e atenção, onde, ao menos na experiência que tive, chegam a ficar internadas durante um período superior a seis meses. Muitas vezes nem têm o que frequentemente se chama de transtorno mental e servem como cobaias para o uso de medicação: medicam-lhes com um remédio durante um tempo, se há melhora, continuam com a aplicação; caso contrário, se pioram, outra medicação é escolhida. Ressalta-se que no caso do que chamam de regressão do quadro, o paciente, que de ativo e consciente num momento, passa a perambular pelas dependências do hospital, salivando compulsivamente e escorregando, devido ao sono que a medicação lhe causa. Esse foi um dos exemplos que observei na prática, em uma paciente que tinha um quadro prioritariamente epilético e nenhum transtorno adicional e que, depois de quatro meses internada, foi transferida para o Hospital de Base, mas não antes de ser vítima de intervenções medicamentosas totalmente equivocadas.

Foucault (1973-1974/2006, p.192) diz que é necessário, pra que se conserve o poder nas instituições psiquiátricas, manter o indivíduo “abaixo da certa linha média de sua

existência”. Inúmeras estratégias são utilizadas para conservá-lo em tal posição, a começar pela tática da indumentária, que devem ser “roupas de tecido grosseiro e resistente, mas cortadas conforme um mesmo modelo”, e que devem se situar entre “os ornamentos do delírio e a nudez obscena”. Assim é no HSVP. Os uniformes não se diferenciam muito no tamanho e são de cor branca, rosa e verde. Um verde que se confunde com as paredes do hospital. Não há necessariamente a regra de que os homens devem usar o verde as mulheres o rosa. Somente quando há alguma visita importante, digo de interesse político, que venha de fora do hospital, ou de inspeção sanitária, os homens e mulheres são vestidos conforme as cores culturalmente determinadas como masculinas e femininas. Há situações, todavia, em que não há uniforme disponível, e o paciente, que não pode de forma alguma ficar com as roupas que chegou, é enrolado em um lençol, fica transitando como se estivesse vestindo uma roupa e assim permanece até que algum uniforme fique disponível. Isso também acontece quando chega à internação algum paciente em que não cabe o uniforme. Esses procedimentos exemplificam a descaracterização que uma pessoa é submetida a ingressar em uma dessas instituições.

Outra estratégia mencionada por Foucault é a tática da comida. Essa se faz muito presente no Hospital São Vicente e é uma das maiores formas de punição e ameaça. A comida não é de boa qualidade e vem em pouca quantidade. Certa vez um paciente, que sempre reclamou da pouca alimentação e da fome que o afligia, pegou a bandeja de comida que era destinada a outro homem, depois de já ter almoçado, e imediatamente foi advertido de que se tocasse algo, mesmo se o outro não quisesse, ficaria sem jantar e seria encaminhado para a contenção. A funcionária que entregava as bandejas de comida gritou alto o suficiente para que todos os pacientes escutassem, tal qual como a professora em uma escola age para intimidar os alunos, expondo-os a uma situação constrangedora. O paciente imediatamente devolveu a bandeja de comida e continuou faminto, apesar do colega não ter se alimentado e por isso sobrado uma refeição. É comum que os pacientes compartilhem a refeição, doando parte do conteúdo de sua bandeja de comida aos outros que sentem mais fome. Mas nunca, durante toda a experiência de estágio observei algum funcionário do hospital oferecendo mais comida a uma pessoa.

É uma instituição claramente marcada pela diferença de poder e demonstração de força, que mantém o indivíduo submetido à norma, num processo intenso de exclusão da ordem social. Lá são encerradas quaisquer possibilidades de produção subjetiva e silenciados os diferentes modos de subjetivação. Resta ao indivíduo submeter-se às regras hospitalares, inclusive para conseguir a tão almejada alta. Era bastante comum encontrar pacientes que,

após uma breve consulta com o psiquiatra, reclamavam da atuação do profissional e diziam que no próximo encontro mentiriam acerca das perseguições que estavam sofrendo, pois esse seria um dos critérios para conseguir sair do hospital.

O manicômio serve para explicitar ao louco a sua exclusão, mostrando que ele possui algo que o distancia do resto da sociedade que caminha livre, além das grades. Serve para alertá-lo e lembrá-lo que qualquer comportamento mais radiante pode ser encerrado ali, através da violência que o pune por se afastar das regras sociais.

Acredito que a precariedade das dependências do hospital também funciona como elemento de desumanização, coação e punição dos sujeitos. O local é insalubre, bastante úmido, as paredes estão em um estado precário, repletas de infiltrações e soltando pedaços. Alguns banheiros, que mesmo recebendo limpeza continuam fétidos, não possuem portas; freqüentemente os chuveiros elétricos não funcionam, assim como as descargas, e não existem papéis higiênicos sempre disponíveis para uso. Até pouco tempo antes do final do estágio não havia bebedouro disponível em ambas as alas e os pacientes tinham que pedir água aos funcionários; pedidos que eram inúmeras vezes negados. Presenciei pacientes bebendo a água que ficou acumulada nas tampas de esgoto. Além disso, quase sempre há um número excessivo de pessoas internadas e leitos insuficientes para atender a essa demanda. A solução que os pacientes encontram é dividir as camas, de forma que duas e às vezes três pessoas dormem desconfortavelmente em um mesmo leito, apesar da configuração específica que um corpo atravessado por uma experiência de loucura possui. Quando não, esticam um lençol no chão frio e fazem ali seu dormitório.

Maia (2008) atenta para duas táticas presentes no manicômio: o medo e o abandono. O primeiro, exercido sobre o corpo, causa a sensação de que qualquer coisa pode ser feita ao louco, pois ali há a suspensão total de seus direitos e sobre o que é seu: corpo, pensamento, destino. O abandono não se representa somente por isolá-lo e privá-lo do contato social, mas criar um espaço onde é deixado à custa de sua própria sorte, proporcionando-lhe uma sensação de solidão e dependência extrema. O corpo, tal qual Basaglia (1985) propõe, torna-se “um corpo vivido na instituição”, e o paciente faz parte do material hospitalar disponível no hospital: chaves, fechaduras, portas. E finaliza, dizendo (p.120):

[...] sua couraça de apatia, desinteresse e insensibilidade não seria mais que seu último ato de defesa contra um mundo que primeiro o exclui e depois o aniquila: é o último recurso pessoal que o internado, opõe, para proteger-se da experiência insuportável de viver conscientemente como excluído.

3.2 - Quem vai para o manicômio?

Durante a experiência no hospital, os estagiários se depararam com uma situação peculiar: havia um homem na ala feminina da instituição. O pensamento compartilhado foi o mesmo, de procurar entender que circunstâncias levaram aquele ser humano a estar ali. Era uma pessoa bastante agitada e circulava pelas dependências do hospital em um percurso que se assemelhava ao de um pássaro, conversando um pouco com cada um e ‘voando’ em direção ao seu próximo contato. Falava com uma e com outra pessoa e era sempre muito doce. Gostava de política e conversava sobre novela, sempre com muita propriedade. Conversando com funcionários do hospital, soubemos que Pássaro não tinha diagnóstico fechado e um apresentava quadro nada comum no hospital, conhecido como *intersex*⁷, o que possivelmente lhe causou algum transtorno durante a vida e que provavelmente o fez ser encaminhado para ali. Ele falava ligeiramente rápido e algumas vezes de forma incompreensível, mas nunca houve um entendimento quanto aos motivos dele ser internado e ficar tanto tempo em um hospital psiquiátrico. Inicialmente, Pássaro fora encaminhado para a ala masculina, porém os homens estranhavam sua presença e reagiam de forma agressiva ou sexualizada. A solução foi mudá-lo para o outro ambiente, a ala feminina do hospital, onde de início também foi recebido com surpresa, porém logo se mostrou cooperativo e aceito. Pássaro não tinha dúvida quanto à sua opção sexual. Era homem, nos relatou o envolvimento com mulheres ao longo de sua vida. Apesar disso, nunca questionou sua estadia na ala feminina e muitos menos no hospital. A permanência daquela pessoa ali, durante cerca de nove meses, me fez pensar exaustivamente em quais seriam os critérios seguidos ao permitir a internação de alguém no hospital. O manicômio não é lugar para ninguém estar, mas existem pessoas ali que fogem ao padrão do que geralmente é aceito como quadro de doença mental. Internar Pássaro remete ao fato de que, ainda há alguns anos, a homossexualidade era considerada um transtorno psiquiátrico.

De início, o objetivo desse item dentro desse capítulo era discorrer sobre os dados de uma pesquisa recente, realizada no Distrito Federal e Entorno sobre o perfil racial e de gênero dessa população manicomial, mas os resultados da pesquisa não estão disponíveis. O projeto de pesquisa foi embargado, e não deixa de ser sintomática a não existência desses dados. No entanto, para exemplificar, vale mencionar uma pesquisa realizada por Silva, Coutinho e Amarante (1999), que traça o perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos

⁷ O termo *intersex* é oriundo da nomenclatura médica para designar pessoas com uma anatomia sexual atípica e é utilizado pelas militâncias para indicar as pessoas que nascem com corpos que não se enquadram nas definições vigentes do que é masculino e feminino (PINO, 2007, apud DAYRELL, 2008)

nos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. Em síntese, neste estudo, os resultados mostraram que, dos 3.223 pacientes analisados, 66% eram homens e 34% mulheres, sendo que as mulheres internadas tinham mais idade (50 anos ou mais) quando comparadas aos homens, que tinham entre 30 e 39 anos. Porém, Vasconcelos (2003) informa que existem estudos comparativos nacionais e internacionais que mostram o contrário, uma maior admissão de mulheres em hospitais psiquiátricos, com maior incidência de reinternação e uso mais freqüente de medicação. A pesquisa de Silva, Coutinho e Amarante (1999) mostra ainda, que aproximadamente 25% da população internada era analfabeta e 49% não concluiu o Ensino Fundamental. Cerca de 30% dos internos não tinha qualquer tipo de renda, havendo nesse quesito uma ligeira prevalência das mulheres. Além disso, a pesquisa mostra que o tempo de internação é diretamente proporcional à queda na renda dos pacientes, tendo em vista que as internações comprometem a vida econômica desses sujeitos. Não foi mencionada, nessa pesquisa, qualquer estatística quanto a raça dessa população. Vasconcelos (2003) é quem discute a maior incidência de internação psiquiátrica em pessoas negras e cita uma pesquisa de Littlewood e Lipsedge (1982) que mostra que os negros diagnosticados como psicóticos eram duas vezes mais passíveis de serem internados involuntariamente do que os brancos, também considerando a idade, gênero e aspectos de classe social. Mas isso é simples de se considerar na prática: basta visitar um hospital psiquiátrico para se chegar a conclusão de que grande parcela das pessoas é de cor negra ou parda.

O quadro de exclusão dos manicômios é espelho da hierarquia social, das pessoas que estão na base da sociedade, que carregam o caráter de lixo humano. São, majoritariamente, pobres, negros, analfabetos ou com baixo nível de instrução. Fica uma questão: será que é da natureza dos mais pobres enlouquecer? Ao menos, sabe-se que esse lugar concentra formas de opressão econômica, social, política, de gênero, raça e etnia.

3.3 - O processo de internação e os prontuários: exposição do eu

Ao entrar em um hospital psiquiátrico, o indivíduo é despido de sua história e ocorre o que Goffman (1961/1999, p. 31) chama de “exposição contaminadora”. Fora do hospital, ele pode conservar coisas que se ligam aos seus sentimentos, tais como pensamentos, bens, suas ações, seu corpo. Ao adentrar na instituição, esse território deixa de lhe pertencer e é violado, produzindo uma quebra na fronteira entre o eu do indivíduo e o ambiente que lhe cerca.

Despido de sua individualidade, o paciente torna-se um CID⁸, sua trajetória de vida é inscrita no universo da doença mental e sua trajetória institucional marcada no prontuário.

O processo de internação é uma das etapas mais tensas que se pode presenciar num hospital psiquiátrico. Os sujeitos geralmente chegam trazidos pelos bombeiros, que são acionados e informados que existe alguém perambulando pelas ruas e causando certo desconforto na população; vêm trazidos por algum membro da família comumente porque provocaram alguma desavença ou confusão no ambiente familiar, ameaçando outrem ou a si próprios, e alguns, bem poucos – conheci apenas um, alcoolista – internam-se por conta própria. Szasz (1978, p. 116) compara a hospitalização involuntária à escravização de homens negros pelos brancos e diz:

O ingrediente crucial em hospitalização psiquiátrica involuntária é a coerção. Já que a coerção é exercício de poder, é sempre um ato político e moral [...]. Em minha opinião, tanto sanções informais, morais, tal como o ostracismo social ou divórcio, como formais, ou seja, sanções judiciais, tais como multa e aprisionamento, são mais dignas e menos injuriosas ao espírito humano que a sanção psiquiátrica quase médica de hospitalização psiquiátrica involuntária.

Os primeiros procedimentos de internação (e porque não todos?) são extremamente hostis. Primeiro porque, apesar de toda luta contra a internação, pedidos de ajuda e recusa à medicação, o sujeito não é ouvido e nenhuma palavra de explicação lhe é dirigida. Geralmente, para evitar maiores transtornos aos profissionais, a pessoa sofre uma das maiores humilhações que existem ali: a contenção física, quando se amarram os braços e pernas do sujeito na cama, de forma que não possa se mexer. Só gritar. Gritar até que se canse e que a medicação tranqüilizante faça efeito. Tal contenção é, durante toda a permanência das pessoas no hospital, a principal ameaça de punição e de submissão ao poder. Os próprios pacientes ameaçam uns aos outros mencionando esse procedimento; quando há um paciente mais exaltado, logo gritam para que um funcionário amarre o colega. Pude observar, inúmeras vezes, os homens de branco (GOFFMAN, 1961/1999) com pedaços de gaze nas mãos, em um movimento de “estica e puxa”, andando pelos quartos do hospital ameaçando amarrar aquele que está mais exaltado. Ninguém sai sem marcas dessa experiência de ficar contido. Em grande parte dos casos, marcas físicas, inclusive. Hematomas e cortes nos pulsos, provocados pelas tentativas de se livrar desse aprisionamento.

⁸ CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, que fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas e causas externas para ferimentos ou doenças.

Foucault (1973-1974/2006, p.183) considera esse primeiro momento como um ritual, um cerimonial, e diz:

Essa demonstração inicial de força, [...], a demonstração de que o campo de forças no qual o doente é posto no asilo é desequilibrado, que não há compartilhamento, reciprocidade, troca, que a linguagem não vai circular livre e indiferentemente de um a outro [...]. É preciso que, logo de saída, se esteja num mundo diferencial, num mundo de ruptura, de desequilíbrio entre o médico e o doente, num mundo que existe uma ladeira e essa ladeira nunca pode ser subida de volta: no topo da ladeira, o médico, no pé da ladeira o doente [...]. É a partir dessa diferença de altura, de potencial, absolutamente estatutária que nunca se apagará que vai poder se desenrolar o processo de terapia. [...] Deve-se começar sempre por essa relação de poder.

No HSVP, as anotações escritas nos prontuários dos pacientes são feitas pelos profissionais das diferentes áreas, sobretudo da médica. Tais profissionais anotam informações burocráticas relacionadas à dosagem medicamentosa, mencionam a manutenção ou modificação dos sintomas, descrevem dados sobre o sono e alimentação do paciente, como está se comportando naquele dia, se houve algum envolvimento em brigas, dentre outros. Há pouquíssimos prontuários que relatam questões sobre a história pessoal e tais informações geralmente são escritas por profissionais da área do serviço social.

Ocorre, na grande maioria das vezes, a “violação da reserva de informações quanto ao eu”, termo também utilizado por Goffman (1961/1999, p.31). Os prontuários denunciam os atos e expõem completamente a subjetividade do paciente, sendo assim escritos de modo a reafirmar e rotular sua loucura. Goffman diz (1985, p.11): “a informação a respeito do indivíduo serve para definir a situação, tornando os outros capazes de reconhecer antecipadamente o que ele esperará deles e o que dele podem esperar”. É com base na descrição dos comportamentos do outro, do que já disseram dele, do que foi escrito que nos posicionaremos no próximo contato. Vivenci um exemplo. Durante a observação nos prontuários, em busca de maiores informações sobre uma paciente que me chamou atenção devido à sua pouca idade e altíssima incidência de internações psiquiátricas, pois já a conhecia de visitas passadas, verifiquei a descrição para a sua situação: “caso crônico, irreversível e incapacitante”. Era uma jovem com pouco mais de 20 anos e ninguém ali tentava algo novo em seu tratamento ou acreditava que ela um dia poderia não mais ser internada. Os médicos declaravam sua alta sempre como programada, na espera de tê-la ali novamente dentro dos próximos meses e explicitavam claramente a descrença generalizada em seu tratamento. Quando voltava, era recepcionada pelos funcionários, que diziam já estar à sua espera.

Diagnósticos dados assim são um grande exemplo do poder que um médico exerce dentro do manicômio. Mais que isso, o diagnóstico é um rótulo que se estende completamente à dimensão social do sujeito, que introjeta o baixo valor que lhe atribuíram e passa a desacreditar em si mesmo.

3.4 - Estigma e humilhação social

Claramente, outro objetivo do manicômio é promover no paciente uma mudança, a qual Maia (2008) diz ultrapassar a supressão dos desejos do sujeito, promovendo em sua identidade uma transformação permanente, marcada pela falta e pelo estigma. Esse processo começa dentro do manicômio, e é explicado por Goffman (1961/1999, p.24) como “uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu”. O eu é sistematicamente mortificado e o processo se estende à vida do louco de forma geral, pois ele é penosamente obrigado a conviver com o estigma da loucura que o encontra onde quer que esteja. E cria, em torno de si, uma imagem terrível de fracasso e insucesso, tornando-se um ser invisível, apático, sem perspectivas, desacreditado e desacreditável (GOFFMAN, 1963/1988).

Argumentando sobre o estigma, Goffman (1963/1988) diz que sua ocorrência está relacionada ao fato de uma pessoa deixar de ser vista como comum ou normal, para adentrar o universo do estranho. Isso acontece porque a sociedade determina, cataloga e categoriza o que é natural e comum. Quando a pessoa demonstra algo incomum ou diferente, que escapa a esses padrões, é reduzida a uma pessoa enfraquecida e estragada. A partir daí se forma o estigma. Quando o defeito em torno dela é muito grande, “acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano (p.15)” e a pessoa é anulada, deixa de ser vista em sua totalidade e suas potencialidades são desconsideradas. Torna-se um sujeito anulado socialmente.

O estigma de doente mental muda para sempre o modo como o indivíduo vê a sociedade e como os outros indivíduos o percebem. Como escapam ao padrão, suas chances perante o social são extremamente diminuídas, de forma que a sociedade pode continuar assim exercendo seu poder sobre o elemento “prejudicial e nocivo”. De não ter um lugar para ocupar, de ser considerado como inferior, o sujeito introjeta esses valores pejorativos e deixa de aceitar a si próprio. Não tem voz, lugar, espaço, papel social e é reduzido ao nada. Ocorre o que Araújo, Moreira e Cavalcante Júnior (2008, p.124) chamam de auto-estigma ou estigma internalizado, definido por eles como “a descrença em si mesmo, na qual o sujeito internaliza as marcas negativas de seu estigma, sentindo-se impotente, inútil, incompreendido”.

Quando adentramos o espaço interno de um hospital psiquiátrico, por disponibilizarmos atenção e escuta, a atenção recai sobre nossa presença. Talvez pelo fato dos estagiários não usarem jalecos brancos, símbolo que traduz o poder naquela instituição, são cercados das mais diferentes pessoas, que afirmam, perguntam, questionam, demandam e tocam. Talvez também porque, em sua grande maioria, os estudantes estão disponíveis para a escuta, tão simples, tão importante e tão difícil naquele ambiente. Uma dessas pessoas, um homem, a quem chamarei de Gavião, se sobressaiu nesses contatos. Logo em meus primeiros momentos com ele, notei algo peculiar. Se estava falando e outra presença o interpelasse, ele se recolhia e dava espaço ao outro. E só falava por meio de perguntas, querendo que confirmassem o que pensava, como se somente a palavra vinda de outro estivesse certa, a sua jamais. E dizia: “Eu sofro, não sofro, Janaína? É sofrimento demais para um homem”. Nunca se posicionava em uma conversa, só aparecia por meio de suas perguntas. Estava cheio de hematomas, na testa, canela, braços. E muito magro. Percebi, aos poucos, que era sempre alvo de retaliações, seja de outros pacientes, seja dos funcionários. Ninguém tinha paciência para escutá-lo. Quando chegava alguém de madrugada necessitando de contenção, ele era o escolhido para ser expulso da cama com um tapa e dormir no chão. Sempre se submetia às ordens, independente de quem mandasse.

No decorrer do estágio, consegui saber mais sobre a vida que aquele homem carregava. Aos 17 anos teve a primeira crise, aos 30, foi aposentado e interditado. Um homem considerado doente mental não tem direitos. Um doente mental interditado tem menos ainda, tendo em vista que a interdição civil é uma exclusão oficializada (MEDEIROS, 2006). Ele não controla sua própria existência. O dinheiro de sua aposentadoria, que sustenta uma enorme família, é dividido de forma desigual pelos irmãos. No hospital, é considerado um paciente crônico. Na sociedade (até por meio de comunidades no *orkut* e vídeos no site *You Tube*) considerado louco, psicopata, tarado, pedófilo, ridículo. E as pessoas o chamam assim nas ruas. Não entende porque é excluído, porque nunca conseguiu conquistar coisas que outros homens conseguiram, como ter uma mulher e filhos. Perguntava-me isso e eu também queria saber a resposta. Nos pouquíssimos momentos que escolhia para dizer algo sobre si, contava histórias de como as pessoas o conheciam, por onde gostava de andar. Apreciava comer e se vestir bem, por isso sofria extremamente em estar confinado àquele ambiente desprovido de qualquer conforto. É um homem inteligente, foi aprovado em concursos, mas reprovou nos exames psicológicos. Nunca teve o direito de trabalhar. Foi apedrejado e humilhado nas ruas do bairro onde mora. Não entende porque as pessoas o tratam como tratam. E, conforme Gonçalves Filho citado em Costa (2004, p.26):

A humilhação marca a personalidade por imagens e palavras ligadas a mensagens de rebaixamento, são mensagens arremessadas em cena pública: a escola, o trabalho, a cidade. São gestos ou frases dos outros que penetram e não abandonam o corpo e a alma do rebaixado.

Louco, tarado, pedófilo, nojento, safado são violências verbais que no momento inicial são absorvidas, mas que se inscrevem violentamente na memória e no corpo, que moldam as relações do injuriado com o os outros e com o mundo. Como afirmou Eribon (2008), ao tratar o tema da homofobia, as injúrias modelam o ser do indivíduo, na medida em que ecoam negativamente em sua personalidade e subjetividade. Assim, o ultraje transforma-se em sentença, em veredito. E acompanhará o louco perpetuamente, será algo com que ele terá que viver. Eribon (p.29) diz que a injúria afeta profundamente a consciência por dizer ao indivíduo: “Eu te reduzo a”, “Eu te assimilo a”.

Apesar de ficar 12 anos sem ser internado, nos últimos meses antes do início do estágio tornou-se rotineira a presença de Gavião no manicômio. Isso porque não podia discordar, nem emitir opiniões contrárias a algo em casa que era ameaçado de internação. E essas ameaças se concretizavam sempre: Gavião era desmaiado com um soco e levado ao HSVP. A partir dessas e outras histórias consegui entender porque ele se recusava a falar, pois sempre temia que, se suas palavras de descontentamento fossem ouvidas, se resolvesse se posicionar contrariamente à submissão de que era vítima, tais queixas voltariam de forma brutal sobre seu corpo, e ele já estava cansado disso. Preferia se retrair e deixar de ter opiniões, já que elas de mais nada lhe serviam. Foi calado por uma sociedade que não respeita a diferença. Depois de quatro meses internado recebeu alta e saiu do hospital.

Eu o reencontrei em uma visita domiciliar realizada algum tempo após sua alta. Ele estava visivelmente melhor e perguntava para mim e para a outra estagiária como estava sua aparência, se estava limpo, se tinha engordado. A partir dos primeiros contatos com a família, notamos que existe uma dificuldade imensa em fazer com o que o diálogo circule no ambiente familiar, pois um membro domina as conversas e Gavião recusa-se a falar. Mais que isso, é descaracterizado em qualquer palavra que pronuncia. Só os outros têm razão. Diz que as paredes têm ouvidos, e que portanto tudo pode se voltar contra ele. Alega que quer ficar “na manha”, expressão que escolheu para dizer que perdeu a esperança e não pode oferecer nem esperar nada da vida. Em casa os familiares procuram satisfazer suas necessidades básicas, mas não entendem que Gavião precisa regatar seu direito de opinar, de dizer, de ser escutado sem ameaças.

Um considerável avanço obtido nessas visitas ocorreu quando surgiu a idéia de escrevermos com Gavião uma carta destinada a quem quer que fosse, mas uma carta onde ele

poderia escolher dizer o que quisesse, sem represálias. No papel, ele escreve, porque se recusa a falar, a maior expressão de sua angústia: “eu sinto dificuldade de me impor perante a sociedade”. Sabe perfeitamente o que lhe acontece quando assume: “eu tenho traumas de inferioridade, porque quando chego nos lugares sou constrangido; constrangido superficialmente, quer dizer, uma coisa disfarçada”. Com dificuldade, revela que seu maior medo é ser levado de volta para o Hospital São Vicente e sofrer novamente a punição por se distanciar do padrão normal de conduta. Dorme e acorda assustado com o barulho dos carros, pensando se tratar de uma ambulância ou de bombeiros que esperam o menor sinal de alteração para entrarem mais uma vez em ação e o levarem de volta para sua velha rotina de idas e vindas do hospital. Faz pequenos passeios a pé ou de ônibus, mas volta logo, pois têm medo de estar fazendo algo proibido para um louco. O menor movimento de auxílio é visto com desconfiança. Recusa-se a ingressar em qualquer atividade, explicando que está velho demais para recomeçar alguma coisa, apesar de ter menos de 50 anos de vida. Ele sabe exatamente que foi excluído de uma vida comum, por pessoas que deslegitimam sua fala e dizem que as intervenções realizadas são para o seu próprio bem, já que ele, um louco, perdeu sua razão e não sabe o que faz.

Na maioria das situações que vivenciei, esses pacientes, ao contrário do que o imaginário social pensa, têm pleno conhecimento da exclusão e do estigma que carregam. Em um dos dias de estágio escutei uma colocação interessante: “Antigamente eu recebia um dinheiro de aposentadoria pra dizer que eu sou louco, mas agora esse benefício foi cortado e eu tenho que, sem ganhar nada, escutar as pessoas me tachando assim. Me chamam de louco e eu não ganho nada, nem consigo trabalhar porque ninguém quer saber do louco”. Finalizo esse capítulo com uma passagem de Costa (2004, p. 30):

Quem se viu aproximado de gente humilhada nunca terá impressões gerais: terá uma impressão concreta. E uma impressão concreta da humilhação nunca é simplesmente a impressão concreta do golpe, mas a impressão do golpe já engolido e mais ou menos digerido. É o golpe já mais ou menos interpretado e enfrentado. [...] Existem experiências de humilhação, curtidas em carne e espírito. E se ouvimos o humilhado não em conversa rápida, se lhe passamos a palavra em uma situação que sua voz possa discorrer, [...] vem uma lição, uma lição sobre a humilhação e a indicação de algum remédio. Quem deseje atinar com a dor de cidadãos rebaixados precisa demorar-se entre eles, precisa repetir e prolongar as visitas, prolongar a prosa. Pode chegar à amizade que é como uma cura para a nossa ignorância e para nossa arrogância.

CAPÍTULO 4: Propostas de Mudança

A intenção do presente capítulo é pensar estratégias de atuação em saúde mental cujas práticas permitam interromper a condição de não sujeito, não cidadão e exclusão secular a que os sujeitos considerados loucos foram, e são, ainda, submetidos. É tentar problematizar que as disciplinas, sobretudo da área psi, devem repensar suas práticas para aceitar os diferentes modos de subjetivação que compõem o tecido social, entendendo que a expressão desses sujeitos é um modo particular de estar no mundo.

A psicologia, tanto em sua formação quanto na prática, é uma disciplina que intervém nas relações humanas, que está ligada à produção de saúde e promoção de direitos humanos e que deve trabalhar a favor da emancipação do sujeito e não em prol de um ideal normalizador de comportamentos, devendo tomar precauções acerca da emissão de declarações de valor baseadas no contestável padrão de normalidade. Para tanto, é de essencial importância que o psicólogo vincule o conhecimento que possui a outras áreas, especificamente das Ciências Sociais, que trazem ricas discussões ao debate acerca de outros modos de vida, servindo para clarear e promover uma atuação não excludente e respeitadora da diferença. Observa-se historicamente, na epistemologia e prática psicológica, que a importância dada a questões sociais e culturais é extremamente diminuída e esses contextos são encarados apenas como pano de fundo nas análises sobre a condição humana, quando poderiam ser valorizados essencialmente e ter sua importância destacada como elementos que compõem o psiquismo. A psicologia, em sua origem e em grande parte de sua organização, costuma psicologizar questões complexas, assim como fez com a experiência da loucura. A formação dessa disciplina, como nos mostra González Rey (2007, p. 3) explica porque a atuação do profissional ainda é excessivamente padronizante, ajustadora e desconsidera a experiência subjetiva:

A indefinição ontológica da psicologia, unida ao domínio do saber biomédico, nos trouxe um conceito de psicopatologia essencialmente semiológico e descritivo, no qual a doença aparecia associada a rótulos universais que, de fato, eliminavam o sujeito da doença, desconsiderando, dessa maneira, o caráter singular do enfermo, o que é inseparável do curso da doença. No modelo semiológico e descritivo ao qual se integra uma tendência muito significativa da psicopatologia moderna, a doença é compreendida como conjunto de sintomas, sem qualquer representação no concernente à qualidade do que estamos considerando como patológico.

Somada a essa questão sobre origem ontológica da psicologia como problemática para a atuação do psicólogo, o autor esclarece, ainda, que há uma dificuldade das diferentes teorias psicológicas em apresentar de forma complexa e multifacetada as várias dimensões

envolvidas na questão psicopatológica, de forma que cada teoria acaba, por si só, essencializando um aspecto em detrimento de outro, produzindo um leque de oposições, tais como o social versus o individual, o consciente versus o inconsciente, a organização em oposição ao processo e outras, que torna inviável a compreensão das diferentes partes que compõem o sofrimento psíquico. A formação de psicólogos, tal qual mostra Vasconcelos (2004), aborda ainda de forma insuficiente o campo da saúde mental, reificando o modelo de consultório particular e restringindo o conhecimento aos paradigmas convencionais do saber psi. No entanto, o autor esclarece que houve um aumento, dos anos 80 para a atualidade, na demanda por estágios na área de saúde mental, tanto pelo aumento dos vínculos entre instituições quanto pela procura pessoal dos estudantes.

Apesar disso, a prática da psicologia ainda é extremamente associada ao modelo clínico, pautado em um padrão elitista tradicional de atendimento privado e individual, que atende a uma parcela muito restrita da população. Pensada e atuada dessa forma, a psicologia se distancia da maioria das pessoas, que apresentam diferentes modos de subjetivação e expressão que a clínica tradicional não contempla. Se a psicologia é uma área que busca expandir-se e atuar em outros contextos, deve preocupar-se em formar profissionais com sensibilidade suficiente para acolher demandas que fogem ao projeto tradicional da clínica, e não insistir em uma formação limitadora de pensamento, principalmente no que diz respeito às demandas sociais. Vasconcelos (2004) lembra que a formação estritamente clínica causa um choque nos profissionais que entram na rede pública de atendimento, pois estão completamente despreparados para lidar com a demanda que esse contexto de serviço suscita. Os psicólogos tendem a reproduzir, com uma clientela vinda das classes populares, o modo tradicional do paradigma clínico e se sentem despreparados, reproduzindo assim o modelo de se fechar em salas de atendimento individuais e ter uma quantidade mínima de pacientes. Este posicionamento é contrário à perspectiva antimanicomial, desinstitucionalizante e de resgate da cidadania, que é temática específica desse trabalho.

Muitos profissionais de psicologia, mesmo trabalhando em unidades de atenção criadas a partir da reforma psiquiátrica e também aqueles que dizem adotar uma postura reformista em instituições fechadas, desconhecem a perspectiva da desinstitucionalização, atenta à questão da cidadania do paciente mental. Existem pesquisas, dentre elas a de Figueiredo e Rodrigues (2004), que discorrem sobre a falta de preparo desses profissionais, ressaltando o fato de que o tratamento oferecido por eles enfoca a estrutura clínica do usuário, baseada em seu discurso e nos seus sintomas, e não leva em consideração o contexto social e cultural como fator influente no processo de adoecimento psíquico. A atuação dos psicólogos

no serviço público de saúde é uma modalidade de atendimento em que há a necessidade de se trabalhar em conjunto, em atendimentos multidisciplinares e interprofissionais, de forma que se produza um saber não unificado que ofereça o melhor acolhimento para a pessoa em sofrimento. A competência de cada profissional, de forma isolada, não dá conta da complexidade dos atendimentos em saúde. O profissional deve adotar uma postura que alargue os limites técnicos de sua profissão e é importante que desenvolva uma visão além do que é peculiar à sua técnica, alargando essas fronteiras. É comum, porém, que esse profissional adote uma postura clínica fechada, quando a realidade do atendimento em saúde mental pressupõe uma atuação que extrapole os limites exclusivos da prática psicológica. Na realidade do hospital psiquiátrico do qual fiz parte por algum tempo, a maioria dos profissionais de psicologia atua somente em atendimento ambulatorial, enquanto há uma enorme demanda na área de internação, onde as pessoas estão passando por um nível elevadíssimo de sofrimento. Há profissionais que se restringem em oferecer atendimento a determinado tipo de estrutura clínica, em detrimento de outra enorme parcela da população que não recebe escuta.

A proposta de clínica nessas instituições deve extrapolar as paredes de um consultório, como já dito anteriormente. Se a escuta oferecida pelos estagiários de psicologia podia ser realizada nos quartos, bancos do jardim, no chão, durante as atividades; se os estagiários podiam ser flexíveis e se acomodar aos pacientes, se assim era possível manter contato e criar vínculo, por vezes realizando acompanhamentos e visitas fora do ambiente hospitalar, por que os profissionais não podem se posicionar da mesma forma e necessitam seguir os moldes de um consultório? Por vezes os estagiários eram incluídos em delírios, tinham seus nomes evocados e sua presença solicitada, noutras vezes recebiam xingamentos ou eram simplesmente ignorados, mas acompanhavam os pacientes e se mostravam disponíveis. O atendimento nesse contexto está sempre sujeito a interferências, onde por vezes há demandas impossíveis de serem resolvidas, mesmo se o espaço fosse o de um consultório. A escuta é feita por meio de tropeços, intervalos e o acompanhamento envolve atividades diversas, tal como diz Lobosque (2003, p. 157): “incluem-se aí atividades tão diversas como acompanhar Raquel à padaria, ligar para a mãe de Pedro, negociar com a escola de Luiza, separar uma briga ou deslindar uma intriga”. É um trabalho que tem que ser inventado, reinventado em seu cotidiano e caracteriza-se por ser um desafio, onde não há molde a ser seguido. Amorim (2003, p.224) resume as características necessárias à formação de um profissional comprometido:

Espírito científico, crítico, reflexivo, capaz de problematizar a realidade para além das exigências do mercado, capaz de criar permanentes espaços de reflexão sobre as dimensões ética e política embutidas nas diferentes teorias e técnicas psicológicas, capaz de uma atuação interprofissional, capaz de romper com o modelo tecnicista e formular políticas e propor alternativas de forma social e tecnicamente competentes e, por fim, capaz de se reconhecer como cidadão, identificando a dimensão política de sua atuação profissional.

No Hospital São Vicente de Paula há um projeto interessante e que foge ao molde de atendimento padrão na clínica que é o Projeto Vida em Casa. Esse é um programa de assistência domiciliar a pacientes considerados crônicos, egressos de longas internações psiquiátricas e que atende uma parcela da população geralmente de baixo nível sócio-econômico. Tal projeto atende aos pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira e à lei 10.216, ao propor a reabilitação psicossocial desses pacientes fora do hospital. A equipe é composta de psiquiatra, assistente social, psicólogo, um enfermeiro e um técnico em enfermagem. As visitas são realizadas de quinze em quinze dias ou semanalmente, quando necessário. Tal modalidade de atendimento é interessante por abordar a questão fundamental do atendimento à família. Por meio dessa modalidade, há construção de novos sentidos, que são formados entre os membros da própria equipe multidisciplinar, entre equipe e família e entre os membros do sistema familiar (PIETROLUONGO e RESENDE, 2007). A equipe atua de forma a capacitar os familiares a lidar com a situação, incluindo-os no tratamento, promovendo a desmistificação da idéia de que a família é produtora de sofrimento psíquico e incapaz de cuidar do sujeito que sofre. Assim fortalecida, as famílias são importantes aliadas do sujeito, a partir do momento em que se sentem seguras e confiantes para lidar com o sofrimento do outro, evitando novas internações e entendendo que o sujeito é capaz de produzir. Na prática, no caso de Gavião, mencionado no capítulo anterior, houve um acompanhamento domiciliar, embora não multidisciplinar e não realizado pelo Programa Vida em Casa, que possibilitou transformações na relação da família com o paciente. Embora ele continue tendo pouco espaço para se posicionar e permaneça acuado, sua irmã e principal cuidadora relatou que a presença das estagiárias, mesmo que considerada escassa, promoveu mudanças. Houve uma diminuição no número de desentendimentos entre os membros da família e o paciente, e o aumento das tentativas, por vezes tornadas concretas, de diálogos. Isso após a realização de uma atividade em que foram discutidas as excessivas internações de Gavião, contemplando o que poderia ser alterado no dia-a-dia da família a fim de evitar as internações tão recorrentes desse sujeito. Desde o início dessas visitas, em junho de 2008, Gavião não foi mais internado, e a família mostra-se mais disposta à conversa, aos poucos se modificando para aceitar aquele sujeito no que ele tem de específico. Ainda há, no entanto, a

vontade manifesta por parte das estagiárias de que ele combata a anomia e crie uma voz. Acrescento à discussão desse caso o fato ressaltado pela irmã do paciente de que a família tinha duas psicólogas particulares designadas para cuidar dos membros da casa. A receptividade com que os estagiários de psicologia de forma geral eram recebidos, no contexto dessa família e em outros dos quais também fiz parte; o quanto qualquer momento de conversa não podia ser perdido e os benefícios identificados pela presença dos estagiários, demonstra a necessidade revelada de estender o contexto psicossocial de atuação da psicologia às classes menos favorecidas.

Há um recente diálogo da Psicologia com a luta pelos Direitos Humanos, que norteia as discussões mais recentes sobre a prática do psicólogo e busca assegurar o direito das ditas minorias vítimas das formas mais arraigadas de exclusão, envolvendo o profissional em ações que exigem responsabilidade e compromisso social. Sendo o Brasil um país considerado democrático, um país que, em sua constituição determina que as pessoas são iguais perante a lei, por que tratá-las de uma forma diferente? O direito à expressão da loucura, no caso desse trabalho, é uma luta pelo direito à humanidade há tempos negada a esses sujeitos. Essa luta envolve garantir ao sujeito a liberdade de expressão, de resgate de poder de fala e opinião, de maneira que ele mesmo possa determinar seu grau de autonomia e compartilhar o que entende como cidadania. É possibilitar ao indivíduo recobrar, aos poucos, seu poder de participação na sociedade, uma vida ativa moldada no ritmo e na forma a ele.

No caso específico desse trabalho, a estratégia do *empowerment*, apresentada por Vasconcelos (2003), é uma das alternativas que podem ser adotadas, pois propõe o fortalecimento e resgate da cidadania daqueles que foram longamente submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social, tal como os sujeitos considerados loucos, promovendo o aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva desses indivíduos e grupos. Tal estratégia pressupõe a organização de estruturas de suporte que englobam as relações familiares, comunitárias e de amizade e a mobilização dessas pessoas em associações, dando um caráter de movimento social a essa assistência. No livro “O poder que brota da dor e da opressão: *empowerment*, sua história, teorias e estratégias”, o autor discorre sobre várias possibilidades de aplicação do *empowerment* na saúde mental, a partir de experiências realizadas em outros países e possíveis de serem aplicadas no Brasil. Em um dos tópicos que discorre sobre o assunto, Vasconcelos enfatiza a transformação do estigma da loucura, propondo o incremento de iniciativas variadas para mudar o modo como o louco é compreendido nas relações diárias, na comunidade, na mídia e na sociedade como um todo. Como exemplo, indica a simples troca de termos utilizados na linguagem cotidiana e a

participação dos usuários e familiares em qualquer evento no campo da saúde mental, de forma a tornar a militância social pela causa mais ampla. Destaca também a importância das narrativas pessoais (BUENO, 2004, D'OLIVEIRA, 2003) como estratégia de recuperação. Um interessante exemplo trazido pelo autor, no que se relaciona a ferramentas de recuperação e luta, é uma associação que existe na Holanda e na Inglaterra, conhecida como a “Rede dos que ouvem vozes”, um grupo que além de se posicionar contra a abordagem psiquiátrica que determina o fenômeno como uma alucinação auditiva, rejeita a estratégia de simplesmente calar essas vozes por meio da medicação. As pessoas entram em contato, conversam relatando situações e divulgam ferramentas pelas quais lidam com essa experiência, como determinar um horário do dia para ouvi-las e dialogar com elas, pedir para que apareçam em outro momento, pedir para que se calem, entre outras estratégias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já foi dito no início desse trabalho, apesar das inúmeras propostas de mudança e tentativas de transformação, a loucura ainda carece de uma definição positiva. Essa definição parece apontar caminhos sobre uma provável aceitação dessa experiência na sociedade, que atualmente tem conseguido abrir espaços de legitimidade para algumas expressões da diferença, apesar de continuar jogando milhares de pessoas na pilha de lixo humano, conforme a análise de Bauman (2005). A compreensão da loucura que se tem atualmente é fruto de seu processo de construção sócio-histórico, sendo que a estréia da psiquiatria como dispositivo para silenciá-la marcou de vez sua trajetória no universo da exclusão. Desde então, os loucos carregam uma vida concebida como desprezível, como uma não vida, tendo, portanto, sua existência negligenciada, quando seus direitos são minimamente negados e sua singularidade silenciada. A luta pelo resgate da cidadania do louco, levantada pela reforma psiquiátrica brasileira, ainda carece de muitos avanços e é um desafio desfazer esse processo que submete o louco a uma cidadania tresloucada (Birman, 1992). Para tanto, é necessário chamar a sociedade a intervir no processo, e, conforme Lobosque (1997, p 23) “fazer caber o louco na cultura”, convidando-a a reinventar seus limites, convivendo com a certa falta de cabimento que caracteriza essa experiência. Como explicado no capítulo 1, não é a criação de leis, portarias e a construção de serviços alternativos que facilita e garante essa inclusão. Essas novas modalidades de atendimento podem reafirmar o discurso de inutilidade do louco e por vezes funcionam sob moldes assistenciais e regularizadores, que em nada se diferenciam de uma instituição fechada. Esse ‘fazer caber’ é algo que deve combater o imaginário social que ronda a loucura e ainda a entrega ao poder manicomial, que, revestido no poder psiquiátrico, manipula as subjetividades e aniquila as condutas desviantes.

Como afirmado no segundo capítulo, a internação em um hospital psiquiátrico é algo que marca, definitivamente, a existência de qualquer pessoa. O modo como o poder psiquiátrico atua, punindo a conduta desviante, se inscrevendo diretamente no corpo, calando vozes, descaracterizando experiências, mostra ao louco o preço que ele deve pagar por não satisfazer a norma. E o louco, com a humanidade interrogada, se submete à regra e obedece, se cala e inscreve no íntimo a experiência de ser reduzido a nada. Os processos de diminuição do sujeito que ocorrem dentro do manicômio foram aqui descortinados, mostrando a que é submetido o sujeito desde sua chegada na instituição, quando é totalmente descaracterizado e passa a ser um mero diagnóstico. Quem é internado em hospital psiquiátrico acaba ficando

longe de tudo, sobretudo da cura. Sua vida é interrompida, congelada, e isso ficará claramente marcado: ele é um paciente psiquiátrico, um doido. Foi lançado na lixeira humana. Nasce o estigma, em um processo tridimensional: tanto da sociedade em relação ao louco, quanto dele em relação a ele mesmo, quando o estigma é internalizado e também dele em relação à sociedade, pois ele não entende a invisibilidade que lhe foi atribuída, num processo de difícil desconstrução, tal como o referido caso de Gavião. É necessário mais do que boa vontade para trazer a loucura para dentro da cidade, para onde se desdobra a vida. Esse “fora-da-cidade”, que Lobosque (2003 p.166) explica, não é necessariamente geográfico: o HSVP está no centro da cidade de Taguatinga/DF e divide o espaço com comerciante e residências. Talvez há quem passe por ali e nem desconfie que aquilo é uma máquina de destruir subjetividades.

Como o quadro de exclusão dos manicômios reflete a exclusão na sociedade, fica a sugestão de que novos trabalhos estudem a relação entre a loucura e a pobreza, de forma a exemplificar como os mecanismos formação da sociedade atuam nesse processo. Além disso: pode-se problematizar como o manicômio funciona como depósito do que a sociedade considera ininteligível, como no exemplo do caso *intersex* apresentado...

Um dos objetivos do presente trabalho foi discutir e produzir reflexões acerca da exclusão social que ronda a loucura. Mostrou como esse processo é antigo e como está arraigado na cabeça das pessoas, que permanecem dando sustentação a seus manicômios mentais, tendo em vista a existência de cerca de 37 mil leitos psiquiátricos no Brasil⁹. Com essa reflexão, pretende-se que seja pensado, mais uma vez, o porquê dessas pessoas serem tratadas como são. Questiona-se porque o louco é, nas instituições sociais, tratado como criança e punido como um criminoso. Esse estudo almeja interrogar o lugar designado para loucura, na margem da sociedade. Sociedade que, dividida em hierarquias, naturaliza a dominação e justifica assim a violência contra os sujeitos subalternos.

Especificamente no que se relaciona à psicologia, a formação profissional centrada na clínica e seus moldes fechados é algo que prejudica o atendimento do outro no que ele tem de específico. Percebe-se que há a necessidade dessa profissão, que diz lidar com a saúde psíquica, legitimar esses modos de subjetivação sem encaixá-los em categorias ou buscar a adaptação destes no cenário normativo. Para isso, há a necessidade da clínica de extrapolar sua área de atuação, vinculando-se à psicologia da saúde, trabalhando com a interdisciplinaridade e priorizando o processo de atendimento no domínio psicossocial, ao

⁹ Dado obtido em material do Jornal Correio Braziliense, em junho de 2009.

incluir as relações comunitárias e familiares. Existem ocasiões em que o ser humano é chamado a intervir, independente da profissão. No acolhimento de um paciente internado num hospital psiquiátrico, o sujeito precisa reafirmar sua fala e produzir momentos de subjetivação, precisa de uma presença que, além de acolhedora, legitime o que diz, que respeite sua alteridade. Essas pessoas, que chegam a ficar internadas durante 50 anos, precisam deixar de somente existir e passar a viver de verdade, escolhendo a roupa que vão vestir, o que vão comer, precisam ter o direito de recusar, resgatar a faculdade de querer, de desejar, de dormir e acordar na hora em que têm vontade. Precisam conquistar o direito de serem sujeitos de sua história, de seu processo de vida.

Ainda não há, conforme as configurações da sociedade atual, espaço para que esse resgate ocorra plenamente. A influência que o capitalismo exerce sobre as relações humanas molda o modo com o louco é visto na sociedade, a partir do momento que o valor do indivíduo relaciona-se àquilo que ele consome e não à sua subjetividade. O consumismo, amplamente divulgado como ferramenta de inclusão, recusa os que não têm potencial para consumir e determina quem tem o direito de acesso ao mundo.

As residências terapêuticas, criadas para receber e abrigar os pacientes oriundos de internações psiquiátricas que duraram décadas, e que perderam o laço com a família e com a comunidade, são insuficientes, apesar de demonstrarem um avanço no que diz respeito à admissão do louco na cultura. Essas residências são a principal estratégia do governo para promover a desinstitucionalização, mas não se deve esquecer de que esse processo é tortuoso e envolve a constante reflexão de saberes sobre a loucura e seu lugar social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: O poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

AGUIAR, Rogério Wolf de. As transformações possíveis em saúde mental. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, vol.51, n. 4, p. 308-311, outubro-dezembro/ 2007.

AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. *Viver Mente e Cérebro*, vol. 20, n. 164, p. 30-35, setembro/2006.

AMORIM, Sandra Maria Francisco de. Loucura, política e ética: a formação do psicólogo em questão. Em CFP (Org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ARAÚJO, Taís; MOREIRA, Virgínia; CAVALCANTE JÚNIOR, Francisco. Sofrimento Mental em debate: o estigma de ser doente mental em Fortaleza. *Fractal Revista de Psicologia*, vol. 20, n.1, p. 119-128, janeiro-junho/2008.

AUGÉ, Marc. *Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*. 5ed. Campinas: Papirus, 2005.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BAUMAN, Zygmunt. *O mal-estar da pós - modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade e Ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999a.

BAUMAN, Zygmunt. *Globalização: as conseqüências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999b.

BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BAUMAN, Zygmunt. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BAUMAN, Zygmunt. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

BAUMAN, Zygmunt. *Vida líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

BIRMAN, Joel. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. Em BEZERRA, Benilson e AMARANTE, Paulo (Orgs). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Duramá, 1992, p.71-90.

BUENO, Austregésilo Carrano. *Canto dos Malditos*. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

BUTLER, Judith. Violencia, duelo e política. Em *Vida Precaria: el poder del duelo y da violència*. Buenos Aires: Paidós, 2006, p.45-78.

CARRETEIRO, Teresa Cristina. Sofrimentos Sociais em Debate. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 57-72, 2003.

CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

COSTA, Fernando Braga da. *Homens invisíveis: relatos de uma humilhação social*. São Paulo: Globo, 2004.

DAYRELL, Vívian de Moura. *Gênero, intersexualidade e clínica*. 2008. 60f. Monografia (de conclusão de curso). Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2008.

DELACAMPAGNE, Christian. A contestação antipsiquiátrica. *Revista Mental*, Barbacena, vol.2, n. 2, p.27-34, junho/ 2004.

D'OLIVEIRA, João. Daud't. *Memórias de um sanatório*. Rio de Janeiro: Litteris, 2003.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John. *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ERIBON, Didier. O choque da injúria. Em: *Reflexões sobre a questão gay*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2008.

FIGUEIREDO, Vanda; RODRIGUES, Maria Margarida. A atuação do psicólogo nos CAPS do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 2, p. 173-181, maio-agosto/2004.

FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. 5ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975/1994.

FOUCAULT, M. A loucura e a sociedade. Em: *Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1971/2002.

FOUCAULT, Michel. *A História da Loucura da Idade Clássica*. 7ed. São Paulo: Perspectiva, 1972/2004.

FOUCAULT, Michel. *O Poder Psiquiátrico: curso dado no Collège de France*. São Paulo: Martins Fontes, 1973-1974/ 2006.

GOFFMAN, Erving. *A representação do eu na vida cotidiana*. 8ed. Petrópolis: Vozes, 1975/1999.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ed. LTC, 1988.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 6ed. São Paulo: Perspectiva, 1961/1999.

GONZÁLEZ REY, Fernando. *Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade: uma aproximação histórico cultural*. São Paulo: Thomson, 2007.

HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 5ed. Rio de Janeiro: DP e A, 2001.

JAMESON, Fredric. *Pós-modernismo: A lógica cultural do capitalismo tardio*. 2ed. São Paulo: Ática, 1997.

KYRILLOS NETO, Fuad. Reforma Psiquiátrica e conceito de esclarecimento: reflexões críticas. *Revista Mental*, Barbacena, vol. 1, n 1, p. 71-82, dezembro/2003.

LESBAUPIN, Ivo. Poder local x exclusão social: A experiência das prefeituras democráticas no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

LIPOVETSKY, Gilles. *A era do vazio: ensaio sobre o individualismo contemporâneo*. Lisboa: Antropos, 1983.

LIPOVETSKY, Gilles. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla, 2004.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec, 1997.

LOBOSQUE, Ana Marta. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro, Garamond, 2003.

LYON, David. *Pós-modernidade*. São Paulo: Paulus, 1999.

MAIA, Thiago Henrique Sanches. *Subjetividade e loucura: uma perspectiva antimanicomial*. 2008. 86f. Monografia (de conclusão de curso). Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2008.

MEDEIROS, Maria Bernadette. Interdição civil: uma exclusão oficializada? *Revista Virtual Textos e Contextos*, vol. 5, n.5, p.1-21, novembro/ 2006.

NASCIMENTO, Elimar Pinheiro. Hipóteses sobre a nova exclusão social: dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. *Cadernos do CRH*, Salvador, n.21, p. 29-47, julho-dezembro/ 1994.

PIETROLUONGO, Ana Paula; RESENDE, Tania Inessa Martins de. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. *Psicologia Ciência e Profissão*, vol.21, n. 1, p. 22-31, março/2007.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. Em TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson (Orgs). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, 2001.

RIBEIRO, Fabrício Junio Rocha. *Da razão ao delírio: por uma abordagem interdisciplinar do conceito de loucura*. 2006. 120f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Minas Gerais, 2006.

SÁ, Carmen Gomes; PEREIRA Ondina. Psicopatologia e Poder Disciplinar: o papel da psicologia no questionamento da individualidade domesticada. Em FREITAS, Marta Helena; RIBEIRO, Maria Alexina (Orgs.). *Psicopatologia, processos de adoecimento e promoção da saúde*. 2 ed. Brasília: Universa, 2006

SANTOS, Tânia. Globalização e exclusão: a dialética da mundialização do capital. *Sociologias*, Porto Alegre, vol. 3, n. 6, p. 170-198, julho - dezembro/2001.

SILVA FILHO, João Ferreira. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. Em TUNDIS, Silvério; COSTA, Nilson (Orgs). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, 2001.

SILVA, João Paulo; COUTINHO Evandro; AMARANTE, Paulo. Perfil demográfico e sócio-econômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.15, n.3, p.505-511, julho – setembro/1999.

SEGATO, Rita Laura. Las estructuras elementales de la violencia: contrato y estatus en la etiología de la violencia. Em: *Las Estructuras Elementales de la violência: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Buenos Aires: Universidade Nacional de Quilmes, 2003.

SZASZ, Thomas. *Ideologia e doença mental*. 2 ed. Rio de Janeiro. Zahar Editores, 1978.

TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas últimas duas décadas. *Mnemosine*, vol.1, n.0, p.73-90, 2004.