

Isabela Santos Pinheiro

**Os âmbitos da loucura: representações sociais acerca do louco nos espaços em que
transita - um ensaio interpretativo**

Uberlândia

2023

Isabela Santos Pinheiro

**Os âmbitos da loucura: representações sociais acerca do louco nos espaços em que
transita - um ensaio interpretativo**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto
de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia
como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel
em Psicologia. Orientador: Prof. Dr. João Fernando Rech
Wachelke

Uberlândia

2023

Isabela Santos Pinheiro

**Os âmbitos da loucura: representações sociais acerca do louco nos espaços em que
transita - uma revisão narrativa**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. João Fernando Rech Wachelke

Banca Examinadora

Uberlândia, 27 de junho de 2023

Prof. Dr. João Fernando Rech Wachelke (Orientador)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Ricardo Wagner Machado da Silveira
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Ms. Priscilla Martins Dornelas
Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, SC

Uberlândia

2023

“君たちったら何でもかんでも
分類、区別、ジャンル分けしたがる
ヒトはなぜか分類したがる習性があるとかないとか
この世の中 2 種類の人間がいるとか言う君たちが標的
持ってるヤツとモテないやつとか
ちゃんとやるヤツとやってないヤツとか

隠キャ陽キャ？
君らは分類しないとどうにも落ち着かない
気付かない本能の外側を
覗いていかない？ 気分が乗らない？
つまりそれは そんな シンプルじゃない
もっと 曖昧で 繊細で 不明瞭なナニカ

俺たちだって動物
故に持ち得る Original な習性
自分で自分を分類するなよ
壊して見せろよ その Bad Habit.”

“Man, why do all you guys always want to
Split shit up into things like categories, types, genres?
People either have a habit of classifying things or not,
Like, they'll go, in this world, there are two types of people,
There's people who've got it and people who don't,
Or there are people who can get it done and people who can't, or whatever.

"Are you Yin or Yang?"
You can't calm down unless you put people in boxes,
Why don't you take a peek at what falls outside
The instincts you don't acknowledge? You don't feel like it?

What I'm saying it...it's just...it's not...that simple,
It's more...ambiguous...and nuanced...and indistinct.

We're just animals,
So we should come up with original habits,
Don't put yourself in a box,
Break that bad habit.”

Habit - Sekai no Owari

RESUMO

A ruptura com o modelo psiquiátrico, no contexto de contestação de políticas sociais, no qual o portador de transtornos mentais se torna um objeto nas mãos das instituições, faz emergir a Reforma Psiquiátrica brasileira, a qual coloca a política de saúde mental progressista em foco, investindo em novas visões e terapêuticas acerca do sujeito em sofrimento mental. Entretanto, apesar dos diversos avanços alcançados pelo movimento antimanicomial, ainda existem diversos desafios a serem superados. Tais desafios minam a possibilidade de reorientar o modelo assistencial vigente e desvelam a dominância do retorno ao paradigma médico, no qual o sujeito é capturado pelo discurso e permanece em exclusão. Para compreender tais movimentos, o presente ensaio objetiva analisar e interpretar as representações sociais acerca do indivíduo considerado louco na modernidade, bem como quais locais - físicos e simbólicos - ocupa, a fim de exercitar um olhar crítico aos processos de exclusão e inclusão social.

Palavras-chave: representação social; loucura; exclusão.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
A HISTÓRIA DA LOUCURA.....	2
CONTRADIÇÕES ENTRE O MODELO HOSPITALOCÊNTRICO E A REFORMA PSIQUIÁTRICA	6
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: PARA ALÉM DO CONHECIMENTO COMUM	12
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA	17
A LOUCURA NOS LOCAIS EM QUE TRANSITA	19
o sujeito na família	19
o sujeito na cidade	24
o sujeito nos serviços de saúde mental	28
o sujeito no trabalho	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46

INTRODUÇÃO

“[...] O louco, até então relegado às margens da coletividade, volta ao seu centro. Mas o que aconteceu com os preconceitos que justificavam o seu confinamento? Estaríamos passando, sem mais, do estado de “sociedade antropeômica”, que o rejeita, vomita-o para fora de suas fronteiras, ao estado de “sociedade antropofágica”, que o absorve, retomando uma imagem de Lévi-Strauss? [...]” (Jodelet, 2005, p. 33)

O presente ensaio tem como objetivo analisar as representações sociais acerca do indivíduo dito louco na atualidade, em alguns espaços a que lhe são designados. Isto é, compreender como a história temporal e simbólica implicou e implica na compreensão da subjetividade desviante – e como se age frente a tais representações, em especial no período pós Reforma Psiquiátrica brasileira.

Na primeira seção, “A história da loucura” iremos remontar à história da loucura, ilustrando-a em seu estado tradicional como pela descrição médico-científica. Para tal, seguiremos a retrospectiva foucaultiana, que remete ao desaparecimento da lepra, até o período pré- Reforma Psiquiátrica, com a devolução da loucura ao pacto social. Isto é, faremos uma retomada sobre a história da loucura, passando por principais momentos que contribuam para o cenário moderno.

Na segunda seção, intitulada “Contradições entre o sistema hospitalocêntrico e a reforma psiquiátrica”, iremos trabalhar com as contradições entre o modelo hospitalocêntrico e o novo modelo de saúde, dito antimanicomial. Para tal, remontaremos a alguns pontos importantes na mudança de paradigma em relação ao adoecimento mental e às novas formas de tratamentos advindas da mudança.

À terceira seção, “Representações sociais: para além do conhecimento comum”, dedicaremos a explicação do que são representações sociais, para além do conhecimento comum. Isto é, como o fenômeno científico passa a pertencer ao senso comum; como, por exemplo, a ciência da loucura pode ser apropriada e se tornar uma representação social.

A quarta seção, “Representações sociais da loucura”, é dedicada à compreensão das representações sociais acerca da loucura propriamente dita e suas especificidades. Aqui, nos propomos a analisar algumas das formas de representação do sujeito louco na atualidade, isto é, entender se – e, em caso afirmativo, como – a reforma psiquiátrica nesse novo modelo social está gerando uma nova forma de representar a loucura. Para além de como se interpreta/entende a loucura, há também como se “age” em relação à loucura.

O que nos leva ao quinto momento do estudo, a seção “A loucura nos locais onde transita” a qual dedicamos à análise das representações sociais e dos comportamentos sociais a ela ligados em alguns espaços da sociedade moderna. Aqui os separamos em tópico, com início na cidade, passando pelos serviços extra-hospitalares, pela família e, por último, pelo trabalho.

Assim, após a construção de todos os momentos, retomá-lo-emos na discussão, a fim de integrar e extrair algumas conclusões sobre o que foi descrito.

A HISTÓRIA DA LOUCURA

A história da loucura, num primeiro momento, se inicia por volta do século XVII, às vistas do declínio do período medieval, junto ao desaparecimento da lepra. Para Foucault (1972 apud Moreira e Medeiros, 2019), concomitantemente a esse momento, surge um novo fenômeno, o das grandes navegações, que vem a ser alegorizado pelo autor através da figura do Nau dos Loucos. Tal alegoria é utilizada como uma geografia semirreal à situação do louco na era medieval, na qual, através do desbravamento dos mares, leva a insanidade para o mundo, transformando a figura do louco em uma figura de entretenimento. A loucura, aqui,

diria sobre a verdade individual de cada um. Nesse período, ela não é percebida como doença e sim como um fato cotidiano ou dádiva divina. A loucura tinha nessa sociedade uma certa razão. Os insanos, assim como os enfermos, pessoas com deficiência mental e miseráveis eram considerados parte da sociedade e alvo de caridade. Apenas os casos mais extremos e/ou perigosos sofrem segregação social.

À segunda metade do século se atribui a mudança do lugar - social e espacial - da loucura, constituindo outro grande momento da história, o da Grande Internação, termo cunhado por Foucault e que diz respeito a uma nova forma de exclusão pela necessidade de ordenação do espaço público. Essa forma de enclausuramento “abrigava prostitutas, libertinos, sífilíticos, doentes venéreos, desafetos do Rei, doentes moribundos, mendigos, andarilhos, desordeiros, loucos e todo tipo de marginal.” (Torre e Amarante, 2012). De acordo com os autores, esse fenômeno frente ao louco na época clássica não colocava em questão as relações da loucura com a doença, mas sim “as relações da sociedade consigo própria, com o que ela reconhece ou não na conduta dos indivíduos” (Foucault, 1975, p. 79), no sentido de eliminar a desordem e impor a ordem pública, coerente com o nascimento das cidades e suas consequências.

Na época que se antecede, o período clássico, a loucura era considerada polimorfa, livre no meio social e, a partir da modernidade, o internamento sistemático se torna fundamental para se lidar com a loucura e com a diferença. É no século XVII que se localiza o papel do Hospital para o isolamento, a partir de uma tecnologia política: a disciplina.

A contenção dos improdutivos, dos loucos, se torna fundamental para o sistema capitalista, bem como para a reestruturação do espaço social que progride até os tempos atuais. Ao final do século XVII¹ os acontecimentos históricos que repercutiram na Europa ocidental, como

¹ É importante ressaltar que, no Brasil, até a segunda metade do século XIX não houve assistência médica direcionada ao tratamento de doentes mentais, tendo sido inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico do país somente em 1852. Até 1886, o hospício era dirigido por religiosos da Santa Casa de Misericórdia, tendo sido substituído nesse ano por um médico psiquiatra. O objetivo do tratamento na época era o de suprimir a loucura, tendo o isolamento e a vigilância se tornado princípios primordiais no tratamento e na segurança dos usuários. A partir da exclusão dos loucos da sociedade e de seus ciclos sociais, o tratamento visava a reinserção futura após a reabilitação oferecida no hospício.

ideias liberais e libertadoras, dotadas de discursos sobre a luta pelos direitos de cidadania e valorização do homem, fizeram com que o médico Pinel pudesse liderar o movimento de libertação dos loucos e inserção destes no universo dos enfermos. Pinel postula, pela primeira vez, a loucura como patologia, incentivando o isolamento dos pacientes psiquiátricos sob o pretexto do afastamento social ser tratamento eficaz às causas da alienação mental (Amarante, 2007; Foucault, 1987 apud Moreira e Medeiros, 2019).

A partir do isolamento terapêutico, o tratamento moral, Pinel visa, a partir do novo modelo de ‘cuidar’ da loucura, a reeducação moral sob o preceito de que a proteção asilar seria a ideal para que o sujeito voltasse a ser capaz de domar o distúrbio e retornar à razão. Logo, a proteção se daria pela destituição de seus direitos e da sua liberdade, pela perda de autonomia e decisão sobre sua própria vida.

A impossibilitação dos loucos da participação no pacto social sela uma espécie de morte social aos sujeitos, destinados agora ao seu destino final, o asilo. Com o surgimento da nova instituição da loucura, um laboratório para reclusão da alienação mental, surge uma ciência da loucura, a medicina mental. A abordagem, que seria futuramente conhecida como medicina psiquiátrica, constrói o discurso acerca da diferença e nele se apoia para confirmar sua existência, sendo a alienação agora não mais um fenômeno oriundo da possessão demoníaca ou do desconhecido, mas como um erro, uma ausência de sentidos, em suma, um distúrbio das paixões humanas que impossibilita a participação do alienado na sociedade (Amarante e Torre, 2018).

O imaginário sobre a alienação mental surge análogo à captura da loucura pelo discurso médico e ao surgimento dos hospícios. Ao médico atribui-se o papel de disciplinarização do doente, podendo a eles conceder sua liberdade ao acorrentamento - literal - deste. A loucura, nesse período, sob a perspectiva da psiquiatria moderna, passa a ser vista como a ruptura do sujeito com a razão, e somente a partir do enclausuramento se vislumbra um meio de sua

recuperação. Daí surge a lógica dos hospícios (Amarante, 2007; Foucault, 1987 apud Moreira e Medeiros, 2019).

A exclusão, nessa lógica, não é uma violência aos direitos do sujeito em sofrimento, mas uma medida terapêutica na qual este recebe o direito ao tratamento e não à perda de outros (Amarante e Torre, 2018). Para Torre e Amarante (2001 apud Amarante e Torre, 2018), o isolamento passa a ser ao mesmo tempo um ato terapêutico, epistemológico e social ao passo que a alienação mental como conceito cria um lugar social ao louco, que se torna objeto do alienismo ao deixar de ser um ator social. A institucionalização se torna regra e princípio universal à busca da cura da loucura, e o conceito de isolamento terapêutico reforça duas ideias fundamentais para a realização de tal: isolar para conhecer e isolar para tratar. Como um princípio científico, o isolamento tira o objeto de intervenção do seu meio e das interferências decorrentes deste, ressaltando a importância da observação *in vitro* para a construção de um espaço de conhecimento, destituído das más influências.

Entretanto, a partir da análise de tal prática, posta na reforma psiquiátrica, surgem reflexões e críticas à sua eficácia e aplicabilidade. Compreende-se, atualmente, que a observação *in vitro* transforma a natureza do fenômeno e que, para além disso, a experiência da institucionalização altera a experiência do sofrimento, gerando comportamentos e sintomas decorrentes da institucionalização e destruição da subjetividade, e não diretamente da “doença mental” (Amarante e Torre, 2018).

A partir dessa compreensão, surge a crítica ao que o saber psiquiátrico considera como efeitos da cronicidade da doença, já que para a referida classe, a degeneração do sujeito é proveniente da doença mental, sem ligação alguma com as formas de relação que se estabelece com o sujeito em sofrimento e à loucura dentro e fora da institucionalização. Sob um ponto de vista naturalista, tal concepção de doença mental é o que dá suporte à prática, ao saber e ao poder médico psiquiátrico. A medicalização, congruente ao pensamento médico,

transforma o lugar social do louco, ao passo que não se restringe à confiscação da loucura pelo olhar médico, mas se generaliza, através do discurso médico, na definição de um status social do louco como o alienado perante até mesmo à lei (Castel, 1978 apud Amarante e Torre, 2018). Na atualidade, então, compreende-se que os efeitos da loucura e da doença mental são produzidos pela lógica da institucionalização (Cáthebras, 1997 apud Gonçalves, 2006).

CONTRADIÇÕES ENTRE O MODELO HOSPITALOCÊNTRICO E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

“Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento [...] Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão” (Foucault, 1975, pp. 6-7)

Assim, no que tange à doença mental, a construção social desta não significa que a doença não exista em si, nem que o sofrimento ou os sintomas sejam desconsiderados, mas que, ao analisar o processo de sofrimento do sujeito, a doença é colocada num plano discursivo (Ingleby, 1982 apud Gonçalves, 2006). O autor retoma a figura de Lock (1988), ao demonstrar que o conhecimento médico não está alheio ao contexto cultural e social em que está inserido, e sim que há um esforço da classe, ao explicar, ordenar e manipular a realidade biológica, para além de considerar os aspectos biológicos e de ordem social. Para Carapinheiro (1993 apud Gonçalves, 2006), é possível analisar a construção social da doença a partir de duas formas: traçando-se o quadro da realidade social dessas e determinando os elementos da construção da identidade social do sujeito que por ela é acometida. Ao apreender a expressão social das doenças, é possível inferir a prevalência, a sua atribuição por

grupos e classes sociais e a instrumentalização política dessas, constituindo os indicadores que tipificam essa sociedade e organizando as estratégias mais adequadas aos seus tratamentos.

As reformas psiquiátricas surgem em diversos países ao passo em que o modelo asilar se torna insustentável e a concepção de sujeito escapa à doença como forma única de expressão de si. As antigas concepções cercearam para além das possibilidades do adoecer, visto que a doença assume a identidade social do sujeito e, a ele, restam os códigos da loucura, gerando problemas de diversas ordens aquém da doença, já que os tratamentos não contemplavam a habilitação social. O indivíduo portador de transtorno mental é visto como incapaz e, a partir do processo segregatório, é impedido de retornar ao convívio social e de qualquer atividade do pacto social com autonomia. Com a mudança de paradigma advinda da reforma, o sujeito passa a ser concebido em sua integralidade e não apenas como depósito orgânico de patologias, descontextualizado de seu adoecer ou como mente dissociada da sua produção de existência. Compreende-se, assim, que a doença impacta o fluxo da vida cotidiana dos sujeitos e que, para romper com a identidade imposta ao sujeito em sofrimento mental, é necessário repensar as formas de tratamento, caminhando no sentido da habilitação social e construção de uma rede de possibilidades que promovam autonomia em diversos âmbitos da vida do indivíduo. Com o trabalho de desconstrução da visão social da doença mental, surge a necessidade de se repensar as perdas e impossibilidades que acometem o sujeito (Jorge e Bezerra, 2004).

Por volta do século XIX, no Brasil, nota-se a crescente associação entre o poder disciplinar e o biopoder, tendo como instrumento a regulação e normalização da vida, inclusive no controle e na normatização do louco na cidade em que habita. Entretanto, é importante ressaltar que a loucura nem sempre pertenceu ao manicômio, tendo sido freguesia de outros espaços desde o início da história. Franco Basaglia, figura central nos movimentos de reforma

psiquiátrica e luta antimanicomial ao redor do globo, formula o conceito de instituições de violência, que vai ao encontro das ideias de Foucault acerca das relações de poder. Para Foucault, toda a sociedade estaria disposta sob essas relações; tal qual o empregador que explora o proletário, o manicômio violenta o doente. O modelo hospitalocêntrico², em consonância com o sistema econômico vigente, justifica a violência e exclui o indivíduo mais vulnerável, assim evidenciando a impossibilidade da reabilitação social ou tratamento do indivíduo nessas instituições (Moreira e Medeiros, 2019).

Com a chegada da família real no Brasil, ocorre a reorganização das grandes cidades, processo esse que visa transformá-las em cidades modernas de ideal burguês. O saber médico, desempenha um papel basal na normatização das cidades, transformando-as em seu objeto de intervenção. Os manicômios, que agora se encontram nas periferias das cidades modernas, denunciam mais uma vez a dinâmica higienista e medicalizadora da loucura com a clara intenção de segregação do louco, apesar de serem vários os espaços ocupados por estes. De acordo com os autores, “desde a inauguração do Hospício de Pedro II em 1852 foram inaugurados, até 1886, mais oito estabelecimentos iguais a esse nas grandes cidades brasileiras”, lotando e popularizando cada vez mais, com o passar do tempo, os hospícios, ao passo que o poder médico cresce. A partir das grandes reformas urbanas e de saneamento, despejam-se os moradores de cortiços das regiões centrais sob o pretexto de reestruturação. E por coincidência nenhuma, em sua maioria os moradores da região eram negros, pobres e desempregados, sem espaço algum na nova cidade. Como resultado do processo de reorganização das cidades, a história conta sobre a superlotação, o infringimento constante aos direitos humanos, a segregação extrema e, como bem apontam os autores, as barbacenas.

² A esse contexto os autores evocam a figura do panóptico, projetado em sua origem para estruturas carcerárias, expandida por Foucault para uma análise social como um todo, visto que todas as instituições de poder podem utilizar esse mecanismo para manter o controle e a vigilância aos corpos que a estes são submissos. Tal modelo arquitetônico-simbólico institui um dos diversos tipos de violências transmitidos aos sujeitos.

“A desmedicalização da loucura é correlativa desse questionamento primordial do poder na prática antipsiquiátrica.” (Foucault, 1995, p. 56).

Como tentativa de superar o novo modelo de civilização brasileira, a Reforma Psiquiátrica dos anos 70 visa a retomada da cidade pelas diferentes vivências da loucura. Paladino e Amarante (2022) trazem que, a partir dessa virada ideológica, na tentativa de fuga do modelo médico-hospitalocêntrico, projetos de desinstitucionalização são implementados e novos locais de assistência são construídos para proporcionar aos egressos de internações o retorno do louco ao convívio dito normal na sociedade, bem como o incentivo ao uso da arte e da cultura como meio de ressocialização no processo. Assim, ao final da década de 70 e início da década de 80, no auge da reconstrução democrática, passa-se a pleitear, ao louco, o direito à cidade e entender como esse sujeito ocupa a cidade e qual local pretende-se promover a ele no processo da Reforma Psiquiátrica. Na segunda metade da década de 80, ocorreu no Brasil o processo da Reforma Psiquiátrica, induzindo novos rumos para a saúde mental. As novas preocupações passaram a abranger a condição humana e de direitos do doente mental, produzindo questionamentos críticos acerca dos tratamentos previamente oferecidos. Nos anos noventa, implementando as diretrizes da Reforma, a utilização psiquiátrica tenta ser dissolvida como forma exclusiva de tratamento, abrindo portas para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Ao possibilitar novas modalidades de cuidado, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram inaugurados como prestadores de atendimento aos doentes mentais encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para além da criação dos NAPS hospitais-dia, centros de convivência e cultura, entre outros, serviços esses que viriam a ser conhecidos como serviços de porta aberta. Com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, no contexto de contestação de políticas sociais, planta-se a semente do processo de desinstitucionalização que, respaldado por aparatos legais, se inicia ao final da década de 70,

mas nela não se finda. As mudanças significativas possibilitadas pela reforma podem ser identificadas entre 1992 e 1995 e, como será explicitado futuramente, no início dos anos 2000.

Com a promulgação da Lei 10.216 de 2001, sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o redirecionamento ao modelo assistencial em saúde mental, o processo da reforma psiquiátrica passa a ser caracterizado pela construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva e à fiscalização e redução progressiva dos leitos psiquiátricos. A partir das portarias que normatizaram o financiamento de novos serviços de saúde mental, complementares ao serviço hospitalar, foram criados mais de 2000 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e mais de 200 serviços de atenção psicossocial. Com isso, os portadores de transtornos mentais usuários dos serviços substitutivos são avaliados pelas suas necessidades concretas, não perdendo o direito à cidadania e nem permanecendo nas instituições para além do tempo necessário para o tratamento. Para além disso, identifica-se a importância dos serviços abertos enquanto alternativas de cuidado dentro da comunidade que, apesar de não ser o modelo adequado ainda, oferta assistência ao sujeito e seus familiares, ao passo que são contrários à política de abandono e do sucateamento dos serviços públicos, auxiliando na transformação dos preconceitos em relação ao adoecimento mental.

A ruptura com o modelo psiquiátrico coloca a política de saúde mental progressista como necessária, tanto na tentativa de atingir as camadas menos privilegiadas, quanto na implementação do tratamento ambulatorial como possível. Para além disso, a percepção da demanda elevada de serviços de qualidade que acolham o doente mental leva à ampliação da oferta de serviços alternativos, bem como ao incremento das técnicas de tratamento. O Programa de Saúde da Família, assim como as Redes de Atenção Básica e os postos de saúde, por exemplo, são serviços essenciais ao cuidado com o sujeito em sofrimento mental por atingir áreas e parcelas da população que não tem acesso aos CAPS. Novas alternativas de inclusão (ou reinclusão) surgem, para além dos serviços de saúde, assim possibilitando ao

sujeito em sofrimento uma entrada no pacto social por outras vias que não a da doença. A política de Economia Solidária, por exemplo, propõe a inclusão pelo trabalho, a partir da solidariedade e da construção de iniciativas coletivas que incentivem financeiramente o portador de transtornos mentais. Como uma forma de ir contra à dura exclusão causada pelo modelo capitalista, o Ministério da Saúde, juntamente ao Ministério do Trabalho, vem a promover atividades de inclusão social a partir do retorno ou ingresso no mercado de trabalho. Para além desta, aos Centros de Convivência se atribui um importante papel de ressocialização através da produção cultural e construção de novos laços sociais.

No campo da saúde coletiva, a crítica ao paradigma hospitalocêntrico é essencial para a criação de políticas de intervenção no SUS. Ao passo em que o conflito paradigmático atinge o sistema de saúde, surge um perigo constante, o de reduzir a reforma psiquiátrica a uma reorganização de serviços sanitários. A reordenação do modelo assistencialista sem a promoção de horizontalidade de poder comunitário, ou seja, sem a adoção da desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico, seria uma mera atualização das práticas manicomial em novos serviços. Assim, as instituições de violência se tornam instituições de tolerância, reproduzindo e mantendo os mesmos lugares de saber e poder, com pouca ou quase nenhuma participação social. Para Guattari (1992 apud Amarante e Torre, 2018) “[...] simplesmente miniaturizaram as antigas estruturas segregativas e, apesar disso, interiorizaram-nas” (p. 1098). A simples queda dos muros e abertura de portões não é suficiente sem a invenção de novas estratégias que promovam o encontro com a cidade. Como propósito da desinstitucionalização, a centralização da cidade como espaço de habilitação social permitiria ao sujeito em sofrimento, previamente institucionalizado, a participação ativa da cidade e de suas múltiplas formas de intercâmbio.

Com a reforma psiquiátrica e a crescente adesão ao paradigma antimanicomial desinstitucionalizantes, um dos grupos da diversidade que passa a receber reconhecimento das

políticas culturais é o das pessoas em sofrimento mental. Com a participação política dos sujeitos em sofrimento mental e dos atores da reforma psiquiátrica, tal dimensão confere características únicas ao processo brasileiro em comparação com outros processos de Reforma Psiquiátrica no mundo, demonstrando marcante participação política e posição crítica destes.

Entretanto, apesar dos diversos avanços alcançados pelo movimento antimanicomial, ainda existem diversos desafios a serem superados, como por exemplo o subinvestimento na rede pública de saúde, uma tendência à remanicomialização e institucionalização pela mercantilização da saúde e a falta de formação e condições de trabalho aos servidores da saúde, com a rejeição crescente aos casos de saúde mental. Tais desafios minam a possibilidade de reorientar o modelo assistencial vigente e desvelam a dominância do retorno ao paradigma médico, com a diminuição da interferência dos usuários em seus processos de saúde. Para além disso, vem sendo produzida uma nova institucionalização nos Centros de Atenção Psicossocial, pela permanência longa e recorrente dos sujeitos em sofrimento nesses espaços. Apesar de o papel dos CAPS ser o de buscar sempre a abertura, corre-se o risco de esses espaços se tornarem protegidos, priorizando os protocolos tradicionais e a restrição às atividades internas à instituição.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: PARA ALÉM DO CONHECIMENTO COMUM

“Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso.” (Foucault, 1978, p. 6).

No que se concerne à cultura, Wachelke (2005) afirma que tal fenômeno, pode ser compreendido como a principal característica humana, dotada de conteúdos cognitivos e afetivos compartilhados socialmente, diferenciando-a de outras espécies e, em seu cerne,

representando a realidade em que está inserida e como se baseiam os comportamentos a partir desta. Esses conteúdos seriam expressos por meio das representações, mais especificamente por meio das representações sociais (Moscovici, 2003), capazes de compreender o conhecimento social e suas consequências grupais e sociais. Assim, a teoria das representações sociais equivale a uma interpretação acadêmica sobre o senso comum dos grupos/universo consensual, que pode ser descrito como um universo em que coexistem versões da realidade compartilhadas por grupos, nas quais os sujeitos lidam com os objetos de seu cotidiano por meio da conversação e negociação constantes, através da sua cultura.

De acordo com Moscovici (2003), as representações são elementos de uma cadeia de reação de percepções, opiniões e noções, redefinindo os conceitos de ideologia e os processos de comunicação de estudo para que, assim, a tarefa principal de sua orientação teórica se oriente de acordo com o estudo das representações no tocante a suas origens, características e desenvolvimento. Enquanto forma de conhecimento, as representações tornam familiares os objetos sociais distantes, aproximando cognitivamente o que lhes é estranho. O termo representações sociais adota a palavra social pois é a partir dela, que se compreende que as representações não são explicadas pelos mecanismos cognitivos individuais, mas pelas características do grupo, diferenciando-se do termo representações coletivas, cunhado por Durkheim, ao modo que admite-se as representações sociais não são imutáveis/estáticas, mas que possuem uma dimensão dinâmica, passível de familiarizar o novo e o incomum para um grupo, instrumentalizando-o para agir na realidade social. Assim, a representação social pode ser compreendida como uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada que contribui para a realidade comum a um conjunto social (Jodelet, 2001 apud Wachelke, 2005). Dessa forma, as representações sociais viabilizam o estudo da cultura enquanto regente da vida social, se mostrando uma ferramenta poderosa na compreensão do conhecimento humano acerca de uma variedade significativa de fenômenos, apresentando algumas

peculiaridades para sua definição: serem representações duradouras à suas características distintivas; possuírem estabilidade e resistência à mudança em comparação com as demais representações e; possuírem certa especificidade em relação aos grupos que compartilham essas representações, uma coletividade mais ampla (Wachelke, 2005). Assim, a cultura enquanto código simbólico, poderia ser considerada como um sistema de representações sociais estáveis, compartilhadas por um grupo social e transmitidas coletivamente. A teoria das representações sociais, então, possibilitaria a investigação de conteúdos culturais, podendo essas representações se aglutinarem em um conjunto, chamado sistemas representacionais.

Existem diversos sistemas representacionais, como, por exemplo, o sistema de representações relacionadas à ciência e os diversos sistemas culturais. Não é descartada a possibilidade de que um sistema representacional abarque uma quantidade de subsistemas de representações, muitas vezes incompatíveis entre si. Para a compreensão de tal, é necessário compreender que um objeto social não existe no vazio - todo objeto social está associado a uma representação, ou pelo menos dá origem a alguns elementos de uma representação, que por sua vez pode se inserir no contexto mais amplo de um sistema representacional. Como explicitado anteriormente, em alguns exemplos um conjunto representacional pode se formar a partir da visão científica e da visão cultural a respeito de alguns fenômenos. Com o surgimento da ciência, pode-se notar um abalo na harmonia entre as concepções culturais e os objetos sociais, adotando-se agora ambos os sistemas representacionais para compreender os objetos de estudo. Ao passo que a ciência não consegue explicar algum fenômeno, a cultura pode auxiliar na sua análise e vice-versa. Com isso, Moscovici (2003) afirma que a ciência e as representações sociais são distintas e, ao mesmo tempo, se complementam, sendo necessário considerar e discutir ambos os aspectos. Contrariamente à crença do século passado, as ciências não são um antídoto para as representações e ideologias, mas, na verdade,

também são fontes importantes na produção de tais representações. Atualmente, as ciências contribuem para a ampliação de nossos entendimentos concretos do mundo.

Quartilho (2001) vai ao encontro de Nunes (1997) ao afirmar que o ser humano aprende e incorpora conhecimentos e experiências sobre seus processos não só em nível individual, mas coletivamente, dessa forma constituindo “o conhecimento que vem da experiência acumulada na memória histórica do grupo social” (1997, p.180). Assim, o conhecimento sobre saúde não está exclusivamente ligado ao saber da medicina, mas a diversos fatores que condicionam o bem-estar. Sobre essa constatação, Ingleby (1982) afirma que há um longo caminho a ser percorrido para a compreensão adequada da construção social da doença mental, pois sua compreensão não somente perpassa o âmbito da reação da sociedade à loucura, mas transcende a explicação de suas causas. Dessa forma, sendo todos os fenômenos construídos socialmente, esses não variam somente entre diferentes sociedades, mas dentre as mesmas nas quais encontramos uma multiplicidade de interpretações e comportamentos, evoluindo ao longo da história social, inter e intrapessoal, de acordo com os paradigmas de tal grupo. A compreensão da doença, influenciada por aspectos situacionais, proporciona uma série de mudanças nos espaços em que é abarcada e, para a doença mental, as consequências em seu ambiente social são manifestas, dialeticamente afetando ao indivíduo e ao meio (Gonçalves, 2006).

Assim, a dificuldade em se representar completamente alguns fenômenos a partir de um único sistema representacional pode ser descrita por Wachelke (2005), o qual evoca a hipótese de um vácuo representacional, isto é, uma falha nos processos geradores e modificadores das representações. Neste ponto, então, seria possível observar uma deficiência estrutural na relação entre as representações e seu objeto. Para o autor, a *loucura* seria um dos fenômenos em que as representações sociais não seriam capazes de acessar alguns dos aspectos da experiência, pelo menos de modo coeso dentro dos princípios específicos de cada

sistema. Assim, uma explicação científica da loucura é ainda vaga, imprecisa, e não condiz com a simplicidade do que se observa, por exemplo, na descrição de patologias puramente fisiológicas; do mesmo modo, a interpretação tradicional, do senso comum, pode estar baseada em superstições ou costumes considerados incompatíveis ou ultrapassados por sociedades e grupos atualmente.

Essa hipótese do vácuo representacional constitui uma tentativa de relacionar os fenômenos presentes na representação da loucura de forma que alguns pressupostos básicos da teoria das representações sociais sejam mantidos. No entanto, essa ausência não parece estar diretamente ligada a nenhum dos tipos de ausência que Morant e Rose (2002 apud Wachelke, 2005) relacionaram em sua tipologia, trata-se de uma ausência no plano da própria estrutura da representação, a que nos referimos como ausência de cobertura total entre representação e objeto. Com isso, é preciso também apontar que o desenvolvimento da hipótese trabalhada só possui sentido quando se leva em conta a representação social da loucura compartilhada por alguns grupos de características específicas, que apresentam problemas para estruturar o conhecimento de senso comum sobre esse objeto. Em outras palavras, para que se possa admitir a validade da hipótese do vácuo representacional, há necessidade de contextualizá-la em relações de grupo que representa e objeto que é representado com configurações muito particulares. No caso de algum grupo possuir uma representação sobre a loucura que permita ancorá-la a outras noções bem definidas e coerentes entre si, não seria possível identificar, a princípio, a ocorrência de problemas de estruturação da representação. Desse modo, ainda que a solução teórica proposta por Wachelke (2005) possa estimular reflexões pertinentes, ela parece restringir-se a certas configurações específicas entre saberes possivelmente conflitantes. Também para avaliar sua pertinência ou não no contexto do entendimento sobre a loucura no contexto do estágio atual do modo de lidar com o problema proposto no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira,

torna-se relevante conduzir estudos adicionais sobre a representação social da loucura junto a grupos diretamente envolvidos com essa temática na realidade brasileira.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA LOUCURA

[...] A loucura, como vimos, sempre faz pairar a sua ameaça inquietante, mesmo que todo um saber de proteção tenha se constituído. [...] Saber de experiência, vai diminuir as diferenças entre loucos e não-loucos. Saber defensivo, apesar da sua eficiência, bastará, porque está sempre mobilizado, para lembrar a iminência de um perigo. (Jodelet, 2005, p. 109)

A representação social da loucura possui uma peculiaridade em relação às demais, um forte estranhamento, o que vem de certa forma ao encontro da função principal das representações sociais de acordo com Moscovici: tornar familiar aquilo que é insólito. Com a obra de Jodelet (2005), foi possível identificar o fenômeno da discriminação partindo de um grupo ‘normal’ rumo a um grupo de doentes mentais. A partir do estudo, foi possível constatar como uma representação social que toma o louco como ameaça, foi suficiente para que os moradores os vissem como ‘outros’, segregados, apontando para a dimensão da alteridade e da diferença (Jodelet, 2005; Morant, 1995; Wagner et al, 1996b apud Wachelke, 2005). Em outros estudos, como os de Wagner et al (1996b), Morant (1995) e Foster (2001), a loucura é ora representada de forma negativa e ameaçadora, ora como possível de ser tratada se em grau ‘menor’, apontando para a complexidade entre sistemas de representações sociais, por exemplo, entre culturas diferentes. Outra caracterização, como a da loucura sendo um estado de instabilidade e multiplicidade semântica, pairando no âmbito da violência e do perigo, mas também como incerta e contradizente dependendo da perspectiva que se adota para a análise. A partir do ‘grau’ da doença mental, mudam-se as representações desta loucura,

as quais podem variar entre diferentes e da ordem da alteridade e, de certa forma, na ordem da mesmice. Em alguns desses estudos, surgem questões de outras ordens que não somente as médico-psicológicas, mas também de elementos cotidianos, formas de comunicação e grau socioeconômico do sujeito em sofrimento. A partir das diversas caracterizações e, em especial, das regularidades dentre as representações sociais da loucura, nota-se que a loucura constitui um desafio para a teoria, já que, pelo prisma das representações que se pretende tornar familiar aquilo que não é, a loucura vem se opor a essa regra, sendo acompanhada de uma variedade de significados, ambivalência e insegurança.

Uma interpretação se mostra possível frente ao desafio da representação da loucura, essa sendo considerar o fenômeno em meio ao contexto das possibilidades explicativas pelas formas de conhecimento: a cultura e a ciência. De acordo com Wachelke (2005), é possível que nenhum dos sistemas representacionais apresentados ofereça, satisfatoriamente, formas de explicar a loucura enquanto objeto social. As representações culturais, em oposição à emergência do pensamento científico, vêm comprovar o estatuto de lacuna que a representação social da loucura apresenta. A loucura, aqui, permanece ainda como obscura e incerta e, apesar dos diversos avanços em sua compreensão, as evidências sugerem que ainda não é possível dominar, com certeza, o fenômeno da loucura (Wachelke, 2005).

Apesar da lacuna nesta representação social, o surgimento de novas linhas teóricas que busquem explicar o fenômeno, bem como o avanço da ciência com o tempo, demonstra o aspecto dinâmico que caracteriza as representações sociais. A partir disto, conforme Morant e Rose (2002 apud Wachelke, 2005), a representação pode ser caracterizada por: a ausência de conhecimento adequado, independentemente de sua origem, impede a ancoragem adequada da loucura; a loucura, como objeto instável, é representada como estranha, ansiogênica e ameaçadora da ordem social; e a impossibilidade da familiarização da loucura como objeto social causa sua distinção e discriminação, conferindo a ela o caráter de ‘outra’. É possível,

então, supor que, no tocante da mutabilidade cultural da representação social, origine-se o mesmo vácuo representacional na caracterização da loucura.

Dessa forma, o presente estudo se torna um meio a analisar algumas das formas de representação do sujeito louco na atualidade, isto é, entender se a reforma psiquiátrica/novo modelo social está gerando uma nova forma de representar a loucura (ou não). Para além de como se interpreta/entende a loucura, há também como se "age" em relação à loucura. Assim, a reforma psiquiátrica surge como uma tentativa de proposta tanto como uma nova terapêutica da loucura, quanto uma nova representação da loucura, compatível com isso. Através da teoria das representações sociais, um dos principais modos de alterar a representação é alterar as práticas a respeito.

A LOUCURA NOS LOCAIS EM QUE TRANSITA

o sujeito na família

Esse tópico foi selecionado para iniciar a análise, pois é o tópico que inspirou mais estudos. A isso, atribui ao fato de, ao ser ‘solto’ da institucionalização, o sujeito que persiste no tratamento tende a ficar restrito ou aos serviços de saúde ou ao cuidado familiar. Aos que ‘falham’, resta a cidade. Para isso, os achados selecionados em tal âmbito são apresentados por Braga et al (2015), Colvero, Ide e Rolim (2004), Maciel et al (2011), Medeiros (2007), Mitre (2017) e Silva e Sadigursky (2008).

No decorrer da história, o portador de transtornos mentais vai sendo concebido e tratado de diversas formas e nos vários contextos em que está inserido. Com a Reforma Psiquiátrica, esse sujeito é reinserido na comunidade e retorna ao seio familiar. A partir disso, há o objetivo de investigar os processos dessa mudança, compreendendo a reinserção e se ela ocorreu de fato na sociedade moderna, em especial no contexto da luta antimanicomial com as alterações

nos modelos de tratamento e do lugar social ao qual o louco passa a pertencer. À família, atribuído o papel de cuidado do doente, resta a responsabilização pelo controle e adestramento do sujeito e, aos serviços de cuidado em rede criados, imputa-se o apoio e a inclusão dos sujeitos em sofrimento mental.

Com a criação do projeto de lei Paulo Delgado, ao final da década de 80, proíbe-se a construção de hospitais psiquiátricos, com o objetivo de regulamentação à internação compulsória e a criação de serviços alternativos em saúde mental. Progressivamente, os leitos psiquiátricos passam a ser substituídos pela rede integrada de atenção, sendo os primeiros destes os CAPS, NAPS e hospitais-dia e, somente após 12 anos em tramitação, em 2001, a Lei 10.216 é aprovada. A partir das políticas de saúde mental, foram criadas linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, os ambulatórios de saúde mental e os hospitais gerais (Mitre, 2007).

Como dito anteriormente, o paciente psiquiátrico retorna ao seio familiar e, com isso, passa-se a repensar tal núcleo a partir de sua importância basal, a instituição de laços afetivos pela convivência interpessoal. A partir disso, a convivência pode ser considerada fator fundamental à inclusão do sujeito, visto que proporciona (ou assim o deveria fazer) respeito à individualidade, a aceitação às diferenças, o reconhecimento dos direitos e limitações de cada um e, para além disso, o incentivo ao diálogo e a garantia de espaço em que o sujeito possa participar integralmente em suas particularidades. Dessa forma, o desenvolvimento dos relacionamentos interpessoais no entremeio familiar perpassa pelo processo de compreensão mútua, já que para a convivência não é necessário que todos os indivíduos sejam idênticos, mas que se assemelham e diferenciam-se entre si. Tais singularidades passam a motivar a família a conviver e, como consequência, construir uma relação de confiança (Althoff, 2001

apud Mitre, 2017). Entretanto, a convivência familiar, por ser um processo determinado pelo momento histórico, também é ditada pelas relações entre o sujeito em sofrimento, o tempo histórico e as instituições asilares.

Dessa forma, nota-se que o convívio cotidiano com o paciente psiquiátrico, em especial no papel de cuidador, passa a desestruturar o grupo familiar em sua vida social, no lazer, na relação com outros membros da família, na rotina doméstica, nas questões financeiras, entre outros. Tais problemas podem e em grande parte dos casos, causam o abandono familiar e criam uma grande resistência à convivência com o paciente dentro de casa, recorrendo a diversas internações. De acordo com Silva e Sadigursky (2008), o fenômeno do cuidar do doente mental no domicílio se encontra envolto por uma série de representações disseminadas pela cultura, nas instituições, nas práticas sociais, nas comunicações interpessoais e nos pensamentos individuais, constituindo o objeto de estudo as representações sociais construídas pelas famílias sobre o cuidar do doente mental no domicílio. Dentre essas representações, é importante ressaltar algumas, referentes ao relacionamento, ao cuidar e às consequências destes frente ao contato com o doente mental.

Para a família, surgem dificuldades socioeconômicas, bem como dificuldades psicossociais ao estar à frente dos cuidados do paciente. No sentido amplo da palavra, cuidar intenção é a intenção da família, no entanto, muitas vezes o que falta é estrutura e apoio para que esse cuidar seja realizado de forma adequada (Braga et al, 2015); Colvero, Ide e Rolim, 2004); Medeiros, 2007).

Nas manifestações socioeconômicas destaca-se a falta de recursos financeiros que permitam aos familiares prestarem uma assistência adequada aos doentes mentais, para além da manutenção e o sustento de um membro improdutivo em casa. Nas manifestações psicossociais existem relatos de sentimentos contraditórios pois essa subcategoria encontra-se

intimamente ligada tanto a sentimentos de medo, tristeza e preocupação, quanto a sentimentos que refletem paciência, carinho, amor e compreensão. Para a família, o cuidar do doente mental em casa, fica caracterizado pelos sintomas típicos de ansiedade, conflito interior e sentimentos como tristeza e angústia. Por outro lado, exige-se maleabilidade e flexibilidade dos cuidadores, observando-se o controlar de suas próprias expressões de humor para poder apreender as possíveis reações dos doentes mentais, e conseguir lidar com elas (Silva e Sadigursky, 2008).

Nota-se que os familiares se apoiam nas crenças religiosas, além de referirem à doença mental como algo negativo que promove sofrimento, tristeza e dor além de sofrerem agressões dos seus doentes mentais. Assim, as manifestações agressivas surgem como as principais causas da sobrecarga familiar.

Para os cuidadores, por ser uma doença e que, por ter status de doença, justifica-se a necessidade de cuidados específicos, acompanhamento e atenção, por parte de quem cuida, notando a função justificadora das representações sociais. Ao cuidar do doente mental, os familiares associam a médico e da medicação. Para muitos familiares a única maneira de prestar assistência de qualidade é buscar auxílio médico, o que contribui para suprir as necessidades do doente e da família.

Entretanto, os sujeitos revelam por outro lado a falta de confiança, o medo e a insegurança que vivenciam ao ter um portador de transtorno mental em casa, exigindo atenção permanente à sua movimentação e às suas atitudes, tendo em vista ao reconhecimento por parte dos familiares, da imprevisibilidade das reações que os portadores de doença mental apresentam. A partir disso, os familiares associam todas essas dificuldades a termos como ‘desequilíbrio’, ‘esquizofrenia’ e ‘doido’, os sujeitos ancoram a doença mental nos aspectos culturais, como uma forma de conhecimento socioculturalmente elaborada e partilhada, construída pelos

sujeitos sociais, ao reconhecerem a doença mental como enfermidade que promove desequilíbrio no doente e o deixa doido e esquizofrênico (Colvero, Ide e Rolim, 2004).

As manifestações sobre o cuidar apontam a situações de dificuldades relacionadas com o sofrimento da família que relata as inúmeras barreiras a serem enfrentadas para uma assistência adequada ao ente. E nas atitudes frente ao cuidar, surgem sentimentos positivos e negativos, denotando que quem teve atitudes desfavoráveis ao cuidar do doente mental apresentou o desejo de internar o paciente não para livrar-se do mesmo ou para abandoná-lo em uma instituição psiquiátrica, mas sim, como uma forma de descanso, de se refazer do cansaço e do estresse. A falta de liberdade de ir e vir, causando ao cuidador o assumir as atividades do doente, interrompendo suas próprias atividades, demonstram o desgaste físico/psíquico de quem cuida, sendo a convivência causadora de doenças para a família que cuida. Aqui surge uma compreensão preocupante: a internação é tida como um período de “férias” para os cuidadores/familiares. Outra grande parte dos cuidadores prefere que o doente permaneça em casa sob seus cuidados, isto vem ancorado à falta de credibilidade que as famílias têm das instituições e aos sentimentos amorosos que o familiar sente pelo doente mental (Maciel et al (2011).

Enfim, havendo pouco investimento nos serviços de saúde associados ao cuidado da família, se falta apoio, acesso à informação e, principalmente, persistem estigmas negativos na história da doença mental, como a família poderia cuidar e, ao mesmo passo, obter algum alívio desse ‘fardo’ - a institucionalização gera feridas grandes que não podem ser facilmente solucionadas com a devolução despreparada do sujeito ao convívio familiar, sendo esta vista de forma positiva apesar dos horrores acometidos. A família não consegue fazer nada sozinha.

o sujeito na cidade

Esse tópico foi incluído por certa sensibilidade pessoal em relação ao assunto já que, pela prática é sabido que vários desses sujeitos são abandonados e ficam à mercê da sociedade - por ela transitando. Com isso, é possível que a construção e sustentação de uma arquitetura hostil seja um dos efeitos decorrentes do pensamento social sobre a loucura. Para tal análise, Amarante e Torre (2018), Moreira e Medeiros (2019) e Paladino e Amarante (2022) serão suscitados.

Se a remoção da loucura da cidade e da convivência social é proveniente do isolamento terapêutico, incorporado na clínica psiquiátrica tradicional, o desmonte desse paradigma está no centro da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização da saúde mental. Se no manicômio a sociabilidade é reduzida a zero, a governabilidade se beneficia da relação de dependência estabelecida pela instituição

De acordo com Foucault e Segaud, o espaço é a expressão das tecnologias de poder do contexto e não uma simples expressão da época, não podendo ser concebido independentemente da cultura e das representações feitas dela. O espaço, então, não é desprendido dos fatores que o perpassam, existente a priori, mas um fenômeno relacional com o individual e o grupal, contribuindo com a identidade de cada como instrumento de saber e de poder. Como estudo e construção, a arquitetura tem papel fundamental nos espaços que permeiam a vida cotidiana, organizando os espaços para as designadas finalidades e com determinadas intenções. Para Foucault, a loucura é uma construção social imersa em um discurso de poder. A arquitetura, assim como outras formas de dominação, produz relações de poder que sustentam um determinado paradigma. A arquitetura teve, assim como ainda tem, papel fundamental no processo de exclusão do louco e o dispositivo arquitetônico produz para a loucura um novo lugar não somente na cidade, mas no imaginário social. Através dessa perspectiva, o louco vai sendo forçado a ocupar esse lugar como natural de sua existência.

Para Venturini (2016 apud Paladino e Amarante, 2022), o espaço de internamento que priva o sujeito de direitos, em especial de sua autonomia, quer encarcerar, subir muros e separar o dentro do fora. A cidade moderna, planejada para ser ampla e organizada, deixa às suas margens tudo e todos que não correspondam a tal beleza e estrutura o terreno para que diferentes problemas sociais fossem afastados da cidade. Em especial no caso da loucura, os loucos seriam rumados aos manicômios.

Como um elo entre o passado e o presente, a cidade é uma projeção da cultura e de suas relações, acentuando, em seu cerne, as segregações construídas, já que historicamente os grupos minoritários ocuparam e ocupam (ou são ocupados) as instituições totais, enclausurados pelo poder médico e marginalizados da sociedade burguesa. Dessa forma, a cidade, despreparada para comportar os diferentes, reserva um local para os excluídos.

Como dito anteriormente, compreende-se o espaço físico como produtor de subjetividades e relações. A partir de Ervin Goffman e seu estudo “Manicômios, prisões e conventos”, compreende-se que um aspecto essencial da vida moderna, o de exercer diversas atividades em diferentes locais, com diferentes coparticipantes e sob diferentes autoridades, pode ser transgredido a partir de uma instituição diferente das demais, uma instituição total. Essa instituição nada mais é do que um local em que reside um grande número de indivíduos em situação semelhante, excluídos da sociedade por tempo indeterminado, levando uma vida fechada e administrada por outrem (Goffman, 1961 apud Paladino e Amarante, 2022). Dentre diversas características da instituição total, evidencia-se o seu caráter de segregação ao mundo externo, impondo barreiras, inclusive físicas, àqueles indivíduos considerados inúteis ou perigosos à sociedade, tal como os presídios e manicômios. Nessas instituições, os sujeitos aprisionados passam por um processo de mortificação do eu, processo de perda de identidade, autonomia, circulação. Uma perda total de direitos. Em sua análise manicomial, Barton cunha

o termo neurose institucional, notando certa proximidade dos sintomas desta com os ditos sintomas psiquiátricos. Tal fenômeno passa a ser associado a alguns fatores ambientais, tais como a arquitetura da instituição. Assim, ao caracterizar os sintomas da neurose institucionais como decorrentes da própria vivência institucional, é fácil associar a ideia de recaída ou de reinternações com algo produzido dentro do isolamento. Seguindo os pensamentos de Basaglia, Carvalho (2000, 2001a e 2001b apud Paladino e Amarante, 2022) parte da hipótese de que o espaço construído interfere no comportamento e, a partir da análise de instituições totais, denomina tal fenômeno como síndrome espaço-comportamental. A partir da contribuição dos autores, é possível concluir que um eu mortificado, efeito da instituição total, não habita o espaço da instituição, apenas mora nela. Os manicômios, assim como a instituição total em sua concepção, são constituídos para que modifiquem os sujeitos, sendo o contrário interditado, deixando claro a perda do tecido social e dos espaços experimentados pela cidade. Basaglia (1964 apud Paladino e Amarante, 2022), ao retomar Barton e os efeitos da neurose institucional, defende a impossibilidade do tratamento em instituições asilares e afirma a necessidade de se acabar com o hospital psiquiátrico, defendendo o sistema de porta aberta, espaço sem muros, portas e grades, possibilitando a reconquista da relação do sujeito com o outro.

Como proposta pelos autores, a construção da cidade aberta conceituada por Sennett, permeável e inclusiva à diferença, promove encontros em sua forma construída e de sua experiência vivida, requerendo, apesar da não identificação com a diferença em casos, a aceitação e inclusão desta. A cidade que promova o encontro com a diferença, construída coletivamente, deve ser pensada na sociedade moderna a partir da articulação de políticas públicas, das instâncias jurídicas, técnicas e assistenciais e da ruptura com os preceitos médicos/manicomiais que enclausuram a loucura. Ao discutir e sistematizar a relação da arquitetura dos espaços (àqueles direcionados à loucura) com a produção de subjetividades e

relações, pretende-se construir um ideal de cidade que enfrente o paradigma manicomial. Entendendo que tal processo é complexo e perpassa diferentes âmbitos, surge a proposta de adicionar uma nova dimensão de análise à Reforma Psiquiátrica às já existentes e criadas por Paulo Amarante, a dimensão espacial. Para tal, a inclusão da dimensão espacial na discussão da Reforma Psiquiátrica se torna necessária, modificando não somente as arquiteturas e os espaços, mas com a produção e reprodução de práticas manicomiais em serviços alternativos, já que, a experiência da loucura é diversa, bem como os espaços potenciais de cuidado e inclusão com esta podem e devem ser diversos.

Nesse contexto, com os muros erguidos, várias instituições de internação asilar sobrevivem, bem como o estigma a respeito destas, sendo ainda pensadas como manicomiais, local a qual pertence ao louco e à loucura e não à normalidade. A arquitetura, aqui, toma posição importante na reforma, já que crescem nela os debates da política de saúde mental e a construção de novos espaços de integração social à loucura no intuito da habilitação dos sujeitos considerados como tais. Assim, ao contrapor a imagem de segregação colocada pelo modelo hospitalocêntrico, a construção de mecanismos para a ressocialização toma espaço, sendo constituída principalmente por serviços em rede, como os CAPS, os Centros de Convivência e Cultura, as Residências Terapêuticas e Hospitais Gerais. Entretanto, apesar do gradativo declínio do modelo hospitalocêntrico, a rede de saúde recebe atenção, mas não investimentos suficientes para a implementação da mesma. Aqui, é necessário cuidado redobrado para que os espaços de rejeição manicomial se tornem como manicômios. Assim, a solução é o retorno do sujeito à cidade (Amarante e Torre, 2018; Moreira e Medeiros; 2019; Paladino e Amarante, 2022).

A partir dos ideais basaglianos, novas propostas de reforma fomentam a criação de um lugar social para a loucura, não mais centrado na figura do hospital, mas que possa ser abarcado em qualquer espaço físico ou simbólico, conforme o sujeito aspira.

A reflexão acerca da loucura, nesse âmbito, toca em pontos principais no que diz respeito aos direitos do sujeito, como a liberdade, a ética e à cidadania. A fuga ao paradigma manicomial deve ser uma construção coletiva, em especial pela negligência governamental no processo de desinstitucionalização dos indivíduos. Em suma, a conclusão que se instaura é que, a partir dos espaços coletivos da cidade é possível existir a emancipação dos encarcerados. As discussões sobre ocupação da cidade e participação social nas políticas de saúde mental nos últimos anos promovem o diálogo e a articulação intersetorial para a inclusão da diversidade e a produção de equidade e cidadania, na tentativa de superação ao assistencialismo e a visão medicalizante. Assim, “Se o manicômio é o lugar zero das trocas sociais, a cidade é o lugar infinito das trocas sociais [...]” (Amarante e Torre, 2018).

o sujeito nos serviços de saúde mental

Para além do âmbito domiciliar, os estudos acerca do sujeito portador de transtornos mentais nos serviços de saúde são vastos, contribuindo com a própria realidade de que, se o louco não mais ‘reside’ integralmente numa instituição de caráter asilar, a ele resta ‘a cidade’ (a rua), a família e/ou o serviço extra-hospitalar. Os achados relevantes em tal âmbito são apresentados por Barbosa et al (2018), Martins e Sequeira (2016), Mostazo e Kirschbaum (2002), Neto e Avellar (2017), Salles e Barros (2013) e Silva e Junior (2021).

Partindo do pressuposto que as ações dos indivíduos são orientadas pelas representações sociais estabelecidas em seu cotidiano e a partir das representações sociais sobre inclusão, adoecimento mental e o sujeito em sofrimento, no âmbito dos serviços de saúde extra-

hospitalares, é possível identificar os modos de pensar e as relações subsequentes estabelecidas com a pessoa em sofrimento mental. Entretanto, é importante salientar que, para possibilitar o mapeamento de tais compreensões, esse sujeito constrói uma rede de significados acerca do tratamento a partir dos sentidos ou símbolos atribuídos pela história social e não somente pela sua história individual com o adoecimento; antes, esta inevitavelmente ocorre condicionada por aquela.

Assim como apontado previamente no estudo, Neto e Avellar (2017) vão de acordo com a visão de Wachelke (2005), observando-se que existe “certa dificuldade em definir ou simplesmente discorrer sobre loucura, [...] que denominamos de dificuldade em definir loucura.” (p. 3). Os estudos revelam que as representações a respeito do transtorno mental, apesar de diversificadas, são carregadas de elementos negativos, bem como causadoras de grande estresse nos âmbitos familiar e profissional, assim como na inserção social dos doentes. É interessante notar, entretanto, que apesar dos avanços na área da saúde mental, ainda persistem concepções religiosas e espirituais acerca dos transtornos mentais. Tais estigmas, bem como os diversos existentes, causadores da segregação, incompreensão e violência contra os portadores de transtornos mentais, prejudicam diretamente a qualidade de vida de todos envolvidos no processo (Barbosa et al, 2018). Entretanto, apesar de persistirem as ideias clássicas de loucura como doença e seu cuidado como tratamento, a partir do contato da sociedade com a loucura, é possível identificar a existência de diálogo e troca de afeto entre as partes, aspecto fundamental no processo de desinstitucionalização.

Considerando que a maioria dos considerados mentalmente diversos são segregados da sociedade, as atitudes estigmatizadoras, baseadas em estereótipos pertencentes ao imaginário social, prevalecem quando em contato com a diferença. De acordo com Heller (2000 apud Salles e Barros, 2013), quando não há referências para lidar com o desconhecido compreende-se não haver precedentes. A falta de precedentes, entretanto, não é necessariamente negativa,

podendo ser uma oportunidade de conhecimento para o novo, para o que diverge. Para os usuários do serviço, é possível encontrar diversos preconceitos sobre a doença mental na sociedade, o que indica uma tendência à diferença se tornar preconceito. A partir do contato com o desconhecido, a falta de precedentes ou a referência pobre em relação à doença mental, proveniente por exemplo do modelo manicomial, dita a atitude dos atores sociais frente ao indivíduo portador de transtornos mentais.

Para as pessoas em sofrimento mental, segregadas das comunidades, a inclusão possibilita, também, o acesso às melhores formas de tratamento, bem como a tomada de poder e a articulação com as oportunidades dessa comunidade. Assim como postulam Bates e col. (2002 apud Salles e Barros, 2013), é um direito de todos uma boa qualidade de vida, como a sociedade pode oferecer.

O direito de acesso ao mundo econômico e social, bem como a redução do impacto das incapacidades, ou seja, a garantia de alguns dos direitos do cidadão, caracterizam, para além da inclusão social, os objetivos da Reabilitação Psicossocial. Nesse paradigma, os serviços de saúde devem se atentar não somente aos sintomas e efeitos da doença mental, mas às questões sociais, econômicas, culturais, de acesso a oportunidades, de lazer e de uma rede de apoio. Junto ao processo de adoecimento - ou de descoberta diagnóstica - a ruptura da vida cotidiana e a impossibilidade e vazio/desesperança advindos das múltiplas perdas, caracterizam o que a reabilitação e a inclusão buscam reencontrar. Ao viver em comunidade, o sujeito em sofrimento enfrenta diversos desafios de construir sua inclusão, cotidianamente (Salles e Barros, 2013).

Contudo, ainda é possível notar uma falta de conhecimento sobre o adoecimento, sendo este uma incógnita em relação ao transtorno mental, o que indica que o tema ainda é pouco discutido com qualidade pela sociedade. Entrar em contato com o sujeito em sofrimento,

muitas vezes, significa andar em território desconhecido, o que é grande gerador de sentimentos negativos como medo, angústia e ansiedade.

Assim, foram que encontrados resultados que indicam ainda haver um grande apoio na medicalização, na figura do médico e ao que ela representa. A demanda medicamentosa permanece fixa no sistema de representações acerca do tratamento, sendo suportada pelo poder da indústria farmacológica. A ideia principal é que essa forma de tratamento pode ser definida como formas de modificar ou corrigir os comportamentos patológicos pela química. Pode-se notar, então, que essa representação é socialmente compartilhada, já que o tratamento medicamentoso é altamente aderido pelos usuários (Silva e Junior (2021). Quanto aos profissionais de saúde, os sujeitos contam com o médico como eixo central e os outros funcionários como papéis secundários. Tal representação pode ser ancorada no fato de que, desde o século XIX, todas as medidas deveriam estar subordinadas à decisão do médico, demonstrando que o poder e a informação eram propriedade deste. Ademais, para os pacientes, encontra-se uma forte associação sobre os efeitos ou perspectivas do tratamento a partir de uma crença que a cura significaria a não dependência na medicação e o retorno ou conquista do convívio familiar, moradia própria e trabalho. A partir do tratamento moral, no século XIX, a eficácia do hospício residia na possibilidade da cura (Mostazo e Kirschbaum (2002).

Com isso, os sujeitos ancoram a perspectiva acerca do tratamento em alguns pontos, como por exemplo cuidado, violência e institucionalização. O tratamento, aqui, é percebido como a obtenção de medicação e suporte nas atividades da vida prática, já que a loucura passa a ser considerada uma enfermidade e impossibilidade de cuidado próprio, tornando-se responsabilidade de cuidado do outro. O isolamento, bem como a falta de liberdade e de higiene ainda marcam o cuidado psiquiátrico institucional, reforçando o modelo manicomial. Ademais, surgem a atividade ocupacional e o trabalho no tratamento como possibilidade de reinserção social. Essas atividades constituiriam uma retomada de autonomia e das atividades

rotineiras, como cuidados pessoais, habilidades na sua manutenção e produção, visando não somente o bem-estar, mas a possibilidade de produção e (re)inserção no mercado de trabalho. Tal perspectiva pode ser observada ao longo da história ocidental, já que a ideia de saúde para a classe trabalhadora está fortemente ligada à capacidade de produção (Mostazo e Kirschbaum, 2002). A condição de inserção no mercado de trabalho, então, seria uma consequência no sucesso do tratamento psiquiátrico. Entretanto, é importante ressaltar o quanto as instituições fechadas e a violência no tratamento ainda são muito observadas na representação do tratamento psiquiátrico.

Como os preconceitos não se baseiam na razão, encontra-se a ideia de que o doente mental é perigoso e, veiculados e disseminados pelos meios de comunicação, tais preconceitos se instauram no imaginário coletivo, tomando tal juízo como verdade e excluindo qualquer subjetividade do sujeito vítima da discriminação. A percepção pública dessa periculosidade do sujeito mentalmente diverso pode ser encontrada nas origens do processo de institucionalização da loucura. Construída ao longo de mais de duzentos anos, a ideologia de que a pessoa com transtorno mental é perigosa vai ao encontro do propósito do encarceramento psiquiátrico. Para Basaglia (2005 apud Salles e Barros, 2013), a própria função da instituição psiquiátrica evidencia este propósito, visto que a função dessa não era tratar o doente, mas proteger os sãos deles, sendo o doente mental considerado perigoso para todos, si mesmo incluído, e nas regras institucionais se encontram os elementos que edificam a necessidade da exclusão desses sujeitos. Entretanto, é importante ressaltar que a probabilidade de que essas pessoas sejam vítimas de agressão é muito maior do que a probabilidade de que sejam os agressores. Para além da persistente ideia de periculosidade do doente, foi possível identificar a concepção de que o transtorno mental leva à incapacidade e à incompetência, encontrando reforço nas imagens apresentadas pela mídia sobre os sujeitos em sofrimento. Tais imagens negativas reforçam o estereótipo de que esses indivíduos são

incapazes de participar passiva e ativamente da sociedade, bem como de tomar suas próprias decisões. Para Sayce (2000 apud Salles e Barros, 2013) nem mesmo a abertura de oportunidades à diferença, a partir da transformação de seu lugar social e a da organização dos serviços de saúde, foi suficiente ao acesso à cidadania completa, visto que as noções negativas presentes no imaginário social não foram desafiadas. Essas associações negativas em relação ao transtorno mental, introjetadas no imaginário coletivo durante grande parte da história, criaram conceitos do que é a doença mental, sendo reforçadas principalmente pelo modelo manicomial. Mesmo com a luta antimanicomial fomentada pelas reformas psiquiátricas tenha possibilitado a diminuição dos leitos psiquiátricos e a reinserção social dos indivíduos previamente institucionalizados, a herança social criada por anos de segregação e exclusão ainda persiste, enrijecendo cada vez uma visão puramente negativa e desesperançosa em relação às vítimas desse processo. É possível identificar tal herança claramente ao perceber que, ao receber o diagnóstico de transtorno mental, o sujeito espera sofrer tais discriminações e que essas expectativas, bem como o rótulo proveniente do diagnóstico, podem causar consequências negativas no cotidiano do indivíduo.

Entretanto, é importante reforçar que, se as percepções de mundo são provenientes de seu tempo histórico, então elas não são imutáveis, mas capazes de se transformar ao longo do tempo. Como bem apontam os autores, se estas concepções não são fixas, “talvez a semente da mudança já tenha sido lançada” (Salles e Barros, 2013; p. 1069).

Os avanços no processo de inclusão social vêm sendo fortes aliados para a transformações do imaginário social sobre o adoecimento, especialmente no âmbito da criação de uma sociedade inclusiva para todos. Tal avanço deve ser usado para fomentar as políticas e práticas de saúde mental, levando em consideração o contexto e o projeto de vida pessoal dos sujeitos em suas diferenças.

Dessa forma, a concepção de que toda pessoa com transtorno mental é incapaz, pensamento pertencente ao imaginário social, contradiz o conceito de inclusão social, como bem exposto pela rede de apoio dos usuários. Aceitar as diferenças, então, se mostra essencial para a promoção da inclusão e, para que tal mudança social possa ocorrer, é necessária a diminuição do estigma e do preconceito frente ao portador de transtornos mentais. Para isso, a forma como a sociedade lida com a diferença deve ser transformada e, como consequência, um contexto social acolhedor, em que haja vida e circulação de todos os seus atores, é capaz de surgir. Em outras palavras, não se pode transformar a inclusão em mais uma forma de tratamento imposta ao sujeito sob o pretexto de ser para seu próprio bem, ou seja, a inclusão não pode se tornar uma normalização.

o sujeito no trabalho

Os estudos evocados para tal análise são apresentados por Jorge e Bezerra (2004) e Andrade e Costa-Rosa (2014).

“[...] com o estabelecimento psiquiátrico, revelando o duplo mecanismo da instituição social que observamos hoje: mal-estar diante dos doentes mentais e interesse econômico na aceitação destes.”
(Jodelet, 2005, p. 117)

Para Guerra e Passos (2008/2009 apud Andrade e Costa-Rosa, 2014) a partir do trabalho é possível que se perceba o laço que sustenta a relação sociedade-loucura a cada período da história, ao passo em que os fatores eminentemente sociais determinam as mudanças nas formas de tratamento da loucura, fatores esses que se compreendem por aspectos decorrentes das condições materiais da vida e sua gestão em determinada sociedade. O trabalho passa a ser compreendido como um desses fatores determinantes das formas históricas de lidar com a loucura, já que consiste em uma das possibilidades de obtenção de condições materiais da

vida, bem como um disparador das lutas de poder em contraposição ao capitalismo após a Revolução Industrial. Tal compreensão possibilita estabelecer uma relação entre loucura e trabalho nas práticas de cuidado, ao passo em que o trabalho tem como função manter a ordem socioeconômica e à psiquiatria, em seu nascimento, desempenha papel fundamental como recurso de tratamento moral. Essa relação apresenta novas nuances a partir da década de 60, com o estabelecimento das reformas psiquiátricas, já que com essas o trabalho se torna instrumento de reinserção social ao qual o sujeito tem acesso para diversas trocas sociais, incrementando à contratualidade entre trabalho e loucura a relação com a sociedade.

No século XVII, auge da lógica do desvio social, o trabalho adquire a função de auxiliar na ordem social e econômica e, com a instituição da psiquiatria como campo médico, no século XVIII, Pinel passa a tratar a loucura como patologia e utilizar do trabalho como recurso terapêutico ao tratamento moral. Para Foucault (1961 apud Andrade e Costa-Rosa, 2014), o internamento em massa da loucura não servia ao tratamento ou à cura, mas como um imperativo de trabalho para impedir as desordens sociais nos períodos de crise econômica. Como uma alternativa à prisão, o trabalho é utilizado para ocupá-los conforme suas possibilidades e garantir uma mão-de-obra barata, agindo contra o desemprego e provocando estímulo ao desenvolvimento industrial. É após a Revolução Francesa que surgem movimentos de indignação humanitária, revoltosos pelo fato de os loucos ocuparem os mesmos espaços que os criminosos, fato que contribui à construção do modelo asilar de tratamento à loucura. O modelo tem função vital na conscientização ética, na qual o trabalho é eixo regulador das mazelas sociais, sendo, contudo, contestado pelos loucos ao resistirem à organização de trabalho estabelecido pelo capitalismo. O louco, pela sociedade instaurada a partir da Revolução Francesa, como uma figura marcada pela irracionalidade e, por isso, não se constitui como sujeito de direitos em nenhum âmbito. Para Castel (1978 apud Andrade e Costa-Rosa, 2014)

“Insensato não é sujeito de direito; irresponsável não pode ser objeto de sanções; por ser incapaz de trabalhar ou de “servir”, não entra no circuito regulado das trocas, essa “livre” circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz (p. 19).”

No período entre o final do século XVIII e o início dos séculos XIX, o tratamento moral constitui-se como o primeiro movimento de Reforma Psiquiátrica que produz o nascimento da psiquiatria como especialidade médica e do asilo como lugar de cura. A partir da figura do alienado e do alienista, surge a justificativa para o tratamento da loucura como patologia e do hospital psiquiátrico como manutenção da saúde, da ordem e do bom comportamento a partir do trabalho. A loucura como incapacidade para o trabalho e para a integração social, faz com que o trabalho seja destituído de seu valor de produção e passe a ser uma regra moral, a fim de “limitar a liberdade, submeter à ordem e desalienar o espírito” (Andrade e Costa-Rosa, 2014, p. 29).

Se ao alienismo adotava-se a modelagem e a serialização da subjetividade, às reformas psiquiátricas atribui-se a resistência e a ruptura com o modelo anterior, produzindo singularidade ao cuidado com os sujeitos de experiência da loucura. Esses movimentos de resistência que tomam lugar ao final do século XX tratam de repensar o lugar social do louco e do cuidado, ao passo em que desconstroem a lógica manicomial e produzem subjetivações para além da psiquiatria tradicional, possibilitando ao sujeito em sofrimento a desconstrução do estigma de incapacidade de tomada de decisões e de autonomia, como no trabalho.

Dessa forma, propõe-se a eliminação do trabalho como ocupação vazia e exploração de mão-de-obra barata e a possibilidade do acesso à atividade produtiva como forma de participação das trocas e do pacto social. Para além dessas e diversas outras contribuições, a Psiquiatria Democrática italiana rompe com o modelo asilar assistencial, mas não é capaz de

romper completamente com os efeitos causados pela lógica manicomial, visto que foi uma concepção imputada aos sujeitos em sofrimento e cristalizada no imaginário social secularmente.

No Brasil, a história do trabalho na loucura se inicia a partir da década de 20, com a criação das Colônias Agrícolas. O trabalho aqui surge como uma imposição terapêutica associada à laborterapia e à ergoterapia, ocupando papel fundamental no tratamento moral e na ideia de reabilitação pela terapêutica asilar. Ao gerar renda ocupando o alienado ocioso, o trabalho auxiliava na manutenção das colônias e na boa ordem social, baseado na concepção europeia como estratégia de tratamento ao mesmo passo que uma atividade pré-capitalista (Guerra, 2008; Resende 1987 apud Andrade e Costa-Rosa, 2014). Nas décadas de 20 e 40, a laborterapia recebia críticas, fomentadas por Osório César e Nise da Silveira, seguindo a ideia de que o trabalho, como recurso terapêutico, possibilita a reabilitação e a construção de uma realidade extra-hospitalar, com a finalidade de beneficiar todos os pacientes em respeito à sua subjetividade e potencialidade. Após 1964, a psiquiatria passa a ser considerada uma prática assistencial de massa ao contribuir com o processo de industrialização e assumir a tarefa de preservar e adestrar a força de trabalho e amenizar os aspectos desestruturados do capitalismo que se instaura (Resende, 1987 apud Andrade e Costa-Rosa, 2014), sendo somente reformulada por volta da década de 80. No contexto de abertura política, a crítica à psiquiatria tradicional ganha forças e o trabalho passa a ser utilizado como instrumento de reabilitação e reinserção social, em respeito às singularidades colocadas em evidência pela luta antimanicomial. Os CAPS e os NAPS ocupam papel principal no processo de construção de uma nova práxis, incluindo o trabalho como eixo de empoderamento aos sujeitos da experiência de loucura. Ao final do século XX e início do século XXI, marcados pelas mudanças estruturais no campo socioeconômico, o trabalho, em perspectivas diferenciadas, é utilizado como alternativa ao desemprego, construídas as estratégias de inclusão social pelo

trabalho. Os empreendimentos econômicos solidários, a formação de cooperativas e as associações de integração de grupos mistos, ligados aos CAPS de alguma forma, possibilita a autonomia de seus usuários e participantes e a retomada do território das cidades. As oficinas, como modalidade de atendimento grupal, surgem como dispositivo disparador das iniciativas de inclusão social no trabalho e, como um de seus objetivos, a finalidade terapêutica.

Contudo, apesar da magnitude das transformações nesse campo, ainda resta muito a ser feito, surgindo um equívoco no encontro da loucura com o trabalho. Ao considerar o trabalho como instrumento terapêutico, sem a ampliação da discussão do direito ao trabalho e a reinserção social para além dos serviços de saúde, encontra-se uma limitação no acesso ao mundo da produção, extra-hospitalar. A diferença entre trabalho como recurso terapêutico preconizado nos serviços de saúde mental através das oficinas e o trabalho no âmbito das cooperativas e dispositivos geradores de renda se encontra na complexidade e na organização do trabalho como iniciativa capitalista. Para romper com a concepção de trabalho proveniente da lógica capitalista, na qual todo trabalho implica na troca de bens e geração de recursos financeiros, necessariamente um trabalho alienado, é preciso conceber novas formas de trabalho, as quais possam se encontrar com o processo de cuidar em um projeto transformador da sociedade. De acordo com as portarias 189/91 e 224/92 do SUS, as oficinas possuem duas modalidades, a terapêutica e a de produção de recursos para a reinserção social, tendo como tarefa final a promoção da reinserção e circulação social no território, promovendo a contratualidade social no cotidiano através das trocas afetivas, sociais, simbólicas e econômicas, compostas pela soma das relações interpessoais do indivíduo, servindo, de maneira inicial, como instrumento de união entre o universo do cuidado e o mundo do trabalho (Ribeiro, 2008 apud Andrade e Costa-Rosa, 2014).

Nota-se o uso frequente do termo ‘utilização’ do trabalho como uma ferramenta das práticas clínicas, o que denuncia uma perspectiva instrumentalista ao se referir a importância clínica do trabalho para a construção de autonomia. Tal representação ainda se encontra presente nos serviços de saúde mental e é fundamental para a compreensão tanto para as práticas construídas no contexto do saber como para as práticas sociais adjacentes a tal construção. Dessa forma, o trabalho passa a ser concebido, segundo os autores, como inerente às práticas de cuidado e não somente como um instrumento a ser utilizado, sendo endossado pelo projeto da Reforma Psiquiátrica em seus eixos de retaguarda assistencial, de moradia e de reinserção social pelo trabalho, somadas às noções de autonomia e emancipação presentes no conceito da terapêutica. Tal encontro, produzindo atuações singulares e coletivas pelo contato com o campo das trocas contratuais do pacto social, possibilita a construção de novas processualidades no intercâmbio com outrem, na qual o campo do trabalho se configura pela terapêutica da produção de autonomia (Andrade e Costa-Rosa, 2014).

O acesso ao trabalho como uma prática de cuidado e também uma prática social torna-se imprescindível pela troca de saberes e experimentações sócio-políticas cotidianas. A partir da reflexão e autocrítica das práticas, promovida pela Reforma Psiquiátrica, nota-se a importância da invenção de novas estratégias com a potencialização de novas práticas sociais e de cuidado transformadores na relação loucura-trabalho. Ademais, com a divulgação de pesquisas internacionais, a discriminação frente ao adoecimento mental se torna alvo da preocupação socioeconômica, visto que colocam em evidência as perdas de trabalhadores pelo adoecimento que os acomete em seu limiar produtivo. Com a emergência do retorno incerto à vida e ao trabalho, tais perdas infligem uma série de danos à sociedade, como bem demonstrado por dados da Organização Mundial de Saúde (Jorge e Bezerra, 2004).

Assim, os estudos contemplam os sentidos apresentados pelos entrevistados acerca da inclusão ou exclusão do trabalho, seus danos e sentidos, em meio às representações construídas no imaginário coletivo sobre o adoecer mental.

Ao identificar as representações sociais acerca da loucura no âmbito do trabalho, surgem diversas concepções negativas e carregadas de sofrimento ao sujeito que vivencia a situação. O ser excluído no trabalho coloca em foco o sofrimento psíquico consequente à exclusão, sobretudo aos indivíduos que tentam construir possibilidades de trabalho após o adoecimento mental, numa sociedade fechada às diferenças. Surgem diversas verbalizações acerca do sofrimento, denunciando que as dificuldades da exclusão são complexas, abarcando aspectos para além do adoecimento propriamente dito, mas aspectos financeiros, psíquicos, físicos e sociais, dotados de sentimentos negativos a impossibilidade de adentrar o mercado de trabalho. O sentimento de tristeza é o mais evidente e aparece frente à dificuldade de depender do outro, como se o sujeito fosse incapaz de prover sua subsistência, o que o leva a caracterizar-se como inútil. A exclusão do mundo do trabalho é expressa como dificuldade cotidiana ao passo que compromete a subsistência do sujeito e, quando provocada pelo adoecimento mental, assume um significado mais doloroso, já que o sujeito passa a ser alvo de diversas outras exclusões no âmbito social ao ser desconsiderado como adoecido, visto que sua patologia não apresenta sintomas físicos visíveis. Assim, as dificuldades da exclusão são percebidas pelos funcionários e usuários como rejeição e humilhação, sentimentos de conotação dolorosa que depreciam a autoimagem dos sujeitos em sofrimento. Sobre a exclusão do mundo do trabalho, o isolamento social, foi expresso pelos profissionais como uma extensão da ociosidade, isto é, a exclusão do sujeito do processo de trocas afetivas e sociais se torna um resultado de seu adoecimento. A exclusão é condição para um indivíduo com sua sociabilidade limitada pela doença e, como expresso por um dos profissionais, o trabalho dá sentido à vida; se o sujeito em sofrimento não consegue se readaptar, está fadado

a ser um paciente psicótico eterno. A psicose aqui é associada ao isolamento social a partir da compreensão de Martins (2000 apud Jorge e Bezerra, 2004), que pontua a patologia como sendo fruto “de uma exclusão tão acentuada que o indivíduo se escondeu para se preservar, para tentar estar neste mundo que lhe faz tantas exigências inalcançáveis [...]” (p. 90).

As reações desencadeadas pela exclusão, como a baixa estima de si e a depressão, tornam o indivíduo impotente frente às adversidades e exigências do mercado de trabalho, restando a si a sensação de incapacidade. Frente a tal incapacidade e das perspectivas limitadas a quem padece do transtorno mental, surge um outro caminho, igualmente sombrio: assumir-se juridicamente incapaz na busca de benefícios previdenciários para a subsistência. Ou seja, a partir da interdição judicial na busca de direitos de sobrevivência os sujeitos em sofrimento são destituídos de seus direitos civis.

Essa exclusão ultrapassa a questão cultural de dificuldades do desemprego como questão estrutural da sociedade, mas adentra outra questão: se existe uma massa de indivíduos ‘sãos’ desempregados, então a exclusão dos ‘insanos’ é gravada. Em sua percepção, a exclusão do trabalho gera sequelas no estado emocional de quem a vivenciou. A rejeição se apresenta como uma ruptura com o trabalho e com os antigos laços sociais, fator facilitador de desestruturação emocional em um possível retorno. Para além dessas rupturas geradas pela rejeição, a exclusão provoca uma progressão de rupturas com três tipos de vínculos fundamentais ao sujeito, em especial àquele fragilizado pelo adoecimento mental: os vínculos sociais, as ligações comunitárias e os nexos individuais (Jorge e Bezerra, 2004).

O preconceito sobre a exclusão do mundo do trabalho é expresso em relação à aceitação dos doentes mentais em espaços de trocas coletivas e na intolerância à diferença, aparecendo em consenso na fala dos profissionais entrevistados. Os profissionais relatam sobre a dificuldade do convívio social com o portador de transtornos mentais, a partir do

desconhecimento ao lidar com a diferença e das ideias cristalizadas no imaginário coletivo. Num primeiro momento expressam preocupação frente ao temor do outro no encontro com a doença mental, evidenciando o medo do desconhecido e do que deve ser evitado, seguido de um segundo momento, em que se entra no universo de estereótipos construídos sobre a loucura, encontrando supostas respostas enraizadas culturalmente no campo sobrenatural e das possessões demoníacas. Mesmo com as mudanças que se delineiam no campo da saúde na atualidade, a ruptura com as concepções manicomiais é lenta e progressiva, entretanto, mostram-se possíveis à medida em que as recomendações de saúde indicam a habilitação social para a convivência com a diferença.

Sobre os danos ocasionados pela exclusão do trabalho, sendo suas subcategorias estabelecidas a partir da verbalização das expressões “marginalização” e “desestruturação emocional”. A esses danos são atribuídos sentido de discriminação, sendo mais expressa pelos profissionais de saúde. O afastamento do cargo do trabalho, como uma preparação para a demissão que ocorre logo em seguida, desvela a perda de segurança no sujeito em decorrência do transtorno, colocando-o à margem do trabalho, a exclusão adotando dois sentidos distintos: o sentido punitivo frente à diferença e o sentido de despreparo frente ao desconhecido. A marginalização, no primeiro sentido, opera a partir de uma lógica moral, de punição ao comportamento diferente e usá-la como exemplo para os demais trabalhadores. Ao segundo sentido, o despreparo em lidar com a doença no mundo do trabalho, expressa-se a marginalização a partir do olhar julgador e afastamento do colega vitimado, como se esse pudesse ser um criminoso e, ao emprestar-lhe o olhar, pudesse desvelar aquilo que se oculta e não se quer enfrentar. A essas situações há, ainda, um olhar preenchido de autocompaixão que não enxerga o sujeito, somente o doente digno de pena, sentimento pejorativo para os que tentam se reerguer após o processo de adoecimento mental. Para além disso, os danos emocionais causados pela exclusão do universo do trabalho em decorrência do transtorno

mental como desencadeadores de desestruturação emocional. A não aceitação gera aos sujeitos uma série de sentimentos negativos, ao passo que, se o trabalho lhes representa a felicidade, a impossibilidade de estar nele torna-se sua antítese. O mercado de trabalho se mostra despreparado não somente para lidar com a situação da doença mental, como se mostra injusto nos processos de integração, visto que a uma pessoa ‘sã’ são imputados direitos que não os mesmos à pessoa doente, já que a pessoa dita normal não seria demitida por um estado de nervosismo, a outra sim (Jorge e Bezerra, 2004).

O sentido socioafetivo da inclusão se apresenta à necessidade de se manter ocupado e desligar-se do sofrimento intenso, para que, então, o sujeito possa interagir com o meio a partir da sua inserção no trabalho, possibilitando-o uma melhor valoração e estima de si, já que a capacidade de produção é fenômeno de valorização do sujeito no modelo de sociedade vigente. Já o valor atribuído à inclusão pode ser compreendido como um símbolo de participação do sujeito ativamente no pacto social e em seus contratos. Esse valor simbólico, que transita entre a moral social, a dignidade do trabalho e a estruturação das relações do sujeito, como centralidade da vida, possibilita a habilitação social e o alívio à dor e os sofrimentos existenciais provenientes do adoecimento, quase como uma cura para todos os males. Encontra-se, aqui, o dinheiro como forma de proporcionar prazer como se tivesse valor simbólico por ter sido conquistado por seu próprio mérito, fruto do trabalho ou de um desejo irrecusável. Esse desejo provoca uma tensão na relação do sujeito com o objeto que se encontra afastado do desejo pelo não acesso ao objeto simbólico, o dinheiro, o que impede sua fruição imediata. Frente a um desejo latente e a negação do acesso ao trabalho, o sujeito é acometido pelo sofrimento e as dores provenientes da rejeição.

Em conclusão, as representações sociais acerca do trabalho no adoecer mental, apreendidas através do discurso dos entrevistados, mesclam-se entre os limites e possibilidades

ocasionadas pelo adoecimento mental e ao novo paradigma da reforma psiquiátrica adota-se uma força contra a edificação das representações sociais da psicopatologia, fazendo do trabalho uma forma de inclusão e habilitação social. Assim, desvela-se a necessidade de debater os preceitos da Reforma Psiquiátrica para que, além de salientar a importância do trabalho, coloque um fim ao modelo asilar, em que a incapacidade era destino dos sujeitos em sofrimento mental (Andrade e Costa-Rosa, 2014; Jorge e Bezerra, 2004).

Entretanto, se a dignidade humana é condicionada ao trabalho, isto é, à possibilidade de produção e consumo, em uma sociedade em que não há espaço para os improdutivos, a marginalização do sujeito em sofrimento mental assume o sentido de exclusão e a condição de retorno do sujeito ao mercado seria a de atender ao fetiche da produção e do consumo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a intenção de identificar e compreender as representações acerca da loucura na atualidade, o presente estudo se constrói através de uma breve revisão bibliográfica abrangendo desde “A História da Loucura na Idade Clássica” de Foucault, até contribuições modernas pós Reforma Psiquiátrica brasileira. Navegando por um conteúdo denso e, por vezes, desgastante, foi possível encontrar muito - até demais - e escrever pouco sobre o que a história nos apresenta. Pelo viés das Representações Sociais, de Moscovici, pudemos compilar e interpretar parte da realidade que nos desperta o interesse, o estudo acerca da loucura, e desenvolver um estudo que contemplasse uma parcela da vivência que se apresenta. Pela família, pela cidade, pelos serviços de saúde e pelo trabalho, deparamos com uma dura realidade, que persiste e que resiste, mas que ainda tem bons frutos a florescer - ao meu ver.

Na literatura, encontramos a expressão de um fenômeno difícil de ser capturado, em suas diversas nuances. Não é à toa que, nesse vasto oceano de informações, ainda persiste uma

incógnita: quem ou o que, de fato, representa a loucura? Enquanto persistem as relações de poder, a necessidade latente de se classificar algo pelo puro entretenimento da sociedade, é possível perceber que a loucura ainda é uma forma de expressão de uma era, um tempo em que, como bem nos conta Jodelet, regurgita e engole o sujeito, numa dinâmica antroponômica-antropofágica. Aqui, acredito que a história não se finda. Ao absorvermos a loucura, eventualmente a vomitaremos de novo. Numa ruminação. Os pensamentos, as concepções, a ciência, não desaparecem sem deixar rastro, mas se colam ao nosso DNA quase que inconscientemente, aguardando o momento em que farão sentido novamente. Essa é a beleza e o horror de “ser” humano, a imutabilidade da inevitável da mudança. Sementes plantadas, se não colocadas em terra fértil e bem cuidadas, nascerão inférteis ou, até mesmo, morrerão antes de vislumbrar o raio de sol pós as raízes.

Com isso, fora das metáforas, acredito no potencial da mudança, se for comprometida, se for dedicada e se for revolucionária. É possível alterar como se pensa e como se age frente a um fenômeno, mas somente com uma revolução. Não necessita que seja um espetáculo, mas um encontro estrondoso, permeado pelo interesse no outro, pelo respeito e pela destituição das relações de poder, que violentam e encarceram o indesejável.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. D. C., Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de Administração Pública | Rio de Janeiro* 52(6), pp. 1090-1107. Recuperado de <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220170130>>
- Andrade, M. C., Costa-Rosa, A. da. (2014). O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 7(1), pp. 27-41. Recuperado de <ISSN 1983-8220>
- Barbosa et al. (2018). Representações sociais dos transtornos mentais. *Rev enferm UFPE on line.*, 12(6), pp. 1813-1816. Recuperado de <<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234783p1813-1816-2018>>
- Braga, I. B. et al. (2015). Representações sociais do doente mental na percepção dos cuidadores. *Id on Line Revista de Psicologia*, 27(9), pp. 98-117. Recuperado de <ISSN 1981-1189>
- Colvero, L. A., Ide, C. A. C., Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP* 2004, 38(2), pp. 197-205. Recuperado de <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000200011>>

Foucault, M. (1978). *História da Loucura na Idade Clássica*. Tradução de José Teixeira

Coelho Neto. *São Paulo: Perspectiva*, 1978. Recuperado de <ISBN 9788527311656>

Gonçalves, A. M. (2006). A doença mental: determinação individual ou construção social.

Millenium - Journal of Education, Technologies and Health, 32(1), pp. 163–168.

Recuperado de <<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8400>>

Jodelet, D. (2005). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Vozes. Recuperado de

<ISBN: 85-326-3127-4>

Jorge, M. S. B., Bezerra, M. L. M. R. (2004). Inclusão e exclusão social do doente mental no

trabalho: representações sociais. *Contexto Enferm*, 13(4), pp. 551-558. Recuperado de

<<https://doi.org/10.1590/S0104-07072004000400007>>

Maciel, S. C. et al (2008). Exclusão social do doente mental: discursos e representações no

contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, 13(1), pp. 115-124. Recuperado de

<<https://doi.org/10.1590/S1413-82712008000100014>>

____ (2011). Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico.

Temas em Psicologia, 19(1), pp. 193 – 204. Recuperado de

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100015&lng=pt&tlng=pt)

389X2011000100015&lng=pt&tlng=pt.>

Martins, A., Sequeira, J. (2016). Representações sociais da saúde e doença mental: um estudo qualitativo com profissionais de saúde mental. *PSYCHOLOGICA*, 59(2). Recuperado de <https://doi.org/10.14195/1647-8606_59_2_1>

Medeiros, M. M. (2007). Informação e representações sociais: um estudo com familiares de portadores de sofrimento mental. *Encontros Bibli: revista eletrônica de biblioteconomia e ciência da informação*, 24(12), pp. 72–91. Recuperado de <<https://doi.org/10.5007/1518-2924.2007v12n24p72>>

Mitre, A. M. N. (2017). A loucura em diferentes épocas: a convivência da família com o portador de transtorno mental. *Mental*, 11(20), pp. 4-28. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100002&lng=pt&tlng=pt>

Moreira, S. M. C., Medeiros, L. (2019). A construção de um novo lugar social para a loucura: reflexões sobre reuso de uma instituição psiquiátrica em Natal/RN. 9º Seminário Projetar. PROJETER. v. 1, pp. 501-512. Recuperado de <ISBN 978-85-7335-335-8>

Moscovici, S. (2003). O fenômeno das representações sociais. In S. Moscovici (Org.), *Representações sociais: investigações em psicologia social* (pp. 29-109). Petrópolis: Vozes.

- Mostazo, R. R., Kirschbaum, D. I. R. (2002). Usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 11(6), pp. 786-791. Recuperado de <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000600013>>
- Netto, P. M. R., Avellar, L. Z. (2017). Representações de loucura e cuidado no contexto das residências terapêuticas. *Psicologia Clínica e Cultura. Psicologia: Teoria e Pesquisa Vol. 33*, pp. 1-9. Recuperado de <<http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e33417>>
- Paladino, L., Amarante, P. D. C. (2022). A dimensão espacial e o lugar social da loucura: por uma cidade aberta. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1), pp. 7-16. Recuperado de <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19852021>>
- Salles, M. M., Barros, S. (2013). Representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial e pessoas de sua rede sobre doença mental e inclusão social. *Saúde Soc. São Paulo*, 4(22), pp.1059-1071. Recuperado de <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400009>>
- Silva M. B. C., Sadigursky, D. (2008). Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio. *Rev Bras Enferm*, 61(4), pp. 428-34. Recuperado de <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000400005>>

Silva, W. S., Junior, L. L. C. (2021). Tratamento psicológico frente às representações sociais dos médicos. *REVES - Revista Relações Sociais*, 4(2). Recuperado de <<https://doi.org/10.18540/revesv14iss2pp12725-01-15e>>

Torre, H. G., Amarante, P. D. C. (2012). Michel Foucault e a História da Loucura: 50 anos transformando a história da psiquiatria. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 6(3), pp. 41–64. Recuperado de <<https://doi.org/10.5007/cbsm.v3i6.68499>>

Wachelke, J. F. R. (2005). O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura. *Estudos de Psicologia*, 10(2), pp. 313-320. Recuperado de <<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2005000200019>>