

**Dificuldades conceituais e históricas para se pensar o “lugar da loucura” na contemporaneidade:
Relato da trajetória de pesquisa de um grupo de iniciação científica em psicologia.**

Autores: Érika Sabino, Valéria Marques, Dalila Melo- alunos de Psicologia da Faculdade FECAF.

Felipe Szabzon - Professor do curso de Psicologia da Faculdade FECAF.

Resumo:

No âmbito de um programa de iniciação científica de uma faculdade de psicologia, um grupo de estudantes se colocou a questão sobre o “lugar da loucura” na sociedade contemporânea buscando compreender como se dão os processos de exclusão social e estigmatização vividos por pessoas diagnosticadas com transtornos mentais na sociedade brasileira. O presente trabalho apresenta uma revisão bibliográfica de introdução à produção teórica do campo da saúde mental e da psiquiatria social para discutir tais questões. O trabalho foi dividido em duas etapas. Primeiramente, foi realizada uma revisão de literatura procurando historicizar como o “problema da loucura” foi enfrentado política e socialmente no país, desde a nova república até os dias de hoje. Em um segundo momento, a questão da exclusão social da “loucura” foi problematizada a partir de três perspectivas críticas no campo da saúde mental, a saber, da sua questão institucional, biopolítica e do paradigma do comportamento desviante. A partir desta revisão foram definidos três períodos históricos, nomeadamente o lugar da loucura na sociedade europeia medieval e iluminista, a chegada destas ideias no Brasil no início do século XX e os desdobramentos mais recentes no campo da psiquiatria, com o advento dos medicamentos psicotrópicos e dos processos de desinstitucionalização, ainda em curso no país. Um debate foi traçado sobre as dificuldades de se pensar “o lugar da loucura” e o próprio conceito de loucura na atualidade. Estas dificuldades contextuais, conceituais e históricas nos fizeram repensar o problema de pesquisa a partir de novas perspectivas e abrir novas linhas de investigação focando em: 1) As atualizações do campo da saúde mental e das práticas manicomiais, especificamente as contingências dos avanços trazidos pelos novos medicamentos psicotrópicos e das novas instituições de albergue de grupos excluídos; 2) Os desafios para se pensar a singularidade, e a multiplicidade de possibilidades do ser, em uma sociedade baseada na norma e não na diferença; e, 3) Na gestão e no controle dos corpos, ou seja, na biopolítica, praticada no contexto das novas dinâmicas econômicas e sociais contemporâneas.

Palavras-Chave: Psicologia, Loucura, Exclusão Social, Estigma, Saúde Mental

1. Introdução

Este artigo apresenta os primeiros passos realizados por uma equipe de estudantes do programa de iniciação científica de uma faculdade de psicologia no sentido de organizar, situar e desenvolver um projeto de pesquisa sobre o “lugar da loucura na contemporaneidade”. Ao longo deste trabalho apresentamos uma revisão de literatura que busca contextualizar o problema de pesquisa abordado pela equipe. A partir da leitura de três textos, esta introdução procura situar o debate teórico sobre o lugar social da loucura iniciado por Michel Foucault (1978) sobre a história da loucura e a forma como este modelo chegou e foi implementado no Brasil ao longo do século XX (Resende, 1992). A seguir refletimos sobre os desdobramentos mais recentes no próprio campo da psiquiatria, com o advento dos medicamentos psicotrópicos e as modificações na conduta clínica e nos tratamentos dos transtornos mentais. Segundo Elisabeth Roudinesco (2000), estes novos desenvolvimentos na biomedicina tiveram grande importância no debate acerca do lugar social da loucura nas sociedades contemporâneas. Em um segundo momento, a questão da exclusão social da “loucura” foi problematizada a partir de três perspectivas críticas no campo da saúde mental, a saber, da sua questão institucional tal com apresentado por Franco Rotelli (1988), do conceito de biopolítica proposto por Michel Foucault (1979) e do paradigma do normal e do patológico desenvolvido por George Canguilhem (2002).

Este trabalho é relevante para os dias de hoje, pois acreditamos que o debate sobre o lugar da loucura na sociedade contemporânea tem ficado restrito, frequentemente, a debates estigmatizados, muitas vezes reducionistas, e que desconsideram a complexidade do tema e todo um caminho percorrido pela pesquisa social crítica por pesquisadores que já possuem um trabalho consolidado e bem estabelecido no contexto nacional e internacional.

Este artigo tem três principais objetivos. Em primeiro lugar procura analisar como a ideia (ou o conceito) de loucura foi sendo transformado ao longo do tempo e como isso condicionou os distintos “lugares” ocupados no ideário coletivo; Em segundo lugar, procuramos trazer à luz uma discussão sobre a forma como o conceito de loucura, como um fenômeno patológico, foi sendo constituído social e culturalmente repercutindo sobre as formas como a loucura é tratada nas sociedades modernas; Por fim, em terceiro lugar, pretendemos analisar o impacto que estas construções sociais implicaram em maneiras de tratamento das pessoas acometidas por estes distúrbios e as mudanças recentes que têm sido operacionalizadas na sociedade contemporânea para superação destes paradigmas.

2. Metodologia

Por se tratar de uma pesquisa de iniciação científica, desenvolvida por alunos da graduação, este trabalho tem um desenho exploratório. A revisão de literatura que orientou este trabalho foi realizada de forma participativa e constituída passo a passo, ou seja, conforme a leitura foi realizada e novas perguntas emergiram das discussões, novos textos foram escolhidos e discutidos coletivamente. Foram privilegiados textos teóricos clássicos que oferecessem ao grupo uma introdução ao debate teórico.

De forma geral, esta pesquisa foi realizada em dois tempos. Em um primeiro momento foi realizado um levantamento bibliográfico consultando a produção de autores consagrados que exploram questões chave de interesse desta pesquisa.

Iniciamos este processo com a leitura do trabalho de Amarante (1998), que apresenta o debate iniciado por Michel Foucault em “A História da Loucura”. Dando seguimento a esta leitura, a equipe de pesquisa se perguntou de que maneira poderíamos pensar a relevância e a aderência deste modelo ao contexto brasileiro, ao que foi escolhido o texto de Heitor Resende, “Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica” (1992). Finalmente, um debate sobre os avanços recentes no campo da psiquiatria e dos novos tratamentos medicamentosos, nos levou ao trabalho de Élisabeth Roudinesco, “Os medicamentos do Espírito” (2000).

Após a leitura de trabalhos sobre a história social da loucura na Europa e posteriormente no contexto brasileiro, foi identificada a necessidade de explorar perspectivas críticas acerca do lugar da loucura na contemporaneidade. Três eixos foram identificados. O primeiro focou-se na questão institucional e das dificuldades de implementar uma reforma psiquiátrica para superar a exclusão social decorrente do modelo manicomial. Em paralelo, foi levantada uma discussão sobre as formas de exercício de poder da psiquiatria sobre a vida das pessoas, sobretudo nas cidades e grandes centros urbanos. Finalmente, uma terceira linha de pesquisa procurou explorar a própria noção de loucura, a partir do questionamento sobre a tênue separação entre o comportamento tido como normal e o patológico, que precisa ser tratado. Para tal, uma nova rodada de leitura e discussão em grupo foi realizada para cada uma destas dimensões. O presente artigo apresenta o caminho percorrido pela equipe e algumas reflexões que surgiram durante este processo exploratório sobre novas formas de se pensar o “lugar da loucura na contemporaneidade”.

3. Contexto Histórico

Há relatos de que a loucura está presente nas civilizações desde seus primórdios (Rotterdam, 2017). É de senso comum hoje dizer que o “louco” é aquele sujeito que não consegue se adequar e seguir as normas da sociedade em que está inserido. Sendo assim, até hoje é comum as pessoas considerarem como “loucos” não só as pessoas com doenças mentais, mas também aqueles que têm dificuldades em seguir as normas. A imagem comum era de que os “loucos” deveriam ser excluídos do convívio social, não apenas pelo perigo em que colocariam à sociedade, mas para seu próprio cuidado, visto que por vezes era concebido que a própria sociedade lhes causava mal.

Neste imaginário social, o local para o tratamento da loucura é o hospício e o manicômio, onde os enfermos devem permanecer trancados para seu próprio tratamento. Hoje temos diversos relatos que na grande parte destes lugares os pacientes viviam de forma bastante precária, muitas vezes maltratados e sujeitos a condições degradantes, não apenas no Brasil como em diversas partes do mundo. Ainda que esteja em curso um importante processo de mudança no campo dos serviços de assistência à saúde mental em todo o globo, vemos que muitas destas instituições seguem em funcionamento ainda que muitas destas instituições foram fechadas nas últimas décadas (Atlas da Saúde Mental, 2020).

Neste trabalho apresentaremos uma breve revisão da literatura dividida em duas partes que nos parecem centrais para discutir o “lugar da loucura” nas sociedades contemporâneas. Em primeiro lugar, iremos apresentar como foi constituído o conceito de loucura no contexto europeu, modelo este que foi importado para a América Latina no início do século XX. A seguir descrevemos como este modelo foi implantado no Brasil, colocando especial ênfase na forma como o modelo foi

“tropicalizado” ao se adequar à uma sociedade herdeira de modelo de capitalismo colonial estruturada de maneira muito distinta do contexto europeu.

A) O “lugar social da loucura” no contexto Europeu

A área da medicina responsável pelo tratamento da loucura, hoje conhecida como psiquiatria, surgiu de uma importante reforma sofrida pelas instituições sociais no cenário da Revolução Francesa. Ainda que surgida nesse contexto revolucionário, a psiquiatria sofreu, críticas em relação ao excesso de poder e controle que exercia sobre as pessoas detidas naquelas instituições, o que era justificado pelo discurso despótico dos médicos da época. Tal postura pode ser considerada paradoxal, uma vez que a psiquiatria não tinha real controle sobre a loucura dado que nem conhecia exatamente no que consistia tal enfermidade.

Michel Foucault (1978) nos mostrou que no século XVII foram criados os chamados Hospitais Gerais, que eram um espaço de reclusão para todos que não se adequavam às normas sociais. Nesses hospitais havia pessoas marginalizadas de toda ordem e entre eles, os ditos “insanos e os loucos”. Diante do florescimento destas instituições e do crescente número de reclusos nestas instituições, Foucault referiu-se a este período como “A Grande Internação”. É exatamente nesse lugar que será produzido o conhecimento da medicina sobre a loucura, onde se desenvolveu a psiquiatria. Para Foucault, o nascimento desta especialidade se deve justamente ao fato de abranger, em um mesmo espaço, grande quantidade de pessoas tidas como “loucas”, o que permitiu estudá-las para conhecer e desenvolver técnicas e tratamentos para suas “loucuras”.

À frente do Hospital Bicêtre, Philippe Pinel, um dos fundadores da clínica médica e um dos primeiros médicos que se dedicaram a estudar a loucura, ainda que a disciplina de psiquiatria ainda nem existisse, ordenou que esta população internada fosse desacorrentada e libertada de tal situação de aprisionamento. Através do seu trabalho de observação, elaborou uma nosografia dos quadros clínicos apresentados pelos pacientes. Tal trabalho de análise e classificação buscava sistematizar as características dos comportamentos observados, criando uma descrição e uma classificação das várias situações vividas pelos reclusos destas instituições.

Pinel foi, desta maneira, a personificação desse processo de humanização do tratamento e do cuidado dos reclusos dos hospitais gerais. Entretanto, vale ressaltar que outras figuras importantes também desempenharam papéis semelhantes em outros países, como Chiarugi e Tuke, respectivamente na Itália e Inglaterra (Resende, 1992). As inovações trazidas pela “ciência da loucura”, permitiu o rompimento com as correntes e junto com elas novas possibilidades de terapias.

Entretanto, Pinel promoveu uma liberdade relativa, justamente porque ela ocorreu apenas dentro dos hospícios. Desta forma, as soluções propostas por Pinel, estabeleceram as bases do paradigma da internação psiquiátrica que persiste até hoje e que tem seu fundamento na ciência médica para autorizar essa “sequestração”, como denomina Foucault da loucura para pela medicina, atendendo as necessidades da sociedade em relação aos desajustados, aplicando a eles um tratamento moral.

Soma-se a isso o fato de que o aumento vertiginoso da população reclusa nestes hospitais tenha sido um fator importante que impossibilitava qualquer tipo de tratamento praticado na época. O chamado tratamento moral, reforçava a ideia de que os doentes eram degenerados e que a medicina e a psiquiatria teriam então uma função profilática. No entanto, por detrás desta ideia, é possível verificar que estas práticas estavam muito mais preocupadas com a manutenção da ordem da

sociedade do que com a saúde dos internos propriamente ditos. Tudo isso justificado pela teoria das degenerescências e a supremacia de determinadas raças.

O lugar social da loucura é analisado e historicizado por Foucault de modo criterioso e reflexivo. De acordo com o autor, o debate sobre o lugar social da loucura está diretamente relacionado a um debate sobre as estruturas de exercício e manutenção do poder. O poder de arbitrar sobre como as pessoas devem viver para manter uma sociedade governável. Para ele, este poder sobre as pessoas desviantes à norma, se manifesta como um poder disciplinar sobre a sociedade como um todo.

B) A chegada do saber psiquiátrico no Brasil ao longo do século XX:

Na virada do século XIX para o XX, alguns médicos influentes que retornavam da Europa passaram a trazer as modernas ideias da psiquiatria para o Brasil.

Até então, no Brasil, os enfermos eram majoritariamente tratados em alguns poucos manicômios oferecidos pelas Santas Casas de Misericórdia. Claramente, seu intuito era manter estas pessoas sob controle além de livrar a sociedade da presença incômoda destes indivíduos, o que tinha mais um significado simbólico e prático, do que uma verdadeira intenção de tratamento para a inserção destes indivíduos na sociedade. Segundo Lima Barreto, “Não me incomodo muito com o Hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida” (apud. BOSI: 2010. p.12). A respeito disso, Alfredo Bosi comenta:

“Desde o início dos seus apontamentos Lima Barreto mostra que a polícia é um instrumento que serve de veículo para encaminhar o suposto demente a um lugar apartado, na medida em que ele é confundido com o marginal. Por algum tipo de comportamento considerado anormal, deve ser retirado da sociedade e encerrado em uma espécie de depósito onde os seres “normais” não os vejam nem mantenham com ele qualquer contato.” (BOSI, 2010, p.12)

No começo do século XIX, as cidades brasileiras contavam com uma população reduzida, a economia era basicamente rural, e mesmo na iminência da revolução industrial, os trabalhadores ainda eram em sua maioria descendentes de escravos.

Diferentemente da Europa, aqui, pouco se falava sobre a loucura, talvez, por conta da vastidão do território. Entretanto, sua existência é clara, conforme relatos na literatura brasileira clássica da época (Alienista, Machado de Assis, 2014), mas ainda não existia a necessidade de intensa intervenção na vida e na liberdade desse sujeito.

Com as mudanças causadas pelo desenvolvimento econômico que estava acontecendo nas grandes cidades, o problema da gestão da população que era comumente levada para os hospitais psiquiátricos passou a ficar mais evidente. Estas pessoas, sem um real lugar para viver e sem trabalho ficavam vagando pelas ruas das cidades, e tal como no contexto europeu eram tratados como loucos e desajustados. Segundo Resende (1992):

“Nas ruas, a presença dos doidos (como o resto dos outros marginais) se fará notar pelos “seus grotescos andrajos”, seu comportamento inconveniente e pela violência com que, às vezes, reagem aos gracejos e provocações dos passantes.”

As Santas Casas de Misericórdia ofereciam alguma resposta para essas pessoas, onde muitas vezes eram amontoados em porões, sofriam violência física, desnutrição e doenças infecciosas. Neste momento as pessoas que não se ajustavam à sociedade se multiplicavam, e as enfermarias dos hospitais estavam superlotadas e sem capacidade para receber mais internos. Era frequente, que os “loucos e alienados” fossem recolhidos em prisões, onde se misturavam com todos os tipos de indivíduos, sem nenhuma assistência adequada. Estes Asilos se tornaram depósitos de pessoas visto que não tinham capacidade de cuidar, tratar e reinseri-los socialmente.

“A polícia, não sei como e por que, adquiriu a mania das generalizações, e as mais infantis. Suspeita de todo sujeito estrangeiro com nome arrevesado, assim os russos, polacos, romaios são para ela forçosamente caftens; todo cidadão de cor há de ser por força um malandro; e todos os loucos hão de ser por força furiosos e só transportáveis em carros blindados.” (LIMA BARRETO, 2010, p.35)

Ao longo do século XX, novos locais começam a ser construídos, sempre afastados das cidades, com o argumento de que os doentes mentais necessitavam de tranquilidade e calma. Com a chegada dos médicos da Europa e a visão positivista de Dom Pedro, que procurava valorizar a ciência, e endereçar o crescimento dos problemas sociais colocados pela industrialização das cidades, passou a haver um grande investimento e diversos hospitais psiquiátricos foram construídos. Esses espaços eram criados provisoriamente, sempre com o intuito de criar novas respostas para a superlotação dos locais existentes.

“[...], as primeiras instituições psiquiátricas no Brasil surgiram em meio a um contexto de ameaça à ordem e a paz social. em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito dos doidos pelas ruas das cidades; acrescentem-se os apelos de caráter humanitário, as denúncias contra maus tratos que sofriam os insanos. A recém-criada Sociedade de Medicina, engrossa os protestos, enfatizando a necessidade de dar-lhes tratamento adequado, segundo as teorias e técnicas já praticadas na Europa. Três proposições contraditórias entre si; num extremo, uma indicação prioritariamente social, a remoção e exclusão do elemento perturbador, visando a preservação dos bens e da segurança dos cidadãos, e no outro extremo, uma indicação clínica, a intenção de curá-los. De permeio a proposta de minorar-lhes o sofrimento, na tradição das instituições de caridade brasileiras.” (Resende, 1992, p 39)

Essas instituições somente excluía os sujeitos da sociedade, embora a psiquiatria reclamasse seu conhecimento sobre a doença mental. As instituições continuavam sendo precárias, com médicos e possibilidades de tratamento escassas e os reclusos além dos doentes mentais, eram pessoas marginalizadas pela sociedade que dificilmente conseguiam ser reinseridas nela. A situação econômica do país havia sido determinante na criação destes locais, porém já não era suficiente, para abrigar tantas vítimas que sofriam com a consequência do “progresso”. Este padrão de desenvolvimento econômico acabou trazendo mais desigualdade social para uma população que já sofria com falta de recursos financeiros, descaso do governo com as populações marginalizadas e a exclusão social se ampliou.

Começaram a surgir, então, as instituições psiquiátricas brasileiras, pois até tal momento, os cuidados eram fornecidos sobretudo por religiosos ou enfermeiros sem formação adequada.

Esta transformação no cenário da psiquiatria era reflexo de uma economia em mudança. Neste novo contexto, seria necessária mais mão de obra e, levando em consideração um dos motivos das internações ser a vadiagem, era necessário reverter a situação, trazendo o indivíduo para a normalidade e tornando-o um trabalhador em potencial.

Resende (1992) aponta que “[...] *era preciso reverter ao “normal” a tradicional moleza do brasileiro, atitude, já se viu, histórica e sociologicamente determinada, mas elevada pelos alienistas à categoria de característica da índole de certos grupos, sociais e étnicos*”. As colônias agrícolas surgiram com a proposta de solucionar os problemas, através de novas terapias de recuperação. O que se apregoava era uma recuperação através do trabalho, que buscava recuperar os insanos e inseri-los na sociedade como um cidadão útil. Tal prática era bem aceita, uma vez que as famílias recebiam algum dinheiro, pelo trabalho realizado nas colônias agrícolas e as instituições recebiam verbas para sustentar os programas, além de receberem algum retorno pelo resultado do trabalho do interno. Esta solução lucrativa incentivava a superlotação dessas instituições.

Tinha-se a ideia, segundo Resende, de que a lavoura cafeeira poderia se utilizar da mão de obra da qual o hospício dispunha. Porém, esse modelo logo perdeu lugar, devido a industrialização e a urbanização aceleradas, as instituições voltam ao seu papel de sempre, excluir o doente mental de seu convívio social.

Na década de 50 o que se tinha no Brasil, ainda era um cenário similar ao de quase cem anos antes marcado pela *“superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos presídios.”* (Resende, 1992)

Em alguns momentos a Psiquiatria se confundia entre a função de assistência médica e assistência social, resumidas em um grupo de quatro itens: curar, produzir, normatizar e controlar.

Após o golpe militar de 1964, houve uma divisão entre a assistência destinada ao doente mental e a da assistência médica destinada aos trabalhadores. Entretanto, dado que a rede de atendimento público já se encontrava deteriorada, foi necessária a contratação de leitos em hospitais particulares, levando a um grande aumento nas internações nesses locais, muito superiores ao aumento na rede pública. Este setor, da psiquiatria nos hospitais particulares, lucrou muito com essas internações.

Na década de 70 surgiram algumas propostas de melhorias na rede de saúde mental, algumas não funcionaram, outras tiveram longa duração e com apoio das Secretarias Estaduais de Saúde e do Instituto Nacional de Proteção Social (INPS). Foram criados novos serviços, que apesar de serem também chamados de colônias, tinham como intuito a inserção profissional, e ficavam localizados próximos ao meio urbano.

A crise econômica de 1974, fez com que a Psiquiatria recebesse cada vez menos recursos. Ademais, doenças de todos os tipos e a mortalidade infantil cresceram muito, com isso o governo sentiu a necessidade de ampliar o atendimento a essas outras parcelas da sociedade.

“À assistência psiquiátrica brasileira parece não ter restado outra alternativa senão renunciar às tímidas intenções de um empenho curativo que lhe atribuíram por um breve período de 5 anos, muito pouco para os seus mais

de 100 anos de idade, e reassumir o papel de que sempre lhe coube na história, o de recolher e excluir os dejetos humanos da sociedade, os elementos livres num momento, os imigrantes num outro, os mal definidos de hoje.”(Resende, 1992)

4. Repensando “o lugar da loucura” na contemporaneidade

Para pensar o lugar da loucura nos dias de hoje, é também de suma importância refletir sobre as mudanças ocorridas no próprio seio da psiquiatria contemporânea. Se por um lado, foram possíveis grandes avanços na construção de políticas sociais, orientadas pelo direito e pela cidadania de suporte aos doentes mentais, por outro, ainda restam grandes desafios para se pensar o lugar ocupado pela loucura na nossa sociedade.

A) As reformas institucionais

Rotelli (1988) em seu texto “A Instituição Inventada”, faz uma crítica à divisão que é feita do período manicomial e o de agora. Segundo ele, a instituição tem seus problemas reduzidos à falta de humanização, eliminação de violência adicional e supérflua. E isso ocorre por uma necessidade de autonomia da psiquiatria. Joga-se os problemas como as falhas dos manicômios de antes, com o propósito de dar poder a psiquiatria, poder esse que já havia sido perdido nas instituições.

Existe uma diferença entre o objeto adotado pela psiquiatria, “a doença” da “existência-sofrimento” dos pacientes e sua relação com o corpo social. Por essa separação as instituições foram constituídas para olhar a “doença”, porém, esquecem da existência do sofrimento do doente em relação ao corpo social, sendo necessária a reforma, para que o olhar do objeto mudasse.

Embora tenha ocorrido a desinstitucionalização, as formas de tratamento não foram modificadas, e se faz necessário um olhar mais voltado para o sofrimento do paciente e uma maneira de reinserir o mesmo na sociedade. Precisamos pensar no paciente como alguém que sofre e não somente diagnosticar sua doença, como faz a psiquiatria, que ainda detêm o poder de excluí-los da sociedade, muitas vezes causando um sofrimento ainda maior. Torna-se importante, portanto, buscar técnicas terapêuticas que diminuam esse sofrimento numa tentativa de recolocação social do paciente.

“[...] Que tratar signifique ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta cotidiana.” (ROTELLI, 1988)

É necessário que se conheça o que está causando sofrimento ao paciente, para poder desenvolver uma forma que seja mais eficaz no tratamento, livrando-o da exclusão da sociedade.

B) O desenvolvimento de novas tecnologias medicamentosas

Uma destas áreas de desenvolvimento no seio da psiquiatria foi a criação e o desenvolvimento dos medicamentos psicotrópicos. Em 1950, com o surgimento destas novas drogas, houve uma mudança considerável na paisagem da loucura, bem como no lugar da loucura na sociedade. Efetivamente, os psicotrópicos permitiram dar uma nova roupagem para o tratamento da loucura, agora convertida em problemas de saúde mental e potencialmente tratáveis como quaisquer outras doenças. Se até então, a loucura era tratada através da reclusão e da contenção, os medicamentos permitiram novas

abordagens terapêuticas. Para Roudinesco (1999), estes medicamentos permitiram substituir o tratamento de choque elétrico por uma camisa-de-força química.

Efetivamente, uma vez que a loucura pôde ser tratada pelos medicamentos, que permitiam normalizar comportamentos e eliminar sintomas desviantes à norma, foi possível substituir os manicômios por outros tipos de instalações. Nestas, através de um uso racional dos medicamentos, se tornou possível a reintegração dos loucos nas cidades.

Esta reintegração foi possível justamente porque com os medicamentos, os comportamentos considerados fora da norma passaram a poder ser controlados e, se antes os tidos como loucos eram vistos como perturbadores da paz, passaram a ser aceitáveis pela sociedade.

No entanto, podemos pensar que os psicotrópicos deram início a um novo tipo de alienação. Ao pretender “curar as pessoas da própria essência da condição humana” (ROUDINESCO, 1999, p. 22), os medicamentos se enfocaram na eliminação de sintomas para pôr fim a uma angústia, mas sem lhes atribuir significado ou ajudando-as a descobrir a sua origem.

Tal como propõe Roudinesco, estes medicamentos permitiram dar origem a um novo homem, “polido e sem humor, esgotado pela evitação de suas paixões, envergonhado por não ser conforme ao ideal que lhe é proposto” (ROUDINESCO, 1999, p. 21). Ao evitar elaborar suas questões para compreensão, o indivíduo se vê em uma bola de neve de medicamentos; se está ansioso, toma-se medicamento para dormir melhor, a partir de então, se faz necessária uma nova medicação para lhe regular o sono durante o dia, pois precisa-se sentir disposto para enfrentar o cotidiano e ser produtivo. Nessa busca por aliviar seu sofrimento a qualquer custo, o sujeito se engana ao acreditar em um falso equilíbrio - equilíbrio este que só é alcançado de formas não naturais, e sim, químicas.

Nos dias atuais, vemos que a farmacologia se apresenta em um momento oportuno, pois é mais fácil se voluntariar às substâncias químicas com a “garantia” de normalização de comportamentos, para ser aceito e integrado à sociedade, ao se submeter a este processo de análise. Entretanto isso tem o seu custo. Talvez um caminho prudente fosse o de integrar estas duas abordagens de tal forma, que o tratamento medicamentoso fosse utilizado no sentido de reduzir o sofrimento, mas não o de substituí-lo.

Com a valorização do homem a partir de sua produtividade, a busca pela terapia medicamentosa só aumenta com as demandas do mercado de trabalho.

Conforme as pesquisas realizadas, é fácil constatar que ainda hoje não é possível definir o que é a loucura, e nem uma forma específica de tratamento. Nosso trabalho pretende, a partir de uma proposta prático-teórica, promover a conscientização, a transformação do entendimento e, conseqüentemente, o acolhimento empático e solidário da comunidade em relação aos sujeitos configurados com diagnósticos da loucura. Que o processo de exclusão da loucura seja transmutado para a possibilidade de criar laços sociais, que a invisibilidade e a precariedade das relações saiam da indiferença e acolha com amorosidade os “inumeráveis estados do ser”. Espera-se ainda apreender o conceito de loucura, ampliando o conhecimento da trajetória histórica do termo; proporcionar a desconstrução do estigma do louco perante a sociedade contemporânea, assim como entender as causas dessa estigmatização; discutir e compreender sobre as definições do normal e do patológico na visão social; incentivar a compreensão e naturalização no lugar da eliminação do sintoma/comportamento desviante.

Neste sentido, o trabalho realizado pela equipe foi dividido em duas etapas. Primeiramente, foi realizada uma revisão de literatura procurando historicizar como o “problema da loucura” foi enfrentado política e socialmente no país, desde a nova república até os dias de hoje. Em um segundo momento, a questão da exclusão social do “louco” foi problematizada a partir de três perspectivas críticas no campo da saúde mental, a saber, da sua questão institucional, biopolítica e do paradigma do normal e do patológico.

5. Novas configurações do controle dos corpos e a repensando as fronteiras do Normal e do Patológico no mundo atual

Em sua obra “Microfísica do Poder”, especificamente no capítulo intitulado “O nascimento da medicina social”, Foucault argumenta em relação a uma discussão que envolve a medicina moderna e se ela é em sua gênese individual ou social.

Se por um lado alguns classificam a medicina moderna como individual pelo fato de estar ligada a uma economia capitalista, portanto individualista, por outro lado Foucault é muito claro ao afirmar que a medicina moderna deve ser vista como social, justamente porque ela nasce buscando soluções para problemas e dilemas coletivos, ainda que capitalistas. Por isso, ele irá dizer que o dilema da loucura está relacionado a uma moral vigente de determinada sociedade e que é isso que irá determinar o lugar social da loucura que está mais diretamente associada a um poder disciplinar, no que diz respeito a uma administração dos corpos e sua relação com a forma de trabalho e produção nas sociedades industriais.

“Existe, portanto, um fenômeno de convergência entre as exigências da *ideologia política* e as da *tecnologia médica*. Médicos e homens de Estado reclamam em um mesmo movimento e em um vocabulário às vezes semelhante, mesmo que por motivos diferentes, a supressão de tudo o que pode ser um obstáculo para a constituição deste novo espaço: os hospitais que alteram as leis específicas que regem a doença, e que perturbam aquelas, não menos rigorosas, que definem as relações da propriedade com a riqueza, da pobreza com o trabalho.” (FOUCAULT, 2020, p.41)

Nesse cenário, ser “louco” é estar fora da realidade e conseqüentemente das normas vigentes de produção e produtividade, e, portanto, uma afronta que necessariamente precisa ser punida. “O capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho.” (FOUCAULT, 1979, p.80)

É assim que se dá o controle da sociedade sobre os indivíduos, o corpo é uma realidade biopolítica. De acordo com Foucault, a medicina é uma estratégia de poder e de governo destes corpos produtivos. Esta estratégia passa pelo entendimento das populações como força ativa de trabalho e lucro, então mais do que aumentar a população (que foi uma preocupação inicial para aumentar a capacidade produtiva), em meados do século XVIII e começo do século XIX, nasce uma polícia médica, que tem como função garantir que para além de existir a população precisa produzir.

Originada na Alemanha, a polícia médica tinha preocupações mais complexas do que simplesmente observar nascimentos e mortes, mas também “diferentes fenômenos epidêmicos ou endêmicos” (FOUCAULT, 1978 p.83).

Posto isso, é preciso dizer que houve um importante crescimento populacional e que as delimitações espaciais entre ricos e pobres foi cada vez mais se estreitando. Esse fenômeno desencadeou medos e angústias.

“Nasce o que chamarei medo urbano, medo da cidade, angústia diante da cidade que vai se caracterizar por vários elementos: medo das oficinas e fábricas que estão se construindo, do amontoamento da população, das casas altas demais, da população numerosa demais; medo também, das epidemias urbanas, dos cemitérios que se tornam cada vez mais numerosos e invadem pouco a pouco a cidade; medo dos esgotos, das caves sobre as quais são construídas as casas que estão sempre correndo perigo de desmoronar.” (FOUCAULT, 1978 p.87)

Esses medos levaram a um sistema de vigilância, que dividia o espaço urbano. E aos doentes, loucos, inadequados socialmente era aplicado o mecanismo do exílio. Esta medicina atuava como forma de purificação da cidade. O afastamento de cemitérios como forma de manter uma melhor qualidade do ar se aplica também de modo simbólico em relação ao afastamento de todas as pessoas que apresentam “risco” à cidade. Ou seja, o que há é um controle político-científico da insalubridade não só do ponto de vista da higiene sanitária, mas principalmente de uma higiene social.

“Com a Lei dos pobres aparece, de maneira ambígua, algo importante na história da medicina social: a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas.” (FOUCAULT, 1978 p. 95)

Na História, existe uma importante área do conhecimento, chamada de História das Mentalidades, que teve como precursor o historiador Lucien Febvre (1965) influenciado também por parte dos fundamentos da Psicologia Moderna, teoriza que nos processos de desenvolvimento histórico existem distintas camadas de transformações. “Numa palavra, tudo isso permite dizer que o indivíduo é sempre o que sua época e o seu meio social permite.” (FEBVRE, 1965, p. 221). Algumas transformações acontecem de forma rápida, clara e nítida, mas isso não se aplica ao que diz respeito a comportamentos e formas pensamentos. Nesse sentido as transformações acontecem de forma descompassada, cada uma a seu ritmo.

No decorrer das nossas leituras e discussões, nos pareceu que hoje, os modelos de gestão de controle dos corpos ainda seguem os modelos relacionados a aniquilação, exílio e tendo, muitas vezes, como justificativa as dinâmicas econômicas sociais como elementos tão ou mais importantes que os fatores biomédicos e individuais com os quais estamos mais acostumados a pensar.

Nos parece que as estruturas asilares, classificações e mais classificações como as do DSM 5, expandido em relação a sua última publicação, colocam o poder médico, a medicalização e as relações de poder, ainda na discussão inicial do diagnóstico moral e não ético da loucura, colocando razão e desrazão em lugares totalmente antagônicos onde a primeira é qualificada para dizer o que é

ou não verdade, o que deve ou não ser feito, deliberadamente contra uma desrazão e impossibilidade de falar e de exercer a sua cidadania.

Apesar de ser um texto com enfoque na fisiopatologia, Canguilhem em “O Normal e o Patológico”, define limitações entre os estados de funcionamento do homem tidos como normal e o anormal, e que, portanto, caracterizariam os estados doentes e patológicos; como é construída a ideia do “patológico” a partir da cultura, do contexto histórico e social. A partir dessa ideia, podemos pensar nos distúrbios psíquicos e a visão do dito louco e da loucura como “anormalidade” perante a sociedade.

Em uma sociedade onde o enfoque é padronizar normas, a exclusão e o estigma formado ao redor da doença mental é quase inevitável. Se pensarmos a normalidade pela ótica social e cultural, levaremos em consideração uma média geral construída pelo meio, se instalando assim o isolamento daqueles que se encontrarem fora dessa norma padrão, os colocando no lugar de anormalidade e até mesmo de patologia.

Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe. (CANGUILHEM, 2002, p. 71)

Deve-se considerar a relatividade individual do normal biológico, sendo assim, é sempre o indivíduo que devemos tomar como ponto de referência, porque, como afirma Goldstein, o indivíduo pode se encontrar "à altura dos deveres resultantes do meio que lhe é próprio" [46, 265]. Assim, Canguilhem propõe que:

Não se pode limitar a comparações com normativas da média, e sim, na medida do possível, considerar as normativas individuais. E, se o normal não tem a rigidez de uma norma coletiva, e sim a flexibilidade de uma norma com condições individuais, o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso, não necessariamente sendo o normal e o patológico idêntico em essência (CANGUILHEM, 2002, p. 71).

Não sendo o normal e o patológico equivalentes em essência, assim como a doença não é uma variação da dimensão da saúde, e sim, uma nova e independente dimensão da vida, qual seria a definição de normalidade, de acordo com a ótica da média individual? Segundo Canguilhem (2002), a normalidade é definida por normas flexíveis, ou seja, seria a permissão de adaptação frente às mudanças no cotidiano do indivíduo. Canguilhem (2002) afirma que “devemos dizer que o estado patológico ou anormal não é consequência de ausência de qualquer norma”, e sim, que a doença é uma norma de vida, porém uma norma inferior, que não permite desvios das condições em que é válida, por não ser capaz de aceitar transformar-se em outras normas.

O indivíduo quando adoece, entra em um estado de normas bem definidas, não sendo mais capaz de se adaptar às novas condições que lhe forem estabelecidas pelo meio. Podemos pensar, a partir dessa ideia, as condições estabelecidas pela doença mental; quando um paciente psiquiátrico entra em surto, ele passa a ter uma nova norma de vida, modificando sua estrutura individual e, “(...) mesmo

quando é capaz de reações semelhantes às que antes podia ter, pode chegar a essas reações por caminhos completamente diferentes.” (CANGUILHEM, 2002, p. 72).

Os sintomas patológicos então são expressões das transformações nas relações entre o indivíduo e o meio, causadas pela transformação do indivíduo. Se antes muitas coisas eram normais para aquele organismo, a partir dessa modificação, não o são mais. A doença é considerada um “modo de vida reduzido, sem generosidade criativa, já que é desprovido de audácia” (Canguilhem, 2002), e, apesar disso, segue sendo uma nova vida, com novas constantes normativas.

“No entanto... a nova saúde não é a mesma que a antiga. Assim como era característica, para a antiga normalidade, uma determinação precisa do conteúdo, assim também uma mudança de conteúdo é característica da nova normalidade. Isso é óbvio, segundo nosso conceito de organismo de conteúdo determinado, e torna-se da maior importância para nossa maneira de agir em relação ao indivíduo curado... Curar, apesar dos déficits, sempre é acompanhado de perdas essenciais para o organismo e, ao mesmo tempo, do reaparecimento de uma ordem. A isso corresponde uma nova norma individual.” (CANGUILHEM, 2002, p. 76)

Quando falamos sobre modificações nas normas de vida, nova saúde e antiga normalidade, entendemos uma expectativa como desleal que é depositada em cima dos pacientes psiquiátricos; a esperança do retorno à normalidade anterior ao surto. Se tomarmos a situação dos familiares de um paciente psiquiátrico, é compreensível o equívoco, desde que seja causado pela ignorância, é esperado que aquele sujeito “volte a ser quem era” antes do surto. Mas o fato é que, este sujeito nunca deixou de “ser quem é”, apenas está em condições normativas diferentes das anteriores, sendo incapaz de retornar àquelas normas.

Em “O normal e o patológico” (2002), Canguilhem muito brilhantemente afirma que “a vida não conhece a reversibilidade”, o que possibilita a reflexão sobre essa expectativa de volta à normalidade. Assim como quando alguém sofre a amputação de um membro, independente de todo tratamento e fisioterapia que esse indivíduo faça, aquele membro amputado jamais crescerá novamente, deve-se aprender a viver com essa nova condição de vida, da mesma maneira é com os distúrbios mentais; é necessária a aceitação dessa nova norma.

Em resumo, pode-se afirmar que os sintomas patológicos são nada mais que a incapacidade de adaptação normativa às mudanças de condições que a vida lhe impõe.

“Em última análise, podemos viver, a rigor, com muitas malformações ou afecções, mas nada podemos fazer de nossa vida, assim limitada, ou melhor, podemos sempre fazer alguma coisa, e é nesse sentido que qualquer estado do organismo, se for uma adaptação a circunstâncias impostas, acaba sendo, no fundo, normal, enquanto for compatível com a vida.” (CANGUILHEM, 2002, p. 79)

É fato que, para o homem se sentir bem - com boa saúde - ele precisa ser mais do que apenas normal, além de adaptado ao meio, precisa ser capaz de seguir novas normas de vida quando necessário, atendendo às exigências de transformações corriqueiras da vida. Entende-se como saúde o sentimento de segurança na vida, sentimento de poder arcar com as modificações de normas,

sentimento esse que pode não estar presente naqueles que sofrem de distúrbios psíquicos, justamente por não serem normativos, mas presos a uma “norma inferior” e condicionada a não aceitação de transformação.

6. Discussão final:

Ao observarmos a historiografia da loucura e como seus contornos foram se delineando nas sociedades com o passar do tempo, compreendemos a inegável importância do movimento antimanicomial, contudo também entendemos que ainda há muitas lacunas a serem pensadas e proposições a serem feitas em busca de caminhos para que exista de fato, a construção de um saber sobre como organizar a inclusão das pessoas diagnosticadas com doenças e transtornos mentais na sociedade nos dias de hoje.

A luz dos pensamentos de Byung-Chul Han e Shuranjeet Singh (2020), respectivamente filósofo e escritor sul-coreano e pesquisador na área de saúde mental, tecemos um caminho de questões e reflexões trazendo para a contemporaneidade as relações entre a cultura do trabalho desmedido; o despotismo da medicina, através por exemplo de um DSM que se tornou cada vez mais abrangente, de modo que o número de transtornos sejam tantos que acabam por facilitar processos de medicalização da vida, favorecendo a indústria farmacêutica através da patologização; e o diagnóstico moral (e não ético) da “loucura” personificado pela instituição policial e suas atuações em favor de uma política pautada pelo desvalor da vida e relegando tantos à morte, como propõe Mbembe (2016) com o conceito de Necropolítica.

Pensando nos dilemas coletivos dentro de um sistema individualista, principalmente no que diz respeito a justificativa da loucura através das dinâmicas econômicas e sociais, onde o ostracismo de inúmeras pessoas é consequência de um estigma da sociedade contemporânea, compreendemos que as relações e o lugar ocupado pela loucura no imaginário coletivo estão na sua raiz, demarcados pela moral. Isso significa dizer que as normas vigentes da nossa sociedade estão alicerçadas no neoliberalismo e são os delimitadores do lugar e do não lugar de pertencimento e da convivência, e entre quem pode ocupar certos lugares e como.

“A sociedade disciplinar é constituída por ambientes e instalações de confinamento. Família, escola, prisão, quartel, hospital e fábrica representam esses espaços disciplinares de reclusão. O sujeito disciplinar passa de um meio de confinamento a outro. Ele se movimenta, portanto, em um *sistema fechado*”. (HAN, 2020, p. 29)

É importante esclarecer que, se por um lado, existe uma parcela significativa da população que ficou sem atendimento e acompanhamento adequados, pelo fato de se encontrarem em situação de vulnerabilidade social, no que se refere aos casos em que existe uma doença severa, como esquizofrênicos em crise por exemplo, do outro se abriu uma oportunidade de negócio, para aquelas famílias que podem custear clínicas particulares com formatos asilares já conhecidos e utilizados no decorrer da história. Excluídos e exilados na maioria das vezes compulsoriamente, já que de acordo com Byung-Chul Han, a diferença é contrária aos objetivos do neoliberalismo e quanto mais e mais formos iguais, menos aumenta a produtividade pautada pelo medo e competição. Nesse aspecto

também está a medicalização em favor do trabalho desmedido. Trata-se em última instância de uma questão de lucro e governo social.

“O capitalismo do consumo, além disso, introduz emoções para criar necessidades e estimular a compra. o *emotional design* molda emoções e padrões para maximizar o consumo. Hoje, em última análise, não consumimos coisas, mas emoções. Coisas não podem ser consumidas infinitamente, mas emoções sim. Emoções se desdobram para além do seu valor de uso. Assim, inaugura-se um novo e infinito campo de consumo”. (HAN, 2020, p. 66)

Conclusão:

A partir da revisão de literatura foram definidos três períodos. No primeiro, discutimos o lugar da loucura na sociedade europeia. A seguir, refletimos sobre como foi a chegada destas ideias no Brasil. Finalmente, analisamos os desdobramentos mais recentes no campo da psiquiatria, tanto com o advento dos medicamentos psicotrópicos a partir dos anos 1980 e como da desinstitucionalização que ocorreu em nosso país a partir dos anos 1990. Esta periodização permitiu estabelecer um debate sobre as dificuldades de se pensar “o lugar da loucura” e o próprio conceito de loucura na atualidade.

Estas dificuldades contextuais, conceituais e históricas apresentadas na primeira parte do trabalho nos fizeram repensar o problema de pesquisa a partir de novas perspectivas e abrir novas linhas de investigação: 1) As atualizações do campo e das práticas manicomiais, especificamente as contingências dos avanços trazidos pelos novos medicamentos psicotrópicos; 2) Os desafios para se pensar a singularidade, e a multiplicidade de possibilidades do ser, em uma sociedade baseada na norma e não na diferença; e, 3) Na gestão e no controle dos corpos, ou seja, na biopolítica, praticada no contexto das novas dinâmicas econômicas e sociais contemporâneas.

7. Referências bibliográficas

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. **Uma breve história da reforma psiquiátrica**. Neurobiologia, v. 72, p. 1, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Valdenilson-Ribas/publication/341446537_Uma_breve_historia_da_reforma_psiquiatica/links/5ec155c0458515626cad3118/Uma-breve-historia-da-reforma-psiquiatica.pdf> Acesso em: 28/06/2021

AMARANTE, Paulo. **Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade**. Coordenado por Paulo Amarante, Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2000

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, 142 p. ISBN 978-85-7541-327-2. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788575413272>> acesso em: 23/06/2021

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1 edição. São Paulo: Geração Editorial. 2013

ASSIS, Machado de. **O alienista**. São Paulo: Penguin Classics Companhia das Letras, 2014.

BARRETO, Lima. **Diário do hospício e O cemitério dos vivos**. Organização e notas: Augusto Massi e Murilo Marcondes de Moura. 1ª ed. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

BOSI, Alfredo. Cemitério dos vivos: testemunho e ficção. In: BARRETO, Lima. Diário do hospício e O cemitério dos vivos. Organização e notas: Augusto Massi e Murilo Marcondes de Moura. 1ª ed. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

CANGUILHEM, Georges (2002). **O normal e o patológico**. 5.ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FEBVRE, L.. **Combats pour Historie**. 2ª ed. Paris: A. Cotin, 1965, p. 221.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. Tradução José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Tradução de Roberto Machado. 7a ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2020.

HAN, Byung-Chul. **Psicopolítica - O neoliberalismo e as novas técnicas de poder**. Tradução Maurício Liesen. 7ª ed. Belo Horizonte: Editora Âyiné, 2020.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. Arte & Ensaios, Rio de Janeiro, n. 32, 123-151, dez. 2016. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em: 1 jun.2021.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica. In: S. de A. Tundis; N. do R. Costa (Orgs.) **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde mental no Brasil**. 3a edição ed., p.15–64, 1992. Petrópolis em coedição com a ABRASCO.

ROTELLI, F. (1988). **A instituição inventada**. Revista Per la salute mentale/ For mental health" 1/88 – do "Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia. Disponível em: <<https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/10/a-instituic3a7c3a3o-inventada-franco-rotelli1.pdf>>

ROTTERDAM, Erasmo. **Elogio da loucura**. Tradução de Ciro Mioranza. São Paulo: Editora Lafonte. 2017.

ROUDINESCO, Elisabeth. Os medicamentos do espírito. In: _____. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000. Cap. 2. p. 21-31.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Atlas 2020. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>. Acesso em: 08 dez. 2021