Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil

Kleber Prado filho¹ e Flavia Cristina Silveira Lemos²

Resumo: Esse texto visa problematizar um campo de experiências e discursos críticos e históricos da loucura que emergem nos anos 1960/70 que se encontram no bojo de lutas transversais e que têm efeitos no Brasil pós-ditadura militar, no campo da luta antimanicomial brasileira. Partimos de uma questão arqueológica, nos perguntando quais dessas experiências e discursos teriam constituído as práticas deste movimento entre nós, traçando uma cartografia dessas matrizes, para chegar a um problema genealógico das disputas em jogo do movimento da Luta com os que defendem a reforma psiquiátrica. As matrizes identificadas são: a análise institucional francesa, a psiquiatria preventiva comunitária norte-americana, a antipsiquiatria inglesa, a experiência das comunidades terapêuticas inglesas, a psiquiatria democrática italiana, a psiquiatria de setor, a psicoterapia institucional francesa e a própria problematização da loucura por Foucault.

Palavras-chave: História; Michel Foucault; Luta antimanicomial; Brasil; Reforma psiquiátrica.

A brief cartography of the anti-asylum movement in Brazil

- 1 Departamento de Psicologia – Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC – Florianópolis – Brasil - kleberprado.psi@gmail.com
- 2 Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) – Universidade Federal do Pará - UFPA – Belém – Brasil - flaviacslemos@gmail.com

Abstract: *This paper aims to problematize a field of experiences and historical and critical discourses of madness that emerge in the year 1960/70 which are in the core of transversal struggles, as the Brazilian anti-asylum movement. We started from an archaeological question, asking which of these experiences and speeches have made the practices of this movement among us, plotting a cartography of these matrices, take us to a genealogic problem of the disputes involved the anti-asylum movement and the process of the psychiatric reform. The matrices are identified: the French institutional analysis, the north-American preventive community psychiatry, the British anti-psychiatry, the experience of the English communities, the Italian democratic psychiatry, the sector's psychiatry, the French institutional psychotherapy and the Foucault's problematization of madness.*

Keywords: *History; Michel Foucault; Anti-asylum movement; Brasil; Psychiatric Reform.*

Demarcando campo e objeto

Esse trabalho refere-se à formação de um campo de forças e enfrentamentos em torno do problema da loucura no Brasil na segunda metade do século XX. Essas forças, apoiadas em discursos e constituindo posições, não apenas se opõem ou discordam entre si, mas também se somam, como se dividem e se articulam, agenciando outras forças e posições, formando facções, coalizões, estrategicamente, conforme interesses, orientações e valores muito diversos.

Designaremos esse domínio de forças e relações em torno da questão da loucura entre nós de campo da luta antimanicomial brasileira, onde se confrontam e entram em relação, forças díspares como: agências governamentais, instâncias institucionais diversas, o poder psiquiátrico, o próprio hospital psiquiátrico – objeto e campo fechado de enfrentamentos – mas também os “serviços substitutivos”: os CAPS, trabalhadores da saúde mental, usuários, familiares, ONGs, associações, movimentos sociais, militâncias diversas, além de variadas formas de vigilância social.

Tomada em sua dinâmica nota-se que essa autêntica **microfísica do poder** se cristaliza em **duas grandes forças**, não exatamente homogêneas, que se enfrentam em torno dos rumos dessa luta desde o final dos anos 1970, ao longo dos 80 e 90, até os dias atuais: **o movimento da luta antimanicomial**, que se empenha na extinção dos manicômios e posições que defendem uma reforma psiquiátrica, polos que aglutinam, agenciam e vetorizam toda uma pluralidade de práticas sociais relativas à questão.

O palco nacional desses embates têm sido as Conferências Nacionais de Saúde Mental, promovidas desde fins dos anos 1980 em torno de temas e objetos diversos. A primeira, em junho de 1987, desenvolve os eixos temáticos: “Economia, Sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e doença mental”; “Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental”; “Cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental”. A segunda, em dezembro de 1992, trata de “Atenção integral e cidadania”. A terceira, em 2001, preconiza os princípios éticos: “Cuidar sim, excluir não. Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. E a quarta, em 2010, posta sob o signo da intersetorialidade, coloca em questão: “Saúde mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. O pano de fundo macropolítico de redemocratização no país à época e o próprio formato participativo das atividades fizeram delas um cenário privilegiado para disputas e enfrentamentos diretos entre posições, movimentos sociais e agentes diversos envolvidos com a questão.

A aprovação da Lei Paulo Delgado, em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso constitui, talvez, o ponto culminante da luta antimanicomial brasileira como marco institucional da extinção dos manicômios no país, bandeira do movimento da luta antimanicomial e objeto estratégico de luta que, conquistado, denota vitória. Esse acontecimento concretizou a implantação do projeto dos Centros de Atenção Psicossociais, que aciona o início do fechamento dos hospitais psiquiátricos e a criação de hospitais-dia e enfermarias psiquiátricas na figura do hospital geral, implicando um deslocamento do modelo hospitalocêntrico para estratégias de atenção psicossocial.

Deve-se ter em conta que essa problematização da loucura, no Brasil não se encontra isolada do contexto mais amplo das sociedades ocidentais, que nesse momento estão também se defrontando com essa mesma questão, constituindo experiências singulares e também similares entre si. Interessamos aqui analisar a experiência brasileira em relação a esse contexto mais amplo de tratamento social da loucura no Ocidente, no final do século XX.

A loucura, assim como a criminalidade, a sexualidade e a normalização das condutas individuais em relação a cada um desses temas, conforme Michel Foucault são problemas prementes e estratégicos para a nossa modernidade, demandando da parte das instituições estratégias e ações de enfrentamento concretizadas na forma de dispositivos, constituídos para lidar politicamente com essas questões. Assim, podemos afirmar que no núcleo da regulação social das nossas sociedades operam dispositivos de normalização

da loucura, onde o manicômio e o poder psiquiátrico são elementos centrais, mas não são os únicos.

Construindo problema e método

As análises aqui propostas serão procedidas da perspectiva crítica de Nietzsche e Foucault. Vista desse prisma – radicalmente histórico – a loucura não é doença mental ou patologia, mas produção social e política. Faz-se necessário, portanto, estar atento a jogos de verdade, relações de poder e efeitos de objetivação e subjetivação, que produzem correlativamente em nossas sociedades a loucura como experiência política de desvio da norma e o louco como habitante das margens da razão, da norma e da própria sociedade.

Partindo da constatação relativa à formação de um campo de experiências e discursos críticos sobre a loucura no Ocidente ao longo dos anos 1960/70, vamos iniciar com uma questão arqueológica referente à influência dessas matrizes discursivas e experiências críticas sobre a loucura nos rumos da luta antimanicomial entre nós, investigando quais delas teriam orientado ou direcionado as práticas do movimento antimanicomial brasileiro durante os anos 1980/90, procedendo preliminarmente uma análise de enunciados e condições de possibilidade para tais discursos e experiências.

Mas, para atingir tal objetivo, será necessário proceder correlativamente uma análise genealógica das relações entre o movimento antimanicomial e posições que defendem reformas psiquiátricas, que sirva como suporte para traçar uma cartografia desse campo de lutas e enfrentamentos em torno da questão da loucura no Brasil, dando visibilidade à multiplicidade de forças em jogo, seus movimentos, confrontos, articulações e agenciamentos.

O estratégico entrecruzamento de olhares arqueológicos, genealógico e cartográficos aqui propostos denota um exercício crítico de pensamento em termos de estranhamento das naturalizações, continuidades e linearidades estabelecidas nas habituais abordagens da questão, centradas numa análise das políticas públicas de saúde mental e nos “avanços” institucionais e sociais promovidos pela reforma psiquiátrica brasileira. Não se trata aqui de uma “história da reforma psiquiátrica brasileira”, mas de assinalar a diferença entre posições que defendem reformas do sistema e outra, mais radical, que luta pela extinção dos manicômios, porque faz uma enorme diferença defender uma reforma psiquiátrica ou lutar contra a existência de manicômios.

As análises históricas centradas na questão nivelam as diversas posições que defendem reformas, juntamente com aquela que luta pela extinção dos

manicômios, colonizando a luta antimanicomial num processo de reforma psiquiátrica, com graves implicações políticas em termos dos desdobramentos desses enfrentamentos na primeira década do século XXI. Não é mera questão terminológica, portanto – apesar de que as palavras fazem toda a diferença – mas trata-se, na verdade, de campos discursivos e de práticas totalmente distintos, com muitos pontos de discordância e embate entre posições.

Assim, o olhar aqui aplicado desloca-se do foco da reforma psiquiátrica para afirmar a diferença de posição da luta antimanicomial, problematizando as relações histórico-políticas entre um campo de experiências/discursos e um movimento social, que se articula em torno de uma recusa da norma e uma resistência às práticas tradicionais de “tratamento”³ da loucura em nossas sociedades. Nesse sentido, a reflexão que aqui se apresenta resulta no exercício de uma história do presente!

As posições aqui defendidas não resultam de uma pesquisa sistemática, disciplinar, mas se sustentam na observação de acontecimentos guiada pelo interesse no tema, pelo acompanhamento dos desdobramentos da questão na mídia, pela exploração bibliográfica da questão, pela leitura dos relatórios das Conferências de Saúde Mental realizadas desde o final do século passado, pela supervisão de estágios acadêmicos realizados em hospitais psiquiátricos nos anos 1980/90 e em Centros de Atenção Psicossocial nessa primeira década do século XXI, e ainda, em atividades de orientação de pesquisas e trabalhos acadêmicos relativos à temática.

A formação de uma governamentalidade psiquiátrica nas sociedades ocidentais

A partir dos trajetos de “História da loucura” e do curso “O poder psiquiátrico”⁴ pode-se afirmar que o tempo que transcorre entre o início do século XIX, até meados do século XX, é o período de formação das práticas manicomiais, sustentadas na multiplicação dos hospitais psiquiátricos, momento de formação da psicopatologia como disciplina científica, de aprimoramento das técnicas diagnósticas de identificação, nomeação e marcação que

3 Esse termo será empregado algumas vezes nesse texto, não em sentido clínico, terapêutico, sugerindo a cura de uma patologia, mas indicando um tratamento social e político da loucura.

4 Uma leitura cruzada desses dois textos mostra que seus percursos se complementam: onde termina o trajeto de um, inicia-se o do outro; ou seja: enquanto um traça uma história a loucura do Renascimento até sua medicalização e captura pela nascente psiquiatria no início do século XIX, o outro mostra o fortalecimento do poder psiquiátrico ao longo do século XIX, a partir dos seus suportes disciplinares – manicomiais – e ainda, do desenvolvimento de técnicas clínicas/confessionais normalizadoras e de discursivos científicos psicopatologizantes.

objetivam a “doença mental”, produzindo o louco como doente mental, desviante da boa norma da saúde mental.

Nesse momento a loucura está sendo capturada pelo saber-poder médico, colonizada como objeto da psiquiatria – disciplinarizada como campo de saber e objeto de intervenção – o que implica sua colocação em regimes de regularidade científica possibilitando seu isolamento, identificação e tratamento, sua sujeição a jogos de verdade e relações de poder, levando em conta seu emparelhamento com a desrazão. Ela está sendo produzida como doença mental: até então a loucura era tratada como questão social, a partir de agora passa a ser problema médico, psiquiátrico.

Essa psiquiatrização patologizante inscreveu a loucura no jogo da norma, constituindo um campo deslizante entre normal/anormal a ser regulado em torno do emergente problema da “saúde mental”, arbitrando limites e faixas de normalidade, tipificando os desvios, marcando e nomeando as formas de anormalidade, bem como, propondo estratégias terapêuticas normalizantes. Nesse processo de domesticação da loucura no Ocidente, o louco vai sendo objetivado e marcado como doente, perigoso, anormal – “o outro da Razão” – alguém fora do governo pela própria consciência, o que justifica supostamente o emprego de “ortopedias corretivas”, terapêuticas, e também a aplicação de uma tutela social decorrente de uma perda jurídica de autonomia.

Tais acontecimentos de saber-poder acabam resultando em um fortalecimento do poder psiquiátrico para muito além do âmbito médico, clínico, à medida que a psiquiatria se estabelece como especialidade técnica e autoridade científica capaz de isolar, diagnosticar e nomear formas diversas de patologia mental, marcando o doente mental como desviante da norma. Poder de enunciar correlativamente doença e doente, que tem desdobramentos sociais, uma vez que a norma não é mera medida técnica, mas modalidade de poder, parâmetro de avaliação, comparação e classificação entre indivíduos, que serve como instrumento de regulação social, de regulação das condutas individuais, remetidas, sancionadas ou não, pela norma coletiva.

O lugar central ocupado pelo jogo da norma entre as modernas práticas de poder acaba por colocar o saber-poder psiquiátrico no centro estratégico da regulação social em nossas sociedades, reconhecida por sua capacidade e autoridade – pelo menos em expectativa – de separar o louco do normal, de enunciar as diversas formas de normalidade e anormalidade. Uma evidência disso é a crescente importância assumida pelo recurso a perícias e pareceres psiquiátricos como instrumentos coadjuvantes em decisões jurídicas hoje em dia.

A sociedade contemporânea é centralmente uma sociedade normalizadora, operando regulações das condutas individuais pela aplicação política da norma – internamos para “curar”, aprisionamos para “corrigir”, “recuperar”, “ressocializar”, ou seria, “reeducar”? A educação é a grande estratégia política entre nós, implicando uma condução suave, pedagógica e convincente, assim como a normalização consiste num exercício de poder sutil, objetivante e subjetivante, que se sustenta em argumentos científicos, implantando uma ordem corretiva, terapêutica, recondutora. Somos cotidianamente governados por uma multiplicidade de pequenas normas reguladoras, entre as quais ganha relevo a obrigação de sermos saudáveis corporal e mentalmente: governo biopolítico do corpo, da vida e da conduta, de todos e de cada um. A normalização psiquiátrica e a correlativa psiquiatrização das condutas cotidianas notáveis ao longo do século XX são indicadores da medicalização da vida a que estamos sujeitos hoje em dia.

Esse é o percurso histórico transcorrido desde a “psiquiatrização da loucura” – sua captura e sujeição ao saber médico – quando ela é patologizada, passando a ser nomeada como doença mental, adjetivada de perigosa, o que justifica seu confinamento terapêutico entre os muros do hospital, sua sujeição a práticas de intervenção que mais se assemelham a uma “ortopedia da subjetividade”, até a instalação de uma governamentalidade psiquiátrica ampla, em meio-aberto, tutelar e “cuidadosa”, não apenas em relação aos loucos, tratados como “anormais”, mas também, sobre a vida, os corpos, a conduta e a subjetividade dos normais, postos todos como objetos da aplicação de práticas normalizadoras.

Ao longo de todo esse tempo, o poder psiquiátrico se apoiou e se nutriu no/do modelo manicomial, a ponto de se confundir com ele, no entanto, essa aparente estabilidade institucional – essa “ordem psiquiátrica” será abalada nos anos 1960, entrando em questão a obrigação de ser normal e o próprio conceito de doença mental. Começa a se romper nesse momento a racionalidade estritamente manicomial e psiquiátrica que operava na objetivação biológica-moral da doença mental, começam a sair de cena as grandes patologias mentais enunciadas nos clássicos tratados de psicopatologia, possibilitando a emergência de um novo objeto: os transtornos mentais, descritos nesses textos instrumentais e dinâmicos que são os DSM's (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*).

O campo de práticas correlato ao enunciado de transtorno é mais dinâmico e contempla uma infinidade maior de desvios sociais, permitindo a medicalização crescente do campo social em meio-aberto de modo paralelo à existência dos hospitais psiquiátricos ainda existentes, agora em número bem menor (Castel, 1981). O regime enunciativo dos transtornos mentais constitui uma rede muito mais fina

de objetivações e subjetivações, operando aquém de uma zona já demarcada e reconhecida de patologização, difundindo seus efeitos normalizadores e medicalizantes sobre condutas cotidianas de forma mais ampla, sutil e diversificada.

O ponto de ruptura

Para muito além das questões manicomiais ou psiquiátricas, os anos 1960 são um tempo de **efervescências sociais** que irão culminar no **“Maio de 1968”**, numa ilusão de libertação/liberação. **Entram em questão** nesse momento o poder **patriarcal** e as formas tradicionais de **autoridade**, os **privilégios de classe**, o **lugar social econômico das mulheres**, as **normas da heterossexualidade**, da conjugalidade, os **valores** de fidelidade e virgindade. Acontece também uma verdadeira **revolução nos campos das artes e da estética**, inclusive pessoal: emerge a **“pop-art”**, o **“movimento hippie”**, os cabelos compridos para homens, o jeans e o rock para os jovens – aquilo que foi denominado **“a contracultura dos anos 1960”** – que vai também questionar a norma da saúde mental, a patologização da loucura e a ordem psiquiátrica instalada ao longo de quase cento e cinquenta anos.

Inúmeros equipamentos sociais, entre eles, de forma destacada o Estado, passaram a ser denunciados como instâncias de caráter repressivo dos corpos e marcados por uma natureza interventiva totalitária.

Não é, portanto, por mera coincidência que se forma, nesse momento, um campo de experiências e discursos críticos sobre a loucura bastante heterogêneos, descentrados de uma racionalidade biológica, problematizando diferentes aspectos relativos à patologização, marcação, confinamento e exclusão – **a loucura deixa de ser assunto exclusivamente médico-psiquiátrico para voltar a ser novamente questão social: o problema da loucura está sendo politizado**, está extrapolando os muros do hospital e resistindo ao domínio que lhe foi historicamente imposto pelo poder psiquiátrico.

Uma análise arqueológica do campo de experiências e discursos críticos sobre a loucura

Numa varredura e análise de enunciados circulantes nesse campo de experiências e discursos críticos **emergente nos anos 1960/70 destacam-se oito matrizes operando de perspectivas bastante distintas:**

A **antipsiquiatria de Laing e Cooper**, buscando na fenomenologia-existencial o suporte para uma crítica radical à própria psiquiatria: à instituição psiquiátrica, ao saber-poder psiquiátrico, ao diagnóstico psiquiátrico, às práticas

psiquiátricas. Como psiquiatras e trabalhadores da saúde mental que são eles elege, de dentro do próprio campo tendo na psiquiatria um alvo; tratando de uma produção social da doença mental, repartindo as responsabilidades entre a família e as instituições, particularmente a instituição psiquiátrica.

A perspectiva da “fabricação da loucura” proposta por Thomas Szasz que, também de dentro do campo caracteriza a doença mental como mito e ideologia, tratando também de uma produção social da loucura, posta agora como objeto de perseguição e exercício de violência social, correlato moderno do que foi a feitiçaria para o mundo medieval. Aprofundando numa gênese social da loucura o autor destaca as responsabilidades da família na produção da doença mental, quando um dos seus membros acaba incorporando e manifestando os sintomas da loucura da própria família.

A proposta de uma psiquiatria democrática por Basaglia que, ainda de dentro do campo, toma o hospital – o muro, o confinamento, a violência – e a própria instituição psiquiátrica como alvos, questionando a racionalidade manicomial circulante nas sociedades capitalistas, que justifica a internação e a exclusão da miséria. Ele trabalhava num hospício, foi militante de orientação marxista e inspirador da reforma manicomial italiana no final dos anos 1970, institucionalizada pela lei que ficou conhecida como “lei Basaglia”.

A problematização da loucura por Foucault que, de uma perspectiva externa e exterior, não trata propriamente da loucura, antes da sua psiquiatrização, da sua domesticação e captura pelo poder psiquiátrico, antes da sua patologização e caracterização como doença mental, portanto, quando ela ainda andava solta pelas ruas, nas comunidades. Tratamento social, mas predominantemente histórico-político, expondo a marcação e a terapêutica da loucura em nossas sociedades como práticas de exclusão. A história da loucura escrita por M. Foucault permitiu historicizar o objeto loucura e a própria figura do louco, assim como, interrogar os saberes, poderes e processos de objetivação e subjetivação em jogo no âmbito das instituições que nasceram como desdobramento do hospital geral.

A Psiquiatria Preventiva Comunitária Norte-americana de Caplan, que no governo Kennedy traçou uma reforma pautada na desospitalização, ao enfatizar que era mais barato promover saúde na comunidade, gerindo a crise de modo preventivo e anterior ao tratamento da doença mental, tendência que se consolida nesse momento nos Estados Unidos, mas será dominante também em organizações sanitárias internacionais como OMS e OPAS.

A Psiquiatria de Setor de Bonnafé, na França, que propôs uma atenção por meio de centros de saúde mental na comunidade, divididos em territórios

chamados de setores com práticas de caráter ambulatorial, descentrando o atendimento psiquiátrico do hospital para a localidade onde vive o usuário.

A Psicoterapia Institucional francesa, fundamentada nos trabalhos de Jean-Oury e Felix Guattari, voltada ao coletivo de pacientes e técnicos, aplicando a estratégia de desenvolver oficinas terapêuticas que analisassem toda instituição e não apenas os pacientes.

A proposta de comunidades terapêuticas de Maxwell Jones, na Inglaterra, objetivando reorganizar de dentro o hospital psiquiátrico, comprometendo cada sujeito com seu próprio tratamento e também com os outros pacientes, humanizando as relações e a atenção oferecida no hospital.

Nota-se, logo à primeira vista, que não se trata de um campo homogêneo de experiências e discursos. Há visíveis desníveis entre eles em termos de amplitude e profundidade, de alvos e objetos da crítica, e ainda em termos de natureza das experiências; há também divergências e até oposição em termos de concepção – daquilo que se coloca em questão – em termos de relações estabelecidas entre elementos diversos, e em termos de estratégias concretas de enfrentamento do problema. Saltam aos olhos nessa heterogeneidade crítica dois conjuntos díspares de matrizes que se destacam não por consenso ou afinidade de propostas, mas por características exteriores aos seus conteúdos.

O primeiro grupo, composto pelas quatro primeiras perspectivas apresentadas, mostra maior solidez e elaboração teórica, tecendo críticas mais amplas, historicamente fundadas, politicamente mais radicais, além de constituir discursos mais consistentes. Muitos elementos estão aí em questão: a naturalização, patologização e domesticação da loucura operada na modernidade; a desmistificação da loucura como doença mental; a psiquiatria como saber, como prática e instituição; o diagnóstico psiquiátrico como forma de marcação social; o manicômio, como internação terapêutica, como exclusão e violência social; as responsabilidades da sociedade e da família na produção da loucura.

Talvez o único ponto em comum entre essas diferentes críticas e que as caracteriza como tal, seja a recusa do enunciado biologicista, naturalizante e patologizante da loucura como doença mental e a conseqüente afirmação do seu caráter histórico, social e político, embora haja discordância entre elas quanto a uma caracterização dessa produção social e histórica da loucura.

O segundo grupo, formado pelas quatro últimas perspectivas expostas, trata propriamente de experiências concretas de enfrentamento das práticas manicomiais – das quais se extrai e socializam conhecimentos – apresentando uma crítica mais instrumental, setorizada; configurando em alguns casos projetos pontuais de reforma psiquiátrica ou de desospitalização, além do relato de

experiências de oficinas e comunidades terapêuticas propostas como alternativas à tradicional prática de internação psiquiátrica. Também aqui elementos diversos estão em questão, só que de forma mais imediata e pragmática.

Há propostas de implementação do modelo ambulatorial em substituição ao modelo hospitalar; de aplicação de estratégias preventivas em detrimento das práticas “curativas” tradicionais; de humanização e reforma do hospital e das práticas manicomialis; até propostas mais radicais de desospitalização. Apesar de comporem um campo que opera como matriz orientando experiências concretas, esses discursos não constituem uma disciplina de saber nem formam uma teoria, uma vez que não tratam das mesmas questões, elegem diferentes alvos, além de proporem diferentes estratégias, não compoem unidade ou consenso; são na verdade diferentes discursos que ora dialogam, ora rivalizam em relação aos condicionantes sociais da loucura e aos modos de governá-la.

São justamente essa diversidade de perspectivas críticas e essa multiplicidade de elementos em jogo que tornam a questão aqui colocada relevante, no sentido de problematizar qual deles, ou que articulação entre eles teria orientado aos enfrentamentos concretos observáveis no campo da luta antimanicomial brasileira.

Uma cartografia da luta antimanicomial no Brasil

A luta antimanicomial configura um tipo de luta transversal⁵ em torno desse problema estratégico e fundamental no mundo moderno, que é a loucura. Como o próprio nome indica, o objetivo imediato dessa luta é a extinção do manicômio: do hospital psiquiátrico, do muro, do confinamento, da internação. No entanto, a questão manicomial ecoa muito além dos muros do hospital psiquiátrico ou do domínio estrito das práticas manicomialis, estendendo-se pelo tecido social como naturalização do manicômio, da doença mental e da exclusão, como patologização e atribuição de periculosidade à loucura, confisco da autonomia do louco, reconhecimento acrítico da norma de saúde mental, reconhecimento social da competência do saber-poder psiquiátrico para diagnosticar e marcar os desvios da norma, assim como nomear e tratar as patologias mentais, aspectos que acabam configurando uma vigilância e um governo psiquiátrico sobre a vida, os corpos e a conduta de todos e de cada um.

5 Uma luta transversal não tem como alvos o “Estado” ou o “Capital” – não se voltam contra as grandes formas de “dominação” – mas, se mobilizam em torno de questões estratégicas mais pontuais, mais próximas e cotidianas, articulando-se como práticas de resistência e de liberdade em relação aos modos de objetivação e subjetivação, bem como práticas de individualização que são característicos de nossas sociedades.

A questão manicomial diz respeito à família, à rua, à cidade, às relações imediatas com o louco, e também às grandes máquinas sociais, às formas de enfrentamento social e às políticas em relação à questão, em última instância, aquilo que estamos denominando aqui “tratamento social da loucura”. Portanto, seu adequado equacionamento envolve muito mais que a extinção física dos manicômios, exigindo alterações naquilo que Foucault (1987) caracteriza na sua “História da loucura” como “sensibilidade social à loucura”: a forma como determinada sociedade lida com a questão, ou, as estratégias que ela aplica na convivência com o louco.

Em outras palavras, não é suficiente derrubar o muro do hospital, sendo necessário ainda colocar sob suspeita, estranhar e desconstruir nossa ordem e nossa governamentalidade psiquiátrica. Para muito além da visibilidade do manicômio articula-se entre nós um dispositivo de normalização da loucura que tem entre seus principais suportes o saber-poder psiquiátrico.

Conforme apontado no início, no Brasil essa luta se desenrola num campo onde forças e posições diversas se enfrentam em torno do tratamento e do governo da loucura, destacando-se aí atores sociais que agenciam e vetorizam essas forças: o movimento antimanicomial e posições que defendem reformas no sistema.

As análises históricas da questão entre nós têm, tradicionalmente, colocado como marco da reforma psiquiátrica brasileira o episódio da “crise no DINSAM” – Divisão Nacional de Saúde Mental – em 1978, quando trabalhadores de quatro unidades psiquiátricas do Rio de Janeiro entram em greve fazendo sérias denúncias a respeito da precariedade das condições de internação e trabalho naqueles hospitais. O episódio dá também nascimento ao MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – que, apesar de partir da iniciativa de trabalhadores do setor, já surge com preocupações sociais e articulações políticas extra-muros, agenciando associações de classe, entidades e segmentos mais amplos da sociedade em torno do enfrentamento estratégico da questão manicomial no Brasil.

Após diversas atividades de mobilização e congressos ao longo dos anos 1980 envolvendo variadas instituições em nível nacional o MTSM se fortalece e se consolida como principal agente da reforma psiquiátrica brasileira. Desde a Iª Conferência Nacional de Saúde Mental em Junho 1987, no entanto, cresciam inquietações e dissidências no âmbito do MTSM quanto à amplitude das transformações no campo da saúde mental e ainda quanto às suas vinculações com as políticas oficiais de saúde, sendo que o movimento realizou reuniões à parte da Conferência, para discutir seus rumos. Em dezembro de 1987, no II Congresso Nacional do MTSM em Bauru/SP, ocorre uma ruptura fundamental com o processo de reforma psiquiátrica em andamento, manifesta nesse trecho do relatório do encontro:

Um desafio radicalmente novo se coloca agora para os Movimentos dos trabalhadores em Saúde Mental. Ao ocuparmos as ruas de Bauru, na primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, os 350 trabalhadores de saúde mental presentes ao IIº Congresso Nacional deram um passo adiante na história do movimento, marcando um novo momento na luta contra a exclusão e a discriminação. (...) Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. (MTSM, 1987: 04).

A ruptura do MTSM com a reforma psiquiátrica passa exatamente pela recusa às políticas oficiais de saúde e pela afirmação da bandeira da luta antimanicomial, sendo que em setembro de 1993, em Salvador/BA, acontece o I Encontro Nacional do Movimento Antimanicomial no Brasil, quando o movimento dos trabalhadores do setor se rearticula como “Movimento da Luta Antimanicomial”. Desde então, foram realizados mais quatro encontros da entidade, perfazendo um total de cinco: o II, em Belo Horizonte, 1995, tematizando “Exclusão”; o III, em Porto Alegre, 1997, levantando o lema “Por uma sociedade sem exclusão”; o IV, em Paripueira/AL, 1999, colocando em questão “As novas formas de produção de sentido”; e o V, com uma etapa em Miguel Pereira/RJ, em outubro de 2001, e outra na cidade de São Paulo, em março de 2002, tematizando “Manicômios, Mídia e inclusão social, e Serviços substitutivos”, mas colocando ainda em questão o próprio movimento, que se dissolve numa crise sem precedentes, justamente no momento da aprovação da Lei Paulo Delgado, que representa uma vitória do movimento.

Portanto, se o marco fundador da reforma psiquiátrica no Brasil é o episódio do DINSAM em 1978, o acontecimento que dá nascimento ao movimento antimanicomial, tornando-se fundamental à formação desse campo de lutas entre nós, é a ruptura expressa no “Manifesto de Bauru”, de 1987.

O Movimento da Luta Antimanicomial – MLA – institucionaliza-se nos anos 1990, mas tem suas raízes na organização dos trabalhadores do setor a partir de 1978 e ao longo dos anos 1980, elegendo como objetivo estratégico a extinção dos manicômios em nossa sociedade. Ele herda do MTSM o compromisso

ético-político-social, a combatividade e o ativismo de inspiração marxista, caracterizando-se como autêntico movimento social, organizado em torno da mobilização e agenciamento de resistência e recusa às práticas de internação e exclusão, ao abuso de poder que representa o governo psiquiátrico total sobre a vida e os corpos daqueles que são marcados por um diagnóstico psiquiátrico patologizante e incapacitante, sendo – não raro em caráter compulsório – submetidos a um “tratamento” manicomial.

Ele herda ainda do MSTM o caráter pluralista, sendo composto por agentes diversos, tais como: membros de diferentes níveis de governo sobre a saúde, psiquiatras, trabalhadores “sociais” da saúde mental, ativistas e representantes de instituições, associações e ONGs diversas, políticos, intelectuais, além de usuários do sistema e seus familiares, contando ainda com o apoio e suporte de entidades e instituições diversas, de caráter público e privado.

Já, as posições que defendem a reforma psiquiátrica não formam uma unidade nem compõem um movimento organizado, visível e corporificado, mas constituem diferentes posições teórico-ideológicas e políticas, distintos vetores e agenciamentos de forças, com enunciados não tão demarcados, articulados em torno de interesses e objetivos muito diversos, propostos genericamente como reformas no sistema, visando modernização e humanização que implicam na verdade uma subutilização e atualização das práticas manicomiais e do próprio poder psiquiátrico.

Destacam-se aqui alguns atores: agenciamentos políticos no Congresso Nacional do tipo “bancada médica”, “lobbies da indústria farmacêutica”; órgãos, comissões e agentes governamentais de diversas especialidades, em vários níveis e posições de influência; entidades representativas do poder psiquiátrico; entidades representativas dos interesses de hospitais psiquiátricos públicos e privados.

Aplicada como estratégia biopolítica e pastoral, a articulação das propostas de reforma psiquiátrica tem procurado pacificar o campo da luta antimanicomial, buscando se apropriar das regras e conduzir os rumos das Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas entre 1987 e 2010, utilizando uma estratégia participativa e consultiva, ao mesmo tempo formalista e burocrática, com o objetivo de legitimar a definição de “políticas públicas de saúde mental”, que acabam resultando em práticas concretas de governo e condução médica – normalizante – da vida e da conduta dos indivíduos.

A rigor os enunciados que orientam as práticas do movimento antimanicomial são muito diferentes – talvez opostos – àqueles que sustentam defesas de reformas da instituição, do aparelho e do poder psiquiátricos. Enquanto a

afirmação da luta antimanicomial tem um caráter nitidamente social, as propostas de reforma psiquiátrica remetem a um tratamento institucional da questão. Concretamente, enquanto o **MLA se organiza como movimento social**, as posições que defendem reformas no sistema configuram uma colonização estatal numa articulação do poder médico com o Ministério da saúde, que visa atualizar as práticas de normalização e domesticação da loucura, revitalizando o poder psiquiátrico e reativando a ordem normalizadora, o que configura uma força de reação estatal na luta contra as pressões do movimento antimanicomial, buscando governar as ações e rumos das transformações no “trato social” da loucura no Brasil.

Essas tensões no campo da luta antimanicomial brasileira ganharam visibilidade após as conferências da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), ao final da década de setenta, quando passam a predominar no campo da saúde coletiva os enunciados preventivistas, e se intensificaram com a Reforma Sanitária no fim dos anos 1980 e a implantação do Sistema Único de Saúde em 1990, que colocaram em circulação o enunciado de promoção de saúde na comunidade. Derivam desses protocolos as políticas públicas de saúde e atenção básica, bem como as políticas de saúde mental atualmente em vigor no Brasil.

Um olhar genealógico sobre as práticas do **Movimento da Luta Antimanicomial** mostra que este concentrou seus esforços no sentido de empreender uma cruzada legal, nos domínios institucionais do Congresso Nacional, erguendo bandeiras contra o manicômio e formulando um projeto de lei propondo a extinção dos hospitais psiquiátricos no Brasil. O tempo de tramitação do projeto – mais de dez anos – dá mostras da intensidade dos debates, da dificuldade de negociação, de obtenção de consenso e de aceitação da proposta, também de postergação intencional, havendo sido a sua aprovação como **Lei nº 10.216/01** comemorada como vitória do movimento. **O mesmo ato jurídico** que extinguiu oficialmente o hospital psiquiátrico no Brasil lançou as bases para a implantação uma rede de serviços substitutivos no campo da saúde mental – os CAPS – produzindo um deslocamento do modelo hospitalocêntrico – naturalizante e patologizante – para centrar-se em estratégias de atenção psicossocial.

Mas o equívoco legalista-cartorialista operante na cultura brasileira dificulta perceber que não se decreta uma transformação social através de um ato legal, assim como não se institui automaticamente uma nova sensibilidade social a partir da aprovação de uma lei – é necessário muito mais que isso para modificar o tratamento social da loucura entre nós, **e isso nada tem a ver com qualquer**

tipo de “humanização de práticas”. Deve-se ter em conta ainda que em política nenhuma vitória é definitiva, e parece que o movimento da luta antimanicomial tem tropeçado nessas duas questões: por um lado, concentrou esforços num campo institucional, numa estratégia de suporte legal para a extinção do manicômio, por outro, parece ter se acomodado com a conquista obtida quando da aprovação da lei Paulo Delgado.

O movimento antimanicomial brasileiro tem se mostrado antimanicomial no estrito sentido do termo: repousa hoje sobre a conquista legal da derrubada dos muros, sobre o deslocamento do modelo hospitalocêntrico para estratégias de atenção social, sobre a implantação dos serviços substitutivos, mas tropeça na manutenção das cadeias químicas, na reativação do poder psiquiátrico e na atualização das práticas de normalização das condutas cotidianas.

Como não poderia deixar de ser, após tantos anos de exposição a embates institucionais a proposta legal de extinção dos manicômios e implantação dos serviços substitutos vem impregnada por enunciados de reforma psiquiátrica e é atravessada por interesses e estratégias do poder psiquiátrico, fortemente organizado no Congresso brasileiro. O que se verifica na prática é que os manicômios brasileiros ainda se encontram em funcionamento, convivendo com os serviços substitutivos, o que se aproxima mais de uma reforma psiquiátrica do que propriamente de uma abolição manicomial. O próprio termo “serviço substitutivo” empregado no texto oficial para designar as estratégias de atenção social é problemático, uma vez que acaba herdando a maldição do manicômio, do muro, do estigma, facilitando sua captura pelo poder psiquiátrico.

Assim, passados dez anos da aprovação da lei e da implantação do novo modelo nota-se que os CAPS vêm sendo psiquiatrizados – reapropriados pelo poder psiquiátrico – o que envolve certa “subversão” dos princípios da atenção psicossocial em benefício de uma retomada do modelo psiquiátrico patologizante tradicional. São vestígios disso a gradativa e discreta substituição de atividades de oficina por práticas ambulatoriais de governo medicamentoso da conduta dos “usuários” observável no período, bem como certa “tomada do poder” concreta nos CAPS, que antes eram coordenados por profissionais de quaisquer das especialidades atuantes na unidade e que cada vez mais vêm sendo dirigidos por psiquiatras, sendo que a proposta do “ato médico” – outro equívoco legalista brasileiro – só reforça essa tendência. Deve-se notar que à medida que o *locus* do governo da loucura desloca-se do hospital psiquiátrico para os serviços substitutivos deslocam-se na mesma direção o interesse e as práticas psiquiátricas, estendendo os domínios do poder psiquiátrico aos CAPS, anexando-os a um projeto de reforma psiquiátrica.

Retomando a questão inicial

Retornando à questão relativa às influências de discursos e experiências críticas sobre a loucura emergentes nos anos 1960/70 nos domínios da luta antimanicomial no Brasil e quais dessas matrizes teriam servido de suporte às práticas do movimento antimanicomial brasileiro, nota-se que todas essas perspectivas encontram-se presentes entre nós, manifestando-se em maior ou menor grau de intensidade, formando uma **mescla de influências e um mosaico de enunciados que opera de modo contraditório.**

Por outro lado, **nota-se também que o Movimento da Luta Antimanicomial é bastante “desideologizado” e destituído de maiores elaborações teóricas, ficando centrado em objetivos imediatos.** Tendeu a um ativismo tecnicista e pragmático, mais voltado às estratégias de desospitalização do que de desinstitucionalização. Talvez fosse o caso de proceder a um amplo leque de pesquisas específicas relativas às leituras feitas por integrantes do movimento no sentido de orientar suas práticas, porém, essas são atividades que transbordam os limites dessa reflexão.

De qualquer forma, a breve análise desses discursos em termos de seus enunciados mais visíveis mostra que **a experiência brasileira se aproxima mais da proposta de Basaglia do que de quaisquer das outras perspectivas críticas,** mesmo que ainda não tenha havido aqui uma efetiva desativação dos hospitais psiquiátricos e que a resultante dos enfrentamentos antimanicomiais entre nós hoje em dia mostrem os **contornos de uma reforma psiquiátrica posta em termos de aplicação de uma psiquiatria preventiva comunitária em seu projeto de desospitalização e sua proposta de gestão de crises de modo setorizado.** Esse é, talvez, o principal ponto onde se evidencia uma mescla de posições e forma-se um mosaico contraditório de enunciados.

Os enfrentamentos antimanicomiais no Brasil não tiveram como alvo “a Psiquiatria” ou a instituição psiquiátrica – figuras que extrapolam os muros do hospital – nem os jogos de verdade e modos de enunciação do discurso psiquiátrico, nem mesmo o exercício do poder psiquiátrico de diagnosticar, nomear e marcar as formas de anormalidade, internamento, normalização. **Também não se trata, no caso brasileiro, de problematizar a produção social da loucura em suas relações com a família, como produção pela norma ou exclusão, como mito, estigma ou maldição.**

O que está em jogo entre nós são questões bem mais imediatas, como: falta de políticas públicas, sobretudo, de investimentos financeiros concretos em saúde mental, precariedade de instalações, falta de equipamentos, de pessoal, de programas de formação profissional, precariedade das condições de internação

e tratamento, violência hospitalar, abusos por parte dos agentes, a ineficiência e custo do modelo manicomial. Mais recentemente entra em questão o descaso na implantação dos princípios do SUS, especificamente, a não implantação do projeto dos CAPS na íntegra.

O que mais aproxima a luta antimanicomial brasileira da proposta de Basaglia é a tomada do hospital como alvo: o centramento do ataque aos muros, ao isolamento, à internação, à violência psiquiátrica e, num segundo plano, ataques à dimensão institucional, do signo, dos valores, da visibilidade social do manicômio. De qualquer forma, pelo que se apresenta até hoje, o caso brasileiro configura-se mais como uma experiência de desospitalização, e ainda assim incompleta, visto que a figura do hospital psiquiátrico ainda não se retirou totalmente da nossa paisagem social. O modelo de atenção psicossocial contemplaria estratégias de desinstitucionalização, porém permanece mais restrito a ações ambulatoriais do que à prometida aplicação de estratégias de ampliação da cidadania e inserção da população atendida.

Também em termos bem concretos a experiência brasileira apresenta similaridades com a italiana, inspirada na proposta de Franco Basaglia, sendo as duas centradas na “extinção legal do manicômio” e caindo, as duas, na armadilha da ilusão de “abolição por decreto”, já que pode-se traçar um paralelo entre a Lei Basaglia e a Lei Paulo Delgado, colocadas como marcos institucionais da derrubada dos muros e da libertação da loucura nessas sociedades. No caso brasileiro, permanece mais como reforma jurídica do que como transformação de sensibilidade social à questão, herança de uma tradição de direito idealista, formalista, abstrato e iluminista remanescente de fundar uma experiência social em um marco legal.

Finalizando, retornando a Foucault e deixando como reflexão: independentemente das posições em jogo nesse campo político formado por discursos e experiências, é necessário pensar esse domínio em termos da ação de um dispositivo normalizante articulado em torno do governo dessa questão estratégica para as nossas sociedades, que é a loucura. É necessário colocar a crítica à loucura em termos de desmontagem de um dispositivo e nessa operação a aplicação de um olhar cartográfico serve como ferramenta de primeira ordem.

Referências

BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

COOPER, D. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

- CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.
- AMARANTE, P. *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- . *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1999.
- . *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1993.
- MTSM. O manifesto de Baurú. *Jornal do Psicólogo*, 7(21):04, 1987.
- SZASZ, T. *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- . *A fabricação da loucura*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.
- YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira, 2006. 208fs. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

Recebido em: 27/03/2011

Aceito em: 03/04/2012

Como citar este artigo:

FILHO, Kleber Prado e LEMOS, Flavia Cristina Silveira. Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*. São Carlos, v. 2, n. 1, jan-jun 2012, pp. 45-63.