



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE PSICOLOGIA

RAQUEL MALHEIROS TEIXEIRA

**AS CONTRIBUIÇÕES DE FRANCO BASAGLIA PARA O CAMPO
DA SAÚDE MENTAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA
BRASILEIRA.**

Salvador
2009

RAQUEL MALHEIROS TEIXEIRA

**AS CONTRIBUIÇÕES DE FRANCO BASAGLIA PARA O CAMPO
DA SAÚDE MENTAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA
BRASILEIRA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Graduação em Psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Vlândia Jucá

Co-Orientadora: Josineide Vieira Alves

Salvador

2009

RAQUEL MALHEIROS TEIXEIRA

**AS CONTRIBUIÇÕES DE FRANCO BASAGLIA PARA O CAMPO
DA SAÚDE MENTAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA
BRASILEIRA.**

O Presente Trabalho de Conclusão de Curso foi avaliado para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia e Formação de Psicólogo pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública pela Banca Examinadora integradas pelas professoras:

Prof^a. Dra. Josineide Vieira Alves
Doutora em Educação pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar
Docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - EBMSP

Prof^a. Dra. Marilda Castelar
Doutora em Psicologia Social pela PUC-SP
Docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - EBMSP

Prof^a. Dra. Rosângela da Luz Matos
Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará - UFC
Docente da Faculdade Ruy Barbosa - FRB

Salvador, 2009.

Dedico este trabalho especialmente a todos os homens e mulheres que em algum momento de suas vidas foram capturados pela lógica manicomial ou que de alguma forma foram tocados pelas marcas indeléveis dos hospitais psiquiátricos.

Dedico por fim a todos aqueles que estão de um modo ou de outro, engajados na promoção e na complexificação da discussão acerca da loucura. Assumindo a função de “animadores de projetos de vida e liberdade para os que se recusam a ter esperança - uma militância - incomum nos tempos de fragmentação e individualismo, em uma ética de alegria e solidariedade de perseguir o projeto singular que poderá incluir um, uns, todos”.

Rotelli 1984.

AGRADECIMENTOS

À professora orientadora Vlândia Jucá, pela delicadeza de suas palavras, a paciência e a dedicação empenhadas ao longo de nosso percurso juntas, mas agradeço fundamentalmente pela oportunidade de compartilhar comigo seu conhecimento, a sua sensibilidade às causas da saúde mental e o desejo incansável de lutar contra as injustiças.

Agradeço a co-orientadora Josineide Vieira Alves, pela enriquecedora convivência ao longo de minha formação acadêmica e a oportunidade de reencontrá-la mais uma vez, guiando meus primeiros passos no difícil percurso de incertezas e vacilações diante do reconhecimento e respeito ao nosso “desejo”, mas principalmente por ela participar de maneira marcante na minha vida enquanto sujeito cultivando um profundo respeito ao próximo e sempre me convidando a sair desse lugar cômodo que é o não pensar, o não questionar, o não se sensibilizar.

À minha família pela luta e a renúncia no esforço contínuo da construção desse sonho. Mas especialmente a minha mãe Elza por sua força e dedicação, uma mulher admirável que me ensinou o valor de reconhecer os momentos que devemos guerrear e nos de contemplar a vida.

Agradeço ao meu companheiro Moth por todo seu amor, cuidado e paciência ao longo de nossa vida.

E, por fim, o meu muito obrigado às amizades cultivadas nessa trajetória pela universidade que me confortaram nos momentos de angústia e dificuldade na conclusão deste projeto. Companheiras de luta, sonhos e alegrias nesse caminho tão incerto que se anuncia.

“Mas, então, de repente, Miguilim parou em frente do doutor. Todo tremia, quase sem coragem de dizer o que tinha vontade. Por fim, disse. Pediu. O doutor entendeu e achou graça. Tirou os óculos, pôs na cara de Miguilim.

E Miguilim olhou para todos, com tanta força. Saiu lá fora. Olhou os matos escuros de cima do morro, aqui a casa, a cerca de feijão-bravo e são-caetano; o céu, o curral, o quintal; os olhos redondos e os vidros altos da manhã. Olhou, mais longe, o gado pastando perto do brejo, florido de são-josés, como algodão. O verde dos buritis, na primeira vereda. O mutum era bonito! Agora ele sabia.”

Guimarães Rosa

“Temos de aprender a desaprender, para afinal, talvez muito tarde, alcançar ainda mais: mudar de sentir”.

(Nietzsche)

AS CONTRIBUIÇÕES DE FRANCO BASAGLIA PARA O CAMPO DA SAÚDE MENTAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.

Raquel Malheiros Teixeira¹

RESUMO

O processo da reforma psiquiátrica brasileira tem avançado significativamente no decorrer das duas últimas décadas no que concerne à transformação da estrutura asilar e das práticas de cuidado com a loucura. Entretanto, observa-se que paralelamente a esse movimento, a outro marcado pela manutenção da lógica manicomial que permeia não só as instituições psiquiátricas, mas os serviços substitutivos, as cidades e, sobretudo, os modos de subjetivação vivenciados na contemporaneidade. Um dos primeiros autores a denunciar o caráter não-terapêutico dos manicômios e, junto com a crítica, propor uma alternativa em termos assistenciais foi Franco Basaglia, autor cuja obra destacamos na presente pesquisa.

Palavras chave: loucura; saúde mental; Franco Basaglia; reforma psiquiátrica.

¹ Estudante do 9º semestre do curso de Psicologia da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública- EBMSP.

SUMÁRIO

Folha de Aprovação	3
Dedicatória	4
Agradecimentos	5
Epígrafe	6
Resumo	7
1. Introdução	8
2. As instituições de violência. “Chaves, fechaduras, barras e doentes”.	9
3. A doença entre parênteses: O eu e o outro e o duplo de saúde mental.	12
4. Desinstitucionalização e o Modelo de Reforma Brasileira	17
5. Considerações finais: novos rumos e perspectivas	22
Referências Bibliográficas	

1. Introdução

O lugar da loucura no imaginário social mudou ao longo da história e os diversos olhares lançados sobre a mesma refletem a influência das ideologias, da cultura e da política na apreensão desse fenômeno que faz parte da experiência humana.

Até meados do século XVII, a loucura circulava nos espaços da vida pública ou, em rompimento com esta, associava-se a manifestação do sagrado. É somente no final do século XVII que as santas casas de misericórdia e posteriormente os hospitais passaram a exercer a função de recolhimento de toda ordem de marginais: loucos, miseráveis, prostitutas, ladrões e leprosos, caracterizando o que Foucault (1999) denominou “a grande internação”. No século XVIII, contudo, uma ruptura se opera. Pinel retira os loucos desse espaço indiferenciado no qual todo resto social era abrigado, para dar a esses um novo estatuto: o de “doentes mentais” que passam a ser, doravante, alvo do saber e da intervenção psiquiátrica, cujo *locus* por excelência tornar-se-ia o hospital psiquiátrico. O louco torna-se personagem que representa risco e periculosidade e a sua institucionalização apresenta-se como a possibilidade de ser tratado e curado (FOUCAULT, 1999, AMARANTE, 1995; TEIXEIRA, 2000).

Para muitos estudiosos da saúde mental, a tarefa de humanizar os hospitais, delegada pelos reformadores da Revolução Francesa a Pinel já constitui, em um primeiro momento, uma mudança do olhar e do tratamento destinado à loucura. Entretanto somente os conflitos operados em meados do século XX possibilitariam que, no âmbito da assistência psiquiátrica, fossem operadas mudanças significativas no tratamento e na compreensão da loucura. Surgiram, em alguns países, os primeiros movimentos de reforma psiquiátrica que criticavam o modelo hospitalocêntrico e os maus tratos a que eram submetidos os internados (AMARANTE, 1995; KODA, 2002). A Segunda Guerra Mundial e, conseqüentemente, a carência de mão de obra para a produção deram origem aos primeiros movimentos de reforma: as comunidades terapêuticas na Inglaterra e EUA; a psicoterapia institucional na França, a psiquiatria de setor (França), posteriormente; e a psiquiatria comunitária ou preventiva nos EUA (BASAGLIA, 1982, 2005; BIRMAN; COSTA, 1994; ROTELLI, 1990).

Mesmo diante das significativas contribuições que esses movimentos trouxeram para o debate sobre a loucura e a melhor forma de tratá-la, Basaglia (1982, 1991, 2005) evidencia que no decorrer de suas práticas elas se revelaram insuficientes para dar conta da complexidade desse fenômeno, já que não rompiam com a institucionalização presente nos hospitais e no saber psiquiátrico. Por isso, inclusive, Rotelli (1990) afirma que, nesses casos, seria mais adequado falar em psiquiatria reformada do que em reforma psiquiátrica propriamente dita. Nesse cenário, Franco Basaglia caracterizou-se como o criador de um novo paradigma a respeito do sofrimento mental e dos dispositivos de cuidado a ela dirigidos; marcado pela proposta de desinstitucionalização. Basaglia foi um importante médico psiquiátrico italiano que fundou o Movimento da Psiquiatria Democrática (BRAGA; SILVEIRA, 2005; ROTELLI; AMARANTE, 1992, 1994).

É necessário ressaltar que o movimento de desinstitucionalização italiano difere das propostas que aconteceram na Inglaterra, França e EUA, uma vez que aprofundou a crítica aos hospitais psiquiátricos e a psiquiatria como instrumentos de violência disfarçados pelo discurso técnico intrinsecamente articulados ao modo de organização social (BASAGLIA, 2001; KODA, 2002; VASCONCELOS, 2000). A partir dessa perspectiva, as mudanças elaboradas na assistência estão envolvidas em um movimento político mais amplo, no qual um trabalho efetivamente terapêutico com o doente mental está diretamente relacionado às transformações do próprio sistema econômico.

Basaglia tornou-se um líder das experiências mais importantes de superação do modelo asilar-manicomial iniciadas em 1961, em Gorizia e, em Trieste, cidades situadas no norte da Itália, e posteriormente, desdobradas em muitas outras cidades e países. Atualmente é considerado uma referência internacional, reconhecido tanto pela comunidade científica quanto pela Organização Mundial da Saúde. Foi pioneiro ao colocar em prática a extinção dos manicômios, possibilitando a criação de uma nova rede de serviços e estratégias para lidar com o sujeito atravessado pelo sofrimento mental, condenando à desarticulação os hospitais psiquiátricos a partir da Lei n° 180, no final na década de 70, que prevê a montagem de serviços territoriais na Itália e a extinção dos manicômios (BASAGLIA, 1991, ROTELLI; AMARANTE, 1992, 1994).

Essas novas formas de se relacionar com a loucura caracterizam-se como inovadoras não apenas pela substituição dos manicômios por serviços substitutivos. Mas pela compreensão de uma dimensão Sociocultural presente no sofrimento mental, além da criação das cooperativas de trabalho, tão essenciais, conforme Basaglia, para a

preservação da autonomia do sujeito (AMARANTE, 2003; 2006). Basaglia contribuiu e ainda contribui significativamente, através de seu legado, para a realização de reflexões acerca da loucura, produzindo durante toda sua vida uma considerável discussão que envolve vários âmbitos: político, técnico, epistemológico e ético.

O pensamento de Basaglia e a proposta da reforma psiquiátrica italiana influenciaram consideravelmente as mudanças na saúde mental brasileira que teve sua própria reforma deflagrada na década de 70 (AMARANTE, 1994, 2005; ROTELLI; AMARANTE, 1992). Pode-se afirmar que a reforma aqui operada se estruturou em três pilares: na clínica institucional, na desinstitucionalização e na reabilitação psicossocial (TENÓRIO, 2001).

“Levando-se em consideração o momento atual da reforma psiquiátrica brasileira e os desafios e impasses² que ainda apresenta na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade” (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 300) é necessário refletir sobre sua implementação. Diante disso, percebe-se a importância do alerta realizado por Basaglia que evidencia sua preocupação com o fato de que as equipes atuantes nos serviços substitutivos de saúde, em algum momento, possam ser envolvidas pela lógica manicomial, reproduzindo as relações que lhe são peculiares.

Perante tal contexto percebe-se a necessidade de se resgatar as contribuições de Basaglia que, ao abordar a dimensão sociocultural na assistência ao doente mental, fornece elementos para que as formas institucionalizadas não sejam mantidas nem reavivadas. Tendo em vista as considerações acima realizadas relataremos, neste artigo, os resultados de uma pesquisa que teve como objetivo geral mapear as principais contribuições de Franco Basaglia acerca da “doença mental”, enfatizando as críticas levantadas por ele e suas proposições a respeito do tema. Como objetivos específicos, buscamos: 1) resgatar as principais críticas realizadas pelo mesmo acerca do saber

² Cabe exemplificar aqui alguns dos desafios e impasses encontrados pela reforma que são: as possibilidades de avanço e retrocesso das políticas públicas do SUS e suas repercussões no modelo assistencial para os serviços substitutivos; o aumento considerado da demanda em saúde mental (usuários de drogas, álcool, bem como de atenção para crianças e adolescentes); as formas de gestão verticalizadas, a diminuição considerável, mas ainda insuficiente, dos gastos com internação psiquiátrica (o que evidencia ainda a predominância do modelo hospitalar, refletindo a política ideológica dos hospitais psiquiátricos), as fragilidades em termos de abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação do cuidado e da formação profissional, bem como um imaginário social pautado no preconceito (BRASIL, CONFERÊNCIA, 2001). Entretanto, e não obstante todos os problemas apresentados, pretendemos discutir aqui aquilo que pensamos ser o de mais caro para o avanço da reforma que é a reflexão acerca “dos desejos de manicômio” que atravessam nossas formas de pensar e sentir e a importância da desinstitucionalização do nosso apego ao movimento de segregar e aprisionar tudo aquilo que ameaça nossa doura hegemonia, nesse caso, a loucura.

psiquiátrico e da instituição psiquiátrica; 2) analisar as concepções de loucura em Franco Basaglia, tomando como base seus textos traduzidos para o português 3) a **discutir** a pertinência de revisitar as contribuições do autor para o momento atual da reforma psiquiátrica brasileira. Em decorrência da delimitação dos objetivos, optamos pela pesquisa bibliográfica, na qual priorizamos textos de Franco Basaglia e seus principais comentadores em língua portuguesa. O material que foi compilado do referido autor data de 1964 a 1979 na edição original, cuja tradução para o português situa-se nos anos de 1991 a 2005. A escolha desses textos se deu prioritariamente em função da facilidade de acesso aos mesmos no Brasil. Os conteúdos aqui explicitados estão distribuídos em tópicos, visando apresentar os aspectos centrais de sua obra, através dos quais foram aprofundadas a discussão em torno da loucura e as respostas dadas à mesma, são eles: As instituições de violência: “Chaves, fechaduras, barras e doentes”; A doença entre parênteses: o eu e o outro; A desinstitucionalização e o modelo de reforma psiquiátrica brasileira; Considerações finais: novos rumos e perspectivas.

2 . As Instituições de violência: “Chaves, fechaduras, barras e doentes”.

No item anterior, discorremos sobre os diversos olhares lançados sobre a loucura na tentativa de demonstrar que, ao longo do tempo, houve a transposição de uma visão trágica para uma visão crítica acerca da mesma. Neste item, pretendemos aprofundar os temas anteriormente abordados, além de explicitar e analisar as estratégias e os mecanismos utilizados na gestão da loucura enquanto objeto de estudo e intervenção dos saberes psi.

Se, em um primeiro momento, foi possível pensar a loucura inscrita no universo da diferença simbólica, através da qual o louco aparecia como revelador de uma verdade (experiência trágica), com a visão crítica, estruturou-se um lugar de exclusão, encarceramento e de morte social para o louco. Nesse sentido, a medicina mental surgiu então como campo de saber e prática que viria marcar os contornos desse movimento (AMARANTE, 1995; CARVALHO; AMARANTE, 2000). As instituições totais nascem assim como um dispositivo central para o confinamento da loucura, exercendo um papel fundamental no controle social da mesma. Tais instituições podem ser

pensadas como: “Um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos em situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 1961, p.11).

Outro ponto elucidativo no que diz respeito às mesmas é que, diferentemente, do que ocorre na sociedade moderna em que o sujeito dorme, trabalha e tem lazer em diferentes espaços com distintos co-participantes, nas instituições totais ocorre a dissolução dessas três barreiras que costumam permear o cotidiano. Deste modo, todos os aspectos da vida são realizados em um mesmo lugar e sob uma única autoridade.

Basaglia sofreu grande influência dos estudos de Goffman, o que lhe possibilitou tecer debates profundos e diversificados a respeito do doente mental na sua vida “dentro” e “fora” do manicômio compreendido como instituição total. Para ele, uma característica importante de instituições desse tipo é a rígida divisão entre aqueles “que têm o poder e aqueles que não o têm” de tal forma que a divisão das funções em seu interior traduz relações de opressão e exclusão presentes no meio social de modo mais ampliado. Destarte, o hospital psiquiátrico configura-se como uma área de sustentação para as contradições sociais (BASAGLIA, 1982 2001; BASAGLIA, OGARO, F. 2001).

A institucionalização, produzida por dispositivos diversos, dentre os quais as instituições totais têm um lugar de destaque e pode ser definida, portanto, como:

O complexo de danos derivados de uma longa permanência coagida no hospital psiquiátrico, quando a instituição se baseia sobre princípios de autoritarismo e coerção. Tais princípios, donde surgem as regras sob as quais o doente deve submeter-se incondicionalmente, são expressão e determinam nele uma progressiva perda de interesse que, através de um processo de regressão e de restrição do Eu, o induz a um vazio emocional (BASAGLIA apud AMARANTE, 2003, p. 84).

O poder institucionalizante, por sua vez, consiste no aparato de um conjunto de forças e mecanismos que:

Ocorrem quando o doente fechado no espaço angusto de sua individualidade perdida, oprimida pelos limites impostos pela doença, é forçado, pelo poder institucionalizante a reclusão, a objetivar-se nas regras próprias que o determinam, em um processo de redução e restrição de si que, originalmente sobreposto à doença, não é sempre reversível (BASAGLIA, 1996, p. 25).

Ao desnudar os mecanismos de institucionalização, percebe-se que o conhecimento científico não emerge espontaneamente da realidade, mas é fabricado a partir de nossas convicções. Isso permite compreender as relações entre o sujeito epistêmico e o corpo social, possibilita-nos falar de uma “invenção da realidade” (BASAGLIA, 2005). Como pontua Goffman (1999, s/p) “é preciso descobrir um crime que se adapte à punição e reconstruir a natureza da reclusão para adaptá-la ao crime”. A psiquiatria destina-se, assim, a administrar o caráter social da doença mental. O saber psiquiátrico, assim estruturado, provoca a expropriação do sujeito e a supervalorização do orgânico, tornando a pessoa um objeto de saber e intervenção.

A psiquiatria, ao negar uma parte da própria existência humana, delega aos manicômios o papel de excluir tudo aquilo que constitui uma ameaça ao sistema dominante, tornando-os um instrumento de controle social. Além disso, o movimento de exclusão tem relação com a negação, por parte de cada membro do corpo social, da parte de si mesmo que teme e na qual não se reconhece objetificando-a no outro como modo de defender-se. (BASAGLIA, 2001, 2005; BIRMAN, 2000). Trata-se, portanto, de uma produção do discurso ocidental moderno sistematizando “a loucura como a radicalidade da diferença: a estranheza, o avesso à cultura, aquilo que nos escapa a relação com o inteiramente outro” (ALVERGA, 2004, p. 15). Nesse sentido, o problema volta-se para a funcionalidade social das instituições totais, responsáveis por gerir nossas contradições mais manifestas.

Essa defesa social e subjetiva é repassada na condição de um mandato social para a psiquiatria: “De tal forma que a relação entre o doente e quem cuida dele só pode ser objetual, pois a comunicação entre um e outro só pode ser através do filtro de uma definição, de um rótulo que não abre possibilidades de apelação” (BASAGLIA, 2005, p. 103).

Ao psiquiatra foi atribuída uma dupla e paradoxal incumbência: de tutor da ordem e de homem da ciência. De fato, a psiquiatria limitou-se à definição de síndromes em que o doente arrancado de sua realidade e apartado do contexto social em que vive, vê-se etiquetado, “constrangido a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica” (BASAGLIA, 2005, p.35). Nessa perspectiva:

A doença que entra nessas instituições está cada vez mais longe da loucura como experiência trágica do mundo, como relação de um eu com uma transcendência que o sobrepuja, ou da loucura como monstruosidade e como delito: trata-se cada vez mais da experiência trágica de um corpo com a

miséria da sua vida e com a impossibilidade de vivê-la e de expressar um pouco de participação subjetiva (BASAGLIA, 2005, p. 277).

Em virtude do impulso para excluir, os “manicômios surgem habitualmente na periferia das cidades, em zonas isoladas e cercadas por muros, que demarcam precisamente o sentido de separação, da fratura, do limite” (BASAGLIA, 2005, p. 47). Deste modo, a questão do doente mental apresentou-se, durante muito tempo, como um problema social, mas que, contraditoriamente, deveria ser resolvido fora da sociedade.

Da aliança entre a psiquiatria e a justiça, o doente mental passa a ser compreendido como aquele que se encontra fora da norma ou no limite dela, situado nas ideologias médicas e judiciárias, que nomeiam essa linguagem incompreensível, compelindo a loucura a exprimir-se segundo o código de decifração da nova racionalidade “em que a subjetividade do louco, expressada no delírio será definitivamente objetificada” (BASAGLIA, 2005, p. 265).

O poder institucionalizante do manicômio conduz o doente mental a organizar-se nas regras da própria instituição vivenciando um processo da perda de si mesmo, que se sobrepõe aos efeitos da doença. Nesse sentido, o corpo do internado ocupa um papel central na manipulação e no controle, pois o corpo e o afeto são dimensões inerentes da subjetividade, sendo que o sujeito é aquele que vivencia afetivamente uma determinada situação (BIRMAN, 1997). Em última análise, o que se pretende pontuar é que a economia de poder vivenciada na modernidade tem como objetivo a docilização dos corpos, o que seria a efetivação do que Foucault denomina de biopoder (FOUCAULT, 2004).

Na saúde, imprimir um diagnóstico e enquadrar o sujeito a uma categoria nosológica corresponde reafirmar o espaço entre a saúde e a doença, definindo e administrando o sujeito e suas características, destituindo-o da autonomia sobre si mesmo. Trata-se do exercício da Biopolítica do corpo individual e social (FOUCAULT, 2003, 2004). Assim:

O corpo do internado transformou-se em um mero lugar de passagem: um corpo indefeso deslocado como um objeto de um para outro pavilhão. Através da imposição do corpo único, sem problemas e sem contradições da instituição, nega-se ao internado, concreta e explicitamente, a possibilidade de reconstruir-se um *corpo próprio* capaz de dialetizar com o mundo... Trata-se, portanto, de uma comunidade antiterapêutica em sua obstinação por apresentar-se como um invólucro, cheio de tantos corpos que não podem vivenciar-se e que ficam ali, à espera de alguém que se ocupe deles e faça-os viver ao seu modo: na esquizofrenia, na psicose maníaco-depressiva, na histeria. Definitivamente coisificados... (BASAGLIA, 2005, p. 120).

Através dessas concepções, a psiquiatria e a psicologia destituíram o doente mental da condição de sujeito de sua própria história. Essas formas de poder que disciplinam por meio de um processo contínuo de normatização, através de regras sobre os corpos dos indivíduos estão ligadas às representações realizadas a respeito destes porque “é o corpo a instância básica do reconhecimento e classificação social estabelecida entre pessoas” (GUIMARÃES; MENEGHEL 2003, p. 360). Aquele que apresenta o sofrimento mental acaba literalmente incorporando o lugar a ele destinado, pois:

Tudo que ele sabe de si mesmo e do seu estado mórbido limita-se ao papel que a sociedade e psiquiatria lhe atribuíram, e, portanto acha que todo ato de contestação à realidade brutal que vive e que recusa é apenas um ato doente que sempre o reconduz a si mesmo, sem nunca libertá-lo das forças que o dominam (BASAGLIA, 2005, p. 38).

No bojo dessa produção discursiva o encontro entre o médico e o doente é operado no próprio corpo do doente, considerado objeto de investigação em sua materialidade e objetualidade nuas. Encontro esse que não se inscreve em uma “dimensão real”, já que um encontro real deveria pressupor uma relação mútua de questionamentos, em que ambos os atores, doente e terapeuta, fossem questionados.

Todavia, as relações de objetualidade não se inscrevem em um processo de reciprocidade. Na realidade, dá-se o encontro do sujeito psiquiatra e o corpo desviante, não restando a este último outra alternativa senão se organizar e converter-se em objeto do discurso e do conhecimento daquele que o examina. No que diz respeito a isso, restam apenas duas alternativas, ambas negativas, visto que, ou o encontro não ocorre, ou se efetua em um corpo que está de um modo ou de outro, possivelmente doente (BASAGLIA, 2001, 2005).

No momento em que se vê frente a frente com seu interlocutor (“o doente mental”), o psiquiatra sabe que pode contar com uma bagagem de conhecimentos técnicos com os quais, a partir dos sintomas, será capaz de reconstruir o fantasma de uma doença. Contudo, permanece nítida a impressão de que, tão logo formulado o diagnóstico, o homem desaparecerá de seus olhos, pois estará definitivamente codificado (BASAGLIA, 2005, p. 62).

Diante disso, os técnicos são responsáveis quando, na tentativa de mascarar as contradições que se evidenciam, deflagram novas ideologias e compactuam com o jogo

de exclusão e violência que se constroem em torno do doente mental. Esses novos rearranjos na promoção do cuidado fazem sobressair o papel dos técnicos nessa violência, seja usufruindo seu mandato de controle social, seja suavizando os conflitos reafirmando as relações manicomiais. No que diz respeito aos profissionais envolvidos na área de saúde mental, Baptista (1999, p. 46) denuncia que:

O fio da faca que esquarteja, ou o tiro certo nos olhos possui alguns aliados, agentes sem rostos que preparam o solo para estes sinistros atos sem cara ou personalidade, podem ser encontrados em discursos, textos, falas modos de viver, modos de pensar que circulam entre famílias, jornalistas, prefeitos, artistas, padres, psicanalistas etc. destituídos de aparente credulidade, tais aliados amolam a faca, enfraquecem a vítima, reduzindo-a a pobre coitada, cúmplice do ato, carente de cuidado, fraco e estranho a nós, estranho a uma condição humana plenamente viva. Os amoladores de faca (...) fragmentam a violência da continuidade, remetendo-a a particularidades, a casos individuais. Estranhamento e individualidades são alguns produtos desses agentes. Onde estão os amoladores de faca?

Ao ser aprisionado e apreendido pela lógica manicomial o doente mental habitua-se e prontifica-se a receber um “corpo novo que não é seu, gestos, atos e pensamentos que não são seus, a ponto de que aquilo que ainda resta nele de pessoal e vivo [...] acabar definido como sintoma da doença” (BASAGLIA, 2005, p. 81). Sendo assim, “o doente mental” sofre a impossibilidade de viver dialeticamente a própria realidade, e tais instituições, os manicômios, não o ajudarão a recuperar a capacidade perdida ou jamais encontrada.

Dentro dessa dinâmica o sujeito vivencia sua colocação no mundo como um doente, mas que não poderá nunca possuir sua própria doença. A institucionalização acaba por cronificar o sofrimento, pois:

O doente mental sofre é da falta de um intervalo entre o eu e o corpo, o corpo e o mundo, um intervalo que o defenda da invasão do outro, que lhe permita apropriar-se de si, fazer-se um a partir do múltiplo opondo-se ao outro e ao mundo, de modo a emergir da comunidade indiferenciada e construir o próprio corpo vivido (BASAGLIA, 2005, p.84).

Nessa dimensão, é necessário que na relação com os outros, sejam estabelecidas distâncias e intervalos, de forma que a proximidade com o outro não adquira o caráter invasivo e se torne desestruturante. É frente aos papéis e os elementos que constituem essa realidade que o doente mental viu-se desapropriado e impossibilitado de realizar intervalos entre o seu corpo e a instituição, viu-se exposto a uma promiscuidade “na qual o outro o solicita sem tréguas, de todos os lados, e o invade [...] Não lhe permitindo

viver, oferecer-se estar com os outros, tendo – ao mesmo tempo – a possibilidade de salvar-se, defender-se, fechar-se” (BASAGLIA, 2005, p.85).

3. A doença entre parênteses: O eu e o outro: duplo de saúde mental.

No momento de sua exclusão da sociedade, o doente – já amesquinhado pelos limites a que a doença o constrange – penetra em uma nova dimensão, na qual se vê forçado a renunciar gradualmente a tudo o que ainda possui de pessoal e vivo em nome do bom andamento e simplificação da instituição (BASAGLIA, 2005, p.50).

Goffman denomina de “a carreira moral do institucionalizado” o processo descrito no capítulo anterior que está intimamente relacionado a uma restrição de si, marcado pela perda de interesses, pelo afrouxamento dos laços afetivos com o mundo exterior, com sua vida passada e até mesmo com seu futuro. A partir das leituras que realizou da obra de Goffman, Basaglia propôs um importante conceito, derivado dos efeitos da institucionalização, que seria o duplo de doença mental que pode ser definido como: “aquilo que se constrói em torno do internado através do processo de institucionalização do indivíduo, da negação de sua subjetividade e de sua redução ao objeto do saber” (AMARANTE, 2003, p.81).

A noção de duplo da doença mental “diz respeito às incrustações, isto é, àquilo que não é próprio à condição de estar doente, mas de ser institucionalizado ou de ser visto como doente e isso abre uma enorme perspectiva no lidar efetivamente com as pessoas em sofrimento, e não com as suas doenças” (AMARANTE, APRESENTAÇÃO, 2005, p. 12). Assim, com o passar do tempo, a institucionalização gera um complexo de danos, muitas vezes irreversíveis que contribuem para uma progressiva perda do interesse pelo sujeito, além de um processo de regressão e restrição do eu (BASAGLIA, 2005).

Submetido a diversas práticas de violência, opressão e coerção, o doente mental termina por responder com comportamentos desse lugar onde foi situado, também com violência, melancolia, antissociabilidade, de modo que ao final de certo tempo torna-se difícil distinguir o que lhe é próprio do sofrimento e o que é marca de sua condição de institucionalizado (BASAGLIA, 2001, 2005).

Se, no início, o doente sofre com a perda de sua identidade, a instituição e os parâmetros psiquiátricos lhe confeccionaram uma nova segundo o tipo de relação objetivante que estabeleceram com ele e os estereótipos culturais com que o rodearam. Por isso, pode-se dizer que o doente mental, colocado em uma instituição cuja finalidade terapêutica torna-se ambígua diante da obstinação em referir-se a um *corpo doente*, é levado a fazer dessa instituição seu próprio corpo, incorporado à imagem de si que a instituição lhe impõe (BASAGLIA, 2001, p. 121).

Logo, as propostas para a efetivação de um modelo diferenciado de assistência em saúde mental só se tornarão verdadeiramente terapêuticas quando incorporarem, em seu cotidiano, a tarefa de desconstruir as relações de violência e exclusão que incidem sobre os corpos dos ditos loucos. É preciso atentar para que perante a angústia vivenciada diante da loucura não se construa um novo sistema que, apesar de parecer diferenciado, reafirma a função prioritária de preservar a sociedade dos desviantes. Pois, para além das instituições em sua concretude, existem os “desejos de manicômios”; esses ainda mais difíceis de serem minados.

Os, [desejos de manicômio] se expressam através de um desejo em nos dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele. (MACHADO; LAVRADOR, 2001, p. 46).

Basaglia, inclusive, presenciou em sua época, tentativas de reformulação que não romperam com a lógica pautada no paradigma da institucionalização que ele então denunciava. Nessa perspectiva, Basaglia critica a “nova psiquiatria” que consistia em um conjunto de técnicas de modernização do saber psiquiátrico, estruturada na psicoterapêutica e no aperfeiçoamento da psiquiatria e que, assim, renovava os esquemas positivistas e o ideal da vocação terapêutica, mascarando novamente sua função social (AMARANTE, 2003).

Basaglia reflete ainda que:

[...] Quer se denomine a instituição como comunidade terapêutica; quer se defina como social o novo rumo psiquiátrico, só porque ele serve de instrumento de controle a favor do sistema, tudo isso significa simplesmente que um novo verniz foi aplicado sobre um velho jogo, cujas manobras e finalidades já são conhecidas (BASAGLIA, 2005, p. 158).

Assim sendo, a instituição tolerante revela aqui sua outra função: a dialética das instituições de violência, e sua considerável eficiência artificial, de cobertura da

incapacidade de vivenciar as contradições por parte da sociedade. Pois “sob a ilusão das relações democráticas, esconde-se ainda uma força manipuladora muito mais sutil e penetrante do que qualquer imposição ditatorial” (BASAGLIA, 2005, p. 159).

Outra crítica realizada por Basaglia diz respeito à psiquiatria comunitária nos Estados Unidos que se, por um lado, parecia ampliar a oferta de cuidados no campo da saúde mental para a população, por outro, acabou por alastrar o controle social, na medida em que se traduzia em práticas normatizantes guiadas por um ideal de saúde. E é esse “novo ideal de saúde” é que dará sustentação a toda máquina burocrática dos serviços, em que a supervalorização da técnica passará a ocupar um papel central nas novas formas de promover o cuidado (GUIMARÃES; MENEGHEL, 2003).

Essas novas formas de se pensar a saúde estão, conforme Deleuze (1990), intimamente associadas à crise dos aparelhos de normalização, uma vez que os manicômios, apesar de ainda atuantes, deixaram de ocupar um papel central no exercício do controle social, pois vivemos em uma época bastante singular em que a comunicação instantânea embasada nos modelos fluidos, flexíveis e tentaculares de dominação possibilita um controle ao “ar livre”, que nunca chega a se/nos moldar inteiramente, mas se insinua como um poder de modulação contínua que impossibilita a sua localização e identificação.

Pois o que caracteriza prioritariamente a passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle é o desmoronamento das fronteiras que demarcavam as instituições (DELEUZE, 1990). “Ora, quando as fronteiras desaparecem – o movimento que coincide não só com a falência das instituições, mas também dos Estados - nação, anula-se igualmente a diferença entre o dentro e o fora” (HARDT; NEGRI apud MACIEL, 2007, p.59). De acordo com Maciel (2007) o estreitamento desta diferença pode ser percebida em diversos aspectos da vida; em primeiro lugar, na esfera psíquica.

Tal ordem fabrica a relação do homem consigo mesmo e com o mundo; e o que faz a força dessa subjetividade capitalística, que resulta na produção de uma subjetividade manicomial, é que ela se produz e atravessa tanto “opressores” quanto “oprimidos”, “tanto dominantes” quando “dominados”, e nos leva, na maioria das vezes, a estabelecer uma adesão a essas forças de dominação (ALVERGA; DIMESNTEIN, 2006, p. 305).

Ao realizar uma análise sobre a transposição das instituições de violência para as instituições de tolerância, Basaglia também produziu contribuições significativas acerca desses novos agenciamentos nas relações de poderes que se estendem e envolvem o

contexto da saúde mental, alertando para o risco de que as relações de poder estabelecidas entre técnicos e pacientes continuem a reproduzir a institucionalização. Afinal, o clima hospitalar “humanizado” pode ser ainda mais mortificante.

“Nesta relação, na qual o doente embora não pertencendo mais a dimensão dos excluídos, só é visto como objeto de tratamento afetuoso, ele afundará lentamente em um estado de aniquilamento total” (BASAGLIA, 2005, p. 56). Por isso, nesse caso, esse encontro não deve ser operado sobre o crivo da tolerância, mas sim culminar no aprendizado de suportar um confronto com o outro, que só permanece real e significativo quando o sofrimento não é isolado em lugares e ideologias.

Dessa forma, Basaglia propõe que o primeiro ato perante o excluído seja o de incutir-lhe ou despertar nele um sentimento de oposição ao poder responsável por sua opressão, através do qual o vazio emocional durante tantos anos vivenciado na condição de institucionalizado será substituído por uma agressividade que viabilizará uma ruptura. O autor reconhece nessa agressividade a possibilidade da construção de uma relação autêntica de tensão e contratensão entre médico e paciente, fundamentais para a realização da ruptura dos vínculos paternalistas e de autoridade (BASAGLIA, 1982, 2001, 2005).

Diante disso, a loucura e o sofrimento psíquico para Basaglia não são condições a serem nem violentadas, nem simplesmente toleradas; precisam, “ao contrário, serem em parte aceitas pela sociedade e em parte verdadeiramente tratadas enquanto tal [...] se a relação entre loucura e exclusão não é dialetizada, a tolerância torna-se mera atualização do mecanismo de exclusão na sociedade moderna” (AMARANTE, 2003, p. 90).

A doença mental e suas manifestações devem ser consideradas como elementos que dizem respeito ao sujeito e a sua trajetória. Por exemplo, o delírio precisa ser reconhecido como dotado de intencionalidade e significado. Significado esse que se articula com a história de vida do sujeito (BASAGLIA, 2005).

Imagine-se agora um homem a quem são tiradas junto com seus entes queridos, suas casas, seus costumes, suas vestes, tudo enfim, literalmente tudo o que possui: será então um homem vazio, reduzido a sofrimento e carência, alheio a dignidade e ao discernimento: pois a quem tudo perdeu, ocorre perder a si mesmo (PRIMO LEVI apud BASAGLIA, 2005, p. 35).

Ao questionar e refutar o poder assumido pela psiquiatria em dar conta da experiência da loucura e da experiência do sofrimento psíquico, Franco Basaglia realiza

a inversão do princípio psiquiátrico e propõe que a doença mental seja colocada entre parênteses, pretendendo com isso colocar no centro da atenção não as categorias diagnósticas, mas o sujeito que adoece e suas experiências. Ao realizar a proposta de inversão, Basaglia não pretende negar a existência da doença mental, ou a existência “de algo que produz dor, sofrimento, diferença ou mal-estar, mas [trata-se de uma] recusa à explicação psiquiátrica, e a capacidade de a psiquiatria dar conta do fenômeno com a simples nomeação abstrata da doença” (AMARANTE, 2001a, p. 107).

Basaglia (2005) buscou, assim, propor e efetivar novas formas de se compreender o sujeito em sofrimento superando o saber e a psiquiatria tradicional, denunciando seu insucesso no encontro com os sujeitos atravessados pelo sofrimento psíquico.

O princípio de colocar a doença mental entre parênteses diz respeito à individuação da pessoa doente, isto é a ocupar-se, não da doença mental como conceito psiquiátrico – que tem sido questionado tanto no aspecto mais propriamente científico, quanto na sua função ideológica -, e sim, pelo contrário, a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença (AMARANTE, 2003, p. 78).

Consiste, em um só tempo, na ruptura e na denúncia da *episteme* que tem como efeito o “duplo” da doença mental, ou seja, “daquilo que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado” (AMARANTE, 2003, p. 80). A desconstrução da face institucional da doença possibilita o enfrentamento dos dois lados que constituem a questão da doença mental: a questão psicopatológica e a estigmatização social.

Nesse processo, a loucura passa a ser compreendida como parte da condição humana, e a concepção da doença é ampliada pela de crise vital, existencial social e familiar (AMARANTE, 2001a). A cidadania torna-se um dos pilares do movimento de desinstitucionalização, não obstante, a compreensão de cidadania aqui explicitada diz respeito à cidadania enquanto valor universal, a promoção do respeito à pluralidade dos sujeitos, de suas diversidades e diferenças sobre um mesmo patamar de sociabilidade (KODA, 2006). “Enfim trata-se de trabalhar efetivamente para que ele seja um sujeito de desejos e projetos” (AMARANTE, 2003, p. 115).

A doença colocada entre parênteses nos convida a realizar uma análise sobre outra questão que é o lugar da clínica no contexto da reforma psiquiátrica. É justamente sobre essa particularidade que muitos equívocos são cometidos, dentre eles, por um

lado, a supervalorização da clínica, ou, por outro, a subvalorização que leva a suposição de que o conhecimento psicopatológico e das técnicas psicoterápicas seriam desnecessárias e sempre estigmatizantes³ (BEZERRA, B, 2001).

Ao concluir seu último livro, pouco antes de falecer, Franco Basaglia disse que seu maior desejo era que a história do movimento liderado por ele não fosse contada com base em datas, portarias, ou atos oficiais, mas pelas histórias de pessoas, de muitas pessoas, cujas vidas tivessem sido transformadas por seu trabalho. Não parece haver nessa atitude um descuido com a clínica. Basaglia se preocupava concretamente com os sujeitos, perpassados pelas suas respectivas experiências de adoecimento. Essa é uma preocupação rigorosamente clínica, mas, como veremos, trata-se de outra forma de pensar e fazer clínica (AMARANTE, 2001, p. 108).

É preciso pensar a diferença a partir de outra perspectiva, não necessariamente envolvida por um processo de adoecimento que obedeça a uma linearidade. É essencial antes de tudo mudar as bases que fundamentam nosso modo de pensar, orientando-nos para a elaboração de novas práticas e possibilidades de ação. É imprescindível, reinventar a clínica como espaço de construção de subjetividades, como possibilidade de dedicar-se a sujeitos com sofrimentos e de, efetivamente, assumir a responsabilidade de cuidar desse sofrimento, mantendo a aposta no resgate ou mesmo na construção da cidadania (AMARANTE, 2001a).

Portanto, fazer uma clínica diferenciada envolve “[...] fazer a escolha de um discurso e de uma ética, mantendo uma posição de suspensão que permita suportar a insuficiência própria de cada conjunto de conceitos e práticas” (GRECO, 2001, p. 112). Isso certamente nos convida a realizar a cisão de conceitos já há tanto tempo edificados como: “doença, terapêutica, cura, ciência, verdade!” (AMARANTE, 2001, p. 110).

4. Desinstitucionalização e o Modelo de Reforma Brasileira

O conceito de desinstitucionalização e sua empregabilidade partiram de contextos e compreensões diversas. A noção de desinstitucionalização surge

³ Vale ressaltar aqui que a idéia de clínica pensada nesse trabalho não está associada à visão de um modelo clínico tradicional pautado unicamente na identificação e remissão do sintoma, mas sim em uma clínica ampliada que transpõe as noções de “cuidado” e considera outras possibilidades de cuidado e produção de vida para o usuário que transcendem aquelas estabelecidas apenas na relação entre ele e o terapeuta, no âmbito privado da psicoterapia.

inicialmente nos EUA, onde é entendida como uma estratégia e conjunto de medidas de desospitalização e, em outros momentos, de forma radical, como desassistência.

Com o intuito de conduzir a reforma psiquiátrica para além das questões referentes à reinserção social, Basaglia visa promover a desinstitucionalização por meio da desconstrução das relações fundamentadas no paradigma científico racionalista. Busca a superação do paradigma clássico da ciência, da tradição cartesiana linear de causa e efeito (AMARANTE, 1995, 1994; ROTELLI, 2006).

Portanto, faz-se necessário:

[...] Um processo de desinstitucionalização do social, do nosso apego às formas de vida institucionalizadas, onde é preciso produzir um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão, abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão, e considerar outras rotas possíveis que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006 p. 303).

Consoante com a com a tradição basagliana, a abertura dos portões do hospital psiquiátrico não garante verdadeiramente a despsiquiatrização do sofrimento, mas foi uma das primeiras contribuições para a mudança da assistência destinada ao sujeito atravessado pelo sofrimento mental. Nesse contexto, os técnicos desempenham um papel primordial ao aceitar a contestação do doente, possibilitando ser um dos pólos do processo dialético.

Por conseguinte, a superação do manicômio não representa uma reatualização da sua forma de gestão, nem a exportação da mesma para o território, mas a instalação de uma crise no *modus operandi* da instituição e do que ela representa (BASAGLIA, 1982, 2001, 2005; BASAGLIA, O, F. 2001, DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991). Dentro dessa construção, o paciente não se restringe à categoria de doença, mas este é visto como um ser social e político e, por conseguinte, sua reintegração à sociedade não deve restringir-se a uma questão científica, mas deve incluir o social e a política.

[...] A doença mental também está ligada na maioria dos casos a fatores socioambientais, a níveis de resistência ao choque vindo de uma sociedade que não leva em conta o homem e suas exigências, a solução de um problema tão grave somente pode ser encontrada levando em conta os aspectos socioeconômicos da questão, de modo a permitir também a gradual reinserção dos elementos que não resistiram ao esforço, que não agüentaram o jogo. Qualquer tentativa que se possa realizar na abordagem desse problema irá limitar-se a demonstrar que semelhante passo é possível, mas ficará inevitavelmente isolado e, portanto, privado do mínimo significado social, se a ele não se unir um movimento estrutural de base que leve em

conta aquilo que quando um doente mental recebe alta, o trabalho que ele não consegue realizar, do ambiente que o repele, as circunstâncias que, em vez de ajudá-lo a reinserir-se, empurram-no aos poucos para dentro do muro do hospital psiquiátrico. Falar de uma reforma da lei psiquiátrica atual significa querer enfrentar não só novos sistemas e regras mas não somente desejar sobre os quais se funde a nova organização, mas, sobretudo, os problemas de caráter social que a ela se ligam (BASAGLIA, 2005, p. 111).

Por isso, tal transformação necessita de uma nova síntese, onde ocorra a superação do princípio da autoridade pelo de autonomia com responsabilidade. A custódia, nesse contexto, distancia-se das concepções paternalistas, sendo exercida por meio da proteção e responsabilização.

O anacrônico hospício se apresenta como um fardo quase insuportável, que faz curvar pacientes e operadores de saúde - que o carregam meio sem saber o porquê. Urge denunciá-lo, destruí-lo, superá-lo; urge extinguir a demanda convencional de crise / internação no hospital psiquiátrico. É vital ser criativo ao apresentar alternativas no território. Contudo, acima desses movimentos, urge incendiar o manicômio dentro de cada operador, a lógica de exclusão que a prática pode perpetuar sem perceber (DELGADO, 1991, p. 17).

Dessa maneira é necessário negar a doença mental enquanto instituição, que reduz o fenômeno da loucura a uma categoria negativa e grosseiramente simplificada. Pois é sobre “[...] a apreensão fundante da loucura pelo conceito de doença, operação fundante da clínica psiquiátrica, que se erguem todos os procedimentos, valores e instituições de segregação da loucura na sociedade” (TENÓRIO, 2001, p. 122).

Assim, “o processo de desinstitucionalização demonstra tornar-se possível construir e inventar novas perspectivas de vida e subjetividade para aqueles mesmos sujeitos, e não apenas ‘evoluções’ e ‘prognósticos’ da doença mental” (AMARANTE, 2003, p. 31), culminando em um complexo processo social e prático que deve encontrar mediadores entre os espaços hospitalares e a cidade, implicando em um novo olhar e em uma nova forma de cuidar, conviver e compreender a loucura.

A concepção de território torna-se fundamental nesse contexto de transformação, uma vez que o trabalho realizado no território não corresponde apenas à promoção de saúde mental, mas à produção de vida e subjetividades. Rompendo-se com a relação da loucura instituída pelo saber psiquiátrico e da concepção de tratamento através do isolamento, altera-se assim a relação estabelecida entre cidadão e sociedade, através da qual se constrói a relação entre saúde e doença. Tal proposição caminha para considerar o homem como um ser coletivo e de necessidades, pois “quando o valor é o homem, a

saúde não pode representar a norma” (BASAGLIA, 2005, p. 231). Logo a cidade configura-se como um espaço não apenas de circulação, mas como lugar terapêutico.

No que se refere ao processo da reforma psiquiátrica brasileira, pode-se afirmar que a partir da década de 70, em decorrência de profundas transformações políticas e econômicas, críticas passaram a ser realizadas sobre o tratamento dispensado ao doente mental, e, impulsionando assim os debates e a implementação de políticas públicas para a saúde mental. A vinda de Basaglia ao Brasil nos anos de 1975, 1978 e 1979, favoreceu mudanças significativas na assistência à saúde mental, além de reforçar o movimento aqui iniciado principalmente pelos trabalhadores de saúde mental e, posteriormente, pelos familiares, insatisfeitos com a realidade brasileira (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

A reforma psiquiátrica brasileira foi fortemente influenciada pelo pensamento de Basaglia, e encontra nele seus principais fundamentos teóricos, pautando-se, no modelo adotado, na reforma italiana. (ROTELLI; AMARANTE, 1992; SILVEIRA; BRAGA, 2005; TEIXEIRA, 2000). A reforma psiquiátrica brasileira está pautada em três referenciais, que são: o da desinstitucionalização, o da reabilitação psicossocial e o da clínica institucional. Como o conceito de desinstitucionalização já foi debatido, apresentaremos brevemente os outros eixos norteadores da reforma, uma vez que fizemos uma opção metodológica de discutir o conceito de desinstitucionalização cunhado por Basaglia tendo em vista a importância desse tema para a produção de novas perspectivas de vida e de subjetividade.

Nesse sentido, a noção de reabilitação psicossocial propõe a diluição do tratamento e pós-tratamento, realizando a superação do paradigma organicista, de tal forma que tratar é também ajudar o sujeito a retomar sua competência social, deslocando assim o tratamento da doença para a existência. Para Tenório (2001), a clínica institucional ou clínica do sujeito expressa, de modo geral, os trabalhos teóricos e práticos que circundam a iniciativa de como fazer da “instituição um lugar de laço social para quem por definição tem dificuldade de realizar o laço social” (TENÓRIO, 2001, p. 122).

É importante considerar que a matriz brasileira no tratamento da loucura encontra-se em um novo momento na qual corre um risco muito grande, dentre eles, o de reduzir a reforma psiquiátrica a um modelo eminentemente assistencial. Ela deveria corresponder, antes de tudo, a um momento e uma transformação sociocultural complexa, que envolve uma nova concepção de ciência, para além daquele centralizado

na doença. E que deve propor uma reflexão da dimensão sociocultural, a fim de desenvolver uma crise profunda tanto teórica quanto prática, detonada principalmente pelo fato de ocorrer mudança radical no seu objeto, que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental. É certamente, no contexto dessa crise, que surgem as novas experiências e a nova psiquiatria (AMARANTE, 1995, 2001a, 2003, 2006; BIRMAN; COSTA, 1994; CARVALHO; AMARANTE, 2000).

Diante desse contexto, a matriz brasileira da reforma psiquiátrica e das formas de compreensão e tratamento da loucura encontra-se em um momento crucial de reflexão de suas práticas e no desenvolvimento de novas ações (AMARANTE, 2001b). É essencial ressaltar a importância da “delicadeza” que deve envolver esse processo a fim de que ele não recaia apenas na abertura dos portões dos hospitais psiquiátricos e sim em uma mudança ampliada, evitando que a exclusão persista sobre a face complacente da tolerância que os novos dispositivos de assistência ao doente mental não reatualizem os antigos modelos preconceituosos já arraigados na cultura e concomitantemente nos saberes e práticas psi. E que não acabemos apenas a atender aos interesses que visam a sobrevivência dos hospitais psiquiátricos fora e dentro de nós.

5. Considerações finais: Novos rumos e perspectivas

Basaglia traz, no bojo de sua prática, uma profunda compreensão do campo da saúde mental, ao refletir e denunciar que a assistência na saúde mental ainda se encontra em um processo de mudanças e que talvez nunca se encontre devidamente pronta, até porque, deve se inteirar como espaço de contradições e faltas (AMARANTE, 1996 p. 112).

Este trabalho teve como objetivo primeiro, mapear as principais contribuições de Franco Basaglia acerca da “doença mental”, enfatizando as críticas levantadas pelo autor e suas proposições a respeito do tema. A realização de tal resgate está diretamente relacionada com o fato de acreditarmos que seus conceitos fundamentais perderam em parte sua virulência com a efetivação da reforma psiquiátrica brasileira e que uma retomada dos mesmos possibilitaria a reflexão das práticas desenvolvidas nesse campo.

Para dar conta de tais objetivos, realizamos a disposição das reflexões em itens, que tentaram esboçar minimamente o percurso histórico da loucura e sua apreensão como objeto de saber, priorizando as propostas de Basaglia para a efetivação de novas formas de refleti-la. Pensamos que, ao longo deste trabalho, alcançamos os

objetivos propostos, contudo gostaríamos de salientar que esse projeto não visa realizar um juízo de valor sobre as práticas e mecanismos da reforma. Pelo contrário, nos propomos a discutir sobre as questões que permeiam o campo da saúde mental e da reforma, justamente com a intenção de fazer avançar o movimento.

Tomando-se por base o que foi refletido ao longo do texto, percebe-se que “a reforma psiquiátrica brasileira foi e tem sido um espaço marcado por tensões, avanços e resistências, construções e dificuldades” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 18), acompanhada por possibilidades de avanços e retrocesso das políticas públicas de saúde e das dificuldades de encontrar novos mediadores para a construção dessas novas possibilidades de promover o cuidado (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

É frente a esse novo momento que defendemos a importância da realização de um resgate teórico das contribuições de Franco Basaglia, já que ele colaborou significativamente para que a loucura fosse compreendida a partir de uma concepção dialética, e que as construções realizadas na saúde mental se situassem em uma perspectiva de desconstrução não apenas do aparato manicomial, mas também nas formas de viver institucionalizadas. Pois “a loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou a capturam” (WEBER, 1961, p. 09).

São embasados por essas mesmas ideias que Alverga & Dimenstein (2006); Amarante (2003); Birman (2000); Delgado (1991); Franco Basaglia (1982, 2001, 2005); Perlbart (1990) nos fazem o alerta de que a apreensão da loucura enquanto morbidade e estranheza não estão apenas associadas à psiquiatria ou aos seus mecanismos de enclausuramento, mais sim ao imaginário social, ao próprio desejo humano de afastar-se de tudo aquilo que contradiz seu modelo racional de gerir a vida.

Como cita Basaglia (2005, p. 71), “o que se revela importante, no momento, é conseguirmos manter, enfrentar e aceitar nossas contradições, sem sermos tentados a afastá-las para negá-las”, sendo necessário, para tanto, “explicitar e interpelar os possíveis manicômios invisíveis e incrustados nas práticas sociais, no dia a dia, nos modos de funcionamento do pensar”. Desta forma, consideramos que o desafio principal para a reforma psiquiátrica não está apenas na pouca velocidade que vem sendo empenhada, mas a direção que sua implementação tem tomado.

Desta forma, a desinstitucionalização talvez possa ser um dos conceitos mais caros à reforma, uma vez que visa negar não apenas a instituição psiquiátrica, mas a

instituição da doença, da transformação do *locus* social da loucura, da diferença e da divergência (AMARANTE, 2003). É imprescindível, salientar que a reforma operada no Brasil apresenta uma considerável diversidade de contextos sociais, culturais e teóricos e é justamente essa diversidade que ora enuncia novas perspectivas, ora impõe grandes desafios para sua estruturação. O que nos leva a repensar o lugar da clínica dentro da reforma e atrelado a isso analisar a ascensão da psiquiatria biológica e o enrijecimento das novas categorias nosográficas.

Por isso ressaltamos a importância da reconstrução da clínica dentro do aparato da reforma a partir de uma orientação teórica, que assuma o compromisso ético político de oferecer outras formas de cuidado e novas possibilidades de circular no campo social, levando em consideração, o reconhecimento da diferença, ao invés de aprisioná-la em lugares e ideologias. Assim, antes de qualquer coisa a prática clínica refere-se efetivamente a dar um lugar àquilo que escapa à nossa operação cotidiana. Nesse sentido, retomo que o lugar da clínica deve ser eminentemente o da circunscrição de uma ética e respeito para com os sujeitos (GRECO, 2001; PASSOS, E; BARROS, R. B, 2001; TENÓRIO, 2001).

E é por isso que a negação do hospital psiquiátrico e da psiquiatria enquanto poder é o princípio fundamental para a realização de novos debates, na medida em que se constitui como questionamento do saber psiquiátrico e renúncia ao mandato social da instituição e do técnico (BASAGLIA, F; BASAGLIA, OGARO, F. 2001). Tal compreensão caminha no sentido da superação e invenção de novos percursos e novas relações com a loucura. Ciente de que não há como definir o próximo passo, porque a realidade não é estática mais está em construção de uma intervenção prático-teórica, em relação direta e objetiva com a realidade que a cada momento se apresenta e se transforma (BASAGLIA, 1982, 2005).

Por conseguinte, analisamos que essa jornada exige um esforço analítico que considere toda essa gama de especificidades, de modo a operar a reforma em caminhos cada vez mais promissores. Ressaltamos também a importância da realização de novos estudos para essas questões delineadas no momento atual, priorizando a realização de reflexões sobre o espaço da clínica no contexto da saúde mental, sobre os desejos de manicômios que impregnam a sociedade e os profissionais de saúde e a participação e compromisso ético dos profissionais envolvidos nos aparelhos da reforma psiquiátrica brasileira.

Referências

ALVERGA, A; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educ.** Rios Grandes do Norte, n 20, v 10, p. 299-316, jul./dez 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf>. Acessado em: 01.jan 2009.

ALVERGA, R. A. **A loucura interrompida nas malhas da subjetividade manicomial.** 2004. 152f. dissertação (mestrado em psicologia) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2004.

AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995,

_____. **O Homem e a Serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996 - 2003, 142p.

_____. Rumo aos fins do manicômio. **Revista Viver Mente e Cérebro.** São Paulo, 2006. Disponível em: <http://recantodasletras.uol.com.br/e-livros/542889>. Acessado em: 20.abr 2008.

_____. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. IN: QUINET, A. (ORG) **Psicanálise e psiquiatria:** Controvérsias e Convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2001a, p. 103- 119.

_____. Uma aventura no manicômio: A trajetória de Franco Basaglia. **História. Ciência. Saúde – Manguinhos.** Rio de Janeiro v.1, n.1 July/ Oct. 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010459701994000100006&script=sci_arttext&tlng=pt. Acessando em: 10.jan 2008.

_____. Apresentação. **Escritos selecionados: em saúde mental e reforma psiquiátrica.** In: AMARANTE, P. (ORG), MELO, J. (Trad). Rio de Janeiro. Garamond Universitária. 1924. 2005.

_____. Reforma Psiquiátrica. In: Centro Cultural da Saúde. Mostra Inaugural: **memória da loucura.** Rio de janeiro. 2001b, p. 4.

BAPTISTA, B. A. **A cidade dos sábios**: reflexões sobre a dinâmica social nas grandes cidades. Summus Editorial. 1999.

BASAGLIA, F (Org). **A Instituição Negada** - Relato de um Hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1968-2001, p. 99-136/ 313-326.

BASAGLIA, F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil. **Coleção a ciência e o homem**. (Trad) SOIANESE, S; MARCONDES, M. Editora Brasil Debates. 3º Edição. 1979 -1982.

_____. **Escritos selecionados**: em saúde mental e reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (ORG), MELO, J. (Trad). Rio de Janeiro. Garamond Universitária. 2005.

BASAGLIA, F; BASAGLIA, OGARO, F. Problema do acidente. . In: BASAGLIA, F (Org). JAHN, H. (Trad). **A Instituição Negada** - Relato de um Hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1968-2001, p. 307-312.

BASAGLIA, F; GALLIO, G. Vocação terapêutica e luta de classes: Para uma análise Crítica do modelo italiano. In: DELGADO. (Org). (Trad). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo. 1991, p. 26-51.

BASAGLIA, OGARO, F. A transforma o institucional e objetivos comuns. In: BASAGLIA, F (Org). JAHN, H. (Trad). **A Institui o Negada** - Relato de um Hospital Psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1968-2001, p. 273-283.

BEZERRA, B. Reabilitando: Conceitos e clínica. In QUINET, A. (ORG). **Psicanálise e psiquiatria**: Controvérsias e Convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2001, p. 55- 142.

BEZERRA, B: A clinica e a Reabilita o psicossocial. IN; ANA PITTA (ORG). **Reabilita o psicossocial**. São Paulo: Editora HUCITEC. 1996.

BIRMAN, J. **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: Editora 34, 1997.

BIRMAN, J; COSTA. Organiza o de institui es para psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz , 1994, p. 01 -19.

BIRMAN, J. A derrota da intolerância. In AMARANTE, P. *Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro. Editora FioCruz. 1a. Edição, 2000 p. 94-106.

BRAGA B; AUGUSTA V. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista latina América de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.4, p.5, Jul /Ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>. Acessado em: 01.out 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). **III Conferência de Saúde Mental: Cuidar sim, excluir não**. Brasília. 2001.

CARVALHO, A; AMARANTE, P. Forças Diferença e Loucura: Pensando para além do princípio da clínica. In AMARANTE, P. **Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 1a. Edição, 2000, p 41-52.

DELEUZE, G. *Conversações*. (Trad) PERBART, P. Rio de Janeiro: Ed. 34. 1972-199, p. 209-226.

DELGADO, J. Reflexões na cidade sem manicômios. In: DELGADO. (Org) e (Trad). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo. 1991, p. 10-25.

DELGADO, P. O tratamento a partir da reforma psiquiátrica. In: QUINET, A. (ORG). **Psicanálise e psiquiatria: Controvérsias e Convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2001, p. 153-159.

DELL'ACQUA, G; MEZZINA, R. Reposta a Crise: Estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO. (Org) e (Trad). **A loucura na sala de jantar**. São Paulo. 1991, p. 53-79.

FERNANDO, T. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, A. (ORG). **Psicanálise e psiquiatria: Controvérsias e Convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2001, p. 121-131.

FOCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999.

FOCAULT, M. **Microfísica do poder**. In: Machado, R (Org) e (Trad). 20ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979 - 2004.

FOCAULT, M. **Vigiar e Punir**. História da Violência nas Prisões. (Trad.) Ligia M. Ponde Vassalo. 27ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. (Trad) LEITE, M. D. São Paulo. Editora Perspectiva. 1961-1999.

GRECO, M. Dançando em gelo liso entre a clínica e a política. In: QUINET, A. (ORG). **Psicanálise e psiquiatria: Controvérsias e Convergências**. Rio de Janeiro: rios Ambiciosos. 2001, p. 111-120.

GUIMARÃES, C; MENEGHEL, N. Subjetividade e Saúde Coletiva: Produção de discursos na re - significação do processo saúde doença no pos moderno. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza, v. III, n. 2 P. 353 – 371. SET. 2003. Disponível em: http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/df/27_1/27130206.pdf. Acessado em: 10 maio 2007.

KODA, Yamazato Mirna. **Da negação do manicômio a construção de um modelo substitutivo em saúde mental: O discurso usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial**. 2002. 183f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde17112002120859/publico/Mirna_1.Pdf. Acessado em: 01outubro 2007.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, L. D; LAVRADOR, M.C. C.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001, p.45-58.

MACIEL, A. Clínica, indeterminação e biopoder. In: COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS (ORG). **Direitos humanos, o que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro. 2007, p. 55- 62.

PASSOS, E; BARROS, R.B. **Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo**. Psicologia Clínica Pós – Graduação e Pesquisa (PUC/ RJ) PUC-RJ, v.13, n.1, p.89-99.

PÉLBART, P. **O manicômio mental: A outra face da clausura**. In Lancetti, A. (ORG). Saúde e loucura 2. São Paulo: Hucitec. 1990, p. 130- 138.

ROTELLI, F. Empresa Social: construindo sujeitos e direitos. **Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade**. In: AMARANTE, P. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 1a. Edição, 2000 p. 301-306.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: **Desinstitucionalização** (NICÁCIO, F Org). São Paulo: Hucitec, 1990, p. 17-59.

ROTELLI, F; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: Aspectos históricos e metodológicos. **Psiquiatria sem Hospício**: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. In: BENILTON BEZERRA Jr; AMARANTE, P. Rio de Janeiro. Relume-Dumará, 1992, p 41-56.

ROTELLI, F. Entrevista com Franco Rotelli: Coordenador dos Serviços de Saúde Mental de Trieste. In: DELGADO (Org) e Tradução. **A loucura na sala de jantar**. São Paulo. 1991 p 81-96.

SILVEIRA, L; BRAGA, V. A cerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino - am. Enfermagem**. Rev. Ribeirão Preto jul./ago. 2005 v. 13, n. 4, p. 591-595. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=01041692005000400019&l.

TENÓRIO, F; ROCHA, E. A psicopatologia como elemento da atenção psicossocial. **Psicanálise e Saúde Mental**: Uma Aposta. In: Sonia Alberti (Org.), Ana Cristina Figueiredo (Org.). Editora: companhia de Freud. 2006 p.55-71.

TENÓRIO, F. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. . In QUINET (ORG). **Psicanálise e Psiquiatria**: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: rios Ambiciosos. 2001, p.121-131.

TEIXEIRA, M. O. L. **Os primórdios da medicina mental no Brasil e o bruxo do Cosme Velho**. Cadernos IPUB. Rio de Janeiro, n.18, vol. VI. 2000, p. 84-101.

VASCONCELOS, E. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In AMARANTE, P. **Ensaio**: Subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro. Editora FioCruz. 1a. Edição, 2000 p. 169-364.

WEBER, J, P. A loucura só existe em uma sociedade. **Le Monde**, Paris, nº 5.135. 22 de julho de 1961. p. 9.