

**Mais amor, por favor:
o processo de subjetivação e ressignificação do
paradigma biomédico nos 10 anos
da Reforma Psiquiátrica¹**

Fernando A. G. Castro Moura*
Paula Pflüger Zanardi*
Marcio Anderson Kontopp*

RESUMO: No dia 18 de maio de 2011, celebrou-se o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, desde a aprovação da Lei 10.216/2001. Desde então, inúmeros serviços de Saúde Mental vêm sendo implantados, de forma heterogênea, no Brasil, fundamentados nas premissas presentes na dita Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se contrapõe ao modelo asilar, modelo este embasado principalmente na internação psiquiátrica. Nesta data foram realizadas, em Florianópolis, algumas mesas de discussão na Universidade Federal de Santa Catarina, além de um evento organizado pelo Coletivo *PIRA!* (Produção Integrada de Resistência Antimanicomial). Acompanhamos não só este evento, mas também algumas reuniões do Coletivo, em pesquisa de campo que forneceu interessante material empírico para este trabalho. Além de realizarmos um percurso pelo processo histórico da chamada Reforma Psiquiátrica no Brasil, resgatamos os discursos de algumas partes favoráveis e contrárias a sua implantação. Em seguida, fizemos uma discussão teórica sobre o Individualismo e as formas modernas de Pessoa, além da questão dos regimes disciplinares do Corpo e os processos de subjetivação a ele relacionados. A partir do cotejamento desta discussão com os diferentes posicionamentos dos mais variados atores sociais, procuramos acrescentar algumas reflexões sobre o assunto. Analisamos de que forma as bases epistemológicas que sustentaram o forjamento do individualismo moderno, bem como das formas modernas de Corpo e Pessoa e seus corolários, perpassam tal proposta de reformulação dos chamados modos de cuidar em Saúde Mental, implicando em uma série de continuidades, a despeito de sua (tentativa de) reformulação.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Luta Antimanicomial; Saúde Mental; Processos de subjetivação.

* Acadêmicos(as) do Curso de Graduação em Ciências Sociais - UFSC. Respective e-mails: fertreze@yahoo.com.br; paula_zanardi@hotmail.com; marciokontopp@hotmail.com.br

1. Introdução

A partir de alguns desdobramentos que o individualismo moderno trouxe em relação às concepções de Corpo e Pessoa nas culturas contemporâneas urbanas, o presente trabalho tem como escopo discutir alguns aspectos acerca do polêmico processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Procuraremos analisar de que formas as bases epistemológicas que sustentaram o forjamento do individualismo moderno, bem como das formas modernas de Corpo e Pessoa e seus corolários, perpassam tal proposta de reformulação dos chamados modos de cuidar em saúde mental, implicando em uma série de continuidades, a despeito de sua (tentativa de) reformulação.

No dia 18 de maio de 2011, dia Nacional da Luta Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica Brasileira completou uma década de existência, desde a aprovação da Lei 10.216/2001. Nesta data foram realizadas, em Florianópolis, algumas mesas de discussão na Universidade Federal de Santa Catarina, além de um evento organizado pelo Coletivo *PIRA!* (Produção Integrada de Resistência Antimanicomial). Acompanhamos não só este evento, mas também algumas reuniões do Coletivo, em pesquisa de campo que forneceu interessante material empírico para este artigo².

Principiaremos este trabalho com uma revisão histórica acerca do processo da chamada Reforma Psiquiátrica no Brasil. Posteriormente, resgataremos os discursos de algumas partes favoráveis e contrárias a sua implantação, para que em seguida seja feita uma discussão teórica sobre o Individualismo e as formas modernas de Pessoa, além da questão dos regimes disciplinares do Corpo e os processos de subjetivação a ele relacionados. A partir do cotejamento desta discussão com os diferentes posicionamentos dos mais variados atores sociais, tentaremos acrescentar algumas reflexões sobre o assunto, à guisa das considerações finais.

2. A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Apesar de prevista na Constituição há mais de dez anos, com a aprovação da Lei 10.216/2001, a Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo incipiente e heterogêneo no Brasil. Este movimento é vinculado a uma série de elementos, que vão desde a

redemocratização do país no final da década de 70, possibilitando a mobilização da sociedade civil e a consolidação de críticas e denúncias ao modelo de saúde vigente, que culminou na chamada reforma sanitária; o diálogo com a experiência italiana, a partir do modelo proposto por Franco Basaglia; o fechamento de leitos psiquiátricos e a tentativa de implantação de uma rede de serviços substitutos, com equipes interdisciplinares de trabalhadores em saúde mental. Certamente, estes fatores se entrelaçam e carregam consigo inúmeras tensões e nuances. Embora não caiba aqui aprofundar cada um destes pontos, faz-se necessário que explicitemos alguns destes elementos, com o objetivo de esclarecermos os avanços e retrocessos que permeiam o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Pode-se dizer que este processo teve início no ano de 1978, ano de ressurgimento dos principais movimentos sociais no país, após o período de repressão da ditadura militar. No Rio de Janeiro, emerge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), resultado de articulações em congressos de psiquiatria, do Movimento de Renovação Médica e do diálogo com lideranças mundiais da psiquiatria crítica, sobretudo com o italiano Franco Basaglia. Este movimento veio a se tornar um dos principais atores políticos deste processo, ao encetar a construção de um pensamento crítico em relação às práticas asilares nos modos de cuidar em saúde mental, denunciando o tratamento desumano aos pacientes de hospitais psiquiátricos brasileiros, as péssimas condições de trabalho ali encontradas e a chamada “indústria da loucura” em hospitais privados³.

De acordo com Vasconcelos (2000), o início da década de 80 foi marcado pela conquista de importantes espaços políticos por lideranças do MTSM, nos governos do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. No Rio de Janeiro, preparou-se o caminho para o lançamento do CONASP - Conselho Consultivo de Administração Previdenciária - modelo sanitarista das ditas “Ações Integradas de Saúde”, que culminou na formação do SUS, o Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição de 1988⁴. Em São Paulo e Minas Gerais, por meio da participação em secretarias de saúde, além de crescentes intervenções em prol da humanização de hospitais psiquiátricos, objetivou-se a regionalização das ações em saúde mental, restrições e controle para novas internações, redução de leitos psiquiátricos, além da expansão de equipes interdisciplinares de profissionais para atendimento em saúde mental, com psiquiatras,

psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais.

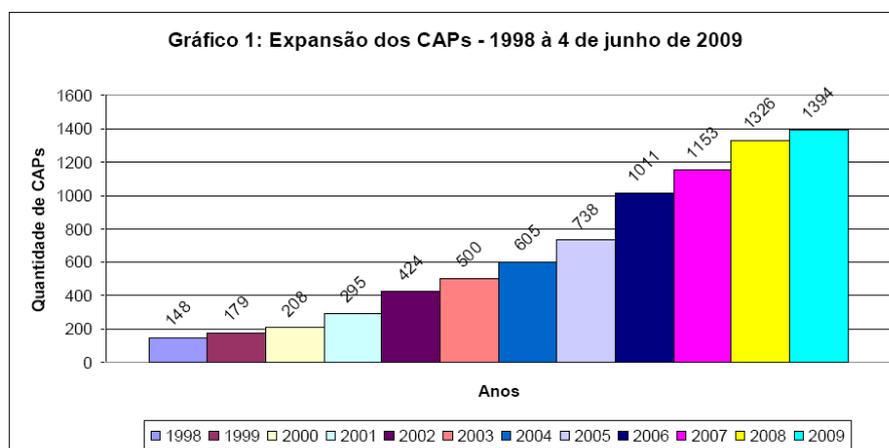
No final da década de 80, o MTSM decide ir além do modelo sanitário e inspirar-se mais diretamente no modelo proposto por Franco Basaglia e pela Psiquiatria Democrática Italiana, após a realização da primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 1987 em Bauru (SP). Com o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, o movimento passa a lutar fortemente em busca da extinção do hospital psiquiátrico convencional e da implantação de serviços substitutivos⁵. No mesmo ano, surge na capital paulista o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, dois anos mais tarde é fechada a Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico da rede privada de Santos com mais de 500 internos, substituído pela criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)⁶. No mesmo ano, surge o Projeto de Lei Paulo Delgado, propondo a progressiva substituição do modelo psiquiátrico asilar para outras modalidades. Apesar de não aprovada de imediato, os princípios de reforma psiquiátrica ali presentes nortearam leis nos estados do Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Ceará.

Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas, a qual propunha a reestruturação da assistência psiquiátrica no âmbito latino-americano (BRASIL, 2005). Em 1991 e 1992, duas portarias do Ministério da Saúde possibilitaram ao SUS o financiamento de outras formas assistenciais, além dos leitos e consultas ambulatoriais, promovendo avanços para a Reforma Psiquiátrica no campo legislativo.

Cabe salientarmos que neste período há um crescimento extremamente significativo no que tange à atuação dos usuários e seus familiares. Suas vozes, há pouco tempo silenciadas ou apenas objeto de interpretação terapêutica, tornaram-se ativas e efetivas de cidadãos, contribuindo para as tomadas de decisões no plano político dos serviços de saúde mental no país⁷. Isto tornou-se patente na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, em que estiveram presentes mais de 1.500 pessoas, entre profissionais, políticos, associações de usuários e familiares, além de movimentos sociais da área de saúde mental (DESVIAT, 1999). Conforme Vasconcelos (2000), em 1996 havia cerca de cinquenta organizações de usuários e familiares por todo o país.

Após as propostas formuladas na II Conferência, a rede de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos ampliou-se por todo o

país. Entre 1991 e 1995, trinta hospitais privados fecharam, mais de cem NAPS e CAPS foram criados e 14 mil leitos psiquiátricos foram extintos, passando de cerca de 86 mil para 72 mil (AMARANTE, 1995; VASCONCELOS, 1996). Entre 1998 e 2009, o número de CAPS no país subiu de 148 para 1394, conforme Gráfico I. Contudo, em 2001 ainda havia cerca de 270 hospitais psiquiátricos e 52.286 leitos (Informativo de Saúde Mental, 2005 *apud* FERREIRA, 2006, p. 141).



Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Saúde Mental em Dados, Ano IV, nº 6, Junho de 2009.

Neste contexto, percebeu-se que a existência dos hospitais psiquiátricos estava atrelada à questão da moradia. É quando surgem os chamados Serviços Residenciais Terapêuticos, destinados a pessoas com transtornos mentais, que permaneceram em longas internações psiquiátricas e estavam impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem (FERREIRA, 2006). Apesar das continuidades da lógica manicomial impregnadas nas Residências Terapêuticas, estes serviços contribuíram para a aprovação da Lei 10.216, em 2001⁸. Ressalta-se que a lei é um substitutivo da Lei original Paulo Delgado, com modificações em seu texto que não instituem claros mecanismos para a extinção dos manicômios, embora tenha impulsionado o processo de Reforma Psiquiátrica ao privilegiar o oferecimento de serviços psiquiátricos de base comunitária e prever direitos aos portadores de transtornos mentais⁹.

Em 2003, o programa “De Volta Para Casa” foi criado pelo Governo Federal, fundamentado em programa homônimo promovido em Angra dos Reis (RJ) no ano de 1996. Em nível nacional, consiste

em um auxílio financeiro mensal (*per capita*), de R\$ 320,00 para os pacientes que receberam alta hospitalar após histórico de longa internação psiquiátrica, auxílio este considerado também de caráter indenizatório (Ciência e Saúde, 2011).

Inúmeros serviços de saúde mental vêm sendo implantados, de forma heterogênea, no Brasil, fundamentados nas premissas do modelo psicossocial de cuidado, que se contrapõe ao modelo asilar¹⁰. Tais serviços *deveriam* orientar-se em uma proposta que organizasse uma rede de cuidados na comunidade, superando os modos de cuidar em saúde mental embasados na simples internação. Além da expansão dos CAPS, NAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos, há também a estratégia da articulação destes com o Programa Saúde da Família, com o objetivo de ampliar a rede de assistência psiquiátrica, sobretudo em pequenos municípios brasileiros (BRASIL, 2005).

3. Os dois lados da moeda

A Reforma Psiquiátrica é tema de inúmeras polêmicas e tensões. Há setores favoráveis e contrários a sua implantação, além daqueles que são a favor, mas criticam a forma com que ela vem se dando. É importante salientarmos que o processo está ocorrendo de forma heterogênea pelo Brasil, onde mesmo as reivindicações por parte do Movimento Antimanicomial são as mais diversas, de acordo com as necessidades de cada local.

No dia 18 de maio de 2011, militantes do Coletivo *PIRA!* distribuíram alguns panfletos. Um deles, com os logotipos do Coletivo *PIRA!* e da ABRASME (Associação Brasileira de Saúde Mental), apresentava os seguintes dizeres:

18 de maio é o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Luta iniciada no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, há 24 anos. Naquele momento, os profissionais recusaram o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas e assumiram um compromisso em busca de um novo modelo das práticas e da política de atenção a Saúde Mental. Esse foi o início de um amplo movimento social que teve como consequência a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Movimento democrático construído conjuntamente com trabalhadores, usuários, familiares e movimentos populares. O movimento de luta antimanicomial considera que a loucura pode e deve ter o seu lugar no mundo, na cidade, no território e que o tratamento e cuidado não se fazem com exclusão social e isolamento.

Visto que a Reforma é prevista em Lei, tanto o ministro da Saúde do Governo Lula, José Gomes Temporão, quanto o atual ministro do Governo Dilma, Alexandre Padilha, exaltam os avanços da Saúde Mental conquistados pela Reforma. De acordo com Temporão, entre os destaques está o aumento de 142,2% no investimento do governo federal na Política de Saúde Mental entre 2002 e 2009, passando de R\$ 619,2 milhões para R\$ 1,5 bilhão, além da ampliação da cobertura de CAPS de 21% para 63%, no mesmo período. O ex-ministro afirma que o principal avanço é, sobretudo, a luta contra o preconceito e estigma que existe sobre o doente mental (AGÊNCIA SAÚDE, 2010).

O atual ministro, Alexandre Padilha, também indica a existência de forte consonância entre a reforma psiquiátrica e o Ministério da Saúde do Governo Federal, ao nomear Roberto Tikanori, figura importante do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, para a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Em relação aos movimentos de Luta Antimanicomial, a despeito de sua heterogeneidade, uma reivindicação é comum a todos: a não privatização e não corporativização do modelo de Saúde Mental, aspectos considerados fundamentais para o projeto de reforma, “[...] sem ceder a pressões do mercado ou das categorias profissionais” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). De acordo com o psiquiatra Pedro Carneiro, médicos psiquiatras criticam a reforma, pois com ela perderam o monopólio sobre o tratamento do doente mental.

Além de combater e denunciar a crueldade dos tratamentos manicomiais, um dos argumentos pró-reforma do Conselho Federal de Psicologia é que os modelos assistenciais substitutivos aos hospitais psiquiátricos, guiados pela lógica do cuidado, da inclusão e da reinserção social, demonstram concretamente sua viabilidade e eficácia, pois

[...] não existe saúde mental sem reconhecimento dos sujeitos, dos seus direitos, da sua plena condição de participação na vida social, a qual precisa então suportar diversidade e novas formas de ordenação, seja no campo da cultura, do trabalho, da educação, da assistência, e de tantos outros (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Por outro lado, para o psiquiatra Emmanuel Fortes, do Conselho Federal de Medicina, “o que existe é uma atitude ideológica de negar a doença mental”, posicionamento compartilhado pela

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). De acordo com o presidente da ABP, Antônio Geraldo da Silva, “o doente foi despejado na rua” e parte do problema foi transferido para as prisões. Outro argumento é que a maior parte dos CAPS só funciona durante o dia e, conforme afirma Valentim Gentil, professor de psiquiatria da USP – Universidade de São Paulo - se o paciente tiver surtos à noite “ele acaba em prontos-socorros inadequados ou amarrado em casa” (CANCIAN; GENESTRETI, 2011). Moyses Aron Gotfryd, médico psiquiatra e perito forense, afirmou que “no mundo todo existem hospitais psiquiátricos; não é esquisito que só em poucos lugares onde proliferou determinado ideário político eles tenham de ser banidos?” Também, para ele, a questão é ideológica, no sentido de falsa consciência, e a luta antimanicomial é uma “herança maldita”. O psiquiatra continua: “Cuidemo-nos, pois algum dia os detentores deste viés científico poderão cismar, por exemplo, que as clínicas cardiológicas são absolutamente desnecessárias, pois tiram dos doentes a oportunidade de morrer em paz” (CASADO, 2007)¹¹. De acordo com o presidente da Associação de Amigos e Familiares de Doentes Mentais (AFDM), Marival Severino Costa, a política de saúde mental brasileira, inspirada no modelo italiano, trouxe “conseqüências dramáticas” para a população, como o excesso de mortalidade de doentes mentais, o aumento de benefícios por transtornos mentais e comportamentais, o crescimento da taxa de suicídio e a explosão dos casos de violência envolvendo doentes mentais (FARIAS, 2008)¹².

Segundo Paulo Amarante, a AFDM é uma entidade financiada por empresários da chamada “indústria da loucura”, que deturpou princípios da Reforma Psiquiátrica e aterrorizou familiares, dizendo-lhes que tal reforma se resume ao fechamento de hospícios e devolução dos pacientes à família ou abandono deles nas ruas. Em relação ao setor acadêmico psiquiátrico clássico, Amarante afirma que “refutam a idéia de Franco Basaglia, de que a psiquiatria colocou o doente entre parênteses para ocupar-se do estudo da doença, tendo assim construído um objeto fictício, pois não existe a doença sem o sujeito de sua experiência” (1995, p. 493).

4. Saúde, doença e objetificação dos sujeitos

No debate acima, percebe-se que as categorias dicotômicas “saúde” e “doença”, “normal” e “louco”, “certo” e “errado” são

constantemente problematizadas, pois ao questionar o *status* da Saúde Pública no Brasil, acaba-se por problematizar os conceitos nos quais a “saúde” está fundamentada.

Luiz Fernando Dias Duarte, antropólogo do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro faz uma importante revisão teórica de uma área de pesquisa das Ciências Sociais em Saúde no Brasil que se baseia na hipótese metodológica de uma diferença cultural fundamental entre os modelos relacionais de “pessoa” e o modelo do “indivíduo” ocidental moderno. Segundo Duarte, esta diferença cultural é extremamente significativa se pensarmos sobre a caracterização das diversas formas de experiência da saúde e doença entre as classes portadoras dos saberes biomédicos dominantes e as classes populares das sociedades nacionais. O autor traz as categorias universalismo/racionalismo e cientificismo/fisicalismo como características da ideologia do individualismo, as quais promovem uma espécie de compromisso dos segmentos que detém os saberes biomédicos oficiais. Já as práticas, instituições e representações dela dependentes revelam-se no lado oposto, no âmbito relacional, holista, como são pensadas e experimentadas as doenças (DUARTE, 1994 e 2003).

Na primeira das três reuniões do Coletivo *PIRA!* que observamos, em determinado momento um participante, usuário do serviço público de saúde mental, trouxe lembranças de sua experiência enquanto esteve internado e afirmou: “*Os mais loucos são mantidos separados*”. Em seguida, outra participante, uma psicóloga, perguntou-lhe o que seria o “mais louco”. Ele responde: “*Os mais loucos são os que matam*”. Novamente, a psicóloga retruca: “*Mas não há pessoas ‘normais’ que matam também?*” “*Tem*”, diz o usuário, um tanto desconfortável.

Se pensarmos nos termos de Michel Foucault, a medicina moderna classifica e introduz os corpos em uma maquinaria anátomo-política com o intuito de transformá-los em corpos mais eficazes e produtivos por meio de seu adestramento, condicionamento, e outros mecanismos para que funcionem como se deseja (FOUCAULT, 1988). Este saber médico é constituinte de um dispositivo disciplinador, que deve ser compreendido como

[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. (FOUCAULT, 1979, p. 244).

Foucault afirma que, no momento em que ocorre a inter-relação entre novas forças na época moderna – vida, trabalho e linguagem, manifestadas na biologia, economia política e lingüística -, uma nova forma de ser humano, desvinculada do religioso, engendra um sistema punitivo que procura assegurar e reproduzir a economia política do corpo para criá-lo com docilidade e extrair dele utilidade. Articula-se a esfera do político com as do biológico e científico, condicionando a vida à situação de objeto de uma tecnologia política. “A disciplina é uma anatomia política do detalhe”, afirma o autor. Ela é a própria microfísica do poder, mecanismo coercitivo que serve para o domínio do corpo alheio, tornando-o dócil e útil. Evidencia-se o caráter biopolítico na sociedade moderna, em que os regimes disciplinares do corpo são intimamente vinculados aos processos de subjetivação.

Porém, é preciso compreender que a biopolítica não se dá na lógica da repressão, pois produzir corpos e gerir a vida também é produzir saber, multiplicar os discursos, gerar poder. Ao analisar o dispositivo da sexualidade, Foucault afirma (1988, p. 82):

Muito mais do que um mecanismo negativo de exclusão ou de rejeição, trata-se da colocação em funcionamento de uma rede sutil de discursos, saberes, prazeres e poderes; não se trata de um movimento obstinado em afastar o sexo selvagem para alguma região obscura e inacessível mas, pelo contrário, de processos que o disseminam na superfície das coisas e dos corpos, que o excitam, manifestam-no, fazem-no falar, implantam-no no real e lhe ordenam dizer a verdade: todo um cintilar visível do sexual refletido na multiplicidade dos discursos, na obstinação dos poderes e na conjugação do saber com o prazer.

A partir dessas considerações, podemos pensar o discurso da psicóloga como uma crítica ao saber médico institucionalizado, crítica que tem seu espaço de insurgência dentro do próprio dispositivo. Tal crítica propõe um outro olhar sobre o “louco”: se loucos matam e pessoas normais também, não está no delito a sua diferença; apresenta-se então pontos de intersecção entre os sujeitos normais e loucos.

5. Continuidades no âmbito da Reforma

Tendo em vista que o saber racionalizado, vinculado às diversas nuances das relações de poder, agem de forma a objetificar os sujeitos, tornando-os sujeitos a uma tecnologia biopolítica, podemos pensar algumas continuidades que ocorrem com a (tentativa de) substituição de um modelo asilar de cuidado em Saúde Mental para um modelo psicossocial.

Na medida em que a política impregna o âmbito da vida e do corpo, o Estado amplia seu controle disciplinar. Se, por um lado, era por meio do isolamento que tal controle se exercia, por outro lado, com a distribuição massiva de remédios, o controle passou a ser exercido pela medicamentação da subjetividade (MALUF, 2010). Intensifica-se a racionalização de um modelo de explicação vinculado a um paradigma biomédico, acarretando em toda uma configuração de valores que essencializa a importância do medicamento, perpassando as práticas e discursos de toda a rede de atores sociais da Saúde Mental:

[...] mesmo com toda a crítica acadêmica à medicalização e à dimensão política do uso das tecnologias médicas como regimes de assujeitamento e controle, percebe-se nos diversos movimentos sociais ligados a saúde, nas políticas públicas e nos discursos dos chamados “usuários” do sistema público de saúde um certo consenso em torno de uma “demanda por medicalização (MALUF, 2010, p. 46).

São patentes as relações de poder aí envolvidas, no sentido foucaultiano, em que há “condução de condutas” (FOUCAULT, 1995). Evidencia-se a forma com que as relações de poder articulam à obediência a liberdade e agência individual, no sentido em que a medicamentação massiva é acompanhada do reconhecimento e aceitação do paradigma biomédico – algo que não ocorre sem a ressignificação destes valores, de acordo com as experiências individuais (MALUF, 2010).

É interessante pensarmos tal questão cotejando-a com as idéias de Louis Dumont e a paradoxal inversão hierárquica de ênfase ideológica, de uma ideologia holista para uma ideologia individualista, que nega a totalidade a partir de um valor totalizante. Lembremos que o modelo de análise dumontiano apresenta, inicialmente, uma oposição hierárquica entre dois termos – ideologia holista x ideologia individualista – e, em seguida, o englobamento pelo termo hegemônico ao olhar para a totalidade. No caso da sociedade indiana, o termo englobante é a ideologia holista, em que as instituições e

relações sociais são determinantes para os destinos individuais. Já na sociedade moderna, houve uma espécie de inversão hierárquica, em que o termo englobante é a ideologia individualista, havendo toda uma configuração de valores em prol da lógica individual.

É fundamental ressaltarmos que, para ele, ambos os termos – tanto a ideologia holista quanto a ideologia individualista – estão sempre presentes, o que muda é a forma com que eles são enfatizados. Mais do que isso, todas as sociedades são essencialmente holistas, pois há sempre alguma forma de cosmologia a priori que fundamenta as bases das significações do sentido (DUARTE, 2003). Embora a ênfase na ideologia individualista na sociedade moderna traga consigo inúmeras implicações de diversas ordens, ocorre uma inversão hierárquica paradoxal, que afirma como valor totalizante a negação de tal totalidade.

Se, por um lado, o modelo asilar implicava em uma espécie de “despersonalização”, por outro lado, a ampliação do acesso de um número maior de pessoas a psicofármacos e psicotrópicos implica em mais processos de constituição de subjetividades relacionados à doença e loucura. Este descompasso pode ser pensado, neste contexto, de forma análoga à de Simmel (1979), Elias (1995) e Velho (1994), na medida em que a ideologia individualista entra em choque com valores holistas. Talvez a inversão hierárquica na sociedade ocidental moderna seja uma tentativa de construção de valores individualistas que, devido a sua essência paradoxal, seja extremamente conflituosa, ainda mais em um contexto que a política invade a vida. Há, sim, a liberdade para a reinvenção das práticas e sentidos dados a uma configuração de valores, liberdade esta que, devido às relações de poder envolvidas, está inserida em determinado *campo*.

Pierre Bourdieu traz o importante conceito de *habitus* que contribui para problematizarmos de forma mais clara tal questão. Conforme Bourdieu, há um conjunto de disposições que são incorporadas pelos agentes, pactos interiorizados dentro dos campos: o *habitus*. É nesta interação entre a objetividade e subjetividade dos agentes sociais que eles nunca são sujeitos por inteiro, pois incorporam o *habitus* do campo em suas intenções e estratégias de disputa pelo poder simbólico; cada agente investe a força (capital) adquirida em lutas anteriores em estratégias que dependem de seu capital específico. Isto evidencia uma idéia de dinamismo marcada pela relação dialética entre rigidez e fluidez; o *habitus*, como uma estrutura que por ser estruturada torna-se estruturante. Há, portanto,

um processo de *eufemização*, pois o poder simbólico não é reconhecido como arbitrário (BOURDIEU, 1989).

Thomas Csordas propõe utilizar o *corpo* como ponto de partida para analisar a cultura e o sujeito. O autor afirma que uma análise da percepção – a partir do conceito de *pré-objetivo* de Merleau-Ponty – e da prática – a partir do conceito de *habitus* de Bourdieu – fundada no corpo leva ao colapso da distinção sujeito-objeto, permitindo investigar processos de objetificação da experiência no fluxo e contingência. Sugere a utilização da corporeidade com paradigma, em que há a agência do corpo na significação da cultura (CSORDAS, 2008).

O conceito de *pré-objetivo* diz respeito a algo que vem antes do objeto (percepção), ligado à experiência corporal. Para Merleau-Ponty, não há objetos anteriores à percepção, pois ela termina nos objetos. Para analisar a percepção do início ao fim e não o inverso, o autor sugere o conceito de *pré-objetivo*, deslocando estudo da percepção dos objetos para os processos de objetificação.

Se, de acordo com Merleau-Ponty, o corpo é uma configuração em relação ao mundo e a consciência é o corpo se projetando no mundo e, de acordo com Bourdieu, o corpo socialmente informado é princípio gerador e unificador de todas as práticas e a consciência é uma espécie de cálculo estratégico fundido com sistema de potencialidades objetivas, podemos pensar que o “louco” e a “loucura” só são objetificados na medida em que existe significação cultural para isto.

6. Considerações finais

Vimos que a Reforma Psiquiátrica divide opiniões em relação a sua implantação. Após discutirmos sobre a articulação da racionalização do saber e os processos de objetificação dos sujeitos, à luz de Foucault, podemos pensar que a posição contrária à Reforma de setores da Psiquiatria vincula-se talvez, ao fato de que, historicamente, a Medicina foi investida com a capacidade de decidir e controlar aquilo que era relacionado à loucura. A discussão de Csordas e a relação entre a objetificação e significação cultural nos permite pensar que a loucura só pode constituir-se e ganhar significado na medida em que há um sistema de potencialidades que permite que isso ocorra.

Em evento realizado em Florianópolis no dia 18 de maio, dia Nacional da Luta Antimanicomial, houve uma apresentação artística

que ironizava essa questão. Em uma adaptação da história de “O Alienista”, de Machado de Assis, os atores apresentam suas “loucuras” e a plateia decidia se eles deviam ou não ser internados. Entre os condenados a internação estavam um casal de lésbicas, um histérico e um músico de rua. Já um “tarado” dopado por um remédio antidepressivo foi absolvido, pois estava sob o “controle” da Medicina.

Algumas semanas antes do evento – que contou também com a presença de um grupo de Maracatu, exposição de trabalhos artesanais de usuários dos CAPS de Florianópolis, grafiteiros pintando um painel coletivo com os dizeres da luta–, o *Coletivo PIRA!*, com o lema “*Mais Amor, Por Favor*”, promoveu algumas atividades de sensibilização na Universidade Federal de Santa Catarina, chamando a atenção dos universitários para as causas da luta e para a data comemorativa que se aproximava. Além da distribuição de panfletos, houve uma encenação que ironizava o papel “dominante” dos médicos e “passivo” dos loucos. Os próprios integrantes do Coletivo se admiraram ao constatar uma certa invisibilidade da luta antimanicomial, pois muitos universitários os questionavam pelo fato de reivindicarem um espaço para o “doente mental” fora dos hospícios. Isto ilustra aquilo que discutimos acima à luz de Bourdieu, sobre a questão da violência simbólica, em que há um processo de *eufemização* que leva ao não reconhecimento do poder simbólico como arbitrário, implicando em uma tendência à reprodução/conservação das posições dominantes dentro de um campo específico (BOURDIEU, 1989).

Vimos também que a articulação da ênfase dos valores individualistas com os processos de objetificação do sujeito e racionalização do saber, investindo a Medicina/Psiquiatria de um caráter paradigmático, implica em uma série de tensões que ocorrem quando este paradigma é quebrado ou, pelo menos, questionado e ressignificado. De fato, creio que a questão é ideológica. Mas não nos termos colocados por alguns psiquiatras, significando “falsa consciência”, mas sim no sentido dumontiano, de “configuração de valores”.

Notas

1 - Este artigo surgiu no contexto das pesquisas realizadas para as disciplinas de Psicologia Social, ministrada pela Prof. Dra. Raquel de Barros, e Pessoa e Corporalidade, ministrada pela Prof. Dra. Sonia Maluf, no primeiro semestre de 2011.

2 - O coletivo é composto em sua maioria por estudantes de Psicologia, além de psicólogos, psiquiatra e usuários do serviço público de saúde mental. As reuniões duraram cerca de duas horas cada, sendo que na maior delas havia em torno de vinte participantes.

3 - Por “indústria da loucura”, entende-se como um promissor mercado resultante da “(...) maior privatização da assistência psiquiátrica que se tem notícia”, consolidada a partir do Plano de Pronta Ação do Ministro Leonel Miranda (AMARANTE, 1995, p. 493).

4 - Para um aprofundamento da relação entre a implementação do SUS e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, ver FERREIRA (2006).

5 - Segundo Gina Ferreira, o modelo sanitarista, apesar de buscar a humanização do hospital psiquiátrico, ainda mantinha uma série de características excludentes, tais quais de uma instituição total (GOFFMAN, 2003 *apud* FERREIRA, 2006). Já a busca pela extinção dos manicômios marcou uma ruptura e nova estratégia do MTSM, objetivando não somente a desospitalização, mas sim a desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

6 - Os NAPS eram serviços comunitários ofertados 24 horas, todos os dias, análogos aos da experiência italiana de Trieste. Os CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial), que ano mais tarde difundiram-se por todo o país, funcionam oito horas por dia, cinco vezes na semana (VASCONCELOS, 2000).

7 - A reflexão sobre as organização de usuários, cidadania, direitos civis, sociais e políticos está sendo aprofundada no Trabalho de Conclusão de Curso, ainda em fase de construção, de Fernando Moura, um dos autores do presente artigo.

8 - O artigo de Maika Roeder, presente na coletânea “Gênero, Saúde e Aflição” (2010) é esclarecedor em relação a tais continuidades, além de evidenciar como o gênero age de forma a promover desigualdades e hierarquia nestes locais, com regras e tratamento desigual às mulheres. Na mesma coletânea, Ana Paula Müller aborda aspectos relacionados à questão do gênero, no âmbito da assistência, militância e política pública, no movimento da reforma psiquiátrica brasileira.

9 - Para a íntegra de Lei 10216/2001, ver em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>

10 - Sobre os modelos “asilares” e de “cuidado”, ver em BEZERRA (2007).

Referências

AGÊNCIA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica veio para ficar, diz Temporão. **Jornal Impacto Online**, 2010. Disponível em: <<http://www.jornalimpactoonline.com.br/saude/reforma-psiquiatrica-veio-para-ficar-diz-temporao>> Acesso em: 13 de março de 2012.

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995

BEZERRA, Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; Lisboa, Portugal: Difel, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_carcas.pdf> Acesso em: 13 de março de 2012.

CANCIAN, Natália; GENESTRETI, Guilherme. Reforma psiquiátrica completa dez anos em meio à crítica. In: **Folha online**, 2011. Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/915997-reforma-psi-quiatrica-completa-dez-anos-em-meio-a-critica.shtml>> Acesso em: 13 de março de 2012.

CASADO, Rogélio. Luta antimanicomial 1 x 0 Contra-reforma psiquiátrica. In: **PIPICA: Blog do Rogélio Casado**, 2007. Disponível em: <<http://rogelocasado.blogspot.com/2007/06/o-jornal-tribuna-de-santos-sp-publicou.html>>. Acesso em: 16 de março de 2012.

CIÊNCIA E SAÚDE. Brasil comemora dez anos da reforma psiquiátrica com avanços na assistência à saúde mental pelo SUS. In: **Portal PLOX**, 2011. Disponível em:

<<http://www.plox.com.br/caderno/ciencia-e-saude/brasil-comemora-dez-anos-reforma-psi-quiatrica-com-avancos-assistencia-a-saud>> Acesso em: 13 de março de 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Carta aberta ao ministro da Saúde sobre a política nacional de saúde mental**, 2011.

Disponível em: <<http://osm.org.br/osm/carta-aberta-ao-ministro-da-saude-sobre-a-politica-nacional-de-saude-mental>> Acesso em: 13 de março de 2012.

CSORDAS, Thomas. **Corpo, significado, cura**. Porto Alegre, Ed, UFRGS, 2008.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Editorial FIOCRUZ, 1999.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de S. (orgs.) **Saúde e doença: um olhar antropológico**, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1994.

_____. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (1) p. 173-183., 2003.

ELIAS, Norbert. **Mozart**. Sociologia de um gênio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

FARIAS, Bruno. A polêmica Reforma Psiquiátrica x contra-reforma. In: **Oh, lobo da estepe**, 2008. Disponível em: <<http://ohlobodaestepe.blogspot.com/2008/11/polmica-reforma-psiuitrica-x-contr.html>> Acesso em: 16 de março de 2012.

FERREIRA, Gina. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política. In: **Psicanálise & Barroco – Revista de Psicanálise**, v.4, n.1: 77-85, jun. 2006

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A vontade de saber**, tradução de Maria Thereza da costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

_____. **Microfísica do poder**, organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. O Sujeito e o poder. In: RABINOW, Paul & DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. São Paulo: Ed. Forense Universitária, 1995.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1994

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003.

MALUF, Sônia Weidner. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, Sônia Weidner; TORNQUIST, Carmen Susana. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

SIMMEL, Georg. A metrópole e a vida mental. In: Velho, Otavio G. **O fenômeno urbano**, Rio Zahar, 1979.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Novos desafios para a reforma psiquiátrica. In: **18 de maio. Informativo do Instituto Franco Basaglia**, 9 (IV), Rio de Janeiro, 1996

_____. **Saúde mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez Editora, 2000.

VELHO, Gilberto. Trajetória individual e campo de possibilidades. In: **Projeto e metamorfose. Antropologia das sociedades complexas.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1994.