

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UNIRIO

Programa de Pós-Graduação em Memória Social

Edvaldo Nabuco

*Da reclusão à criação: construção da memória dos
usuários do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial*

Rio de Janeiro - RJ

2008

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Programa de Pós Graduação em Memória Social

*Da reclusão à criação: construção da memória dos usuários do
Movimento Nacional de Luta Antimanicomial*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como parte do requisito para a obtenção do título de Mestre em Memória Social.

Junho de 2008

Compartilho este trabalho com a minha família e o apoio sempre firme do meu pai Edvaldo de Oliveira Nabuco;

À Fundação Ford e a Fundação Carlos Chagas pela bolsa de estudos que me deu todo o suporte para a realização deste trabalho;

Ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social, da UNIRIO, na pessoa da professora Vera Dodebei;

Aos amigos do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, espalhados por todo o país;

As amigas Márcia Schmidt de Andrade, Doralice Araújo, Nina Isabel Soalheiro, Leandra Brasil e Noale Toja pela amizade e carinho;

Aos amigos Eduardo Vasconcelos, Fernando Goulart, João Batista, Paulo Sérgio, Cláudio Guimarães, Robério Mauttoni, Wilson Barreto Pinto, Roberto Siqueira Junior, Luciano Rosa de Almeida e Wilson Fort pela presença sempre reconfortante.

Aos amigos do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (LAPS), por agüentarem todos os momentos difíceis neste período;

Ao professor Boaventura de Sousa Santos e ao Centro de Estudos Sociais (CES) pela atenção e dedicação com que fui tratado em meu período de estudos na Universidade de Coimbra;

À professora Anna Hartman Cavalcanti pelas orientações e afeto;

Ao professor Paulo Amarante, amigo e orientador de muitos anos e lutas.

À memória de minha mãe **Maria Catarina da Silva Nabuco** que me ensinou a amar os estudos.

“Triste daquele que nunca sofreu

Eu sou feliz,

Ninguém sofre mais que eu.

A realidade da vida se engana talvez,

Tem nada não.

Feliz sou eu.

Toda amargura sofrida por mim foi vitória.

Quantos belos momentos guardo na memória

Não sei chorar,

Só sei sorrir.

Falo a verdade meu Deus, não sei mentir.

Triste daquele...”

Edvaldo de Oliveira Nabuco

Resumo:

Este trabalho tem por objetivo demonstrar a construção de uma memória do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, a partir da constituição de uma memória dos usuários da luta antimanicomial. Partindo das considerações de Michel Foucault acerca da formação das instituições de reclusão para os loucos, e de Friedrich Nietzsche sobre a constituição da memória social, procuramos demonstrar como é construída a memória dos usuários da luta antimanicomial e como estas memórias vem se posicionando diante do processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Palavras-chave: memória, poder, resistência, luta antimanicomial

Abstract:

This work aims to demonstrate the construction of a memory of the Movement of National Fraud Antimanicomial, from the formation of a memory of the fight antimanicomial users. Using the considerations of Michel Foucault about the formation of institutions for imprisonment for fools, and Friedrich Nietzsche on the formation of social memory, we demonstrate how the memory is built from users of the fight antimanicomial and how these memories has been positioning ahead of the process Brazilian psychiatric reform.

Keywords: memory, power, resistance, struggle antimanicomial

Banca Examinadora

Dra. Anna Hartmann Cavalcanti
Orientadora

Dr. Paulo D. C. Amarante
Co-orientador

Dra. Josaida Gondar
Examinadora

Dra. Nina Isabel Soalheiro
Examinadora

ÍNDICE:

I – Introdução	09
II – A gênese das instituições de reclusão.....	15
2.1 – As rupturas na relação com a loucura.....	15
2.2 - O poder disciplinar: corpos dóceis.....	28
2.3 – O tratamento moral.....	40
2.4 – A moral e a memória social em Nietzsche.....	49
2.5 – Uma aproximação com a memória da loucura.....	60
III – O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial.....	67
3.1 – Antecedentes da reforma.....	67
3.2 – A revolução de Basaglia.....	71
3.3 – Breve Histórico do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial.....	77
3.4 – A reformulação da assistência no Brasil.....	85
3.5 – A sociedade no período do de transição paradigmática.....	90
3.6 – A ecologia dos saberes.....	97
3.6.1 – A pluralidade interna da ciência – a psiquiatria.....	100
3.6.2 – A pluralidade externa da ciência – outros saberes.....	104
3.6.3 – Os sujeitos do Movimento de Luta Antimanicomial.....	106
3.7 – Uma arte da loucura.....	110
3.8 – Os caminhos do Movimento da Luta Antimanicomial.....	113
3.8.1 – O processo social complexo.....	113
3.8.2 – O empoderamento.....	116
3.8.3 – Os caminhos a partir da memória dos usuários da luta antimanicomial.....	120
IV – Considerações finais.....	124
V – Anexo.....	127
VI – Referências bibliográficas.....	134

I – Introdução

Este trabalho desenvolvido na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e Universidade de Coimbra (UC), Portugal, procura analisar a constituição de uma memória do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) a partir da memória dos usuários da luta antimanicomial. A pesquisa partiu de uma inquietação pessoal do autor e de uma relação íntima com o tema. Através de uma situação de crise e a passagem por uma instituição psiquiátrica, tivemos contato com o MNLA e com os pressupostos teóricos que deram origem a sua luta.

Esse contato se deu, a princípio, através do trabalho desenvolvido na *TV Pinel*, TV comunitária do Instituto Philippe Pinel, que produz programas periódicos que são exibidos em canais de TV (TV comunitária e Canal Saúde, este vinculado à Fundação Oswaldo Cruz). Logo em seguida, no ano de 1997, tivemos contato com o Encontro da Luta Antimanicomial ocorrido em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Esses encontros proporcionaram o diálogo com estudiosos e teorias sobre a reforma psiquiátrica e as ações do movimento social. Além, é claro, do contato com diversas vivências que davam conta de uma luta contra o estigma e o preconceito que envolvem aqueles que passaram pela experiência de um sofrimento psíquico. Desta forma, estivemos relacionados com outros movimentos sociais nos encontros do Fórum Social Mundial e em diversos outros espaços de discussão política.

O MNLA faz parte de um processo de luta contra os manicômios que vem ocorrendo em várias partes do mundo. Experiências ocorridas na Inglaterra, França, Estados Unidos, Itália, Espanha, entre outros países, mostram que a crítica consolidada nas teorias de Michel Foucault vem cada vez mais ganhando corpo na luta pela extinção dos manicômios. Assim, o MNLA integra uma luta que vem se articulando em nível global.

No Brasil esse processo acontece há trinta anos; assim como na Itália são comemorados os trinta anos da aprovação da Lei 180, de 1978, que extinguiu os manicômios naquele país. O processo brasileiro se iniciou com os trabalhadores de saúde mental, que se juntaram a outros movimentos sociais que lutavam por ações em saúde e pelo fim da ditadura militar. Desde então, é crescente a luta entre aqueles que procuram manter os hospitais psiquiátricos, que ficaram conhecidos como os empresários da loucura, e aqueles que lutam por um tratamento aberto junto a sua comunidade e à família dos usuários.

Deste modo, é cada vez maior a participação dos usuários nesta luta que vem se organizando em associações de usuários e familiares, bem como em um ainda frágil Movimento de Usuários e Familiares, a exemplo do que já acontece em outros países, principalmente na Inglaterra e no norte da Europa. Os usuários do Brasil passam a escrever sobre suas experiências dentro dos muros do hospício, criar através da arte formas de falar sobre a sua condição e lutar nas instâncias participativas por políticas públicas de saúde mental bem como transformar a relação da sociedade com a loucura.

Assim, reconhecemos a importância deste movimento social, da mesma forma a importância da resistência desses usuários no que diz respeito às relações de poder.

Desejando dar visibilidade e mostrar como vem ocorrendo a luta dos usuários, procuramos pesquisar como se constitui essa participação política e a forma de encaminhamento dessas lutas. Além de percorrer a trajetória do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e os teóricos que deram sustentação a esta luta pela extinção dos manicômios e de toda violência perpetrada pela psiquiatria.

O primeiro capítulo desta dissertação busca percorrer os caminhos trilhados por Michel Foucault no que diz respeito à constituição das instituições de reclusão para os loucos e ao surgimento da categoria alienação mental quando esta entra no campo do saber médico, proposta implantada por Philippe Pinel e Samuel Tuke. Nesse capítulo, buscamos traçar a trajetória que leva da experiência trágica da loucura à alienação conforme a análise de Foucault em *A História da Loucura na Idade Clássica* (Foucault, 2005) e mostrar como ocorre um silenciamento, através de um poder disciplinar, daquilo que era considerado como uma experiência trágica do homem na própria vida.

Ao considerar a loucura uma categoria médica, Pinel e Tuke fundam o tratamento moral. Partimos, deste modo, das considerações de Friedrich Nietzsche na segunda dissertação de *A Genealogia da Moral* (Nietzsche, 2002) para mostrar como as técnicas utilizadas pelo tratamento moral correspondem ao que Nietzsche denomina de *mnemotécnica*, ou seja, o castigo que se forma em função de uma dívida transforma-se

em um castigo para despertar a culpa. A mnemotécnica surge no processo histórico de criação da memória no homem, mas como tarefa paradoxal da natureza acaba tendo por resultado a criação da má consciência, do remorso, da culpa.

Na segunda parte desta dissertação, a partir de um estágio na Universidade de Coimbra, Portugal, no ano de 2007, com o sociólogo Boaventura de Sousa Santos, procuramos pensar o surgimento do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) como em um período de transição paradigmática. Assim, a ciência transita de uma noção positivista e reducionista do mundo para outra em que a complexidade é elemento chave da nova ciência. Desta forma, o MNLA surge dentro de um contexto dos novos movimentos sociais que apontam para diferentes formas de organização nas lutas emancipatórias.

Para tanto, traçamos um breve histórico do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, assim como da luta em um contexto mais amplo, para explicitar como se deu o processo de sua criação. Através da categoria de Santos (Santos, 2006), a diversidade epistemológica do mundo, buscamos desenvolver uma crítica da ciência enquanto paradigma da modernidade e mostrar a transição que vem se dando na sociedade e no conhecimento científico. O MNLA surge dentro desta transição paradigmática.

A crítica feita à idéia de unidade entre as ciências naturais e as ciências sociais faz parte da discussão desse capítulo onde buscamos mostrar que o paradigma que se

apresenta não se restringe a sujeitos epistêmicos de um lado e objetos do outro, conforme o método utilizado pelas ciências naturais. Mas a nova noção de ciência deve ser analisada em termos de relação. Para Amarante (1996), trata-se de uma relação ética.

Nosso objetivo é examinar a criação de uma memória do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial a partir da participação política dos usuários dos serviços de saúde mental que utilizam como instrumento de luta as suas memórias vividas nos manicômios. Como observado, a partir da concepção de Friedrich Nietzsche (2002), procuramos analisar como essas memórias foram criadas a partir de técnicas de tortura, na concepção de Nietzsche, uma *mnemotécnica*.

Essas técnicas do tratamento moral, que foram criadas através do enclausuramento do louco em instituições de reclusão, ainda dão sustentação à prática psiquiátrica e vêm sendo revistas pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial através de denúncias e da intensa criação e participação dos usuários. Deste modo, no Brasil vem sendo implantado um processo de reforma psiquiátrica que visa substituir os manicômios e criar outras formas de lidar com a loucura.

A partir da consciência desta memória, os usuários passam a influenciar nas instâncias de decisões políticas, principalmente através da participação militante, e vêm se organizando enquanto atores sociais na discussão e formulação de políticas públicas. Deste modo, através destas memórias marcadas pela tortura, duas concepções se apresentam à luta dos usuários. A primeira é a desenvolvida por Paulo Amarante (1999),

que define a Luta Antimanicomial como um *processo social complexo*. A segunda concepção é a de Eduardo Mourão Vasconcelos (2003), denominada *empowerment*, tendo sido difundida no Brasil como empoderamento.

Para tanto, buscaremos traçar o percurso das modificações políticas que levaram os usuários de simples pacientes passivos, os doentes mentais, a usuários ativos que vêm aumentando cada vez mais a sua participação política e se afirmando em uma nova subjetividade.

II – A gênese das instituições de reclusão

2.1 – As rupturas na relação com a loucura

A relação da sociedade com a loucura se manifesta de formas diferentes no Renascimento, na época clássica e na modernidade. Para Machado (Machado; 2006), Foucault procura mostrar em *A História da Loucura na Idade Clássica* (Foucault; 2005) que até se chegar a uma instituição específica para a reclusão dos loucos, o que corresponde ao processo de dominação da loucura pela razão, se desenvolveram diferentes formas de percepção da loucura.

“Por outro lado, o livro demonstra que a psiquiatria é o resultado de um processo histórico mais amplo, que pode ser balizado em períodos ou épocas, que de modo algum diz respeito à descoberta de uma natureza específica, de uma essência da loucura, mas à sua progressiva dominação e integração à ordem da razão” (Machado; 2006, p. 52).

A primeira ruptura demonstrada por Foucault em relação à forma de lidar com a loucura ocorre na passagem do Renascimento para a Idade Clássica. Foucault afirma que no Renascimento havia uma tensão entre uma experiência trágica e uma consciência crítica da loucura. Para o filósofo francês, o Renascimento percebia a loucura a partir de uma visão cósmica, em que esta apontava para um conhecimento oculto, secreto na loucura. Era uma experiência cósmica, pois era uma experiência do mundo. A *Nau dos Loucos*, representada pela pintura e pela literatura, levava seus passageiros e seu saber pelo mundo. Muitos loucos eram entregues a comerciantes ou andavam errantes pelos

campos. A loucura habitava o meio social mostrando o aspecto trágico do mundo existente na própria vida. Este saber trágico sobre a loucura, no entanto, vai se transformando com Erasmo e outros autores, através do discurso filosófico, literário ou moral:

“Mas, por outro lado, com Brant, Erasmo ou Montaigne, a situação é inteiramente diferente. O que o discurso – filosófico, literário ou moral – expressa é não mais uma experiência trágica, mas uma consciência crítica da loucura. E aos olhos dessa consciência ela não é mais saber: é ignorância, punição, gozação, desmoralização do saber. Não diz respeito mais ao mundo, mas ao homem; não é mais cósmica, mas moral”(Idem, p.54).

Nesse momento, Foucault quer mostrar como na Idade Clássica o louco aparece como ameaça à razão e à verdade. Assim, *“o louco é aquele que toma o erro como verdade, a mentira como realidade, a feiúra como beleza, a violência como justiça”* (Machado; 2006, p.54). Segundo Machado, neste confronto entre a experiência trágica da loucura e a consciência crítica, ocorre uma passagem para uma consciência crítica que via a loucura como *presunção, ilusão, desregramento, irregularidade de conduta, defeito, falta, fraqueza*. A partir daí, se inicia o processo de captura da loucura pela razão. *“Nesse momento, a dominação da loucura é a abolição de sua especificidade e sua integração em uma ordem da razão que ainda acolhe e aceita suas razões”* (Idem, p.55).

Foucault destaca ainda que com Descartes a loucura é excluída da ordem da razão. Na Idade Clássica, a loucura entra em um período dominado por uma consciência crítica que a aponta como desrazão (ausência total de razão) e a isola, juntamente com outros elementos que perturbavam a ordem social, naquilo que foi considerado como o

Grande Enclausuramento. Até então, o louco não era visto como um doente específico, mas se juntava aos demais que infringiam as regras sociais.

Considerado um dos fundadores da filosofia moderna, René Descartes radicaliza a dicotomia razão-desrazão na cultura ocidental. Segundo o pensamento de Descartes, o ser humano pode duvidar de tudo aquilo que seja sensível até encontrar razões suficientes para provar que o sensível é real. A partir desta dúvida cartesiana, o filósofo percebe que as únicas coisas das quais ele não pode duvidar é do pensamento e de Deus que criou este ser que pensa.

Ao postular o homem como ser que pensa, Descartes afirma que o possuidor de idéias claras e distintas é o sujeito da razão, em oposição aquele que tem idéias obscuras e confusas. Descartes, porém, exclui a loucura do pensamento. Para ele, a loucura compromete a dúvida e o pensamento e está situada a partir de então, no nível do erro. Retira assim a loucura do meio social como algo que deveria ser corrigido. Para Machado,

“Procurando dar à verdade um fundamento apodítico, Descartes, na primeira das Meditações Metafísicas, ao afastar a possibilidade de a loucura comprometer o processo da dúvida, exclui a loucura do pensamento. Se alguém pensa, não pode ser louco. Se alguém é louco não pode pensar” (Idem, p. 55).

A loucura começa a se transformar e passa a não ser somente ausência de razão. Ela é, assim, vista na passagem para a modernidade em fins do século XVIII, como alienação. Há uma verdade na loucura que é obscurecida à verdade social: a verdade da moral e da razão. A loucura apenas encobre, mas não acaba com esta verdade inalienável

da razão e da moral. A seguir, buscaremos situar a análise desenvolvida por Michel Foucault acerca da constituição, na época clássica, de instituições de reclusão que pouco a pouco se tornam instituições específicas para os loucos.

Para Machado (2006), Foucault demonstra que na época clássica, a loucura é concebida de dois modos: a percepção e o conhecimento. A *percepção* expressa a relação com o louco que se dá ao nível das instituições e está ligada à práticas institucionais que excluem do convívio social. Através de expressões pictóricas e lingüísticas, mostra-se o início da dominação da loucura e o encobrimento da loucura como saber trágico em nome de um saber racional e humanista. O louco era visto como ameaça à ordem social. Na época clássica, o *conhecimento* não se dá a partir da dedução de uma teoria geral da doença, mas de um conhecimento de uma teoria social classificatória que tem pretensão à cientificidade e que procura fazer entrar a loucura na ordem da razão. “*Os critérios (de internação) dizem respeito não à medicina, mas a transgressão às leis da razão e da moralidade*” (Idem, p. 57).

Na Idade Clássica, Louis XIV, em 1656, em Paris, determinou que um grande número de pessoas que infringiam as regras sociais, provocando uma desordem moral e social, fosse internado no Hospital Geral, que envolvia La Salpêtrière, Bicêtre e outros estabelecimentos. Foucault denominou esta prática “Grande Enclausuramento”. A partir de então, as práticas de confinamento se espalham pela Europa e constituem um fenômeno importante para se compreender como a loucura era percebida na época

clássica, onde o critério que determina a unificação dos internados é a desrazão, fenômeno que tem significado social, econômico, moral e político.

“Antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos, ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura. O que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho. Nossa filantropia bem que gostaria de reconhecer os signos de uma benevolência para com a doença, lá onde se nota apenas a condenação da ociosidade” (Foucault; 2005, p.64).

São internados aqueles que se envolviam com o que era considerado a profanação do sagrado; práticas ligadas à sexualidade como a prática da sodomia; a libertinagem; e enfim, a loucura. A internação não têm critérios médicos a partir de uma observação, como viria a ser posteriormente utilizada no alienismo. Mas diz respeito a uma percepção ética, relacionada com os distúrbios sociais provocados pelos pobres, desempregados e indigentes, o que leva Foucault afirmar que no século XVIII se percebe o louco, mas deduz a loucura. Para Foucault, em toda a Europa o início do internamento diz respeito à crise econômica que viria assombrar o século XVII.

Para Machado:

“O Grande Enclausuramento é, portanto, um fenômeno eminentemente moral, um instrumento de um poder político que, laicizando a moral e a realizando em sua administração, não apenas exclui da sociedade aqueles que escapam as suas regras, mas, de modo mais fundamental, cria, produz uma população homogênea, de características específicas, como resultado dos próprios critérios que institui e exerce” (Machado; 2006, p. 58).

Para evitar, no entanto, as desordens no Hospital Geral, atribuídos em geral à ociosidade, era determinado que o trabalho fosse praticado pelos internos. Assim, dentro do Hospital Geral se mantinha um controle para que essa população não ficasse ociosa.

Em *A Verdade e as Formas Jurídicas* (Foucault; 2005), Foucault mostra que estas práticas de controle surgem em fins do século XVII e início do século XVIII, principalmente, na França e na Inglaterra. Na Inglaterra, os grupos de controle passam a surgir como uma forma das camadas da população exercerem um autocontrole sobre o seu grupo para escapar ao poder político do rei. Poder aterrador que mandava, em mais de 300 casos, uma pessoa à forca. Para tanto, estas camadas das classes populares – os quacres, os metodistas, entre outros – passam a se colocar como os guardiões da ordem e dos bons costumes. A partir de então, aquele que infringia uma lei moral deveria ser punido pelo grupo.

Na França, por sua vez, as ordens de punição vinham através das *lettres-de-cachet*. Eram formas de aprisionamento pedidas pela própria população ao rei para punir aquele que violava a ordem. Maridos ultrajados por esposas, pais de família descontentes com seus filhos, entre outras.

Entre as medidas tomadas por este poder aterrador, Foucault descreve a prática da principal forma de punição do soberano: o suplício.

“Damiens fora condenado, a 2 de março de 1757, a pedir perdão diante da porta principal da Igreja de Paris (aonde devia ser) levado e acompanhado numa carroça, nu, de camisola, carregando uma tocha de cera acesa de duas libras; (em seguida), na dita carroça, na praça da Grève e sobre um patíbulo que aí será erguido, atenazado nos mamilos, braços, coxas e barriga das pernas, sua mão direita segurando a faca com que cometeu o dito parricídio, queimada com fogo de enxofre, e às partes em que será atenazado se aplicarão chumbo derretido, óleo fervente, piche em fogo, cera e enxofre derretidos conjuntamente, e a seguir seu corpo será puxado e desmembrado por quatro cavalos e seus membros e corpo consumidos ao fogo, reduzidos a cinzas, e suas cinzas lançadas ao vento” (Foucault; 1983, p.11).

Enquanto na Inglaterra, no início, o controle da conduta dos indivíduos se dava por estes grupos, e não pela monarquia, portanto a princípio fora da esfera estatal para depois ser assumido pela aristocracia, os bispos e as pessoas mais ricas no fim do século XVIII, na França este controle era exercido de forma estatal, pela monarquia (Foucault; 2005). A prisão vai se originar destas práticas de controle respaldadas pelas *lettres-de-cachet*. Foucault analisa um novo poder, misto de estatal e extra-estatal que ele chama de poder intra-estatal, como o instrumento de seqüestro daqueles indivíduos que escapavam às regras sociais. A prisão vai surgir assim para substituir as punições anteriores por estas terem um alto custo político.

Segundo Foucault (Foucault; 1983), durante muito tempo este controle ficou nas mãos destes grupos privados de inspiração religiosa, na Inglaterra, que realizavam a disciplina social e, na França, este controle ficava nas mãos das sociedades de patronato ou de auxílio. Logo, como veremos a seguir, o controle passou a se dar pelo sistema policial (Idem, p. 187). Inverte-se o processo. Não é mais o corpo representado pela figura do soberano, mas a massa de acontecimentos, ações, comportamentos e opiniões que passam a vigiar e devem ser vigiados. A polícia procura atingir o mais elementar do corpo social, utilizando pessoas da própria sociedade para fazer valer esta prática de vigilância. Segundo Foucault, é um aparelho que deve ser exercido sobre tudo.

“E para se exercer, esse poder deve adquirir o instrumento para uma vigilância permanente, exaustiva, onipresente, capaz de tornar tudo visível, mas com a condição de se tornar ela mesma invisível. Deve ser como um olhar sem rosto que transforme todo o corpo social em um campo de percepção. Milhares de olhos postados em toda parte, atenção móveis e sempre alerta, uma longa rede hierarquizada, que, segundo Le Maire,

comporta para Paris os 48 comissários, os 20 inspetores, depois os observadores pagos regularmente, os moscas abjetas retribuídos por dia, depois os denunciadores, qualificados de acordo com a tarefa, enfim as prostitutas” (Foucault; 1983, p. 188).

A partir da modernidade, quando ocorre a segunda ruptura demonstrada por Foucault em relação ao modo de compreender a loucura, as instituições que passam a surgir tornam-se um misto de penalidade e correção, algo novo que aparece na passagem do século XVIII ao século XIX. O termo periculosidade, criado pelas teorias legalistas, serve para legitimar a reclusão de várias pessoas. Segundo Foucault, *“No século XIX, a psiquiatria do crime se inaugurou por uma patologia do monstruoso”*. (Foucault; 1978). Diz ainda Foucault que a evolução do indivíduo perigoso se dá da seguinte forma:

“Se a psiquiatria se tornou tão importante no século XVIII não foi simplesmente porque ela aplicava uma nova racionalidade médica às desordens da mente ou da conduta, foi também porque ela funcionava como uma forma de higiene pública. O desenvolvimento, no século XVIII, da demografia, das estruturas urbanas, do problema da mão de obra industrial havia feito aparecer à questão biológica e médica das populações humanas, com suas condições de vida, de moradia, de alimentação, com sua natalidade e mortalidade, com seus fenômenos patológicos (epidemias, endemias, mortalidade infantil). O corpo social deixa de ser simples metáfora jurídico-política (como a que encontramos no Leviatã) para surgir como uma realidade biológica e um campo de intervenção médica. O médico deve ser então o técnico do corpo social, e a medicina, uma higiene pública” (Foucault; 1978, p. 09).

A pena deve ser um mecanismo de defesa da sociedade. A noção de periculosidade traz consigo uma prática de vigilância que dá origem ao surgimento da polícia, principal forma deste poder intra-estatal. Esta prática de vigilância ganha força com o advento do industrialismo, no século XVIII, principalmente na Inglaterra, onde os capitalistas passam a ter que proteger suas riquezas (mercadorias armazenadas, máquinas, etc) e, ainda, devido aos constantes saques feitos nos campos provocados pela redistribuição das terras, na França e na Inglaterra (Foucault; 2005). Era preciso evitar a revolta da população:

“Aparece também a idéia de uma penalidade que tem por função não ser uma resposta a uma infração, mas corrigir os indivíduos ao nível de seus comportamentos, de suas atitudes, de suas disposições, do perigo que apresentam, das virtualidades possíveis” (Foucault; 2005, p. 99).

Desta forma surge ao longo do século XIX, uma série de instituições que tem por objetivo vigiar, controlar e corrigir o indivíduo. Foucault analisa a passagem de um período marcado pela punição da lei¹ para outro marcado pela vigilância da norma. A norma, embora possa se utilizar de meios repressivos, visa prevenir o virtual. Não bastava encarcerar como no “Grande Enclausuramento”. Passa a ser necessário vigiar o indivíduo para corrigi-lo. Esta técnica de controle é aperfeiçoada com a invenção de Bentham, o *Panóptico*. Esta invenção deveria servir para as escolas, hospitais, prisões, casas de correção, fábricas e conventos.

O *Panóptico* era um edifício em forma de anel, com uma torre no centro, que permitia a vigilância constante de todas as celas dos indivíduos através de duas aberturas, uma voltada para o interior e outra para o exterior, onde pudesse passar a luz. Assim, aquele que vigiava da torre central percebia tudo o que acontecia na cela sem que aquele que estava sendo vigiado pudesse perceber.

Para Foucault, esta é a base do poder que vai gerar um saber sobre aqueles que estão sob reclusão. É assim que surgem as ciências humanas como a psiquiatria, a

¹ Para Jurandir Freire Costa, “a ordem da lei impõe por meio de um poder essencialmente punitivo, coercitivo, que age excluindo, impondo barreiras. Seu mecanismo fundamental é o da repressão”. E completa, “a norma, pelo contrário (...) os dispositivos são formados pelo conjunto de práticas discursivas e não discursivas que agem, à margem da lei, contra ou a favor delas, mas de qualquer modo empregando uma tecnologia de sujeição própria”. *Ordem médica e norma familiar*. COSTA; 1983, p. 50.

psicologia, a sociologia. Este novo saber surge da observação do comportamento dos indivíduos. O controle passa a se dar não no nível do grupo, mas do corpo do indivíduo. Docilizando o corpo do indivíduo, torna-se dócil o corpo social. O exército, mais precisamente o modelo do acampamento militar, de onde são inspiradas as técnicas da vigilância, tem por objetivo alcançar todo o corpo social.

“Nos grandes estados do século XVIII, o exército garante a paz civil sem dúvida porque é uma força real, uma espada sempre ameaçadora, mas também porque é uma técnica e um saber que podem projetar seu esquema sobre o corpo social” (Foucault; 1983, p. 151).

Segundo o filósofo, o caráter destas novas instituições é fixar os indivíduos ao aparelho de produção. Trata-se de fixá-los para poder corrigi-los, tornando-os assim aptos para servir à produção em tempos de pleno emprego, de acordo com a norma de um poder político que iniciava sua penetração em todo o corpo social e que considerava a ociosidade uma falta moral. Toda uma rede de poder é formada para corrigir os indivíduos no nível de suas virtualidades. Assim, no asilo constitui-se uma rede de poder com vistas a corrigir os indivíduos e onde aparece a figura do enfermeiro-vigilante, que é um dos instrumentos deste poder de vigilância na hierarquia da disciplina. O médico, no asilo, é o topo desta hierarquia. É a partir destas práticas da internação e da observação que surge este novo saber.

“O saber psiquiátrico se formou a partir de um campo de observação exercido prática e exclusivamente pelos médicos enquanto detinham o poder no interior de um campo institucional fechado que era o asilo, o hospital psiquiátrico” (Foucault; 2005, p. 122).

A fixação do indivíduo a um aparelho de produção representava uma necessidade do industrialismo para obter a mais-valia. Mas, paralelamente ao poder econômico, desenvolvia-se também o exercício de um micro poder. Era preciso que ao nível da existência do homem fosse criada uma trama de poder político microscópico pelo qual os indivíduos fossem transformados em trabalhadores. Este poder criou uma série de saberes que deram origem às ciências do homem e o homem como objeto da ciência. “O homem é uma invenção recente cujo fim está próximo”².

Com o surgimento dessas novas instituições, o Hospital Geral começa a se modificar. O principal motivo para esta nova reorganização da instituição é o fato dos loucos começarem a se tornar, na internação do Hospital Geral, uma presença desconfortante aos demais que estão sob reclusão. No Hospital Geral, as pessoas são retiradas do meio social e incluídas em outro meio que as tornam homogêneas. As internações, como observado, diziam respeito à práticas ligadas à sexualidade, à libertinagem, à profanação do sagrado e a loucura. Mas enquanto os demais têm a possibilidade de se ajustar aos imperativos econômicos, o louco é aquele que não consegue se adequar às normas produtivas. A partir de então, e a partir de uma percepção social sobre a loucura, enquanto os demais deixam o Hospital Geral, o louco passa a ser um alienado, aquele que está alheio às regras da cidade e aqui, neste microcosmo do internamento, se torna objeto da análise médica, algo que não existia antes. O saber sobre a loucura se transforma. Ocorre uma separação entre loucura e desrazão. A loucura passa a ser entendida como sendo provocada por três fatores, considerados por Buffon

² Citação realizada por Roberto Machado, em curso sobre *Ciência e Saber*, na Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005. Para Machado, fazendo referência ao livro *As Palavras e as Coisas*, o homem enquanto objeto da ciência é uma invenção recente e diz que Nietzsche já citava o além homem, o super homem.

(Machado; 2006) como o conjunto de forças penetrantes: a sociedade, a religião e a civilização.

“O que é importante nesta reflexão sobre o mundo, aqui tematizado a partir da noção de forças penetrantes, é sua oposição à natureza. Como progresso, história, devir, o mundo é o meio social que, afastando o homem da natureza, é possibilidade de loucura” (Machado; 2006, p. 65)

A instituição, desta forma, vem a se tornar o *a priori* do tratamento da loucura. Para o louco, o alienado, é criado o asilo onde ele recuperará a sua verdade inalienável. Desta forma, a sociedade recuperará aquele que perdeu a sua ordem moral.

“A grande mudança que assinala a segunda metade do século XVIII com relação aos loucos é seu isolamento solitário proveniente do esfacelamento da categoria de desrazão, de sua incapacidade para o trabalho e impossibilidade de assistência a domicílio, devido a periculosidade que caracteriza sua existência livre” (Idem, p. 68).

Assim, o alienado passa a ter um espaço de reclusão específico e se torna objeto de uma observação onde, acredita-se, que a coerção do internamento possibilitará a eclosão da loucura em sua verdade. Este espaço, segundo Foucault, não se transforma por um rearranjo externo, mas sim de uma reorganização interna do espaço de reclusão.

“É que a loucura, conforme as idéias do século XVIII, é uma doença não da natureza, nem do próprio homem, mas da sociedade; emoções, incertezas, agitação, alimentação artificial, todas essas são causas da loucura admitidas por Tuke e seus contemporâneos. Produto de uma vida que se afasta da natureza, a loucura não pertence apenas a uma esfera das conseqüências; ela não põe em questão aquilo que é essencial no homem, e que é sua pertinência imediata à natureza. Ela deixa intacta, como um segredo provisoriamente esquecido, essa natureza do homem que é, ao mesmo tempo, a sua razão”. (Foucault; 2005, p. 468).

Mas Foucault admite, ainda, que com a reorganização da polícia, que confia à família a autoridade para julgar os desarranjos da moral e de outras desordens sociais, há

uma substituição das práticas do antigo regime, segundo as quais a família podia recorrer ao rei para obter a internação. Agora a própria família tem o direito de julgar quem deve ser internado. A interioridade psicológica é, segundo Machado (Machado; 2006), constituída pela exterioridade escandalizada vista pelo júri popular. O modo como o alienado se apresenta para os outros sendo para ele introjetada uma culpa. A presença do louco se torna desconfortante na sociedade. O desconforto que ocorria no Hospital Geral passa a fazer parte do meio social. Assim, abre-se o caminho para transformar o alienado em *doente mental*, objeto de tratamento e cura para o retorno à sociedade. Para Foucault, a ação do médico é moral e social. Desalienar é instaurar uma ordem moral.

Esta sociedade marcada pela criação de instituições específicas com a determinação de manter a ordem, no caso da alienação, com a criação do asilo, para Foucault, é caracterizada como *sociedade disciplinar*.

2.2 – *O poder disciplinar: corpos dóceis*

Na análise de Michel Foucault é em fins do século XVIII e início do século XIX que se consolida a sociedade disciplinar (Foucault; 2005). A sociedade disciplinar, como já dito, é o coroamento de um longo processo histórico, iniciado com as práticas de internamento estabelecidas por Louis XIV, em 1656, em Paris, quando determinou que um grande número de pessoas que desrespeitava as regras sociais fosse internado no Hospital Geral. A partir de então as práticas de internamento se espalham pela Europa.

Para o filósofo, neste período se descobre o corpo como objeto e alvo do poder. Desta forma, o corpo passa a ser objeto de manipulação, de adestramento. Foucault afirma que neste momento reina a noção de docilidade (Foucault; 1983). O corpo que pode ser submetido e utilizado é um corpo dócil. Trabalha-se agora o corpo como uma unidade, de forma detalhada. Deve-se mantê-lo ao nível de uma mecânica.

Segundo Foucault,

“É que, no mundo burguês em processo de constituição um vício maior, o pecado por excelência no mundo do comércio, acaba de ser definido; não é mais o orgulho nem a avidez como na Idade Média; é a ociosidade. A categoria comum que agrupa todos aqueles que residem nas casas de internamento, é a incapacidade em que se encontram de tomar parte na produção, na circulação ou no acúmulo das riquezas (seja por sua culpa ou acidentalmente). A exclusão a que são condenados está na razão direta desta incapacidade e indica o aparecimento no mundo moderno de um corte que não existia antes. O internamento foi então ligado nas suas origens e no seu sentido primordial a esta reestruturação do espaço social” (Foucault; 1975, p. 79).

Uma série de instituições (hospital, prisão, fábrica, escola, convento) é criada em fins do século XVIII e início do século XIX, com a reestruturação do Hospital Geral, tendo como função fazer com que diversas pessoas seguissem as condutas sociais que predominavam na sociedade de então. Para Foucault, muitas coisas são novas nessas técnicas. Deve-se trabalhar o corpo de forma detalhada, “*de exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao nível mesmo da mecânica – movimentos, gestos, atitude, rapidez: poder infinitesimal sobre o corpo ativo*” (Foucault; 1983, p. 126).

Desta forma, deve-se esquadrihar ao máximo o tempo, o espaço e os movimentos. O exercício, de modelo militar, é o grande método para que a disciplina seja realizada. Ressalta Foucault que,

“Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as disciplinas”. (Idem, p. 126).

É no decorrer dos séculos XVII e XVIII que elas se iniciam como fórmulas gerais de dominação. Este momento histórico é o momento onde nasce uma arte do corpo humano através de uma política de coerção pelo avanço das técnicas das práticas militares. O corpo passa a fazer parte de uma maquinaria de poder. Deve-se, por exemplo, no hospital, “*repartir os doentes, dividir com cuidado o espaço hospitalar e fazer uma classificação sistemática das doenças*” (Idem, p. 127). Realiza-se um esquadrihamento do espaço institucional para melhor realizar o poder sobre o corpo do indivíduo. Para Foucault, o corpo se torna alvo de novos mecanismos de poder ao mesmo tempo em que se abre para novas formas de saber.

Uma anatomia política que é uma mecânica do poder, pode dar o domínio sobre o corpo dos outros com uma técnica segundo a rapidez e a eficácia que se determina, fabricando corpos submissos, corpos dóceis. Mostra Foucault, no entanto, que esta descoberta não ocorre de forma súbita, mas ela é decorrente de,

“uma série de processos mínimos, muitas vezes diferentes, de origens diferentes, de localizações esparsas, que se recordam, se repetem, ou se imitam, apóiam-se uns sobre os outros, distinguem-se segundo seu campo de aplicação, entram em convergência e esboçam aos poucos a fachada de um método geral”. (Idem)

As instituições que surgem, a partir da reformulação do Hospital Geral e do surgimento da polícia, mantêm características comuns, algumas técnicas essenciais e começam a ganhar corpo desde o século XVIII com a intenção de cobrir todo o corpo social: a disciplina. Essas coerções sutis do novo internamento passam a substituir o regime punitivo. Segundo Foucault, a disciplina é a anatomia do detalhe.

“A minúcia dos regulamentos, o olhar esmiuçante das inspeções, o controle das mínimas parcelas da vida e do corpo darão em breve, no quadro da escola, do quartel, do hospital ou da oficina, um conteúdo laicizado, uma racionalidade econômica ou técnica a esse cálculo místico do ínfimo e do infinito” (Idem, p. 129)

Desta forma, o asilo se torna o local de uma observação onde o alienado deve domar seus instintos, suas paixões e aprender a respeitar as normas da cidade. É o lugar da prova e produção da verdade, do conhecimento e constatação dos fenômenos. *“O poder do médico lhe permite produzir doravante a realidade de uma doença mental cuja propriedade é reproduzir fenômenos inteiramente acessíveis ao conhecimento”* (Foucault; 1979, p. 123). Estas regras de adestramento são impostas através de uma vigilância hierárquica controlada pelo corpo médico, articulado com outras instâncias,

sobre o corpo alienado. O corpo médico como uma força que domina outra, o corpo alienado. A figura do médico se torna o principal instrumento para fazer com que esta tarefa seja cumprida. O médico é aquele que detém dentro do asilo o poder de fazer com que o louco seja disciplinado. Somente disciplinado ele poderia ter o direito de retornar ao convívio na sociedade.

Na lógica dos processos disciplinares, ocorre a revelação de um tempo linear em que os momentos se integram uns aos outros a caminho de um ponto estável. Período que se tem a noção da idéia de progresso nas técnicas administrativas e econômicas. O progresso das sociedades com as técnicas disciplinares deve ser visto como uma evolução em termos de gênese dos indivíduos, uma regulação do comportamento do homem. Surge uma nova maneira de gerir o tempo e torná-lo útil para o adestramento do indivíduo. O tempo, a princípio, era uma forma de aqui de baixo se buscar a conquista para a salvação. Esta forma de conceber o tempo, entretanto, vai se aperfeiçoando de modo a torná-lo cada vez mais eficiente e útil em termos de aproveitamento político e para o aparelho de produção.

“O tempo iniciático da formação tradicional (tempo global, controlado só pelo mestre, sancionado por uma única prova) foi substituído pelo tempo disciplinar com suas séries múltiplas e progressivas. Forma-se toda uma pedagogia analítica, muito minuciosa (decompõe até aos mais simples elementos a matéria de ensino, hierarquiza no maior número possível de graus cada fase do progresso) e também muito precoce em sua história (antecipa largamente as análises genéticas dos ideólogos dos quais aparece como modelo técnico)”. (Foucault; 1983, p. 144).

Para Foucault, a disciplina exige, ainda, a distribuição dos indivíduos no espaço. Para tanto, necessita, às vezes, da cerca, dos muros. Porém, a clausura não é constante,

nem indispensável, nem suficiente. É necessário ainda o quadriculamento. Cada um deve ocupar seu lugar em um espaço,

“estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimentos, portanto, para conhecer, dominar e utilizar. A disciplina organiza um espaço analítico” (Foucault; 1983, p. 131)

Assim, pouco a pouco, ela vai produzindo um espaço em um procedimento arquitetural e religioso onde, solitário, o “infrator” manterá um contato com a severidade de Deus. Essas localizações funcionais criam espaços que são, desta forma, espaços úteis, onde o indivíduo solitário deve entrar em contato com aquilo que no íntimo produz a reflexão e a culpa por se encontrar naquela situação. Foucault denomina estes espaços individuais de células. O início deste quadriculamento do hospital provém das técnicas administrativas e políticas para um melhor aproveitamento do espaço institucional e social, porém, mais adiante, vai se proporcionar a transformação em espaço terapêutico.

Este quadriculamento do espaço serve para garantir a obediência do indivíduo bem como transformar as multidões confusas em multiplicidades organizadas, *“o quadro, no século XVIII, é ao mesmo tempo uma técnica de poder e um processo de saber. Trata-se de percorrer o múltiplo, de se obter um instrumento para percorrê-lo e dominá-lo; trata-se de lhe impor uma ordem”* (Foucault; 1983, p. 135). Esta é a base de uma microfísica do poder que Foucault denomina de celular.

A disciplina comporta o controle do horário das atividades e do tempo dos indivíduos, que deve corresponder aos atos determinados, quando o corpo e o gesto devem estar em correlação. O indivíduo passa a ser parte de um mecanismo de produção e confunde-se com a mecânica. Esta descoberta é aperfeiçoada com a invenção do fuzil, onde o manejo da arma deve estar em relação com os gestos do corpo. A eficiência da atividade será medida pela relação entre o gesto medido e a aplicação deste gesto na realização de uma função. O gesto deve ser repetido de forma exaustiva. O tempo, que é contado por Deus e pago pelos homens, não pode ser desperdiçado.

O *Panóptico*, invenção já citada de Bentham, que deveria servir às escolas, hospitais, fábricas, prisões, conventos, deveria impor uma conduta a uma multiplicidade de pessoas. Desta forma, as pessoas seriam vigiadas sem serem vistas, vigiando o seu comportamento para fazer com que uma multiplicidade fosse homogeneizada. Deveria gerir e controlar a vida das pessoas. Desta forma, o médico que é o topo desta hierarquia no asilo, poderia planejar a intervenção a ser feita no comportamento das pessoas e prever a sua reação.

Quase que contemporaneamente a Foucault, viria afirmar Franco Basaglia (1985), por sua vez, que desde a sua internação, o louco entra em contato com outro mundo,

“ele é envolvido por um espaço criado originalmente para torná-lo inofensivo e curá-lo ao mesmo tempo, mas que na prática aparece, paradoxalmente, como um local construído para o completo aniquilamento de sua individualidade, como palco de sua total objetivação...” (Basaglia; 1985, p. 114).

Segundo Michel Foucault, através da disciplina aparece o poder da norma, pelo qual se dá o esforço de estabelecer a organização de um corpo médico e um quadro hospitalar para fazer funcionar normas gerais de saúde. É através do exame que se constitui um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. É preciso vigiar os costumes, os modos de vida para dar conta do nível de saúde das pessoas.

Esta vigilância, no panoptismo, ocorre segundo um jogo do olhar onde tornam aqueles que estão sendo vigiados, visíveis e cientes que estão sendo vigiados, sem que, no entanto ele perceba aquele que o vigia. O modelo disciplinar perfeito seria aquele em que um único olhar veria tudo. Segundo Foucault, nos processos disciplinares ocorre este jogo de olhares na vigilância que tende a cobrir todo o corpo social. *“O exercício da disciplina supõe um dispositivo que obrigue pelo jogo de olhar”*. (Foucault; 1983, p. 153)

“Lentamente, no decorrer da época clássica, são construídos esses “observatórios” da multiplicidade humana para os quais a história das ciências guardou tão poucos elogios. Ao lado da grande tecnologia dos óculos, das lentes, dos feixes luminosos, unida à fundação da física e da cosmologia novas, houve as pequenas técnicas das vigilâncias múltiplas e entrecruzadas, dos olhares que devem ver sem ser vistos; uma arte obscura da luz e do visível preparou em surdina um saber novo sobre o homem, através das técnicas para sujeitá-lo e processos para utilizá-lo” (Idem, p. 154).

É importante destacar que Phillipe Pinel, ao assumir o hospital de Bicêtre em 1793, liberta os loucos das correntes as quais viviam confinados. A partir de então, a loucura passa a ser um caso para análise médica. No entanto, as condições que levaram Pinel a libertar os alienados das correntes, fez com que o mesmo os mantivessem presos

no hospital. Uma nova violência, um constrangimento mais sutil, espiritual, seria inaugurado denominado de *tratamento moral*.

Diz ainda Foucault,

“Na essência de todos os processos disciplinares, funciona um pequeno mecanismo penal. É beneficiado por uma espécie de privilégio de justiça, com suas leis próprias, seus delitos especificados, suas formas particulares de sanção, suas instâncias de julgamento. As disciplinas estabelecem uma “infra-penalidade”; quadriculam um espaço deixado vazio pelas leis; qualificam e reprimem um conjunto de comportamentos que escapava aos grandes sistemas de castigo por sua relativa indiferença”. (Foucault; 1983, p. 159).

Estas punições vão desde os castigos físicos leves a privações ligeiras e pequenas humilhações. Era comum o uso de duchas frias e camisa de força para promover uma humilhação na pessoa. Aquilo que não está de acordo com a regra, os desvios, deve ser punido. A punição deve ter, nos processos disciplinares, um caráter corretivo. Ela deve corrigir o sujeito desviante. Ela vem sempre utilizada através do binômio sanção-gratificação. Deve-se fazer o desviante ser punido pela sua falta de conduta, mas ao mesmo tempo, deve-se recompensá-lo quando ele age de acordo com as regras.

Para Goffman,

“A doutrina psiquiátrica tende a definir os atos de alienação como psicóticos – e essa interpretação é reforçada pelos processos circulares que levam o paciente a apresentar a alienação sob forma cada vez mais bizarra – mas o hospital não pode ser dirigido de acordo com essa doutrina. O hospital não pode deixar de exigir de seus participantes exatamente aquilo que é exigido por outras organizações; a doutrina psiquiátrica é suficientemente flexível para evitá-los, mas isso não ocorre com os hospitais. Considerados os padrões da sociedade mais ampla, é preciso que haja pelo menos as rotinas ligadas a alimentação, a limpeza, roupas, acomodações para dormir e

proteção de ferimentos físicos. Consideradas essas rotinas, é preciso pedir os pacientes que obedçam a elas, ou levá-los a isso. É preciso fazer exigências, e há demonstrações de decepção quando um paciente não faz aquilo que se espera dele. O interesse em ver o movimento ou melhora psiquiátrica depois de uma estada inicial nas enfermarias leva a equipe dirigente a estimular a conduta adequada e a exprimir decepção quando um paciente volta a psicose. O paciente volta à posição de alguém em quem os outros podem confiar, alguém que deve saber como agir corretamente. Algumas inadequações – sobretudo ao que, como o mutismo e a apatia, não perturbam e até facilitam as rotinas das enfermarias – podem continuar a ser percebidas naturalisticamente como sintomas, mas, de modo geral, o hospital atua, semi-oficialmente, como a suposição de que o paciente deve agir de maneira controlável e respeitar a psiquiatria, e que aquele que faz isso será recompensado por melhorias nas condições de vida; quem não o faz será castigado por uma redução das coisas agradáveis” (Goffman; 1974, p. 249).

Nos processos disciplinares, a punição visa a relacionar os atos a uma regra a seguir; diferenciar os indivíduos uns em relação aos outros; medir em termos quantitativos e hierarquizar uns em relação aos outros quanto às suas capacidades; e, enfim, *“traçar o limite que definirá a diferença em relação a todas as diferenças, a fronteira externa do anormal”*. (Foucault; 1983, p. 163). Segundo Foucault, os dispositivos disciplinares produziram uma penalidade da norma. Para ele:

“As marcas que significavam status, privilégios, filiações, tendem a ser substituídas ou pelo menos acrescidas de um conjunto de graus de normalidade, que são sinais de filiação a um corpo social homogêneo, mas que têm em si mesmos um papel de classificação, de hierarquização e de distribuição de lugares”. (Idem, p. 164).

É através do exame que esta vigilância hierárquica e a sanção são combinadas. O exame regular faz com que o indivíduo fique em observação permanente. Ocorre uma troca de saberes entre aqueles que fazem o exame, como o mestre e o aluno. Inicia-se o processo de registro do doente e uma acumulação de conhecimentos. Este exame permite um melhor quadriculamento do espaço onde identifica-se o louco através do registro que o transforma em um caso médico.

“Uma das condições essenciais para a liberação epistemológica da medicina no fim do século XVIII foi a organização do hospital como aparelho de examinar. O ritual da visita é uma de suas formas mais evidentes. No século XVII, o médico vindo de fora, juntava a sua inspeção vários outros controles – religiosos, administrativos; não participava absolutamente da gestão cotidiana do hospital. Pouco a pouco a visita tornou-se mais regular, mais rigorosa, principalmente mais extensa: ocupou uma parte cada vez mais importante do funcionamento hospitalar”. (Idem, p. 165).

O principal efeito do Panóptico é inculcar no detento uma relação de vigilância perpétua que faz funcionar permanentemente o poder. Os detentos passam a ser os portadores desta relação de vigilância. Para Foucault, quanto maior for o número de pessoas que estarão vigiando o detento, maior se realizará este poder sobre aquele que está sendo observado, provocando-lhe o receio do risco de ser surpreendido a cada momento. *“Uma sujeição real nasce mecanicamente de uma relação fictícia. De modo que não é necessário recorrer à força para obrigar o condenado ao bom comportamento, o louco à calma, o operário ao trabalho, o escolar à aplicação, o doente à observância das receitas”.* (Foucault; 1983, p. 179).

Ocorre assim uma transformação. Da cidade pestilenta que quadriculava o espaço das cidades e mantinha seus moradores presos em suas casas, dando origem a um processo de controle da morte, ao Panóptico de Bentham³, que propõe vigiar para prevenir e manter a ordem. Segundo Foucault, um século e meio faz a diferença entre os dois momentos. O Panóptico, para Foucault, é uma tecnologia política que pode e deve se

³ Construção semelhante à de Bentham foi feita anteriormente por Le Vaux, em Versalhes. Mas não há registro se Bentham se inspirou no Jardim Zoológico, de Le Vaux.

destacar de qualquer uso específico. Estabelece uma relação direta entre “o mais poder e a mais produção” (Idem, p. 182).

“O esquema panóptico, sem se desfazer nem perder nenhuma de suas propriedades, é destinado a se difundir no corpo social; tem por vocação tornar-se aí uma função generalizada. A cidade pestilenta dava um modelo disciplinar excepcional; perfeito mas absolutamente violento; à doença que trazia a morte, o poder opunha sua perpétua ameaça de morte; a vida nela se reduzia a sua expressão mais simples; era contra o poder da morte o exercício minucioso do direito de gládio. O Panóptico, ao contrário, tem um papel de amplificação; se organiza o poder, não é pelo próprio poder, nem pela salvação imediata de uma sociedade ameaçada: o que importa é tornar mais fortes as forças sociais – aumentar a produção, desenvolver a economia, espalhar a instrução, elevar o nível da moral pública; fazer crescer e multiplicar”. (Idem, p. 183).

Para Bentham este poder deve majorar a economia do Príncipe. Analisa Foucault, que a biografia agora não é mais do soberano e dos grandes atos. A biografia é a dos indivíduos detentos. O detalhamento do que é feito, é observado sobre aqueles que estão sendo vigiados para um melhor exercício de poder. Ocorre uma nova anatomia política. Não são mais as relações de soberania que prevalecem, mas elas se deslocam para as relações de disciplina:

“O movimento que vai de um projeto ao outro, de um esquema da disciplina de exceção ao de uma vigilância generalizada, repousa sobre uma transformação histórica: a extensão progressiva dos dispositivos de disciplina ao longo dos séculos XVII e XVIII, sua multiplicação através de todo o corpo social, a formação do que poderia chamar grosso modo a sociedade disciplinar”. (Idem, p. 184).

Se as instituições de disciplina se multiplicam, seus mecanismos tendem a se ramificar em todo o corpo social, tendem a se desinstitucionalizar e circular em estado livre. “Assim, a escola cristã não deve simplesmente formar crianças dóceis; deve

também permitir vigiar os pais, informar-se de sua maneira de viver, seus recursos, sua piedade, seus costumes”. (Idem, p. 186).

Mais adiante completa Foucault:

*“Além disso, enquanto os sistemas jurídicos qualificam os sujeitos de direito, segundo normas universais, as disciplinas caracterizam, classificam, especializam; distribuem ao longo de uma escala, repartem em torno de **uma norma** (grifo nosso), hierarquizam os indivíduos em relação uns aos outros, e, levando ao limite, desqualificam e invalidam”.* (Foucault; 1983, p. 195).

2.3 – O Tratamento Moral

Samuel Tuke era um quacre, membro de uma sociedade de amigos. O governo inglês passou a apoiar essas entidades a partir da segunda metade do século XVIII, através de uma lei votada em 1793, para tratar dos doentes de outras paróquias e, assim, encorajar as sociedades de amigos. Em 1795 é abolida a lei do *Removal*, que obrigava o doente a se tratar em sua própria paróquia. Esta lei é o que dá impulso para a criação do *Retiro*, de Samuel Tuke. De acordo com Foucault, as razões para a criação do *Retiro* ficam cada vez mais fortes, pois poderiam tratar de seus membros mesmo que fossem de outras paróquias. O projeto inicial dos Quacres, por sua vez, data de 1791.

“Em suma, um pobre cai gravemente doente fora de sua paróquia está exposto a arbitrariedade de um internamento que ninguém pode controlar. É contra isso que se levantam as sociedades de beneficência que obterão o direito de recolher no local aqueles de seus aderentes que caírem doentes, pela lei de 1793 (...). Portanto, deve-se entender esse projeto de uma casa privada, mas coletiva, destinada aos insensatos, como um dos inúmeros protestos contra a velha legislação dos pobres e dos doentes”. (Foucault; 2005, p. 462).

Para Tuke, na loucura a natureza não é abolida. Ela é apenas esquecida. Para ele, os loucos não devem ser considerados completamente privados de razão. Para isso, deve se evocar este estado através de regiões conhecidas ao doente. No *Retiro* a natureza deve trazer de volta ao insensato a sua verdadeira natureza. Para tanto, dedicam-se ao trabalho agrícola e ao bom ar das planícies, distante daquilo que a sociedade colocou no indivíduo provocando a sua loucura.

“E, por trás de todas essas imagens, um mito começa a tomar corpo, e que será uma das grandes formas organizadoras da psiquiatria no século XIX, o mito das três Naturezas: Natureza-Verdade, Natureza-Razão e Natureza-Saúde. É nesse jogo que se desenvolve o movimento da alienação e sua cura; se a Natureza-Saúde pode ser abolida, a Natureza-Razão só pode ser ocultada, enquanto a natureza como Verdade do mundo permanece indefinidamente adequada a si mesma; e é a partir dela que se poderá despertar e restaurar a Natureza-Razão, cujo exercício, quando coincide com a verdade, permite a restauração da Natureza-Saúde” (Idem, p. 469).

Segundo o filósofo francês, o *Retiro* tenta reproduzir o mito da família patriarcal, sem fraquezas nem complacências e formar uma comunidade fraternal dos doentes aos vigilantes. Assim, os doentes encontrariam a calma necessária para a sua recuperação. A idéia do *Retiro* é fazer com que o homem volte aquele estágio em que a sociedade acaba de sair da natureza. Desta forma, desaparecerá do espírito alienado tudo aquilo que a sociedade produziu.

“Nessa dialética, a loucura torna-se alienação, e sua cura, um retorno ao inalienável; mas o essencial é um certo poder que pela primeira vez o internamento recebe, pelo menos tal como é imaginado pelos fundadores do Retiro; graças a esse poder, no momento em que a loucura se revela como alienação, e através dessa mesma descoberta, o homem é levado de volta ao inalienável” (Idem, p. 470)

Para Tuke, o que existe de inalienável no homem é a Natureza, a Verdade e a Moral, ou seja, a própria Razão. Nesta dialética em que a razão se oculta para não ser abolida, a religião é aquilo que não pode alienar-se. No *Retiro* a religião é aquilo que leva da alienação à saúde. Deve-se *“colocar o alienado no interior de um elemento moral onde ele se verá em um debate consigo mesmo e com o seu meio”* (Idem, p. 478). Ele está sujeito a relação da Lei e da Falta. O louco deve se sentir responsável por tudo aquilo que pode perturbar a moral e a sociedade, acusando a si mesmo pelos castigos que receber. A culpa se constitui em uma coexistência entre o louco e o vigilante.

“Isso significa que através dessa culpabilidade o louco se torna objeto de punição sempre oferecido a si mesmo e ao outro, e do reconhecimento dessa condição de objeto, da tomada de consciência da sua culpabilidade, o louco deve voltar à sua consciência de sujeito livre e responsável, por conseguinte retornar à razão. Esse movimento através do qual, objetivando-o para o outro, o alienado retorna à sua liberdade é o movimento que se encontra tanto no Trabalho quanto no Olhar” (Idem, p. 479)

A eliminação das coerções físicas faz parte de um jogo que se abre para a autocontenção onde a liberdade do louco é ameaçada constantemente no trabalho e no olhar do outro. É assim que é inculcado o medo no alienado. Diz Samuel Tuke que, *“o princípio do medo, que é raramente diminuído na loucura, é considerado como de grande importância para o tratamento dos loucos”* (Idem, p. 478). Mais adiante completa Foucault:

“O Medo surge como personagem essencial do asilo. Figura já antiga, sem dúvida, se pensarmos nos terrores do internamento. Mas estes delimitavam a loucura no exterior, marcando o limite da razão e do desatino e exercendo um duplo poder: sobre as violências do furor, a fim de contê-las, e sobre a própria razão, para mantê-la afastada; esse medo era superficial. O que é instaurado no Retiro é profundo: vai da razão à loucura como uma mediação, como a evocação de uma natureza comum que ainda lhes pertenceria, e através da qual poderiam reatar relações. O terror que reinava era o signo mais visível da alienação da loucura no mundo clássico; o medo está agora dotado de um poder de desalienação, que lhe permite restaurar uma convivência bem primitiva entre o louco e o homem da razão. Ele deve solidarizá-los novamente. Agora, a loucura não mais deverá, não poderá mais causar medo; ela terá medo, sem recurso nem retorno, inteiramente entregue, com isso, a pedagogia do bom senso, da verdade e da moral” (Idem, p. 478).

Philippe Pinel, por sua vez, encara a loucura como algo da razão que deveria ser recuperado. Ele formula então aquilo que Foucault denomina de “tratamento moral”. O trabalho de Philippe Pinel ainda está na base de sustentação da psiquiatria atual. A técnica pineliana se sustenta em três pressupostos: o conceito de alienação mental; o

isolamento e a organização do espaço hospitalar; e o tratamento moral. O alienado, para Pinel, é aquele que está em oposição à cidade, cidade aqui entendida como o lugar da construção de normas de convivência. O alienado é aquele que não segue as normas, as regras que deveriam ser comuns a todos.

O “Gesto” de Pinel, ao libertar um grupo de doze loucos do Hospício de Bicêtre, na França, em 1793, é tido como um marco da constituição do alienismo. Pinel liberta os loucos das correntes, mas os encerra no hospital sob o propósito de fins terapêuticos. A função médica é introduzida em Bicêtre quando pela primeira vez é nomeado um homem de reconhecida *“reputação no conhecimento das doenças do espírito; a designação de Pinel prova por si só que a presença de loucos em Bicêtre já é um problema médico”* (Foucault; 2005, p. 464)

Para Philippe Pinel, a alienação é um estado, no qual o indivíduo é incapaz de perceber as normas. Está fora das regras, da razão. Se não é homem da razão, não responde por si e vem junto com ele associado à idéia de animalidade, de periculosidade, demonstradas através das figuras pictóricas sobre a loucura. Temos com isso o princípio do isolamento. Este isolamento do objeto é uma idéia que vem da botânica e significa retirar do meio, retirar de todas as interferências do meio. Idéia do vidro, observação *in vitro*. Deixando passar a luz, como na estufa, é possível fazer uma observação e um controle.

“O internamento clássico havia criado um estado de alienação que só existia do lado de fora, para aqueles que internavam e que só reconheciam o interno como Estranho ou Animal; Pinel e Tuke, nesses gestos simples em que a psiquiatria positiva

paradoxalmente reconheceu sua origem, interiorizaram a alienação, instalaram-na no internamento, delimitaram-na como distância entre o louco e ele próprio, instituindo-o com isso em mito. E é bem de mito que se deve falar quando se faz passar por natureza aquilo que é conceito, por liberação de uma verdade o que é reconstituição de uma moral, por cura espontânea da loucura aquilo que talvez não passe de sua secreta inserção numa realidade artificiosa” (Idem, p. 476).

O isolamento surge como uma estratégia de conhecimento e de pesquisa. O Hospital Psiquiátrico tem em sua concepção a idéia do Jardim Botânico, idéia de por uma ordem na natureza. Para Philippe Pinel, a observação regular e detalhada possibilita novas classificações, uma nova linguagem. O asilo foi criado porque lá é o lugar da produção de conhecimento, deste conhecimento que deveria corrigir os indivíduos para reintegrá-los ao corpo social.

O louco é aquele que está em oposição às regras da cidade. Não respeita as regras sociais, vive suas próprias regras e por isto deve ser motivo de vigilância e tratamento. O tratamento, que pode assumir a forma de punição, seria fazer com que o louco assumisse a culpa e se sentisse responsável pelo castigo que recebe, *“a volta às afeições morais dentro de seus justos limites, o desejo de rever seus amigos, seus filhos, as lágrimas da sensibilidade, a necessidade de abrir o seu coração, de estar com sua família, de retomar os seus hábitos”* (Foucault; 1979, p. 121). Para tanto, deveria ser internado para poder trazer de volta à memória as normas que deveriam ser seguidas. A verdade inalienável do ser humano, a verdade de sua essência. De acordo com Foucault,

“A experiência clássica da loucura nasce. A grande ameaça surgida no horizonte do século XV se atenua, os poderes inquietantes que habitavam a pintura de Bosch perderam sua violência. Algumas formas subsistem, agora transparentes e dóceis, formando um cortejo, o inevitável cortejo da razão. A loucura deixou de ser, nos confins do mundo, do homem e da morte, uma figura escatológica; a noite na qual ela tinha os olhos fixos e da qual nasciam as formas do impossível se dissipou. O esquecimento cai sobre o mundo sulcado pela livre escravidão de sua Nau: ela não irá mais de um aquém para um além, em sua estranha passagem; nunca mais ela será esse limite fugidío e

absoluto. Ei-la amarrada, solidamente, no meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais a barca, porém o hospital” (Foucault; 2005, p.42).

Para Foucault,

“Tirar as correntes dos alienados presos nas celas é abrir-lhes o domínio de uma liberdade que será ao mesmo tempo o de uma verificação; é permitir que apareçam numa objetividade que não mais será ocultada nem nas perseguições nem nos furores que lhes correspondem; é constituir um campo asilar puro, tal como era definido por Cabanis e que a Convenção, por razões políticas, desejava ver estabelecido” (Idem, p. 466).

Pinel age dentro do contexto da Revolução Francesa, ocorrida em 1789, onde os princípios de cidadania eram emergentes e muito relevantes. A libertação dos loucos das correntes mostra a autoridade que Pinel exerce não somente sobre aqueles que estarão sob o seu tratamento, mas também sobre os promotores da Revolução que incumbiram o médico da reforma dos asilos e lhe confiaram o tratamento da loucura. Ao impor a sua vontade ao comandante da revolução, torna-se claro o poder que seria exercido por Pinel com o respaldo das autoridades revolucionárias. Esta autoridade de Philippe Pinel será o grande trunfo para a terapêutica que será adotada no asilo.

Para analisar a autoridade que Pinel passaria a exercer, podemos destacar esta passagem de *A História da Loucura*, onde o médico insiste com o comandante da revolução pela libertação dos loucos. Ao tentar interrogar os acorrentados para descobrir no meio deles algum inimigo da revolução, Couthon ouve diversas blasfêmias das pessoas a quem tentava inquirir. Diante da cena, volta-se para Pinel e questiona,

“‘Cidadão, será que você mesmo não é um louco, por querer libertar semelhantes animais?’. Pinel respondeu com calma: ‘Cidadão, tenho certeza que esses alienados são tão intratáveis somente porque são privados de ar e liberdade’. – ‘Pois bem, faça como quiser, mas receio que você acabará sendo vítima de sua própria presunção’. E com isso Couthon é conduzido a sua viatura. Sua partida foi um alívio; o grande filantropo logo pôs a mão a obra” (Idem, p. 460).

Para Foucault, os loucos não foram curados por este ato de Pinel. Mas aqui demonstram o sentimento que deveriam ter por aquele que os libertava das correntes através do poder da autoridade de médico. O processo de cura passava por fazer os loucos retornarem a um estado anterior ao surgimento da loucura. Segundo Foucault, para Pinel a cura estaria na cristalização de personalidades sociais, ou seja, aquelas que teriam um papel na sociedade, respeitasse as regras sociais, “*um tipo social moralmente reconhecido*” (Idem, p. 474). Desta forma, Phillipe Pinel exorta que as pessoas desacorrentadas se portassem de acordo com as regras sociais, as normas morais. De acordo com a norma estabelecida por um determinado momento na sociedade.

Como vimos, um movimento semelhante ao de Pinel foi feito na Inglaterra por Samuel Tuke ao criar o *Retiro* para o tratamento dos insanos. Aqui, a utilização da religião é feita de forma aberta. O sentimento de dever moral é a grande força do tratamento no Retiro de Samuel Tuke.

Pinel não tenta retirar o conteúdo moral do tratamento, mas apenas reduz as figuras escatológicas criadas pela religião. Para ele, na religião existe um conteúdo que pode levar o alienado a sua verdade moral. A religião deve ser utilizada para proceder em uma relação com a virtude, o trabalho e a vida social. O asilo seria um “*domínio religioso*”

sem religião, domínio da moral pura, da uniformização ética” (Idem, p. 487). Ele deve ser a continuidade da moral social. Desta forma, o asilo se torna com Pinel um lugar da uniformização moral e da denúncia social para uma purificação moral.

“A (terapêutica) que é praticada por Pinel é relativamente complexa: trata-se de operar sínteses morais, assegurar uma continuidade ética entre o mundo da loucura e o da razão, mas praticando uma segregação social que garanta a moral burguesa uma universalidade de fato e que lhe permita impor-se como um direito a todas as formas de alienação” (Idem, p. 489).

Para aqueles atacados pela soberba o tratamento poderia ser o silêncio, através do qual seriam ignorados; para outros poderia ser a identificação da loucura mirada através de outro alienado; para todos, porém, o julgamento perpétuo. Esta é a base do tratamento moral. A utilização de duchas frias tem em Pinel um caráter altamente judiciário. Ao surpreender o alienado com a ducha, Pinel acredita interromper o processo da loucura. Este tratamento, que é ao mesmo tempo uma punição, é realizado quantas vezes for necessário para que o alienado interiorize esta instância judiciária e faça com que surja o nascimento do remorso no espírito do doente, *“é nesse ponto apenas que os juízes aceitam parar com o castigo, certos de que ele se prolongará indefinidamente na consciência”* (Idem, p. 495).

Este poder é realizado para promover uma disciplina sobre o comportamento da pessoa. A disciplina veiculará o discurso da regra, da norma. Tornando dócil o corpo do indivíduo, torna-se dócil o corpo social. O poder do médico surge para assegurar a disciplina e a ordem na sociedade.

“O que se chama de prática psiquiátrica é uma certa tática moral, contemporânea do fim do século XVIII, conservada nos ritos da vida asilar e recoberta pelos mitos do positivismo” (Idem, 501).

Mais adiante completa Foucault:

“Acredita-se que Tuke e Pinel abriram o asilo ao conhecimento médico. Não introduziram uma ciência, mas uma personagem, cujos poderes atribuíam a esse saber apenas um disfarce ou, no máximo, sua justificativa. Esses poderes, por natureza, são de ordem moral e social; estão enraizados na minoridade do louco, na alienação de sua pessoa, e não de seu espírito. Se a personagem do médico pode delimitar a loucura, não é porque a conhece, é porque a domina; e aquilo que para o positivismo assumirá a figura da objetividade é apenas o outro lado, o nascimento desse domínio” (Idem, p.498).

2.4 – A Moral e a Memória Social em Nietzsche

Não pretendemos aqui, com a análise da segunda dissertação, desenvolvida em *A Genealogia da Moral* (Nietzsche; 2002), fazer um estudo minucioso da genealogia da memória social. Pretendemos com esta interpretação, destacar como Nietzsche analisa o surgimento da memória no ser humano enquanto constituinte da cultura e a partir dela estabelecer um paralelo com o tratamento moral. Portanto, uma memória social. A partir desta premissa, buscaremos realizar uma trajetória que nos levará a pensar a memória da loucura. Pretende-se mostrar como a moral concebida por Nietzsche se modifica historicamente e nos remete ao tratamento da loucura tal como desenvolvido por Philippe Pinel e Samuel Tuke sob a denominação de *tratamento moral*.

Para Nietzsche, a memória é criada no ser humano como um fenômeno coletivo. É a partir desta concepção que Friedrich Nietzsche desenvolve seu pensamento sobre a memória social buscando em uma pré-história, sem a preocupação de seguir uma ordem cronológica, sem a intenção de apontar uma origem estável, as ações que fizeram emergir a criação da memória.

Nietzsche afirma na *Genealogia da Moral*, que o animal homem é um ser por excelência esquecido, para logo em seguida analisar o surgimento da memória e da cultura. Para ele, o esquecimento é uma faculdade, um poder ativo que permite ao homem fazer uma digestão de tudo que ele absorve, evitando assim uma fadiga da consciência. O esquecimento é o que permite o homem ter uma robusta saúde. Neste momento da pré-história, o homem seguia apenas os seus instintos, sem a necessidade de

reter impressões. O esquecimento faz com que as experiências vividas não penetrem em nossas consciências mais do que o necessário para que possam ser digeridas e nos possibilitar a ação e a abertura para novas vivências.

Em sua reflexão sobre a criação da memória, Nietzsche afirma que ela surge devido às necessidades sociais. A partir de determinado momento, quando na pré-história as hordas precisavam se defender de outros grupos e da própria natureza, os mais fortes entre os homens da horda impuseram regras que deveriam ser acatadas pelos demais. Para tanto, para tornar possível a fixação de regras sociais, pouco a pouco se desenvolveu na experiência humana uma *mnemotécnica*. Era preciso lembrar-se para se proteger de outras hordas ou de animais perigosos.

“Como era o Bicho-humano? Esquecido, instintivo, espontâneo, todos os seus atos respondiam as suas necessidades orgânicas. Todos os seus afazeres correspondiam a um instinto; cada situação era nova para ele. Nada era previsto, calculado, memorizado. Aliás, não era necessário prever, calcular ou memorizar. Os instintos orientavam o homem para a realização harmônica de suas necessidades” (Barrenechea; 2006, p. 61).

Mas, como afirmamos, o homem é por excelência um ser esquecido. Para torná-lo um ser de memória, foram necessárias as mais cruéis torturas.

“Noutro tempo, quando o homem julgava necessário criar uma memória, uma recordação, não era sem suplícios, sem martírios e sacrifícios cruentos; os mais espantosos holocaustos e os compromissos mais horríveis (como o sacrifício do primogênito), as mutilações mais repugnantes (como a castração), os rituais mais cruéis de todos os cultos religiosos (porque todas as religiões foram em última análise sistemas de crueldade), tudo isto tem a sua origem naquele instinto que soube descobrir na dor o auxílio mais poderoso da memória” (Nietzsche; 2002, p. 31).

Esta é uma tarefa, segundo Giacóia, paradoxal da natureza (Giacóia; 2001, p. 40). A memória não se formou por meios delicados. Permanece presente na memória aquilo que causa dor, aquilo que não cessa de causar a dor. Tarefa paradoxal esta, que foi uma das mais sinistras e terríveis criadas na pré-história do homem. Esta tarefa é a criação de uma técnica mnemônica, uma técnica que consistia fazer este animal esquecido guardar na memória as regras para a proteção do grupo.

A formação da memória torna possível o que Nietzsche denomina indivíduo soberano, aquele que pode prometer. Estes dão sua palavra e percebem que podem cumpri-la. Este é o sujeito soberano, aquele que a responsabilidade passou a ser o seu instinto dominante. Segundo o filósofo alemão, esta é a tarefa da natureza. Uma tarefa paradoxal, pois implica em voltar-se contra a própria natureza. Para Nietzsche, este homem chama-se a sua consciência. O homem soberano é aquele que conquista através de um longo processo pré-histórico, o domínio sobre si mesmo. A soberania do homem soberano é fruto da eticidade dos costumes. “*É neste sentido que consciência do dever significa, em sua origem, consciência de poder e liberdade, e de modo algum consciência de culpa*” (Giacóia; 2001, p. 42). Aqui, a moral ainda não tem o significado de culpa. Esta eticidade faz com que o homem se torne livre somente por meio da sua passagem pela lei. Para Paschoal, “*sem o trabalho tirânico da sociabilização, ele não teria domínio de si, nem poderia tornar-se o senhor do livre arbítrio*” (Paschoal; 2005, p. 115).

Nietzsche vai demonstrar que embora esta crueldade não aconteça da mesma forma, ela não desapareceu apenas se sutilizou, se *espiritualizou*. Nietzsche afirma, no

entanto, que foi preciso à criação de uma *mnemotécnica* para fazer com que este ser esquecido pudesse criar uma memória. Uma memória da vontade que relaciona o “eu quero” com o “eu faço”. Na pré-história, esta técnica era constituída a partir do martírio, do sacrifício, do castigo, dos rituais de crueldade sobre aqueles que não cumpriam a sua promessa. Causando a dor, pode-se manter na mente deste semi animal, o homem, a memória. Para Giacóia, este é o sentimento mais antigo da consciência moral, “*a consciência de um débito, sentimento permanente de responsabilidade perante alguém, por uma palavra empenhada*” (Giacóia; 2006, p. 41). Diz ainda Giacóia que nesse momento a consciência do dever significa consciência de poder e liberdade e ainda não está ligada à culpa. Está ligada ao homem soberano, aquele que tem domínio sobre a sua vontade.

De acordo com Giacóia (Giacóia; 2001), citando Nietzsche, o sentimento de dívida tem as suas origens nas mais antigas relações entre os homens, a relação entre credores e devedores. A má consciência surge desta antiga relação pessoal que também é produto desta pré-história da humanidade, um longo processo de autoconformação.

Sobre aqueles que não cumprem a promessa, os mais duros castigos são realizados. Este que não consegue cumprir a sua promessa está em falta para com aquele que ele prometeu e para o resto do grupo. Ele comete uma infração que atinge o coletivo. Segundo Nietzsche, esta relação entre prejuízo e dor vem da relação contratual credor e devedor. Aquele que prometia e não cumpria a sua promessa, deveria empenhar ao credor

o que tinha e, inclusive, partes do seu corpo. Mas ao empenhar ao credor partes do seu corpo e passar pelo martírio, a dívida era quitada.

Nietzsche explica assim esta passagem:

"Eis em que consistia a equivalência: em lugar de benefício que compensasse diretamente o dano causado (em lugar de dinheiro, bens, etc.) concede-se ao credor certa satisfação e gozo a maneira de compensação e pagamento, a satisfação de exercer impunemente o seu poderio com respeito a um ser reduzido à impotência, o deleite de fazer o mal pelo gosto de o fazer, a alegria de tiranizar" (Nietzsche; 2002, p. 34).

Na modernidade, o castigo recebe a conotação de despertar o sentimento de culpa. Não é este o sentido que Nietzsche analisa. Para Paschoal (Paschoal; 2005), o castigo como culpa conforme trazido pela modernidade, é um dentre os vários sentidos dados ao castigo. Diz ainda Paschoal que o prisioneiro não sente nascer o remorso: *"Mais do que a produção do remorso, tem-se no prisioneiro a compreensão de que seu ato não é reprovável em si, pois ele o vê praticado a serviço da justiça"* (Idem, p. 130). O castigo, visto também pelo lado daquele que o executa, também não tem o sentido, para Nietzsche, de causar o nascimento do remorso. Para ele, aquele que o executa o faz como uma explosão de afetos *"típica da forma nobre de administrar o ressentimento, uma reação que não é produtora da má consciência"* (Idem). Do lado de quem sofre, o que nasce é a prudência para realizar uma ação futura.

É a partir das transformações da concepção contratual da dívida entre credor e devedor que Nietzsche afirma que surgem os conceitos morais "falta", "dever", "consciência", "santidade do dever". *"Estas idéias, como tudo que é grande sobre a terra,*

foram regadas com sangue" (Nietzsche; 2002, p. 35). Este se constituir pela crueldade, segundo o filósofo, marca as grandes culturas. Tempos em que a humanidade não se envergonhava da sua crueldade. Segundo Barrenechea (Barrenechea; 2006), *"Para ele (Nietzsche), memória, razão, responsabilidade, dever e castigo nada têm de racionais ou ideais, tendo surgido das lutas, dos confrontos, da violência"*.

"Para que fosse possível o surgimento dessa figura de soberania, foi necessário que a humanidade exercesse sobre si mesma um violento trabalho de autoconformação. Esse só pode ser levado a efeito pela aquisição de hábitos regulares, usos e costumes, ajustamento à representação de valores, leis, comandos e obrigações. Esse trabalho pré-histórico recebe o nome de eticidade do costume. Por meio do estabelecimento de uma práxis regrada, foram fixadas as bases para o surgimento e a consolidação de formas regulares de vida social, os rudimentos de instituições sociais, o laborioso processo de organização de uma multiplicidade caótica fortemente impulsiva e sujeita ao esquecimento e ao aguilhão do desejo" (Giacóia; 2006, p. 42).

Para Giacóia, esta "eticidade dos costumes" está ligada à formação de um estado rudimentar que ajusta o homem bárbaro e instintivo, o animal esquecido, às organizações sociais. Cria-se um sentimento de dever que faz o homem passar do estado de natureza para o aspecto simbólico da cultura. Esta passagem se dá através das relações de poder. Quando uma horda dominava outra, regras eram impostas sobre aquelas que haviam sido dominadas, impondo-lhes uma ordem, uma "sociedade".

Segundo Nietzsche (Nietzsche; 2002), viver em sociedade é estar protegido na vida e gozar da paz. É estar protegido contra os perigos a que estão submetidos aqueles que estão fora. Desde que se viva em paz com a comunidade, ele está protegido. Aquele que promete e não cumpre sua promessa está em falta com o grupo, com o coletivo. Ele perde o direito à proteção e também à piedade.

Giacóia afirma que os primeiros sujeitos de direito não são pessoas individuais, mas clãs que se desenvolvem e dão origem à comunidades tribais e, mais tarde, a povos inteiros. A identidade se define pelos laços de sangue. Por isto, aquele que comete uma infração, atinge todo o grupo que pode pedir reparação em nome do sangue comum. Aqui se dão os primeiros sinais da justiça através da máxima *tudo tem o seu preço*.

Para se adaptar às exigências da vida em comum, era preciso que o homem contivesse os seus impulsos, sua vontade de potência, e seguissem as regras da sociabilização, da relação da comunidade, após o domínio de uma horda por outra. No entanto, ao deixar de exteriorizar esta vontade, o homem passa a voltar esta força para o seu interior através de um processo de interiorização. Para Nietzsche, ao interiorizar este sentimento o homem passa a se castigar e cria, assim, a moralidade como culpa. Deste reter os impulsos, deste reter a agressividade, o homem passar a criar a culpa.

Essa interiorização dos instintos se dá devido à necessidade de adaptação orgânica a uma nova vida. Antes nômades e livres, estes homens ao passarem para uma vida sedentária, devem conter seus instintos para se adaptarem as exigências das regras sociais. Para Cavalcanti (1998), estes homens que antes possuíam os instintos como direcionador de suas ações, devem reter estes instintos diante de uma força maior e constrangedora criada pelas exigências das regras sociais. Toda a crueldade instintiva passa a voltar-se contra o próprio homem. Segundo Cavalcanti (Idem), *“a partir da má-consciência o homem separa-se violentamente do seu passado animal e deve enraizar*

sua existência em condições inteiramente novas, opostas aos velhos instintos sobre os quais repousara, até agora sua força, prazer e terribilidade”.

O castigo vai se transformando e passa a ter a conotação de despertar o sentimento da falta de responsabilidade, o remorso, a má consciência. Segundo Giacóia, *“o preço a ser pago pela passagem da barbárie à ordem social é o represamento das correntes de energia instintiva”* (Giacóia; 2001, p. 46). Passa-se de um estado que o castigo era o reparo de um dano, de uma dívida, para outro em que o castigo é tido como culpa.

“Uma vez que, sob a pressão da “camisa de força da sociedade e da paz”, não era mais possível – a não ser sob a forma regulamentada dos castigos penais – exercer a agressividade voltada para o exterior, a hostilidade – que não pode ser simplesmente erradicada – é internalizada e assume a forma da autopunição; esta se apresenta, então, como meio substitutivo para a descarga dos impulsos hostis” (Idem, p. 46).

Segundo Nietzsche,

“Aquele pequeno mundo interior vai-se desenvolvendo e ampliando à medida que a exteriorização do homem acha obstáculos. As formidáveis barreiras que a organização social construía para se defender contra os antigos instintos de liberdade, e, em primeiro lugar, a barreira do castigo, conseguiram que todos os instintos do homem selvagem, livre e vagabundo, se voltassem “contra o homem interior”. A ira, a crueldade, a necessidade de perseguir, tudo isto se dirigia contra o possuidor de tais instintos; eis a origem da má consciência” (Nietzsche; 2002, p. 51).

Para Nietzsche, a má consciência foi criada por uma fatalidade contra a qual não se podia lutar. A submissão de uma norma que começou com o ato de violência, passou a outros atos de violência e, então, entra em cena o Estado rudimentar que abrandava esta matéria brutal de animalidade e a torna manejável. Para Giacóia, desta união de clãs e

tribos, surgem os impérios que uniformizam e cristalizam modalidades de vida em comum. Para Paschoal (Paschoal; 2005), os movimentos que dotaram o homem de uma forma nascem de uma força plástica própria do tipo nobre. Para ele, *“a má consciência não nasce deste tipo expansivo que cria o Estado, nem da ação desse tipo de vontade de poder plástica e formadora”* (Idem, p. 135). Mas ela também não teria nascido sem eles, que eliminando e deixando latente no homem um tanto de liberdade criam as condições, segundo Paschoal, para a formação da má-consciência.

Esse sentimento de dívida vai se transformando à medida que estas sociedades vão se tornando mais fortes. Com isto, os ancestrais vão se engrandecendo pelo fato que a raça vai tornado-se vitoriosa, independente, temida e venerada. O sentimento de dever em relação aos antepassados vai aumentando ao ponto de se criar as divindades. *“Um sentimento perpétuo de dever que assume a forma de piedade, reverência, culto, obediência à vontade dos ancestrais, com a sacralidade das leis, dos usos e costumes que são a objetivação da vontade deles”* (Giacóia; 2001, p. 47). Por sua vez, a decadência de uma raça vai fazendo com que ela perca esta veneração em relação aos antepassados. É preciso, no entanto, revelar a pré-história das religiões para demonstrar a transformação da consciência do dever em consciência moral para podermos mostrar o surgimento do remorso e da culpa.

À medida em que cresce a dívida com os antepassados se desenvolve a relação desta dívida com a divindade. A consciência de ter uma dívida com a divindade não cessou de crescer a partir de uma dívida com os antepassados que ficavam cada vez mais

distantes até se chegar à dívida de uma raça, de um povo, com a divindade e, por fim, com o Deus único cristão. Junto a isto, intensifica-se a noção de uma dívida não resgatada. *“Uma obrigação para com Deus: esta idéia foi porém o instrumento de tortura”* (Nietzsche; 2002, p. 58)

Deus passa a ser o contraste destes instintos animais tornando-os assim faltas para com este mesmo Deus. Deus se torna uma grandeza infinita de castigo e de falta. Aquele que castigou seu próprio filho para salvar a humanidade. Nasce desta forma um sentimento péripetuo de dever. Desenvolve-se, assim, uma interpretação religiosa da relação credor-devedor na humanidade. Deus passa a ser o maior credor de uma dívida eterna do homem. A divindade não tem agora a mesma natureza, antes humana, do devedor. A divindade passa a ser o seu oposto, *“como um ideal inatingível pelo devedor”* (Giacóia; 2001, p. 49). O castigo não terá mais a conotação de quitar uma dívida, mas sim de criar a culpa. A exterioridade do dever com o credor dá lugar à interiorização dos instintos. *“A interpretação moral da consciência do dever inverte a direção natural de descarga dos impulsos hostis e com isso libera um campo fecundo para a satisfação da vontade de causar dor: a via substitutiva por excelência vai constituir em fazer sofrer o próprio sofredor”* (Giacóia; 2001, p. 49).

Para este devedor culpado, resta somente o suplício. Sem poder se exteriorizar, estes instintos convergem para o interior da consciência cavando abismos mais profundos de onde brota a culpa. A hostilidade e a crueldade dos bárbaros voltam-se para o interior do homem criando a má consciência.

“E com isso, nos labirintos cavados na alma são encerrados os martírios da culpa: aturdido pelo opressivo sentimento de uma falta que tem raiz em sua própria natureza, a esse sofrimento vivo em que se converteu o devedor-culpado só resta agora o suplício, já que sua existência é falta a ser expiada. É desse tormento do auto flagelo que se nutre o remorso, envenenando a alma do devedor. Nesse ressentimento tem origem a idéia de uma dívida eterna para com Deus, que o devedor transforma em instrumento de tortura, encontrando assim um miserável subterfúgio para aliviar a carga dos impulsos hostis e dar um sentido ao sofrimento causado pela repressão inelutável” (Idem, p. 50)

O cristianismo elevou esta culpa até um ponto em que ela se torna irresgatável, inexprável, uma vez que ela se torna culpa em relação a um Deus, *“e portanto, em pecado, em algo incomensurável, diante do qual se coloca a exigência de um pagamento, no caso de uma auto-punição, igualmente incomensurável, o castigo eterno”* (Idem, p. 139). Este sentimento se mantém enquanto moral constituindo a cultura. Desta forma, a vontade de poder se transforma na vontade do homem em sentir-se culpado, sua vontade de crer-se sacrificado. Deus se torna a antítese do credor e toma uma forma espiritual. O credor será o contraposto da má consciência. Assim, o dever não terá mais o sentido de dívida, mas de culpa. Sem poder se exteriorizar, este sentimento vai cavando abismos no interior da consciência de onde vem a profundidade da culpa. *“A idéia do deus único e infinitamente bom tem como contrapartida a máxima intensificação da consciência de culpa”* (Giacóia; 2001, p. 51).

2.5 - Uma aproximação com a memória da loucura

Segundo Nietzsche, a crueldade do animal instintivo cuja interiorização acabou por produzir o homem como ser de cultura e de memória não desapareceu, ela apenas se tornou mais sutil, se *espiritualizou*. A partir dessa reflexão de Nietzsche, procuro pensar uma memória da loucura produzida pelos usuários da luta antimanicomial. A literatura passou a ser invadida nas últimas décadas por relatos de pessoas que tiveram a experiência de passar por um asilo, uma instituição psiquiátrica, o manicômio. A partir de então, várias denúncias sobre os maus tratos aos usuários passaram a circular chamando a atenção da sociedade para o que ocorria dentro dos muros do hospício. Diversas denúncias demonstraram a crueldade do tratamento moral que se iniciou com duchas frias e camisas de força, entre outras, para mais adiante criar técnicas como eletrochoque, lobotomia, cela forte, insulinoaterapia, entre outras que estavam longe dos olhos da sociedade.

“A cela forte tinha um chão de cimento frio e um buraco para as necessidades fisiológicas. Havia um buraco minúsculo que dava para se enxergar o pátio. A comida era colocada debaixo da porta, em um prato de alumínio. Eu comia usando as mãos. A partir dessa circunstância, só me restava ficar bem atento para não perder a lucidez” (Freire; 2005, p. 63).

Essas memórias que passam a sair dos manicômios, influenciadas principalmente pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, são memórias marcadas pela tortura. Assim como Milton Freire, outros usuários demonstram as práticas do tratamento moral, como o usuário Paulo Michelom:

“Quando entrei neste hospital, notei que os atendentes e os enfermeiros não eram preparados para lidar com essas pessoas. Se a gente se negasse a fazer alguma coisa que mandavam, éramos amarrados. Recebi dois eletrochoques naquela época e não fui respeitado enquanto pessoa. Existe um saber médico que está acima de qualquer outro saber profissional, na saúde geral é assim. Na saúde mental é pior, porque se supõe que estão lidando com loucos, e loucos não tem voz, não podem falar”⁴

Em sua *A História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault mostra que os loucos são internados porque não respeitam as regras sociais. Para tanto, Philippe Pinel e Samuel Tuke fundam o tratamento moral que tem como principal finalidade corrigir o sujeito para fazê-lo guardar na memória as normas sociais e retornar à sociedade. Corrigir o sujeito significa dominar seus instintos e fazer com que ele memorize as regras que devem ser respeitadas para poder voltar ao convívio social.

Aquele que não respeita as regras sociais está em falta, em dívida com a sociedade. Os instintos precisam ser domados e é preciso fazer com que nasça, na consciência do indivíduo, o remorso e a culpa por infringir as regras sociais. Foucault descreve algumas destas técnicas em *A História da Loucura*.

O silêncio era uma das formas para domar estes instintos. Foucault descreve um homem que havia sido expulso da Igreja e se achava Jesus Cristo. Por isso, viveu doze anos acorrentado e suportava o martírio pois acreditava ser Cristo. Pinel ordena então que o libertem das correntes mas, para ele, o tratamento seria o silêncio. Todos deveriam silenciar-se diante daquele homem. Uma crueldade mais sutil do que as correntes seria realizada. Agora, sem o reconhecimento do seu martírio e ignorado por todos, ele se

⁴ Este relato de Paulo Michelom, assim como de diversos outros usuários, pode ser encontrado no livro *Reinventando a vida – narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. Vasconcelos & Weingarten, 2005.

mistura à sociedade dos outros pacientes após a humilhação provocada por um período de um longo silêncio dos demais em relação a ele.

O reconhecimento pelo espelho era outra prática utilizada por Pinel. Para realizar o tratamento, Pinel acreditava que fazendo o paciente ter noção da sua loucura poderia lhe devolver a cura. Para tanto, fazia com que ele reconhecesse sua loucura mirada através de outro alienado. *“Portanto, é chegada a fase da humilhação: identificado presunçosamente com o objeto do seu delírio, o louco se reconhece como num espelho nessa loucura cuja ridícula pretensão ele mesmo denunciou”* (Idem, p. 492)

Foucault descreve, ainda, um procedimento terapêutico para recuperar uma moça de 17 anos, educada com extrema indulgência, que havia caído em delírio folgazão.

“A fim de domar esse caráter inflexível, o vigilante escolhe o momento do banho e manifesta-se com veemência contra certas pessoas desnaturadas que ousam levantar-se contra as ordens de seus pais e desconhecer a autoridade deles. Previne-a que a partir dali ela seria tratada com toda a severidade que merece, uma vez que ela própria se opõe a sua cura e dissimula com obstinação insuperável a causa primitiva da sua doença” (Foucault; 2005, p. 499).

Com este rigor, descreve Foucault:

“profundamente comovida ...; acaba reconhecendo seus erros e faz uma confissão ingênua, segundo a qual se havia perdido no caminho da razão após ter sido contrariada numa inclinação do coração, indicando o objeto dessa inclinação” (Idem).

Segundo Foucault, no asilo deve reinar o universal da moral que se imporá às formas que lhe são estranhas e onde a alienação já é dada antes de manifestar-se nos

indivíduos. *“No primeiro caso, o asilo deverá agir como despertar e reminiscência, invocando uma natureza esquecida; no segundo, terá de agir por deslocamento social, para tirar o indivíduo de sua condição”* (Idem, p. 488).

Algumas das técnicas descritas por Foucault são mencionadas no século XXI pelos usuários do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, como também demonstra Austregésilo Carrano Bueno e Fernando Goulart. Segundo Goulart,

“Fiquei muito chateado quando cortaram o meu cabelo, eu tinha um cabelão, era enorme. Fiquei pau da vida. Puxa, eu não queria cortar o cabelo! Mas alegaram que era para não pegar piolho, que era uma questão de higiene, mas e a questão da roupa? São coisas que vão de encontro aos nossos direitos humanos, direito de nos vestirmos conforme quisermos, mas mesmo assim, ainda alegam que é regime interno da instituição. Então, nestas instituições os direitos humanos não são respeitados” (Goulart; 2005, p. 192).

Assim como Goulart, descreve Carrano desta forma a sua passagem pela instituição psiquiátrica:

“Eu fui internado aos dezessete anos. Meu pai encontrou maconha dentro de uma jaqueta minha e, aconselhado por um amigo dele, que era polícia civil, me internou em um hospital em Curitiba, um hospital que tem fama de ser modelo. Lá eu caí nas mãos de um médico muito importante e conhecido. Esse mesmo psiquiatra me fez vinte aplicações de eletrochoques. Foi um erro a minha internação, um erro muito grosseiro. Esses eletrochoques são aplicados em uma voltagem de cento e oitenta e quatrocentos e sessenta volts, nas têmporas, podem causar fratura de fêmur, de clavícula, de maxilar, queima os neurônios, deixa sérias lesões cerebrais e pode até causar a morte do paciente. Nós do Movimento da Luta Antimanicomial, somos totalmente contra o uso da eletroconvulsoterapia e estamos tentando proibir o seu uso nos hospícios brasileiros” (Carrano; 2005, p. 26).

Assim como Carrano, vários outros usuários passam a denunciar as técnicas produzidas pelo tratamento moral de Philippe Pinel, considerado “o pai da psiquiatria”.

Técnicas que vão desde castigos leves a punições severas. Estas técnicas utilizadas para fazer o louco guardar na memória as normas que deveriam ser seguidas, começam a ser questionadas e os usuários passam a criar outras formas de se relacionar com o mundo, a loucura e a diferença.

Em *Assim falou Zaratustra*, Nietzsche analisa as três metamorfoses pelas quais passa o espírito humano: o camelo, o leão e a criança.

Segundo ele, há muitas coisas pesadas para o espírito. O Espírito de carga é aquele que carrega coisas pesadas e ajoelha-se como o camelo. Aquele que tem culpa, que sofre, que padece. Não consegue se libertar das culpas impostas pela moral sacerdotal. Anda pelo seu deserto carregando o seu fardo.

Esse espírito pode ser visto em muitos usuários internados em hospitais psiquiátricos e, outros, em tratamento fora do hospital psiquiátrico. Carregam uma culpa e não conseguem se libertar dela. Não conseguem negar esta vida da moral escrava que lhe foi imposta.

A segunda metamorfose analisada por Nietzsche é a do Leão. Este consegue dizer "não" a este sentimento de dever que tentam lhe impor. O leão consegue fazer oposição a esta forma de controle e diz: "eu quero".

Em muitos usuários da Luta Antimanicomial, vimos o espírito do Leão. Como já citado no texto, Austregésilo Carrano talvez sirva como o melhor exemplo. Carrano diz não ao tipo de tratamento que sofreu e à aceitação de um sentimento de dever às normas impostas por uma determinada força dominante. Carrano diz não, como o Leão, e vem durante cerca de 20 anos denunciando a prática de tortura que ocorre nos manicômios. Sua denúncia tem sido um dos principais trunfos da Luta Antimanicomial.

A terceira metamorfose do espírito que Nietzsche nos apresenta é a da criança. Para ele, o Leão diz não, mas ainda está na oposição, enquanto a criança que não retém as lembranças está sempre a afirmar a vida. A dizer um sim para a vida. A olhar sempre para o futuro e não fica presa ao passado.

Após cerca de 30 anos do processo de sua criação, vemos surgir usuários com o espírito da criança. Aqueles que produzem o esquecimento e vêm afirmando a vida constantemente, celebrando a vida. É o que sentimos nas mensagens de alguns usuários como o grupo *Harmonia Enlouquece*, que produzem um esquecimento das normas impostas pela moral e criam através da arte uma nova forma de falar da loucura e vem atraindo vários nomes do meio artístico para pensar a loucura e a diferença. O grupo vem fazendo apresentações periódicas em casas de show com a participação de grandes artistas do cenário cultural nacional. Aqui vemos um permanente dizer sim a vida.

Outros usuários que trazem o espírito de criança, apresentado por Nietzsche, manifestam-se na *TV Pinel*, do Instituto Municipal Philippe Pinel. Um dizer sim à vida, à

loucura. Outros manifestam-se nos Encontros de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, criando novas formas de vida através da participação nas instâncias de decisões políticas. Trazem, desse modo, à lembrança o que ocorria com os antigos gregos e demonstram uma arte retórica na resistência para ocupar um novo lugar na *pólis*.

III – O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial

3.1 – Antecedentes da reforma

O processo de reforma psiquiátrica brasileira, que conta com a intensa participação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, é singular e envolve experiências ocorridas em outros países⁵, após a 2ª. Guerra Mundial, tais como a Comunidade Terapêutica, da Inglaterra que, segundo Amarante,

“Maxwel Jones se convierte en el autor y operador práctico más importante de la comunidad terapéutica. Al organizar, en los primeros momentos su experiencia, los internos en grupos de discusión, grupos operativos y grupos de actividades, objetiva el involucramiento del sujeto con su propia terapia y con la de los demás; así como hace de la “función terapéutica” una tarea no solo de los técnicos sino también de los propios internos, de los familiares y de la comunidad. La realización de reuniones diarias y de asambleas generales, por ejemplo, se tiene por criterio dar cuenta de las actividades, participar de la administración del hospital, gerenciar la terapéutica, dinamizar la institución y la vida de las personas. La carencia de mano de obra, tanto técnica especializada como auxiliar, plantea la urgencia de agotar todas las posibilidades existentes, sin las cuales el hospital no podría cumplir su tarea” (Amarante; 2006, p. 27).

Na definição de Amarante, a Psicoterapia Institucional, outra corrente de pensamento surgida na França, tem em François Tosquelles, sua principal influência.

“Tosquelles cree que en un hospital reformado, eficiente, dedicado a la terapéutica, la cura de la enfermedad mental puede ser alcanzada y el enfermo devuelto a la sociedad. El carácter novedoso traído por la psicoterapia institucional está en el hecho de considerar que las propias instituciones tienen características enfermas y que deben ser tratadas (de ahí viene a adecuación del término psicoterapia institucional de Daumezon y Koechelin).

⁵ Foge aos objetivos deste trabalho aprofundar a discussão das reformas realizadas nesses países. Para um maior aprofundamento, ver *Locos por la Vida*. Amarante, 2005.

La psicoterapia institucional se alimenta inclusive del ejercicio permanente del cuestionamiento de la institución psiquiátrica como espacio de segregación, de la crítica al poder médico e de la verticalidad de la relaciones inter institucionales” (Idem, p. 31)

Duas outras referências para a construção da reforma psiquiátrica brasileira são a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Comunitária americana. A psiquiatria de setor pode ser definida como,

“un proyecto que pretende hacer desempeñar a la psiquiatria una vocación terapéutica, lo cual, según sus defensores no se consigue en el interior de una estructura asilar alienante. Así surge la idea de llevar la psiquiatria a la población, evitando al máximo la segregación y el aislamiento del enfermo, sujeto de una relación patológica familiar, escolar, profesional, etc. Se trata por lo tanto de una terapia in situ: el paciente será tratado dentro de su propio medio social y con su médico, y el pasaje por el hospital no será más que una etapa transitoria del tratamiento” (Fleming apud Amarante; 2006, p. 33).

Mais adiante completa Amarante:

“En consecuencia, se instituye el principio de escudriñar el hospital psiquiátrico y varias áreas de la comunidad de tal modo, que cada “división” hospitalaria corresponda a un área geográfica y social. Tal medida produce una relación directa entre el origen geográfico y cultural de los pacientes con el pabellón en el que serán tratados, de modo de posibilitar una adecuación de cultura e hábitos entre los pacientes de una mesma región y dar continuidad al tratamiento en la comunidad con el mismo equipo que lo trataba en el hospital” (Amarante; 2006, p. 34).

A Psiquiatria Preventiva ou Comunitária americana, adotada pelo Governo Kennedy, tem a perspectiva de diagnosticar os casos suspeitos na própria comunidade. Para Amarante,

“El preventismo norteamericano viene a producir un imaginario de salvación no solo para los problemas y precariedad de la asistencia psiquiátrica del país sino para los propios problemas norteamericanos. A partir de una reducción de conceptos entre enfermedad mental y disturbo emocional (que caracteriza lo que Caplan define como crisis) se instaura la creencia que todas las enfermedades mentales pueden ser prevenidas si no detectadas precozmente, de lo cual, luego, si la enfermedad mental significa disturbio, desvío, marginalidad, se pueden prevenir y erradicar los males de la sociedad. De esa forma, urge la identificación de personas potencialmente enfermas, de candidatos de enfermedad, de susceptibles al mal (Idem, p. 36).

Essas medidas são denominadas por Franco Rotelli como psiquiatrias reformadas. Mas, segundo Amarante, as correntes da antipsiquiatria e da psiquiatria democrática italiana propõem uma ruptura com o paradigma da psiquiatria tradicional que tem no asilo o *a priori* do tratamento da loucura. A antipsiquiatria surge na década de 60 dentro de um contexto dos movimentos underground da contracultura. Segundo Amarante,

“La antipsiquiatria busca un diálogo entre razón y locura, divisando la locura entre los hombres y no dentro del hombre. Critica la nosografía que estipula el ser neurótico, denuncia la cronificación de la institución asilar y considera hasta la búsqueda voluntaria del tratamiento psiquiátrico como una imposición del mercado al individuo que se siente aislado en la sociedad. El método terapéutico de la antipsiquiatria no prevee tratamiento químico o físico y se valoriza a análisis del ‘discurso’ por medio de la metanoia, del viaje o delirio del loco, que no debe ser podado. El loco es acompañado por el grupo ya sea por métodos de investigación, por la represión de la crisis, psicodramatizada o auxiliada com recursos de regresión” (Idem, p. 46).

A maior influência, no entanto, do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileira foi exercida por Franco Basaglia e pelo Movimento Psiquiatria Democrática Italiana que desvelam a existência de uma estrutura social excludente. O movimento aponta para a necessidade de uma análise histórico-crítica no que diz respeito à formação da sociedade e ao modo de lidar com a diferença.

“El gran mérito del Movimiento Psiquiatría Democrática, fundado en Bolonia, en 1973, puede ser referido a la posibilidad de denuncia civil de las prácticas simbólicas y concretas de violencia institucional y, por encima de todo, a la restricción de esas denuncias a un problema de los “técnicos de salud mental”. La posibilidad de la ampliación del movimiento de la PDI y su alcance más allá de la propiedad o de la competencia médico-psiquiátrica-psicológica permite alianzas con fuerzas sindicales, políticas y sociales. La PDI trae al más amplio escenario político la revelación de la imposibilidad de transformar la asistencia sin reinventar el territorio entre ciudadanía y justicia” (Idem, p. 51).

3.2 – A revolução de Basaglia

Segundo Barros, na Itália havia cerca de 17 mil pessoas internadas em 1965 (Barros; 1994). Basaglia iniciou nos primeiros anos da década de 60, junto com um grupo de psiquiatras, um trabalho de reformulação da assistência no Hospício de Gorizia. Seguindo o método da comunidade terapêutica, Basaglia inicia uma proposta de transformar a assistência envolvendo toda a comunidade do hospital para uma nova prática. Desta forma, o grupo liderado por Basaglia passa a pensar a loucura em uma dimensão onde o sofrimento existencial e social pudesse ser modificado (Idem; p. 53).

O primeiro núcleo do movimento liderado por Basaglia, a Psiquiatria Democrática Italiana, viria a surgir em 1973 e, a partir de então, o movimento transforma-se no protagonista das mudanças que ocorreriam na Itália. Segundo Barros, em seu conteúdo programático, o movimento se propunha a: 1 – dar continuidade à luta contra a exclusão, analisando e denunciando a sua origem em seu aspecto estrutural e superestrutural; 2 – dar continuidade à luta contra o manicômio, compreendido como lugar de exclusão; 3 – assinalar os perigos de se reproduzir mecanismos institucionais de reclusão mesmo em instituições psiquiátricas extramanicomiais de qualquer tipo; 4 – tornar explícita a ligação entre a ação no campo específico e o problema mais geral da assistência médica, reivindicando uma ação unitária, que envolva a psiquiatria, na luta pela reforma sanitária (Barros; 1994, p. 55). Para Barros, não se trata de recuperação da pessoa, mas sim da emancipação de uma condição de vida.

Para Rotelli, um dos fundadores do Movimento Psiquiatria Democrática Italiana, citado por Barros, a luta se dirige à “*construção de projetos que aumentem as possibilidades e probabilidades de vida*” (Barros; 1994, p. 55). Diz ainda Rotelli que a terapia visa “*realargar os espaços de liberdade internos do ser humano, no sentido da sua emancipação. Para isto é necessário emancipar, também, o ambiente no qual vive, pois não é possível aumentar a liberdade sem aumentar o estatuto de liberdade a sua volta*” (Idem). Para Barros, a ação terapêutica só pode existir no interior de uma relação de reciprocidade.

Essas ações em Gorizia, iniciadas em 1961, tiveram de ser interrompidas. Mas, a partir de Gorizia, outras ações foram realizadas na Itália. A mais importante delas ocorreu em Trieste, para onde foi Basaglia e sua equipe após deixar Gorizia. Antes de deixar o Hospício de Gorizia, no entanto, Basaglia e sua equipe assinam um termo de alta para todos os internados no Hospital. Para Barros,

“A crítica italiana atinge as bases da psiquiatria tradicional e questiona a própria natureza ideológica da ciência em geral, absorvendo os ensinamentos de Foucault para quem o manicômio, mais que um sobrevivente arcaico, é um produto intrínseco do iluminismo e da própria sociedade capitalista” (Barros; 1994, p. 57).

As ações de Basaglia em Gorizia se deram com o fim das ações institucionais de contenção e criação de condições para reuniões e encontro entre pessoal médico e pacientes. Nesse período, Basaglia percebe os limites da comunidade terapêutica e observa que esta serve, no entanto, para demonstrar a crise do aparato manicomial. A experiência de Gorizia ficou registrada no livro de Basaglia *A Instituição Negada*,

lançado em 1968, e ganhou grande repercussão devido ao movimento das lutas estudantis nesse mesmo ano e à luta operária no ano seguinte. Segundo Barros, “*em Gorizia trabalhou-se por dez anos, quase exclusivamente no hospital psiquiátrico, sobre suas contradições e possibilidades de transformá-lo. Em Trieste pôs-se rapidamente em prática o que havia sido alcançado em Gorizia, com a intenção de construir algo realmente novo*” (Barros; 1994, p. 63).

Para Basaglia, negar o manicômio como lugar de tratamento implica em uma nova posição do médico. Para ele, a descoberta da liberdade pelo psiquiatra leva à questão do doente fora do manicômio.

“De fato, só agora o psiquiatra parece redescobrir que o primeiro passo para o tratamento do doente é o retorno a liberdade, da qual até hoje ele mesmo o privava. A necessidade de um regime, de um sistema, na complexa organização do espaço fechado em que o doente mental foi isolado durante séculos, atribuía ao médico o mero papel de vigilante, de tutor interno, de moderador dos excessos a que a doença podia levar: o valor do sistema superava o do objeto dos seus cuidados. Mas, hoje, o psiquiatra se dá conta de que os primeiros passos em direção à abertura do manicômio produzem no doente uma transformação gradativa do seu espaço, da sua relação com a doença e com o mundo, da sua perspectiva das coisas, restringida e diminuída não só pela condição mórbida, mas também pela longa hospitalização” (Basaglia; 2005, p. 24).

Nessa fase, Basaglia sofre grande influência de Foucault através do livro *A História da Loucura na Idade Clássica* e de Goffman através do livro *Asylums*, publicado no Brasil com o título *Manicômios, prisões e conventos*. Basaglia, no entanto, acreditava que a crítica de Goffman era uma etapa do processo, não o ponto de chegada. Para Barros (1994), Basaglia acreditava que era preciso ainda superar a condição de exclusão típica da internação, transformando a natureza da relação que une o que exclui ao excluído e que explique o significado das instituições responsáveis pela gestão da exclusão.

“Mas, no fim do século XVIII – diz Foucault em sua recente História da Loucura – não se assiste a uma libertação dos loucos e sim a uma objetificação do conceito da sua liberdade, objetivação que, desde então, impeliu o doente a identificar-se gradativamente com as regras e com o esquema da instituição, ou seja: a institucionalizar-se” (Idem, p. 26).

Basaglia assume o cargo de diretor do Hospital San Giovanni, em Trieste, em 1971, e inicia ali o processo de transformação do Hospital. A intenção de Basaglia era desconstruir o manicômio *“modificando toda a dinâmica institucional e direcionando-a para a abertura de suas portas, desta vez na direção inversa da habitual: do interno ao externo”* (Barros; 1994, p. 76). Em 1973, Trieste tornou-se para a Organização Mundial da Saúde (OMS) área-piloto de um plano de pesquisas sobre novas soluções para a psiquiatria seguindo as novas exigências da organização social.

A desconstrução do Hospital de Trieste inicia-se com alguns acontecimentos, dentre eles, destaca-se a Festa das Castanhas, a formação do Coletivo Arcobaleno, a criação de Marco Cavalo e as primeiras viagens recreativas⁶.

Assim, é criada a Cooperativa Trabalhadores Unidos, em 1973. E o período de 1975 a 1978 ficou marcado pela criação e organização dos serviços territoriais que envolviam duas ações: o *“welfare de emergência”*, que revelava a miséria dos manicômios e da cidade, e o *“welfare artesanal”* que significava a luta para devolver ou dar ao paciente uma condição material mínima onde poderia ser garantida a cidadania e garantir, ainda, novas formas de produção da subjetividade. Além da cooperativa, são

⁶ Para um melhor detalhamento destas experiências, ver *Jardins de Abel – Desconstrução do Manicômio de Trieste*. Barros, Denise Dias. 1994

criados os Centros de Saúde Mental, residências e outros dispositivos que tem por objetivo cuidar do usuário junto a sua comunidade⁷.

Essas ações iniciadas por Basaglia ganham força quando é realizado em setembro de 1977, em Trieste, o III Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, intitulado “O Circuito do Controle”. *“A rede surgiu em Bruxelas, no ano de 1975, por iniciativa de um grupo de técnicos e intelectuais de esquerda de vários países que desejavam promover uma interligação de movimentos, práticas e teorias diversas”* (Idem, p. 84). Nesse encontro, Basaglia apresenta uma comunicação intitulada “*O Circuito do Controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica*”, onde apresenta o processo que vem ocorrendo em Trieste. Segundo Basaglia, uma nova história passa a ser contada após as transformações realizadas. Para ele:

“Por essas razões, hoje que o projeto político inicial se apresenta como realidade concreta, resta muito mais a memória dos significados do que a dos fatos. É impossível contar as coisas que aconteceram. O fato é que, hoje, a história de Trieste é cada vez menos a história de uma instituição e cada vez mais a história de muitas vidas que, na ruptura das dependências institucionais recíprocas, emergiram e se desenvolveram numa dimensão dificilmente reconstituível pela análise daquilo que foi” (Basaglia; 2005, p. 240).

Robert Castel e El Kaim, dois dos fundadores da rede, afirmam que o movimento tem como pontos centrais: 1 – luta pela eliminação de todas as formas de reclusão psiquiátrica; 2 – discussão da política de setor como substituição tecnocrática do manicômio; 3 – repúdio ao monopólio dos técnicos sobre o problema da saúde mental; 4 – crítica às novas teorias psiquiátricas e psicanalíticas; 5 – apoio às lutas conduzidas pelas

⁷ Na Itália, a PDI utiliza o termo território por este ampliar o significado que deve ter a relação do louco em liberdade. Território, para a PDI, dever ser o lugar das trocas sociais e da contradição.

“minorias” marginalizadas ou pela população de regiões que pretendem encontrar respostas aos próprios problemas; 6 – luta contra a normatização.

Em 1978 é aprovada a lei 180, na Itália, que não permite a abertura de novos leitos psiquiátricos e prevê a extinção dos manicômios. Passa-se agora da “instituição negada” para a “instituição inventada”. Segundo Barros, *“o novo sistema de assistência de saúde mental não conta com a retaguarda da internação manicomial. A assistência à crise passa a ser realizada nos próprios CSM”* (Barros; 1994, p. 82). Barros cita Rotelli que afirma:

“A instituição em questão era o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso para o qual haviam sido criados: a doença à qual se sobrepõe, no manicômio, o objeto periculosidade (...) para nós o objeto da psiquiatria pode e deve ser a existência-sofrimento dos pacientes e a sua relação com o corpo social (...) Somos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja aquele de desinstitucionalização voltado para reconstrução das pessoas como atores sociais, impedir o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara sobredeterminada de doente (...) Eis por que a necessidade, hoje em psiquiatria, de instituições inventadas. Tal é a nossa experiência seguida em Trieste, filha autopoietica da experiência primeira, a instituição negada. A instituição negada foi a descrição dura de uma contaminação, a prática que a revelava. A instituição inventada é a prática assumida, organizada, consciente daquela contaminação” (Rotelli apud Barros; 1994, p. 121)

3.3 – Breve histórico do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial

O processo que deu início à constituição do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial data do ano de 1978, em um cenário de luta pela redemocratização do país no período marcado pela ditadura militar, iniciada no Brasil com o golpe militar de 1964. Desta forma, movimentos populares da sociedade civil passam a se organizar e lutar pela ampliação da participação política na esfera pública. Dentre estes movimentos, destacam-se os movimentos na área de saúde que reuniam organizações como o Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (CEBES), o Sindicato dos Médicos, o Movimento de Renovação Médica (REME) e outros ligados a essa luta como a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Conselhos Profissionais, a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), associações de familiares, associações de moradores, entre outros. Esse processo ficou denominado como Movimento de Reforma Sanitária, que lutava por saneamento básico, garantias trabalhistas e ações na área de saúde para a população (Machado; 2000).

A área da saúde mental se destaca dentre os processos de organização política. Segundo Machado (Idem), “*o desafio a ser enfrentado nas bases da psiquiatria no Brasil era a predominância do modelo de hospitalização e a privatização na assistência*”. Os trabalhadores em saúde mental se organizam e passam a questionar a forma de tratamento oferecida à população, bem como as condições de trabalho as quais eram submetidos.

Após denúncia de três médicos residentes do Centro Psiquiátrico Pedro II (atual Instituto Municipal Nise da Silveira), no livro de registro da instituição, no Rio de

Janeiro, em 1978, relatando práticas de maus tratos aos usuários (Amarante; 2003), como uso abusivo de eletrochoques, contenções, medicação excessiva e outras formas de violência, além das péssimas condições de trabalho a que eram submetidos estes trabalhadores, os trabalhadores do CPPII, foram demitidos. A demissão provocou a mobilização de outros trabalhadores das quatro unidades federais da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) - Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e manicômio judiciário Heitor Carrilho. A DINSAM era o órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas de saúde mental, vindo posteriormente a se transformar em Coordenação Nacional de Saúde Mental.

A greve levou à demissão de 260 trabalhadores dessas unidades, dando início ao que viria a ser denominado “a Crise da DINSAM”. A polêmica se espalhou pelo país e no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em Camboriú, Santa Catarina, em 1978, os trabalhadores realizaram uma plenária e se organizaram enquanto um movimento nacional. É então criado o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental. Em seu boletim de criação os trabalhadores apontam as irregularidades na condução das políticas de saúde mental da DINSAM, para a privatização do setor e a psiquiatrização do paciente. Esse congresso ficou conhecido como o “Congresso de Abertura”, em razão de seu caráter político e ideológico. O objetivo do MTSM é,

“constituir-se em espaço de luta não institucional, em lugar de debate e onde se encaminham as propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores da saúde, associações de classe, assim como os mais amplos setores da sociedade” (Amarante; 2006, p. 60)

O jogo de forças entre o movimento que surgia contra uma psiquiatria asilar e as práticas de um governo militar desencadeou embates em vários momentos. Dentre eles podemos destacar o I Congresso de Psicanálise de Grupos e Instituições, de 19 a 22 de outubro de 1978, no Rio de Janeiro, onde é lançado o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI). Para esse evento, estiveram presentes no Brasil pensadores como Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman e Thomas Szasz. Teve importante contribuição nas discussões políticas o I Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido em 1979, em São Paulo, que teve por objetivo criar *“uma nova identidade profissional, começando a organizar-se fora do Estado, no sentido de denunciar a prática dominante deste, ao mesmo tempo que preserva seus direitos no interior do mesmo”* (Amarante; 2006, p. 64).

No Rio de Janeiro é criada, em 1979, a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho (SOSINTRA). Uma associação que pela primeira vez reúne os usuários dos serviços de saúde mental em seus quadros. Segundo Amarante,

“É a partir dos trabalhos de preparação da I Conferência Nacional de Saúde Mental que a Sosintra se afirma como entidade importante e presente no cenário das políticas públicas. No Rio, são organizados dois eventos preparatórios para a I CNSM: o I Encontro Estadual de Saúde Mental, em março de 1987, dos quais a Sosintra participa com delegados eleitos e com documentos por eles elaborados. Essa participação e essa importância se estenderam a I CNSM e a muitos outros eventos a partir de então” (Amarante; 2006, p.140).

Nesse mesmo ano, em Belo Horizonte, Minas Gerais, ocorre o III Congresso Mineiro de Psiquiatria; e em 1980 ocorreria o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, que ocorre paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Salvador, Bahia.

Esses eventos proporcionaram a vinda ao Brasil de representantes da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, da Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, tais como Franco Basaglia, Franco Rotelli, Félix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman, entre outros. Esses pensadores foram de fundamental importância para a construção de um pensamento crítico dos trabalhadores em saúde mental.

A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando os trabalhadores mudam o caráter científico da conferência para uma forma de participação de base trabalhista, com participação popular, foi então reapresentado o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado de várias discussões no campo da saúde impulsionadas pelo Movimento de Reforma Sanitária. A proposta do SUS foi apresentada pela primeira vez pelo Centro Brasileiro de Estudo em Saúde (CEBES), através do sanitarista Sérgio Arouca, no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, em outubro de 1979 (Amarante; 2006). Na 8ª Conferência optou-se, ainda, por uma organização que deveria ter conferências com temas específicos tais como conferência da mulher, vigilância sanitária, saúde ambiental e, também, saúde mental (Idem, p. 84). O SUS viria a ser implantado efetivamente com a Constituição Cidadã, de 1988.

Segundo a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, “*o SUS dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*”. Esta mesma lei afirma em seu artigo 4º que “*o conjunto das ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e*

indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS”. A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, complementar a Lei 8.080, “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Em seu artigo 1º, a lei 8.142 garante a participação das seguintes instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Com o SUS, os usuários e seus familiares começaram a fazer parte desse processo.

Como desdobramento da 8ª. Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, é realizada entre 25 e 28 de junho de 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental. E, em dezembro de 1987, quando é realizado o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, conhecido como o Congresso de Bauru, o MTSM se transforma em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e passa a incluir nas suas instâncias de luta os usuários e seus familiares. Anterior ao Congresso de Bauru é realizado, em Buenos Aires, na Argentina, em 1986, o III Encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria quando surge pela primeira vez o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*” (Amarante; 2007).

Como resultado do Congresso de Bauru, os trabalhadores se colocam dessa forma diante da luta pela mudança na assistência psiquiátrica:

“Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e da produção

*social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta anti-manicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada”.*⁸

A partir de então, vários têm sido os usuários e familiares que passaram a denunciar a violência da psiquiatria nos manicômios e se tornaram lideranças assumindo papéis estratégicos em Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, na Comissão Intersetorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde, nos Encontros da Luta Antimanicomial e nos Encontros de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial.

Entre os usuários, por sua vez, encontra-se Austregésilo Carrano Bueno, ex-representante dos usuários na Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, do Conselho Nacional de Saúde. Carrano foi autor do livro “*Canto dos Malditos*” que deu origem ao filme “*Bicho de Sete Cabeças*”, um importante instrumento para revelar a violência dos manicômios. Ao ver um usuário ser levado para tomar eletrochoque narra Austregésilo Carrano em seu livro:

“Deitou de barriga para cima, cabeça para a porta. Eu, tenso, observava cada movimento. O administrador dobrou a perna e a colocou no tórax. Marcelo colocou o tubo na boca do Rogério. Molhou os dedos num frasco – era aquela coisa meio gordurosa. Passou os dedos de um lado ao outro nas têmporas de Rogério. O Dr. “X”⁹ parado um pouco para dentro da porta, que permanecia aberta. Na mesinha com rodinhas, uma maleta preta donde saem fios de luzes que terminam em dois tubos brancos – parecem de gesso e tem cerca de 20 cm, cada um. O Dr. “X” segurava um tubo daquele em cada mão. Ele dobra o tórax, ficando com a cabeça em cima da do Rogério, examinando não sei o que. Recua, endireitando o seu corpo. Dá um pequeno sinal: os imobilizadores forçam mais o corpo do imobilizado para baixo. O Dr. “X” encosta os dois tubos nas têmporas do Rogério por apenas pouquíssimos segundos. A convulsão do corpo é tão violenta que ele consegue erguer o administrador para cima

⁸ Boletim do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental

⁹ Utilizarei aqui o termo Dr. “X”, pelo fato da família do médico ter processado o autor do livro e conseguido na justiça que o nome do médico não fosse mencionado nas edições posteriores do livro “Canto dos Malditos”, de Austregésilo Carrano Bueno.

uns 10 cm, mais ou menos. Rogério desfalece, soltando o tubo de sua boca e babando. Seu longo gemido, permaneceu em meu ouvido” (Bueno; 2000, p. 80).

Como resultado desse processo, o deputado federal Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores, apresenta, em 1989, o projeto de Lei 3.657 que regulamenta os direitos dos usuários e aponta para a extinção progressiva dos manicômios. Segundo Amarante, o projeto “*consolida o processo de discussão sobre a loucura, a enfermidade mental, a psiquiatria e as instituições psiquiátricas em uma dimensão nunca vista na sociedade brasileira*” (Amarante; 2006, p. 95).

Em 1989, é realizada na cidade de Santos, São Paulo, a primeira intervenção através do poder público na clínica Anchieta, após denúncia de maus tratos aos pacientes, e é implantada na cidade ações de base territorial, fora do espaço hospitalar, que envolviam os trabalhadores em ações como os projetos TV Tam Tam, Rádio Tam Tam, trabalhadores usuários em bares, ações em teatro e outras iniciativas. Essas medidas impulsionaram a luta do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial pela extinção dos manicômios devido ao sucesso conquistado em Santos.

Desde 1991, já foram realizados oito encontros de usuários e familiares da luta antimanicomial e sete encontros nacionais da luta antimanicomial:

- I Encontro Nacional de Usuários e Familiares – 1991 – São Paulo (SP)
- II Encontro Nacional de Usuários e Familiares – 1992 – Rio de Janeiro (RJ)
- I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial – 1993 – Salvador (BA)

- III Encontro Nacional de Usuários e Familiares – 1993 – Santos (SP)
- II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial – 1995 – Betim (MG)
- IV Encontro Nacional de Usuários e Familiares – 1996 – Franco da Rocha (SP)
- III Encontro Nacional da Luta Antimanicomial – 1997 – Porto Alegre (RS)
- V Encontro Nacional de Usuários e Familiares – 1998 – Betim (MG)
- IV Encontro Nacional da Luta Antimanicomial – 1999 – Paripueira (AL)
- VI Encontro Nacional de Usuários e Familiares – 2000 – Goiânia (GO)
- V Encontro Nacional da Luta Antimanicomial – 2001 – Miguel Pereira (RJ)
- VII Encontro Nacional de Usuários e Familiares – 2002 – Xerém (RJ)
- VI Encontro Nacional da Luta Antimanicomial – 2005 – São Paulo (SP)
- VIII Encontro Nacional de Usuários e Familiares – 2007 – Vitória (ES)
- VII Encontro Nacional da Luta Antimanicomial – 2007 – Vitória (ES)

3.4 - A reformulação da assistência no Brasil

Em novembro de 1990, é realizada na Venezuela a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde. Essa conferência representaria um reconhecimento da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) da luta, realizada no Brasil, pela transformação do modelo assistencial pautado ainda no hospital psiquiátrico e nas técnicas do tratamento moral. O documento final da conferência, que ficou conhecido como a “Declaração de Caracas”, enfatiza a ineficácia do manicômio e propõe em seu artigo 5,

“Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais”¹⁰.

A declaração aponta, ainda, para a promoção de serviços de saúde comunitária e internação em hospitais gerais como forma de substituir o tratamento no hospital psiquiátrico. Finaliza solicitando,

“aos Ministérios da Saúde e da Justiça, aos Parlamentos, aos Sistemas de Seguridade Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de capacitação e aos meios de comunicação que apoiem a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, assegurando, assim, o êxito no seu desenvolvimento para o benefício das populações da região”¹¹.

¹⁰ Legislação em Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2000.

¹¹ Idem.

Desta forma, e considerando as ações que já vinham se desenvolvendo no Brasil, principalmente em Santos, o Ministério da Saúde, através da portaria n. 189, de 1991, passa a especificar os tipos de tratamentos que serão implantados pelo Governo expandindo o cuidado para além do manicômio. A portaria introduz os atendimentos em grupo, o atendimento em Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial, atendimento em oficinas terapêuticas, visita domiciliar.

No ano de 1992, a portaria n. 224, introduz a modalidade do Hospital – Dia e determina a criação de equipe multidisciplinar, apontando na direção da não exclusividade do atendimento ao portador de transtorno mental somente pelo médico psiquiatra, no manicômio. Em sua definição, o Hospital – Dia é,

“um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral. A proposta técnica deve abranger um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas em até 5 dias da semana (de segunda-feira a sexta-feira), com uma carga horária de 8 horas diárias para cada paciente”¹².

Essas ações do Ministério da Saúde vêm acompanhadas de reflexões permanentes sobre a assistência à saúde mental. Para tanto, o Conselho Nacional de Saúde, na sua resolução n. 298, de 2 de dezembro de 1999, constitui a Comissão de Saúde Mental, *“com o objetivo de assessorar o plenário do CNS na formulação de políticas na área de saúde mental”*. A Comissão de Saúde Mental, atualmente denominada Comissão Intersetorial de Saúde Mental, conta em sua composição, dentre outros, com representantes de usuários e familiares do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial.

¹² Legislação em Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2002.

Diversas outras portarias foram sendo publicadas no Diário Oficial da União, pelo Ministério da Saúde, apontando o redirecionamento da assistência psiquiátrica, redirecionamento este de um modelo asilar para um modelo de base territorial que envolvia a participação da sociedade civil no processo. Uma dessas portarias é a portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000, que cria através de seu artigo 1º *“os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais”*. E, em seu parágrafo único, do mesmo artigo, define que

“entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem a sua inserção social”¹³.

Toda essa movimentação em torno da assistência ao portador de sofrimento psíquico culminou, no ano de 2001, na aprovação pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, da Lei 10.216, uma reformulação da Lei 3.657, de 1989, do deputado Paulo Delgado. A lei *“dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”*. Uma pequena, mas significativa alteração na lei original que previa a extinção progressiva dos manicômios. A lei original, apresentada pelo deputado Paulo Delgado, previa a extinção dos manicômios. A nova lei, 10.216, aponta para um redirecionamento da assistência e não fala da extinção dos manicômios. Em seu artigo 3º, a lei afirma que

¹³ Legislação em Saúde Mental. Ministério da Saúde, 2002

“é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”¹⁴.

E, em seu artigo 4º, afirma que *“a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”*.

O Ministério da Saúde publicou ainda a portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002, uma atualização da portaria 189, na qual não são mencionados os Núcleos de Atenção Psicossocial, modalidade que entendemos apontar para que o atendimento não devesse ser prioritário no interior do serviço mas, principalmente, no núcleo que envolvia o território, e descreve as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial, definindo-os como CAPS I, II e III, dada a complexidade e o número de habitantes de uma determinada região.

O Programa *De Volta para Casa* também surge na tentativa de promover o regresso de uma população internada nos manicômios ao convívio de sua família. O programa oferece uma bolsa em espécie para que a família cuide de seu ente em casa, mas mantendo-o ainda sob assistência psicossocial dentro das várias modalidades de serviços que foram implantadas ao longo dos anos. A família, além de se responsabilizar pelo usuário, passa a enxergar a loucura e a assistência como uma nova proposta de

¹⁴ Idem.

manter vínculos familiares com aqueles que durante anos ficaram segregados da sociedade.

Em todas essas práticas de reformulação do modelo assistencial foi fundamental a inserção, nos quadros do Governo Federal, de militantes do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Ao fazer parte dos quadros do governo e ao seguir as orientações da Lei 8.080 que criou o Sistema Único de Saúde, os militantes lotados no Ministério da Saúde passaram a promover um diálogo com a sociedade civil, através dos movimentos sociais, garantindo o apoio da população apesar dos setores contrários à reforma como a Associação Brasileira de Psiquiatria e a Federação Brasileira de Hospitais. Estes ainda se mantêm presos à terapêutica da disciplina e à força do tratamento moral.

Para melhor acompanhar os debates sobre a reformulação do modelo assistencial ao portador de sofrimento psíquico, foi preciso neste trabalho examinar a constituição do discurso psiquiátrico e a construção do denominado doente mental, desenvolvidos por Foucault em sua análise da formação da sociedade disciplinar.

3.5 – A sociedade no período de transição paradigmática

Para o sociólogo Boaventura de Sousa Santos (Santos; 2002), vivemos em um momento de transição paradigmática, da modernidade para a pós-modernidade. Para Santos, devemos entender a sociedade moderna a partir do equilíbrio dinâmico de três princípios de regulação social: o princípio do mercado, o princípio do Estado e o princípio da comunidade. A emancipação social se baseia no equilíbrio dinâmico das três racionalidades que compõem o paradigma da modernidade: a racionalidade estético-expressiva das artes, a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e tecnologia e a racionalidade moral-prática do direito, sendo a sua forma mais conhecida, o direito estatal.

É através dos três princípios de regulação e das três racionalidades de emancipação, que podemos pensar as formas de conhecimento na modernidade: o *conhecimento - regulação* e o *conhecimento - emancipação*. De acordo com Santos (Santos; 2000), o conhecimento pretende ser um processo pelo qual saímos de um ponto A (a ignorância) para um ponto B (o conhecimento). No conhecimento regulação, o ponto A é o caos e o ponto B é a ordem. No conhecimento emancipação, o ponto A é o colonialismo e o ponto B é a solidariedade.

A sociedade moderna assistiu, no entanto, um desenvolvimento desequilibrado e hipercientificizado do pilar da regulação que acabou por transformar a solidariedade em uma espécie de caos e o colonialismo em uma espécie de ordem. Podemos perceber, no

pilar da regulação, um desenvolvimento excessivo do princípio do mercado em detrimento do princípio da comunidade, este último baseado em um modo comunitário de solidariedade e de participação.

Segundo Santos, por outro lado, percebemos a redução da emancipação à racionalidade cognitivo-instrumental da ciência, em detrimento da racionalidade estético-expressiva das artes. A racionalidade da ciência moderna e a ordem implantada pela articulação dos princípios do mercado e do Estado se transformaram nos únicos meios de conhecimento em detrimento do conhecimento emancipação, pautado pela articulação dos princípios da comunidade e do Estado e, ainda, pela racionalidade estético-expressiva das artes.

Desta forma, notamos uma absorção da emancipação social pela regulação social, ao vermos ser criada uma relação virtuosa entre o princípio do mercado e o princípio do Estado, em detrimento do princípio da comunidade.

“À medida que a modernidade ocidental enquanto paradigma sociocultural reduziu as possibilidades de emancipação às compatíveis com o capitalismo, o conhecimento regulação adquiriu uma total preponderância sobre o conhecimento emancipação e neutralizou-o convertendo a solidariedade numa forma de caos e, portanto, de ignorância e o colonialismo numa forma de saber e, portanto, de ordem” (Santos; 2006, p. 143).

Assim, criou-se um aumento das expectativas produzidas pela ciência moderna, deslocando a aposta no progresso e na organização do mundo para um futuro cada vez mais distante e convertendo as experiências de transformação do presente em um instante fugidio que deveria ser pensado somente com vistas ao futuro.

Santos nos alerta que, *“a apresentação de afirmações normativas como afirmações científicas e de afirmações científicas como afirmações normativas é um fato endêmico no paradigma da modernidade”* (Santos: 2000, p. 51).

As críticas ao fracasso das promessas de racionalização técnico-científica da ciência moderna foram feitas de diversas formas. A ciência, na modernidade, privilegia o nexos causal que *“aspira à formulação de leis, à luz de regularidades observadas, com vista a prever o comportamento futuro dos fenômenos”* (Idem, p. 61).

“Mas a verdade é que a ordem e a estabilidade do mundo são a pré-condição da transformação tecnológica do real. O determinismo mecanicista é o horizonte certo de uma forma de conhecimento que se pretende utilitário e funcional, reconhecido menos pela capacidade de compreender profundamente o real do que pela capacidade de dominar e transformar” (Idem, p. 62).

A ciência, em um período pós-pós-revolucionário¹⁵, aparece frustrada em muitas de suas promessas. A capacidade de ação se tornou muito maior do que a capacidade de previsão. O resultado são os efeitos perversos provocados pela ciência, aliados ao fracasso da promessa de progresso do capitalismo, e o aumento crescente da precarização da vida em várias partes do mundo. Santos (Santos; 2000), no entanto, nos adverte que devemos voltar a questionar as relações entre ciência e virtude e o valor do conhecimento ordinário criado pelos sujeitos individuais ou coletivos para dar sentido às nossas práticas.

¹⁵ Para Santos (Santos; 2006) após a queda do muro de Berlim vivemos em um momento pós-pós-revolucionário. De acordo com o autor, existem dois paradigmas de transformação da sociedade: a revolução e o reformismo. O paradigma que prevaleceu após o período de revoluções foi o reformismo, a pós-revolução. Com a crise do reformismo, vivemos em um período pós-pós-revolucionário.

O ideário da ciência moderna nasce da filosofia de René Descartes e do empirismo de Francis Bacon que deram origem ao surgimento do positivismo. Era preciso instituir a ordem para alcançar o progresso. O conhecimento científico se basearia nas disciplinas formais da lógica e da matemática e as disciplinas empíricas no modelo mecanicista das ciências naturais. A ciência que surge tem como premissa o reducionismo e a idéia de unidade. A discussão sobre a aplicação das ciências naturais às ciências sociais se desenvolveu ao longo de décadas e a tese que veio a ser defendida foi a de que as ciências sociais deveriam ter um estatuto metodológico próprio, baseado em uma maior subjetividade.

Contudo, essa posição ainda permanece refém do modelo de racionalidade das ciências naturais e se prende à distinção e separação entre natureza (em uma visão mecanicista) e ser humano (com uma especificidade própria). No entanto, uma terceira via se formou a partir do século XX.

“Uma outra (corrente) desenvolveu-se nos últimos anos, esta sim em linha com o que eu tinha previsto, ou seja, no sentido de que está em curso um processo de indiferenciação sobre as ciências naturais e as ciências sociais sob a égide destas últimas. Curiosamente esta corrente, nutre-se em parte, dos avanços nas disciplinas focadas pela corrente anterior, como as neurociências, a biologia molecular, mas integra-os num contexto científico e epistemológico mais amplo que inviabilize o reducionismo” (Santos; 2006, p.130).

O paradigma emergente com a crise da ciência moderna surge a partir do resgate do terceiro princípio deixado de lado pela modernidade: o princípio da comunidade, representado por organizações de base comunitária, no pilar da regulação. Por outro lado,

temos a racionalidade estético-expressiva, no pilar da emancipação. De acordo com Santos, o princípio da comunidade,

“acabou por ser quase totalmente absorvido pelos princípios do Estado e do mercado. Mas, também por isso, é o princípio menos obstruído por determinações e, portanto, o mais bem colocado para instaurar uma dialética positiva com o pilar da emancipação” (Idem, p. 71).

O princípio da comunidade, que vem sendo resgatado pelos novos movimentos sociais, assenta em duas virtualidades epistemológicas: a participação e a solidariedade. A emancipação social surge na tensão dialética entre o comunitarismo, que domina as relações intracomunitárias, e o contratualismo, que domina as relações intercomunitárias.

No domínio da emancipação, a racionalidade estético-expressiva reside nos conceitos de prazer, de autoria e de artefactualidade discursiva. Esses “artistas” podem resistir ao **enclausuramento**, resistir às práticas de normatização e difundir o jogo entre os seres humanos. Criam outros discursos além dos criados pela ciência moderna.

O desequilíbrio nos últimos duzentos anos em favor dos princípios do mercado e do Estado, promovido pela racionalidade cognitivo-instrumental da ciência moderna, inspirada em uma mecanização do mundo da vida e baseada no nexos simples de causa e efeito, deve agora ser transformado através de um desequilíbrio em favor dos princípios da comunidade e do Estado. Este impulsionado pela racionalidade estético-expressiva, baseado em uma aceitação do caos, revalorizando a solidariedade e a participação como formas de saber.

Para o conhecimento emancipatório, a ciência moderna não é a única explicação possível da realidade. O conhecimento emancipatório deve possuir uma dimensão ética, através do resgate da solidariedade própria do princípio da comunidade; uma dimensão política, através da participação; e uma dimensão estética, através de um reencantamento do mundo. Somente assim, unido ao mundo da vida, superando a dicotomia natureza-cultura, o conhecimento-emancipação pode evitar ser absorvido pelo conhecimento-regulação.

“No paradigma emergente, o caráter autobiográfico do conhecimento-emancipação é plenamente assumido: um conhecimento compreensivo e íntimo que não nos separe e antes nos une pessoalmente ao que estudamos. Não se trata do espanto medieval perante uma realidade hostil possuída do sopro da divindade, mas antes da prudência perante um mundo que, apesar de domesticado, nos mostra cada dia a precariedade do sentido da nossa vida por mais segura que esta esteja quanto à sobrevivência, sendo certo que para a esmagadora maioria da população mundial não o está” (Santos: 2000, p. 80).

Santos (2005) denomina razão proléptica uma face da razão indolente que concebe o futuro a partir da monocultura do tempo linear. Uma única forma de conceber o tempo, negando outras experiências com o tempo. Desta forma, o tempo tem uma história e um sentido que são conferidos pelo progresso sem limites da ciência. O futuro é infinito. Segundo essa concepção, o presente torna-se um instante para ser pensado somente em termos de futuro e este vai se tornando algo cada vez mais distante de realizações.

“A razão proléptica é a face da razão indolente quando concebe o futuro a partir da monocultura do tempo linear. Esta monocultura do tempo linear, ao mesmo tempo que contraiu o presente, (...) dilatou enormemente o futuro. Porque a história tem o sentido e a direção que lhe são conferidos pelo progresso, e o progresso não tem limites, o futuro é infinito. Mas porque o futuro está projetado numa direção irreversível ele é, como bem identifica Benjamin, um tempo homogêneo e vazio. O futuro é assim, infinitamente abundante e infinitamente igual, um futuro que, como salienta Marramao

(1995:126), só existe para se tornar passado. Um futuro assim concebido não tem de ser pensado, e é nisto que se fundamenta a indolência da razão proléptica” (Santos; 2006, p. 107).

A crítica da razão proléptica tem por objetivo contrair o futuro, torná-lo escasso e por isso motivo de cuidado. A *sociologia das emergências* deve transformar o futuro em um espaço de possibilidades plurais e concretas que serão construídas no presente. Assim sendo, o conceito que preside esta prática é o Ainda-Não, que é a potência e a potencialidade. Ele não é inteiramente visível para si próprio e tem um componente de incerteza que, segundo Santos, resulta de uma dupla carência: o conhecimento apenas parcial das condições que podem concretizar a possibilidade; o fato de essas condições só existirem parcialmente. Daí também o caráter de cuidado que deve ter para preparar o futuro.

“Enquanto a sociologia das ausências se move dentro do campo das experiências sociais, a sociologia das emergências move-se no campo das expectativas sociais. A discrepância entre experiências e expectativas é constitutiva da modernidade ocidental” (Idem, p. 110).

A razão proléptica ampliou enormemente as expectativas em detrimento das experiências. A sociologia das emergências deve buscar um maior equilíbrio entre expectativas e experiências que significa: dilatar o presente e contrair o futuro. As expectativas são contextuais e apontam para os novos caminhos das emancipações sociais. Os campos sociais onde a multiplicidade e a diversidade se revelarão são: experiências de conhecimento; experiências de desenvolvimento; experiências de reconhecimento; experiências de democracia; e experiências de comunicação e informação.

3.6 – A Ecologia dos Saberes

Em *A Gramática do Tempo* (Santos; 2005), Santos tem como proposta problematizar as condições que deram origem à racionalidade ocidental e que permitiram ao conhecimento científico se tornar a forma oficialmente reconhecida de conhecimento. Para o professor Boaventura de Sousa Santos, aqueles que detêm o conhecimento adquirem privilégios extracognitivos, tais como privilégios sociais, políticos e culturais. Isso ocorre porque só há conhecimento em sociedade e quanto maior for o seu reconhecimento maior será a capacidade de conformar a sociedade.

A ecologia dos saberes é um conjunto de epistemologias que partem da possibilidade da diversidade e da globalização contra-hegemônicas e pretendem contribuir para credibilizá-las e fortalecê-las. Assentam em dois pressupostos: 1) não há epistemologias neutras; 2) a reflexão epistemológica deve incidir não nos conhecimentos em abstrato, mas nas práticas de conhecimento e seus impactos em outras práticas sociais.

A partir do século XVII, a forma adotada de conhecimento foi a chamada ciência moderna que proporcionou uma ruptura em relação ao passado. A ciência moderna se propôs não só a compreender o mundo, mas também a transformá-lo. Para Santos, no entanto, *“a ciência é feita no mundo mas não é feita de mundo”*.

Segundo Santos,

“O reducionismo e premissa da unidade que caracterizam a epistemologia da ciência moderna, são aqui levados ao extremo. Seja qual for o nível de organização da vida, a explicação de novos fenômenos deve buscar-se no nível da organização inferior. Para estes pesquisadores, no momento em que se descobrir a interação entre a evolução cultural e a evolução genética, as leis gerais a que se chegar terão vigência em todas as disciplinas. As ciências sociais seriam a prazo uma disciplina das ciências naturais”.
(Santos; 2006, p. 130)

A idéia da unidade da ciência é a premissa que permaneceu após a revolução científica, no século XVII. A partir de meados do século XX, no entanto, esta premissa veio a ser contestada. A complexidade passa a ser reivindicada pelas ciências sociais. O reconhecimento da diversidade epistemológica do mundo sugere que a diversidade é também cultural e, em última instância, ontológica, traduzindo-se em múltiplas concepções de ser e estar no mundo. Esse reconhecimento da diversidade e da diferenciação é um dos componentes da forma de compreender que inaugura o século XXI. O outro só aparentemente contraditório é o que designa vulgarmente por globalização, como processos concretos, reais e virtuais, mobilidade translocal de idéias e concepções.

Segundo Santos (2006) duas diferenças devem ser salientadas. A primeira é que a imaginação epistemológica no início do século XX era dominada pela idéia de unidade. Apesar da premissa da unidade estar ainda hoje vigente em algumas das tendências epistemológicas do nosso tempo, ela não colhe hoje a unanimidade que antes colheu e, pelo contrário, é cada vez mais confrontada com a premissa alternativa da pluralidade, da diversidade, da fragmentação e da heterogeneidade. Essa transformação cultural está

articulada com outra que se pode descrever como a passagem do universalismo para a globalização. No início do século XX, o correlato da premissa da unidade era a premissa do universalismo, herdada do Iluminismo. Tratava-se de um universalismo abstrato, negador das diferenças e atribuindo prioridade ao conhecimento supostamente válido, independentemente do contexto de sua produção.

A diversidade epistemológica do mundo, que nos aponta uma nova forma de ser e estar no mundo, abarca aquilo que foi denominado como *globalização*. Nesse processo, o conceito de diversidade se impõe cada vez mais em detrimento da premissa da unidade que caracterizou a ciência e seu universalismo abstrato do século XVII até o início do século XX. As formas de resistência ao capitalismo devem atentar para esta complexidade. Não se trata mais de lutar somente contra a exploração do trabalho, mas também da exploração da mulher, da exploração ecológica, da exploração racial, a exploração de doentes e diversas outras formas de exploração e opressão. Essa diversidade é ao mesmo tempo epistemológica, ontológica e cultural. Para Santos, assumir a diversidade epistemológica do mundo implica renunciar a uma epistemologia geral.

Se existem diversas culturas, existem diversas formas de conceber o mundo, conhecer o mundo, ser e estar no mundo. Nesse sentido, duas vertentes se apresentam à diversidade epistemológica do mundo: *a pluralidade interna e a pluralidade externa das práticas científicas*.

3.6.1 – *A pluralidade interna da ciência – a psiquiatria*

Santos identifica, entre outras, as perspectivas feministas, pós coloniais e multiculturais. Em geral, pode-se designá-las como epistemologias das práticas científicas. Procuram uma terceira via entre a epistemologia convencional da ciência moderna e outros sistemas de conhecimento alternativos à ciência. A primeira continua fortemente devedora do positivismo com a sua crença na neutralidade da ciência moderna, na sua indiferença à cultura, no seu monopólio do conhecimento válido, na sua capacidade excepcional para gerar o progresso da humanidade.

No pólo oposto, estão os críticos radicais da ciência moderna com uma visão distópica desta, salientando o seu caráter destrutivo e antidemocrático, a sua pseudo-neutralidade posta a serviço dos interesses dominantes e a disjunção total entre os dramáticos avanços tecnológicos e a estagnação, se não mesmo regressão, do desenvolvimento ético da humanidade.

A terceira via parte da idéia de que essas duas posições, apesar de polarizadoras, partilham no fundo a mesma concepção de ciência: o essencialismo científico, o excepcionalismo, a auto-referencialidade, a tese da unidade da ciência, o representacionismo. Para Santos, é em oposição a esta concepção que se constrói a terceira via, tentando resgatar tudo o que de positivo foi produzido pela ciência moderna.

À redução da ciência a um modelo epistemológico único, erigindo a matematização em ideal de cientificidade, a história das ciências respondeu com uma diversificação que viria a dar origem a uma multiplicidade de “ecologias de práticas científicas”, organizadas em relação a modelos epistemológicos distintos, mas também associadas a práticas situadas em espaços e tempos específicos. A inescapável relação da atividade científica com as condições situadas da sua produção não implica, contudo, a defesa de posições relativistas. Para Santos, a diversidade epistemológica não é um mero reflexo ou epifenômeno da diversidade ou heterogeneidade ontológica. Para ele, a diversidade assenta na impossibilidade de identificar uma forma essencial ou definitiva de escrever, ordenar e classificar processos, entidades e relações no mundo.

Diz ainda o professor Boaventura de Sousa Santos que o conceito de construção se torna um recurso central para a caracterização do processo de produção tanto do conhecimento como dos objetos tecnológicos. Construir, nesta perspectiva, significa por em relação e em interação, no quadro de práticas socialmente organizadas, materiais, instrumentos, maneiras de fazer, competências, criando algo que não existia antes, algo com propriedades novas e que não pode ser reduzido à soma dos elementos heterogêneos mobilizados para a sua criação. O que existe – conhecimento, objetos tecnológicos, edifícios, estradas, obras culturais – existe porque é construído.

Estabelecer a fronteira entre sujeito e objeto torna-se, nessas circunstâncias, uma operação que obriga, simultaneamente, a trabalhar sobre várias das fronteiras que desenham os territórios dos saberes e a sua história. Igualmente pela definição da

fronteira entre sujeitos e objetos que passam as tensões internas que caracterizam a história das ciências humanas – entendidas em um sentido lato que abrange a medicina e a psicanálise. A fronteira entre o normal e o patológico, por exemplo.

Ao contrário do universalismo, que era a força de uma idéia que se auto-representava como imposta sem a idéia de força, a globalização é a força da idéia de força contida nos processos de translocalização e mobilidade desiguitários, ou seja, as relações de poder, de resistência, de dominação e de alternativas de hegemonia e de contra-hegemonia são constitutivas da globalização.

Com o surgimento da psiquiatria, após a libertação de um grupo de 12 loucos do Hospício de Bicêtre, em 1793, na França, por Philippe Pinel, esse modo de cuidado impôs um modelo universal de se relacionar com a loucura. Desta forma, surge o tratamento moral que passou a praticar uma forma reducionista de conceber a loucura e realizou uma ausência nas demais formas de se relacionar com a loucura. Em culturas diferentes, a loucura foi concebida de outras maneiras.

Como exemplo de outra forma de lidar com a loucura, deve-se mencionar a tese de doutorado, desenvolvida na Universidade de São Paulo, da professora Denise Dias Barros, *Os itinerários da loucura em território Dogon* (Barros; 2004). Nesse trabalho a pesquisadora analisa uma forma diferente da criada pela psiquiatria ocidental para lidar com a loucura. A relação desse território africano com a loucura envolve a participação de toda a comunidade em uma experiência espiritual que não passa pelo internamento.

Mas a psiquiatria demonstrou que ela não possui uma unidade harmoniosa, sem tensão. No próprio ocidente, a psiquiatria se viu às voltas com diversas correntes, tais como: a psiquiatria de setor (na França), a comunidade terapêutica (na Inglaterra), a psiquiatria democrática (na Itália), a psiquiatria preventiva (nos Estados Unidos) e os movimentos antipsiquiatria e de contracultura, que envolviam estudiosos como Ronald Laing, David Cooper, Tomas Szazs, entre outros, que criaram em fins da década de 1960, a *Rede Internacional de Alternativa à Psiquiatria*.

A experiência mais radical dessas experiências foi, sem sombra de dúvida, a promovida por Franco Basaglia nas décadas de 1960-70, na Itália. Basaglia e o Movimento Psiquiatria Democrática Italiana adotaram a idéia de negar o manicômio como lugar de tratamento da loucura. Esse movimento emergente obteve êxito na Itália e se espalhou para outras partes do mundo, inspirando no Brasil a criação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial.

Mas negar o manicômio não significa negar a existência do sofrimento psíquico. Para tanto, Basaglia chama a comunidade para se responsabilizar por aqueles que durante anos ficaram invisíveis aos olhos da sociedade. Uma prática baseada no cuidado que envolvia os atores da comunidade nesse novo processo. O trabalho teve início em Gorizia, tendo sido continuado em Trieste, até a aprovação da lei 180, de 1978, que extinguiu os manicômios na Itália. A experiência passou a ser referência da Organização Mundial de Saúde para o tratamento da loucura.

Uma rede de serviços alternativos, comunitários, ao manicômio foi criada. Cooperativas de Trabalho, Moradias, Clubes de Lazer, serviços de atenção na comunidade, entre outros. Essas experiências vêm sendo discutidas em outros lugares do mundo. Mas a grande vitória foi mostrar a possibilidade de lidar de outra forma com a loucura e colocar o debate na agenda de diversos autores.

3.6.2 – A pluralidade externa da ciência – outros saberes

Para Santos, as perspectivas interculturais têm permitido o reconhecimento de outras práticas de sistemas de saberes plurais, alternativos à ciência moderna ou que com ela se articulam em novas configurações de conhecimento. Segundo Santos, os autores que partilham da crítica à ciência moderna têm lutado por uma maior abertura epistêmica, no sentido de tornar visíveis campos de saber que o privilégio epistemológico da ciência tendeu a neutralizar, e mesmo ocultar, ao longo dos séculos. Nesses saberes não hegemônicos, seus autores têm mais necessidade de fundar a sua resistência em processos de auto-conhecimento que mobilizam o contexto social, cultural e histórico mais amplo que explica a desigualdade, ao mesmo tempo que gera energias de resistências a ela. De acordo com Santos, a economia capitalista promove uma hierarquia epistemológica geradora de marginalizações, silenciamentos, exclusões ou liquidações de outros conhecimentos.

Para Santos (2006) as metamorfoses da hierarquia entre o científico e o não científico tem sido variadas e incluem as dicotomias monocultural-multicultural; moderno-tradicional; global-local; desenvolvido-subdesenvolvido; avançado-atrasado, etc. Cada uma delas revela uma dimensão da dominação.

A atual reorganização da economia capitalista assenta, entre outras coisas, na produção contínua e persistente de uma diferença epistemológica que não reconhece a existência, em condições de igualdade, de outros saberes e que, por isso, se constitui em hierarquia epistemológica geradora de marginalizações. Essa diferença epistemológica inclui outras diferenças – a diferença capitalista, a diferença colonial, a diferença sexista, entre outras – ainda que não se esgote nelas. A luta contra ela, sendo epistemológica, é também anticapitalista, anticolonialista e anti-sexista. É uma luta cultural. A cultura cosmopolita e pós-colonial aposta na reinvenção das culturas, para além da homogeneização imposta pela globalização hegemônica.

O multiculturalismo emancipatório parte do reconhecimento da presença de uma pluralidade de conhecimentos e de concepções distintas sobre a dignidade humana e sobre o mundo. O desafio, para Santos, é a luta contra uma monocultura do saber não apenas na teoria, mas como uma prática constante no processo de estudo, pesquisa-ação. O futuro, afirma Santos, encontra-se numa encruzilhada dos saberes e tecnologias. Para o sociólogo, a diversidade epistêmica do mundo é potencialmente infinita, pois todos os conhecimentos são contextuais e parciais. Não há conhecimentos puros, nem conhecimentos completos; há constelação de conhecimentos.

O sociólogo apresenta em forma de teses, as idéias de uma luta promovida pela ecologia dos saberes contra a injustiça cognitiva. Destaco algumas delas relacionando com o modo comunitário de construção de uma nova prática de atendimento ao portador de sofrimento psíquico:

- 1) *As crises e as catástrofes produzidas pelo uso imprudente e exclusivista da ciência são bem mais sérios do que a epistemologia científica dominante pretende.*
- 2) *Não há conhecimento que não seja conhecido por alguém para alguns objetivos. Todos os conhecimentos sustentam práticas e constituem sujeitos.*
- 3) *Todos os conhecimentos têm limites internos e limites externos.*
- 4) *A ecologia de saberes tem de ser produzida ecologicamente: com a participação de diferentes saberes e seus sujeitos.*
- 5) *A ecologia de saberes pauta-se pelo princípio da precaução.*

3.6.3 – Os sujeitos do Movimento de Luta Antimanicomial

Para Santos, a desqualificação das práticas incide sobre os agentes e depois sobre a experiência social. Desta forma, um grande número de sujeitos foi considerado incapaz e improdutivo para se relacionar na vida social. A experiência de comunicação e

informação nos dá outra visão. Facilitada pela transformação tecnológica e utilizada por novos sujeitos sociais, práticas de comunicação foram desenvolvidas pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial para dar voz a um grupo que teve durante dois séculos como única forma de tratamento a clausura.

No Rio de Janeiro, foi criada em 1996, no Instituto Philippe Pinel, pela psicóloga Doralice Araújo, a *TV Pinel*. Com caráter comunitário, a *TV Pinel* envolve a participação de usuários, técnicos e familiares de usuários em um programa televisivo que visa produzir vídeos para, como diz em sua chamada, mostrar uma nova imagem da loucura.

O sucesso e a surpresa que causou a produção da *TV Pinel* foram imediatos e serviram para reportagens em outras partes do mundo. Desde 1996, a TV comunitária já produziu cerca de 20 programas televisivos que são veiculados em canais de televisão (TV Comunitária e Canal Saúde) e em exibições públicas em praças, centros culturais e no próprio Instituto Philippe Pinel. Nesse contexto, segundo Araújo e Nabuco¹⁶ citando Amarante (1997), “*nesse novo cenário de discussão das questões relativas à saúde mental, o conceito de cidadania é palavra-chave, visto que esse conceito percorre os níveis da política, da cultura e da sociedade*”.

A *TV Pinel* surge como uma transformação cultural no cenário de novas experiências impulsionadas pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Desta forma, os usuários saem da condição de pacientes, passivos, e se transformam em

¹⁶ Araújo, Doralice; Nabuco, Edvaldo. *No Espelho do olhar do Outro – A TV Pinel e a construção da auto-imagem em vídeo*.

produtores, atores, câmeras, ou seja, cidadãos que produzem dentro de um contexto de resistência contra a segregação e o silenciamento a que foram submetidos por dois séculos. Ao mostrar uma nova imagem da loucura, os usuários passam a chamar a sociedade a refletir sobre o tratamento dispensado à loucura até então.

A presença do usuário nos programas da *TV Pinel* envolve a participação desde a elaboração da pauta do programa a ser criado até o acompanhamento na edição dos vídeos. Essa experiência de comunicação contribuiu para impulsionar a discussão referente à saúde mental no Brasil. O sucesso da *TV Pinel* pode ser analisado pelos seus mais de dez anos de atividade.

Outras experiências de comunicação são produzidas no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Uma das mais importantes foi a publicação do livro de Austregésilo Carrano Buemo, *Canto dos Malditos*, que gerou o filme *Bicho de Sete Cabeças*, estrelado pelo ator brasileiro Rodrigo Santoro. O filme foi premiado em vários festivais e impulsionou a assinatura, em 2001, da Lei 10.216, que prevê a reorientação do modelo assistencial na saúde mental. Esse projeto estava parado no Congresso Nacional há doze anos. O autor do livro, o usuário Austregésilo Carrano, foi homenageado pelo presidente da República, Luis Inácio Lula da Silva, quando do lançamento do programa *De Volta pra Casa*.

Através das oficinas, no hospital-dia do Instituto Philippe Pinel, Jorge “Joe” Romano viu suas poesias serem publicadas no livro *União das coisas contrárias*. O livro

de Jorge Romano foi lançado em 1997, em um evento festivo no CEP 20.000 (Centro de Experimentação Poética), no Espaço Cultural Sérgio Porto, coordenado pelo poeta Chacal, no Rio de Janeiro, e um dos lugares de encontro e efervescência da cultura carioca.

O surgimento de novos sujeitos leva à discussão da construção de novos direitos e de outro olhar sobre a loucura. O louco deixa de ser visto como incapaz e passa a assumir outros papéis na sociedade como ator, produtor, escritor, artista plástico, poeta. Além de assumir outros papéis fora do circuito do serviço como consumidor, militante, trabalhador, mantendo ainda o seu tratamento.

Essas práticas da Reforma Psiquiátrica, impulsionadas pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, têm como referência a Rede Internacional de Alternativa à Psiquiatria, a Psiquiatria Democrática Italiana e outras experiências com base em uma articulação entre o Estado e a comunidade que vem promovendo uma troca de conhecimentos contra-hegemônicos à psiquiatria. Esta última baseada na racionalidade técnico-científica, pautada por uma prática reducionista da visão do ser humano e a necessidade de adequá-lo aos padrões da lógica das normas produtivas. Essas experiências envolvem práticas culturais, clínicas, sociais e políticas. Uma aceitação da complexidade, entendida aqui como modo de criar outras formas de se relacionar com a loucura em outros contextos, identificando as necessidades concretas de cada sujeito em sua existência-sofrimento. Como afirma o professor Paulo Amarante, “complexidade não significa complicação” (Amarante; 1997). Ao aceitar a complexidade, o movimento

permite o surgimento de uma experiência de construção de novas subjetividades e demonstra novas formas de ser e estar no mundo, aceitando o caos e valorizando a diferença.

3.7 – Uma arte da loucura

O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de outras formas de subjetividade individual e coletiva. Outras normas foram criadas para esses sujeitos. Ao lidar com um atendimento ao usuário de caráter comunitário, a Reforma Psiquiátrica Brasileira estende suas ações à comunidade onde vive o usuário. Seja a comunidade do espaço de tratamento, seja no espaço de vivência. Suas condições de vida e existência, que envolve família, vizinhos, amigos. O meio ambiente onde vive.

A pesquisadora Suely Rolnik afirma que a crise identitária que vivemos devido à sedução sutil do neoliberalismo provoca aquilo que ela denomina de *subjetividade flexível*, ou seja, novas formas de subjetividade, manifestadas no mundo da arte, que se contrapõem à subjetividade estável fordista e disciplinar e, até mesmo, à promovida pelo neoliberalismo e seus jogos midiáticos. Para ela, as práticas artísticas são o melhor campo para se questionar esta crise.

A crise econômica, cultural, social e política afeta o sujeito, fazendo com que este entre também em crise. O processo de globalização tenta uniformizar as subjetividades

tornando homogêneo o modo de ser e estar no mundo. Mas, em resistência a esta homogeneidade, várias outras formas de ser e estar no mundo se manifestam. Novas normas e novas subjetividades entram em cena.

Ao contestar o modo de ser e estar normalizado do capitalismo e sua lógica de produção capitalista, os usuários (pessoas em sofrimento psíquico) procuram outras normas para se manifestarem. Assim como as lutas feministas, raciais, ecológicas e outras. No Brasil, esta via se dá tanto pela participação na política através da organização de um ainda incipiente Movimento de Usuários e Familiares, onde a memória sobre a sua vivência se transforma em arma de luta na elaboração de políticas públicas, quanto pelas manifestações artísticas que promovem outro olhar sobre a loucura.

Experiências como a TV Pinel, TV Tam Tam, Rede Parabolinócia, os livros *Canto dos Malditos* e *União das coisas Contrárias*, os grupos Harmonia Enlouquece, Cancioneiros do IPUB, Sistema Nervoso Alterado, e tantas outras produções, demonstram que o universo da arte é um dos grandes palcos de visibilidade de uma nova forma de lidar com a loucura. Segundo Rolnik, ao criticar os modos de produção de subjetividade do capitalismo,

“Não há então porque estranhar que a arte se indague sobre o presente e participe das mudanças que se operam na atualidade. Se entendermos desta perspectiva para que serve pensar a arte e a arte como uma forma de pensamento, a insistência nestas temáticas no território artístico nos indica que a política de subjetivação, de relação com o outro e de criação cultural está em crise e que, com certeza, uma mutação vem se operando nestes campos” (Rolnik; 2006, p.)¹⁷.

¹⁷ Rolnik, Suely. *Geopolítica da cafetinagem*.

Deste modo, entende-se que a subjetividade está articulada, em seu desenvolvimento, com o meio nas suas diversas relações e a resistência se dá contra a homogeneização das diferenças, contra o risco da espetacularização da diferença, imposta pela globalização neoliberal.

Essa resistência se manifestou nos eventos **Loucura e Cultura**, no Centro Cultural Banco do Brasil, no Rio de Janeiro, em 2005, e no evento **Loucos pela diversidade**, realizado em 2007, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fiocruz, no Rio de Janeiro, dentre outros. Este último evento contou com a participação do então Ministro da Cultura Gilberto Gil. Discute-se uma nova forma de intervir na cultura na sua relação com a loucura. Ou como afirma Jô Gondar (Gondar; 2003), em busca de outras formas de ser e estar no mundo para a construção de uma nova *ética de vida*.

3.8 – Os caminhos do movimento da luta antimanicomial

3.8.1 – O processo social complexo

Para Amarante, a ciência moderna se pauta pelo princípio no qual coloca os sujeitos epistêmicos de um lado e os objetos de outro. O pesquisador afirma que o projeto da Luta Antimanicomial é promover uma ruptura com esta forma da ciência conceber a realidade, rompendo com a objetivação da loucura e do louco e *“inscrevendo a questão homem-natureza ou a questão do normal-patológico em termos éticos, isto é, de relação e não de objetivação”* (Fernandes; 1999, p. 48). Segundo Amarante, o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial busca a *démarche* de Franco Basaglia quando este propõe colocar a doença entre parênteses para cuidar do sujeito concreto.

Para ele,

“Colocar um fenômeno entre parênteses representa uma importante demarcação epistemológica no âmbito da tradição do pensamento filosófico existencial: consiste na idéia de que o fenômeno não existe em si, mas é construído pelo observador, é um construto da ciência, e só existe enquanto inter-relação com o observador. E, portanto, se o observador, sujeito do conhecimento, constrói o fenômeno, este é parte de sua cultura e de sua subjetividade” (Idem, p. 49).

Amarante afirma, ainda, que o objetivo da luta antimanicomial é construir um outro lugar social para a loucura e para a diferença. Um lugar que não seja ausência de obra. Para ele, *“manicômio é sinônimo de um certo olhar, de um certo conceito, de um*

certo gesto que classifica desclassificando, que inclui excluindo, que nomeia desmerecendo, que vê sem olhar” (Idem). Desta forma, observa que o Movimento de Luta Antimanicomial vem construindo um *processo social complexo* no qual se pretende alcançar uma profunda transformação social. Para tanto, Amarante cita quatro campos fundamentais de desconstrução deste olhar sobre a loucura, inspirado nas colocações de Franco Rotelli.

O primeiro campo de que trata Amarante é o campo teórico-conceitual. Neste campo, deve desconstruir e reconstruir conceitos fundantes da psiquiatria como o conceito de *doente mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade e anormalidade*. Deve problematizar as bases teóricas que deram legitimidade ao discurso psiquiátrico para compreender a realidade e a constituição do manicômio como o lugar reservado para o tratamento da loucura.

O segundo campo diz respeito ao aspecto técnico-assistencial. Para isso, afirma que ao desconstruir os conceitos que legitimaram a psiquiatria e o manicômio, é preciso criar uma rede de serviços alternativos ao manicômio. Para Amarante, é preciso criar ainda espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades.

“Na medida em que deixamos de nos ocupar da doença e nos ocupamos dos sujeitos, o tratamento e as instituições de cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se cotidianamente do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, fazer alguma coisa, construir um projeto, uma atividade, organizar uma atividade conjunta, etc. Em outras palavras, trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos” (Idem, p. 50).

O terceiro campo citado por Amarante refere-se ao campo jurídico-político. Segundo o pesquisador, é preciso rever as legislações sanitárias, civil e penal em relação a conceitos como doente mental, psicopatia, loucos de todos os gêneros. “*Refere-se por extensão à cidadania real dos sujeitos na vida social: o direito ao trabalho, à família, aos amigos, ao cotidiano da vida social e coletiva*” (Idem).

Enfim, o quarto campo citado por Amarante diz respeito ao campo sócio-cultural, no qual se busca uma transformação do imaginário social. Para o pesquisador, trata-se do campo mais importante de todos. Segundo Amarante, “*refere-se ao conjunto de práticas sociais que constroem a solidariedade, a inclusão dos sujeitos em desvantagem social, e assim por diante*” (Idem, p. 51).

Nesse sentido, Amarante propõe o *processo social complexo* como uma desconstrução das relações de poder. Influenciado principalmente pelas questões levantadas por Franco Basaglia, na Itália, Amarante aponta em *O Homem e a Serpente* (1996) para a desinstitucionalização como desconstrução do saber e das instituições psiquiátricas. Segundo Amarante, Basaglia sofre grande influência de *A História da Loucura na Idade Clássica*, de Michel Foucault, e de *Asylums*, de Erving Goffman.

Essas problematizações trazidas por Franco Basaglia, foram construídas a partir de contatos com as experiências da comunidade terapêutica e da psiquiatria institucional. Mas, desde Gorizia, na década de 1960, Basaglia percebe os limites dessas experiências e

passa a negar a psiquiatria enquanto ideologia e sua utopia da reaprendizagem a partir do contato com a realidade do hospício. Segundo Amarante,

“A constatação, extraída deste contexto, é que, nem a psiquiatria nem o manicômio, ou ainda, os técnicos, podem ser pensados de forma neutra, enquanto pertencentes a um aparato científico que funciona bem ou mal, dependendo do estado de desenvolvimento científico, ou da qualidade da administração ou dos recursos que lhe são disponíveis” (Amarante; 1996, p. 78).

Para Amarante, a negação diz respeito à renúncia do mandato terapêutico do técnico, de recusa da delegação de controle social exercida pela instituição e de questionamento do saber psiquiátrico. Amarante observa que Basaglia desenvolve um método de negação-superação-invenção. Observa ainda o pesquisador que esta renúncia é a renúncia à vocação terapêutica no interior do manicômio porque é o manicômio que constrói seu mandato social e científico.

3.8.2 – O empoderamento

Este trabalho não procura percorrer a trajetória do *empowerment*. O objetivo é mostrar como vem se dando a discussão no Brasil das reflexões de Vasconcelos em *O poder que brota da dor e da opressão* (Vasconcelos; 2003).

Vasconcelos trabalha com o termo original em inglês, que ficou difundido no Brasil como *empoderamento*. Procurando dar um sentido provisório ao termo, Vasconcelos o traduz como *“aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de*

indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (Idem, p. 20)

Para avançar na discussão sobre o empoderamento, Vasconcelos parte de duas perguntas:

- 1 – Essa experiência que estou vivendo pode ter sentido, significados pessoais e existenciais para além da dor e de todos os seus aspectos negativos e de sofrimento?
- 2 – Essa experiência pessoal e existencial pode significar algo mais que vivências apenas individuais, singulares, e que podem ter algum valor para as demais pessoas que vivem experiências semelhantes ?

Vasconcelos aponta para uma série de questões que vão além do suporte dos serviços e profissionais ao atendimento do portador de sofrimento psíquico. Segundo ele, desta forma, *“vem sendo reconstruída também pelos grupos e associações de usuários e familiares, que vêm se organizando em verdadeiros movimentos sociais, com forte mobilização em vários países e mesmo com elos intensos de comunicação e interligação internacional” (Idem, p. 25)*. Esses grupos vêm promovendo práticas de enfrentamento pessoal, familiar e coletivo ao sofrimento psíquico.

Vasconcelos cita como um dos representantes da trajetória do empoderamento no Brasil, a obra de Paulo Freire, *Pedagogia do Oprimido*, entre outras, que influenciou

várias partes do mundo. Ainda no contexto brasileiro, Vasconcelos cita as correntes do cristianismo e a teologia da libertação como parte das lutas democrático-populares.

Para Vasconcelos, a legislação do Sistema Único de Saúde, que criou o controle social permitiu que,

“Os conselhos, entre outras coisas, têm como atribuição legal estabelecer diretrizes, estratégias e as prioridades das intervenções (políticas mais gerais, ofertas de programas e serviços) e acompanhar o seu planejamento, orçamentação, execução e avaliação. Constituem então um espaço político-institucional conflitivo e primordial de luta pelos interesses popular-democráticos em geral e pela garantia dos princípios constitucionais do novo modelo assistencial em saúde e saúde mental: universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação” (Vasconcelos; 2003, p. 140).

O pesquisador observa, ainda, que o *empowerment* constitui um componente complexo e de longo prazo de uma plataforma democrático-popular, que implica em diferentes níveis de elaboração e discussão. Segundo Vasconcelos, *“as perspectivas antiopressivas e de empowerment propõem uma mudança na natureza dessas relações, rumo a formas de poder menos hierarquizadas”* (Idem, p. 267).

Segundo Vasconcelos, alguns conceitos-chaves dão as diretrizes da perspectiva do *empowerment* no Brasil. O primeiro conceito é o conceito de recuperação. Segundo Vasconcelos, esse conceito não significa que a doença desapareceu ou que os sintomas foram removidos, *“mas que a pessoa, a despeito das limitações, e dependendo do suporte e das mudanças sociais, ambientais e culturais necessárias, pode retomar uma vida usual relativamente ativa”* (Idem, p. 26)

O segundo conceito apresentado por Vasconcelos é o cuidado de si. Para ele, esse conceito mobiliza a vontade individual de cada pessoa no processo de recuperação. Para Vasconcelos,

“é fundamental que o usuário em processo de recuperação possa gradativamente ir reelaborando as experiências catastróficas da vida, principalmente aquelas associadas às fases mais agudas do transtorno, e dar um novo sentido a elas em um conjunto mais compreensível de eventos, sentimentos e sensações integrados em um todo, recuperando a auto estima e sua inserção ativa na sociedade” (Idem, p. 27).

O terceiro conceito analisado por Vasconcelos é o de ajuda mútua. Segundo o pesquisador, esse conceito ficou conhecido através das práticas dos Alcoólicos Anônimos (AA) e constitui grupos de troca de vivências, experiências, de ajuda emocional e discussão das diferentes estratégias para lidar com problemas comuns.

O suporte mútuo, outro conceito chave trazido por Vasconcelos, diz respeito à atividades e iniciativas de cuidado e suporte concreto na vida cotidiana, compreendendo desde passeios e atividades de lazer e cultura até o desenvolvimento de projetos comuns mais complexos.

A defesa de direitos, outro conceito trazido por Vasconcelos, aponta para a necessidade do usuário se capacitar para defender os seus direitos por si próprio. Ou outros companheiros são chamados para ajudar e a intervir em situações concretas.

A transformação do estigma e da dependência na relação com a loucura e o louco na sociedade. Esta estratégia se dá através do desenvolvimento de iniciativas individuais

e coletivas, cotidianas ou mais permanentes, de caráter social, cultural e artístico para mudar as atitudes discriminatórias em relação ao louco nas relações cotidianas, na comunidade local, na mídia e na sociedade mais ampla.

Outra estratégia apontada por Vasconcelos é a participação no sistema de saúde e saúde mental, e militância social mais ampla. Segundo o pesquisador, os grupos de usuários e familiares participam das instâncias e conselhos de saúde, saúde mental e outras políticas sociais, bem como desenvolvem projetos de pesquisa, planejamento e avaliação de serviços, incluindo a capacitação de profissionais. Segundo Vasconcelos,

“Além disso, os grupos também desenvolvem a participação cidadã na comunidade vizinha do serviço ou do local de moradia dos usuários e familiares, por meio de associações de moradores, outros movimentos sociais, ONGs, etc. Todas essas formas de inserção também criam uma rede de vínculos fundamental para os momentos de mobilização política, para uma participação em campanhas e reivindicações por mudanças globais na política e legislação em saúde, saúde mental e outras políticas sociais” (Idem, p. 32).

Enfim, as narrativas pessoais de vida com o transtorno mental. Segundo Vasconcelos, a experiência do movimento de usuários e familiares no campo da saúde mental, principalmente nos países anglo-saxônicos e europeus, vem demonstrando a importância de incentivar que os usuários de serviços e seus familiares narrem seus depoimentos contando a sua história de crise, das dificuldades durante o processo de tratamento e de estratégias de recuperação.

3.8.3 – Os caminhos a partir da memória dos usuários da luta antimanicomial

A trajetória histórico-política que buscamos percorrer mostra como se constituiu a participação dos usuários da luta antimanicomial na discussão e elaboração das políticas públicas de saúde mental. Procuramos mostrar que através da luta dos trabalhadores em saúde mental, entre outros, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e os usuários dos serviços de saúde passaram a fazer parte das discussões das políticas nessa área. Na saúde mental, somente com uma plataforma de transformação teórico-conceitual do doente mental em usuário e a sua efetiva participação no Congresso de Bauru, em 1987, e no controle social, essas memórias marcadas pela tortura iniciaram a sua luta política.

No campo sócio-cultural, a experiência de Santos (São Paulo), em 1989, testemunhou uma ação de base territorial e os usuários passaram a fazer parte de ações como teatro, TV Tam Tam, trabalhadores em bares, entre outras, que foram construídas a partir da intervenção na Clínica Anchieta através de denúncias de maus tratos feitas pelos próprios usuários. Essa ação se deu através de medidas jurídico-políticas implantadas pelo secretário de saúde do município David Capistrano. A partir de então, ocorre nova transformação, desta vez no campo técnico-assistencial, onde os usuários passam a denunciar as formas de tratamento praticadas e a se posicionar diante do próprio tratamento.

Essas medidas culminaram, no ano de 1991, no I Encontro Nacional de Usuários e Familiares, em São Paulo. A partir de então, os usuários iniciam um processo de organização que os levaram a participar mais efetivamente do tratamento através de

assembléias nos espaços de discussão política. As associações de usuários e familiares começam a ser criadas e o usuário passa a se empoderar, na definição de Vasconcelos, e a se firmar enquanto ator político coletivo.

Desde então, os usuários já contam com a realização de oito encontros nacionais onde discutem suas formas de organização. Paralelamente aos encontros são cada vez maiores as criações de associações de usuários e familiares nos Centros de Atenção Psicossocial e as ações com conceitos como recuperação, cuidado de si, ajuda mútua, suporte mútuo, defesa dos direitos, participação nos sistemas de saúde e saúde mental e narrativas.

Atualmente, os usuários participam das lutas pelo passe-livre, fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, participação em conselhos de saúde e na comissão intersetorial de saúde mental, entre outras. E, em 2005, foi lançado o livro *Reinventando a Vida*, no qual diversos usuários narram as suas histórias e o processo de lidar com a crise, como Austregésilo Carrano Bueno no livro *Canto dos Malditos*.

A transformação social, que corresponde ao *processo social complexo*, deu início a uma mudança que proporcionou esse aumento do *poder contratual* dos usuários dos serviços de saúde mental que lutam pela garantia de seus direitos. Esses caminhos percorridos pelos usuários vêm atingindo o corpo social e revelando uma nova forma da sociedade lidar com a loucura. A aprovação da lei 10.216, de 06 de abril de 2001, representou um grande marco dessa trajetória histórico-política.

Atualmente, as dimensões do *processo social complexo* e do *poder contratual* se manifestam de forma politicamente relacionada. A partir da transformação social iniciada com o Congresso de Bauru e das ações da cidade de Santos, as ações de empoderamento se desenvolvem e vêm buscando ampliar a participação dos usuários no debate da sociedade em relação à loucura. Os caminhos que estão sendo tomados no cotidiano das lutas dos usuários fortalecem as dimensões de uma transformação social do louco e da loucura.

IV – Considerações finais

Este trabalho buscou percorrer os caminhos trilhados por autores como Michel Foucault, Friedrich Nietzsche, Boaventura de Sousa Santos, Paulo Amarante e Eduardo Mourão Vasconcelos. Através desses teóricos, procuramos mostrar como se constituiu o denominado doente mental que ficou sujeito a um silenciamento por mais de dois séculos, a partir do aprisionamento do louco em instituições de reclusão. A partir dessa reflexão, buscamos mostrar os caminhos de resistência encontrados por esses teóricos e como os usuários se inseriram em uma luta de emancipação.

No desenvolver do trabalho, chegamos à considerações que apontam para a transformação social como um *processo social complexo*, conforme a análise de Amarante (1999), estando relacionada diretamente com o aumento do poder contratual, ou na definição de Vasconcelos (2003) o *empowerment*. Seguindo a démarche de Franco Basaglia, Amarante busca com o processo social complexo uma desconstrução das relações de poder. Partilhamos da concepção de Amarante, ao citar Basaglia, que o método deve ser de negação-superação-invenção.

Vasconcelos, por sua vez, nos indica que o *empowerment* deve proporcionar relações de poder menos hierarquizadas. Desta forma, entendemos que o processo de negação-superação-invenção do saber e das práticas psiquiátricas aponta para uma nova relação de poder. Acreditamos que esta relação de poder não acaba, mas pode ser transformada quando se desfaz a concepção de sujeito epistêmico de um lado e objetos de

outro. Desta forma, podem surgir outras relações de poder menos hierarquizadas. Negar o mandato terapêutico, como proposto por Basaglia, não significa negar a existência humana do sofrimento psíquico. Significa negar o poder de tutela concedido ao corpo médico. Para tanto, o cuidado ainda é necessário, principalmente para pessoas com menor poder de estabelecer laços sociais.

Este trabalho procurou mostrar como através de um movimento ainda incipiente de usuários e familiares, os usuários vêm, através de suas memórias, criando uma memória da luta antimanicomial. Essas memórias, como demonstrado, são memórias marcadas pela tortura e transformadas em luta e criação pelos usuários, seja no campo da arte, da assistência, entre outros, mas principalmente através da participação nas instâncias de decisões políticas. Desse modo, os usuários vêm se afirmando em uma nova subjetividade e saem da condição de pacientes passivos para se tornarem autores de suas próprias histórias.

A transição paradigmática analisada por Santos (2006) revela que novas formas de organização e luta vêm se dando em um contexto de crítica ao reducionismo das ciências sociais ao método das ciências naturais. Dentro de um contexto de globalização, procuramos mostrar que novas formas de luta se dão contra o assujeitamento do ser humano e a homogeneização do comportamento humano que chega ao seu ápice com o advento do neoliberalismo.

Os usuários vêm cada vez mais aumentando a sua participação na luta por uma sociedade sem manicômios e se mostram ainda mais dispostos a enfrentar o poder disciplinar que detinha o controle total da vida do usuário dentro dos muros do manicômio. Assim, a luta antimanicomial cumpre o seu papel ao transformar os usuários em protagonistas dessas lutas criando uma relação ética com aquele que lhe oferece cuidado. Não tivemos pretensão neste trabalho de defender que as relações de poder se extinguiriam. Procuramos mostrar que essa forma de poder disciplinar deve ser negada e superada para que outras relações de poder possam se estabelecer no tratamento da loucura.

Procuramos mostrar como isto vem se dando nas lutas cotidianas dos usuários que, iniciada com uma transformação social, se empoderaram e passaram a reivindicar e resistir à práticas de um poder disciplinar que se inicia a partir do século XVIII. A luta dos usuários, no entanto, permite avaliar se o empoderamento está avançando na direção de aprofundar uma transformação social ou se vem apenas reproduzindo de outras formas o discurso dominante que ainda dá ao médico o status de estabelecer a cura da loucura.

Acreditamos, no entanto, que o empoderamento não pode se limitar às reivindicações no campo da saúde mental. Entendemos que a transformação social deve ser fortalecida com essas estratégias de empoderamento. Os usuários devem resistir ao poder em diversas outras instâncias que não se resumem às questões da saúde mental. Somente dessa forma, os usuários poderão resistir às relações de poder diversas na

sociedade e propiciar uma resistência criativa e política nos campos teórico-conceitual, técnico-assistencial, sócio-cultural e jurídico-político.

V – Anexo

1 – *Carta de direitos e deveres dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental*

Utilizamos a expressão “usuário”, assim como se utiliza a expressão “técnicos”, para designar situações específicas. Na verdade nós, usuários entre aspas, somos pessoas, seres humanos totais integrais, acima das condições circunstanciais dos Serviços de Saúde Mental.

Entretanto, as pessoas neste movimento não se chamam uns aos outros de usuários, mas companheiros, participantes e amigos.

Queremos ser autores do nosso próprio destino.

Desejamos a verdadeira integração na sociedade.

Direitos sociais

A todos os usuários deve ser garantido o direito a uma vida plena em sua realidade psicológica, existencial, social e política.

A assistência à Saúde Mental é um direito de todo cidadão, independentemente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá em hipótese alguma justificar a violação de quaisquer direitos de cidadania.

Todos os usuários têm direito à liberdade, dignidade de ser tratado e ouvido como ser humano, com direitos civis, políticos e sociais garantidos pela constituição de seu país.

Não deverá haver discriminação e preconceito ao usuário no mercado de trabalho, em seus direitos trabalhistas e em instituições sociais em geral.

Todo usuário tem o direito de expressão; ser respeitado em seus credos religiosos, manifestações culturais e sexualidade.

Nenhum usuário pode ser submetido à exploração econômica e sexual; ao abuso físico e moral; ou a qualquer comportamento humilhante.

Características gerais dos serviços de saúde mental e complementares

A assistência em Saúde Mental abrange não só a Psiquiatria, mas também, assistência médica, odontológica, social, jurídica, reabilitação, educação e garantia de trabalho protegido ou não.

A atenção em Saúde Mental não deve ser realizada em manicômios (instituições fechadas), mas em serviços abertos e menos restrito possível, tais como: Hospital Geral, Centro e Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência, Cooperativas, Grupos de Trabalho, Microempresas, Hospitais Dia e Noite, Lares e Pensões Abrigados, Associações Comunitárias, Grupos de Auto-Ajuda, Oficinas Abrigadas, etc.

Todo serviço de Saúde Mental deverá ter um representante jurídico de caráter reconhecidamente público e legal capaz de assegurar a escuta e a implementação de Direitos de Cidadania de seus usuários.

Os serviços de Saúde devem permitir e incentivar os usuários a organizarem-se em grupos, Conselhos Populares, Associações de Usuários, Familiares, Trabalhadores de Saúde Mental e Comunidade, que objetivem a transformação do preconceito sobre a loucura, na sociedade em geral, nas leis, na organização e na fiscalização dos serviços em geral.

Os serviços da Saúde Mental devem ser o mais próximo possível do local de moradia dos usuários, de forma descentralizada, garantindo-se o direito de escolha do usuário pelos serviços e profissionais de sua preferência.

Todo serviço de Saúde Mental deverá garantir o bem-estar físico, mental e emocional de seus usuários e também as exigências mínimas de higiene, segurança,

condições ecológicas e ambientais, conforto, privacidade e alimentação de qualidade com supervisão profissional.

Todo usuário terá direito ao meio de transporte que garanta o acesso gratuito ao serviço de Saúde Mental como também a sua medicação, sem com isso induzir a discriminação ou preconceito.

As crianças e os adolescentes não poderão ser tratados em serviços que não garantam os direitos reconhecidos pelo Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Os serviços de Saúde Mental devem ser gratuitos e de preferência públicos. Todos os serviços e principalmente os de caráter privado, lucrativo e conveniado, devem estar sob supervisão e fiscalização em qualquer momento pelo poder público e entidades de usuários, familiares e profissionais.

Características dos tratamentos em saúde mental

Todo serviço de triagem em saúde mental deve incluir uma avaliação Piquiátrica, Psicológica, Médico-Clínica e Social que garanta uma visão ampla e integrada do usuário e respeite a sua fragilidade e dignidade de ser humano.

Deverão ser proibidas as formas de tortura e violência afirmadas como “terapêuticas”:

- Psicocirurgia (cirurgia feita no cérebro com intenção de modificar o comportamento)
- Insulinoterapia (dose maciça de insulina com efeito semelhante ao choque no cérebro)
- Esterilização involuntária (acabar com a possibilidade de procriação)
- ECT (Eletrochoque Terapia)
- Superdosagem de medicamentos de tipo DEPOT e “Sossega Leão”
- Camisa de Força
- Amarrar
- Cella Forte

Qualquer internação psiquiátrica efetuada deverá ser comunicada num prazo de até 48 horas ao Ministério Público e a um Ouvidor não convocado pela própria instituição, mas sim escolhido pelas entidades de usuários.

Todo programa de Saúde Mental deverá promover abordagens e serviços especializados e adequados aos diversos grupos da clientela, tais como alcoolistas, crianças e adolescentes, idosos, autistas, drogaditos, portadores de deficiência e de HIV positivo, etc.

Todo serviço da Saúde Mental deve oferecer orientação, suporte e ou terapêutica para os familiares dos usuários bem como mecanismos de participação nas decisões e fiscalização dos serviços.

Direito dos usuários dos serviços de saúde mental

Todo usuário tem direito à expressão responsável de sua afetividade e sexualidade nos Serviços de Saúde Mental bem como à orientação e educação sexual e acesso a meios de contracepção (métodos para evitar a gravidez).

Todo usuário deve ter garantido o direito de:

- Acesso às informações contidas no Prontuário;
- Aos Meios de Comunicação, tais como TV, Jornais, Rádios e Telefone;
- Sigilo e Inviolabilidade de Correspondência;
- Privacidade e Individualidade;
- Participar das decisões nos Serviços, nos Conselhos Populares, Conferências e Encontros de Saúde;
- A uma Representação legal e gratuita em caso de Incapacidade Civil;
- Acesso às informações dos Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares.

Deveres dos usuários

O usuário, na medida do possível, deve cuidar de sua higiene pessoal, administrar o uso de sua medicação juntamente com seus terapeutas e familiares. O usuário deve ser responsável por seus atos e ações.

Deveres dos familiares

O familiar deverá cuidar do seu parente enfermo e prestar-lhe toda a assistência necessária. O familiar deverá colaborar com o serviço que presta atendimento a seu parente.

III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial. Santos, dezembro de 1993.

Referências bibliográficas:

Amarante, Paulo. *O Homem e a serpente: outras histórias para psiquiatria e a loucura*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2003.

_____. *Locos por la Vida: la trayectoria de la reforma psiquiátrica em Brasil*. Buenos Aires. Ed. Madres de Plaza de Mayo, 2006.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007.

Barros, Denise Dias. *Jardins de Abel – desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

Barrenechea, Miguel Angel. *Nietzsche e a Genealogia da Memória Social* in *O que é Memória Social?* Rio de Janeiro. Contra Capa, 2006.

Basaglia, Franco. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro. Garamond, 2005.

Carrano, Austregésilo. *Canto dos Malditos*. São Paulo. Lemos Editorial, 2000.

Cavalcanti, Anna Hartmann. *Linguagem e Genealogia*. Mimeo. 1998

Fernandes, Maria Inês; Scarcelli, Ianni Régia; Costa, Eliane Silvia (orgs.). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.

Foucault, Michel. *Michel Foucault por ele mesmo*. DVD. Paris. Arte France – BFC Productions, France 2003.

Foucault, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro. Editora Graal, 1979.

Foucault, Michel. *Vigiar e Punir*. Petrópolis. Vozes, 1983.

Foucault, Michel. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo. Perspectiva, 2005.

Foucault, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo. Edições Loyola, 2006.

Gondar, Jô; Barrenechea, Miguel Angel (org.). *Memória e Espaço: trilhas do contemporâneo*. Rio de Janeiro. 7Letras, 2003.

Gondar, Jô; Dodebei, Vera. *O que é Memória Social?*. Rio de Janeiro. Contra Capa, 2006.

Junior, Oswaldo Giacóia. *Nietzsche – Para a genealogia da moral*. São Paulo: Scipioni, 2001.

Machado, Roberto. *Foucault, a Ciência e o Saber*. Rio de Janeiro. Editora Jorge Zahar, 2006.

Machado, Simone. *Os anos 70: aspectos do movimento dos trabalhadores de saúde mental*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2000.

Nietzsche, Friedrich. *A Genealogia da Moral*. São Paulo. Centauro, 2002.

Nietzsche, Friedrich. *O Nascimento da Tragédia*. São Paulo. Companhia das Letras, 1992.

Nietzsche, Friedrich. *A Visão Dionisíaca do Mundo*. São Paulo. Editora Martins Fontes, 2005.

Paschoal, Antônio Edmilson. *A Genealogia de Nietzsche*. Curitiba. Champagnat, 2005.

Rolnik, Suely. *Geopolítica da cafetinagem*. Artigo publicado no site do Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (CRPRJ), 2006.

Santos, Boaventura. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. Porto: Afrontamento, 2000.

_____. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. Porto: Afrontamento, 2006.

Soalheiro, Nina. *Da experiência subjetiva à prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição e seus direitos*. Tese de Doutorado: Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), 2003.

Goffman, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo. Perspectiva, 1974.

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

Vasconcelos, Eduardo. *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com transtorno mental*. Rio de Janeiro. Editora Encantarte, 2003.