

PESQUISA DOCUMENTAL SOBRE O PAPEL DAS ATIVIDADES DE LAZER NOS MANICÔMIOS MODERNOS: RELATÓRIOS DE INSPEÇÃO NACIONAL

Heitor Martins Pasquim¹
Paulianny Mirelly Gonçalves de Sousa²
Alana Pessoni de Paula e Silva³
Ricardo Lira de Rezende Neves⁴

Resumo: O objeto deste estudo são as atividades de lazer em manicômios modernos. O objetivo é determinar o papel do lazer nestas instituições. Trata-se de pesquisa documental de abordagem qualitativa com utilização de dados secundários buscados em quatro relatórios de inspeção nacionais. Os dados revelam que o lazer nos manicômios modernos está orientado pela concepção do louco e do consumidor de droga como um indivíduo problemático e desviante, que deve ser controlado. Quando existem, as atividades de lazer estão centradas em poucos elementos da cultura corporal e assumem uma perspectiva funcionalista, acompanhadas por dramáticas violações de direitos. Por isso, a presença de atividades de lazer não é por si só indicadora do cuidado humanizado. Isso não quer dizer que o lazer está apenas subsumido, mas que apresenta as contradições institucionais de desgaste do manicômio e, contraditoriamente, confere legitimidade à instituição.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental. Saúde coletiva. Atividades de lazer.

DOCUMENTARY RESEARCH ON THE ROLE OF LEISURE ACTIVITIES IN MODERN MENTAL ASYLUM: NATIONAL INSPECTION REPORTS

Abstract: This study on leisure activities in modern mental asylum aims to determine the role of leisure in these institutions. This is a documentary research with a qualitative approach using secondary data obtained from four national inspection reports. The data reveal that leisure in modern mental asylum is guided by the conception of the mad person and the drug user as a problematic and deviant individual, who must be controlled. When they exist, leisure activities are centered on a few elements of body culture and assume the functionalist perspective, accompanied by dramatic violations of human rights. Therefore, the presence of leisure activities alone cannot be an indicator of humanized care. This is not to say that leisure is only subsumed, but that it presents the institutional contradictions of the mental asylum, and, contradictorily, gives legitimacy to the institution.

Keywords: Mental health services. Public health. Leisure activities.

¹ Professor da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista. Membro do Grupo ECOS - Educação Física, trabalho e formação. Email: pasquim@unifesp.br, <https://orcid.org/0000-0002-4994-7399>.

² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Física (FEFD/UFG). Membro do Grupo ECOS - Educação Física, trabalho e formação. Email: paulianny_mirelly@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1817-313X>.

³ Bacharela em Educação Física pela Universidade Federal de Goiás. Especialista em Educação em Direitos Humanos. Membro do Grupo ECOS - Educação Física, trabalho e formação. Email: alanapessonipaula@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9817-6850>.

⁴ Professor da Universidade Federal de Goiás. Membro do Grupo ECOS - Educação Física, trabalho e formação. Email: ricardo_neves@ufg.br, <https://orcid.org/0000-0001-5357-8111>.

INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL SOBRE EL PAPEL DE LAS ACTIVIDADES DE OCIO EN EL INSTITUTO MODERNO: INFORMES DE INSPECCIÓN NACIONAL

Resumen: El objeto de este estudio es el ocio en los asilos modernos. El objetivo es determinar el papel del ocio en estas instituciones. Investigación documental con enfoque cualitativo. Se utilizaron datos secundarios recuperados de cuatro informes de inspección nacionales. Los datos revelan que el ocio en los asilos modernos está guiado por la concepción del demente y el consumidor de drogas como un individuo problemático y desviado, que debe ser controlado. Cuando existen, las actividades de ocio se centran en pocos elementos de la cultura corporal y asumen la perspectiva utilitaria del ocio. Por tanto, la presencia de ocio no es en sí misma un indicador de buen funcionamiento. Esto no quiere decir que el ocio solo esté subsumido, sino que presenta las contradicciones institucionales del manicomio.

Palabras-clave: Servicios comunitarios de salud mental. Salud colectiva. Actividades recreativas.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como um de seus objetivos o acesso aos serviços de saúde mental, considerando o atendimento integral. Nesse sentido, a articulação da Rede de Atenção Psicossocial é uma necessidade para garantir os princípios da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, todavia, ainda é um desafio (DESINSTITUTE, 2021), visto que o Brasil traz marcas de uma sociedade conservadora e isso se reflete nas políticas relacionadas ao cuidado e aos modos de produzir saúde no cotidiano da rede de serviços do SUS. Na atualidade, as políticas avançaram para ampliar a rede de serviços e as ações da saúde mental, reduzindo leitos psiquiátricos e aumentando o investimento na rede extra-hospitalar. Por outro lado, esses avanços coexistem com práticas manicomialis que reproduzem as velhas marcas de crueldade, violência, abandono, destituição de dignidade e privação da liberdade.

Sabe-se que o tratamento medicamentoso para combater a loucura é a prioridade na psiquiatria positivista, especialmente nos hospitais. No entanto, outras intervenções vêm sendo oferecidas, entre elas é possível destacar as atividades de lazer. Espera-se que elas possam estar inseridas em um projeto coerente com o modelo de atenção à saúde mental brasileiro e com o princípio da desinstitucionalização.

Diante deste cenário e visando contribuir com o aprofundamento de pesquisas nesse campo, elencamos como objeto deste estudo as atividades de lazer, reportadas em relatórios de inspeção realizados em diferentes instituições na área da saúde mental: Hospitais Psiquiátricos - HP (CFP *et al.*, 2019); Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP (CFP, 2015); Comunidades Terapêuticas - CT (CFP *et al.*, 2018); e Locais de Internação para Usuários de

Drogas - LIUD (CFP, 2011). O acompanhamento do desenvolvimento desses serviços contribui para a análise do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

Os atores envolvidos nas inspeções e na produção dos relatórios foram reunidos por iniciativa do Conselho Federal de Psicologia, no contexto da luta antimanicomial, e não estão ligados diretamente ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH Psiquiatria). Eles são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Relatórios nacionais de inspeção.

Documentos	Objeto inspecionado/ Modelo de instituição	Quantidade de instituições inspecionadas	Atores envolvidos	Ano
Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas	LIUD	68	CDH/ CFP ⁵	2011
Inspeções aos manicômios: relatório Brasil	HCTP	18	CDH/ CFP; CPJ/ CFP ⁶	2015
Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas	CT	28	CFP ⁷ ; MNPCT ⁸ ; PFDC/ MPF ⁹	2018
Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional	HP	40	CFP; MNPCT; CNMP ¹⁰ ; MPT ¹¹	2019

Fonte: elaboração própria.

O pressuposto deste estudo é que as atividades de lazer são elementos constitutivos da prática cotidiana e ambiência em serviços de saúde mental. Isso não significa, todavia, que a centralidade das atividades de lazer é terapêutica ou que a sua fruição está alinhada à perspectiva antimanicomial, conforme Pasquim, Campos e Soares (2020). O objetivo desta pesquisa é determinar o papel do lazer nessas instituições.

MÉTODO

Pesquisa documental (GIL, 2019) de abordagem qualitativa que parte da perspectiva da

⁵ CDH/ CFP - Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia.

⁶ CPJ/ CFP - Comissão de Psicologia Jurídica do Conselho Federal de Psicologia.

⁷ CFP - Conselho Federal de Psicologia.

⁸ MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura.

⁹ PFDC/ MPF - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/ Ministério Público Federal.

¹⁰ CNMP - Conselho Nacional do Ministério Público.

¹¹ MPT - Ministério Público do Trabalho.

Saúde Coletiva (SOARES, TRAPÉ, YONEKURA e CAMPOS, 2014). Utilizaram-se dados secundários buscados em quatro relatórios de inspeção nacionais (CFP *et al.*, 2019; CFP *et al.*, 2018; CFP, 2015; CFP, 2011).

As estruturas dos relatórios são distintas. Os relatórios das inspeções em LIUD e HCTP detalham instituição por instituição inspecionada, enquanto os relatórios em CT e HP sistematizaram o conjunto de informações de todas as inspeções, assim como apresentaram suas propostas de cuidado. Todavia, todos apresentaram alertas objetivos sobre possíveis irregularidades e tomaram o lazer como direito fundamental, conforme Lei 10.216, de 2001 (BRASIL, 2001). Neste caso, a leitura completa e não apenas a leitura de trechos isolados foi o que permitiu a identificação das informações analisadas.

Cada relatório foi lido na íntegra por dois pesquisadores com experiência na área da saúde mental. Foram localizados trechos que mencionaram atividades lúdicas, recreativas e ambiência¹². Esses achados foram denominados como lazer em serviços de saúde mental, conforme Pasquim e Soares (2015), os quais podem ou não estar em sintonia com um determinado projeto de cuidado. Por conveniência, consideraram-se as visitas como atividades de lazer apenas quando essas eram atividades externas e não quando eram visitas de terceiros aos internos. Ademais, os espaços físicos só foram considerados ambiência para o lazer quando permitiam alguma ação livre, por exemplo, a circulação no pátio. Neste caso, a chamada laborterapia não foi considerada como atividade de lazer, mesmo quando acontecia em ambientes externos, como hortas.

Cada relatório recebeu uma identificação (LIUD; HCTP; CT; e HP) para facilitar a identificação do objeto inspecionado e agregação dos dados, a saber: LIUD - *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*; HCTP - *Inspeções aos manicômios: relatório Brasil*; CT - *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*; HP - *Hospitais Psiquiátricos no Brasil: relatório de inspeção nacional*.

Após a extração dos dados, procedeu-se a uma agregação de achados em duas fases. Primeiro, foi realizada uma agregação por instituição dentro de cada relatório. Isso permitiu compor uma observação não fragmentada. Assim como permitiu identificar inspeções que não citaram nenhuma informação sobre o lazer. Em seguida foi realizado processo de agregação por relatório (ou seja, por tipo de instituição, a saber: LIUD, HCTP, CT e HP), permitindo observar padrões do papel do lazer em instituições similares.

A determinação do papel do lazer tomou como referência a técnica de triangulação de dados (GIL, 2019), a qual consiste em confrontar a informação obtida por distintas fontes de dados.

¹² Ambiência é a organização do espaço físico e social. Neste caso, a disponibilização de quadra poliesportiva, aparelho de televisão, mesa de ping-pong, piscina, pátio e áreas sombreadas.

A triangulação de dados consiste em usar diferentes fontes, sem usar métodos distintos.

As instituições, objeto das inspeções nacionais, serão descritas aqui como *manicômios modernos*, porque possuem características que visivelmente afrontam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas se modernizam em discursos e tecnologias, transformando o horror em uma suposta prática baseada em evidência (NADER, 2019).

RESULTADO

O objetivo principal das inspeções nacionais foi verificar as condições de privação de liberdade das pessoas internadas, sobretudo a existência de violação de direitos. Desse modo, os relatórios apresentados não estão voltados exclusivamente para a análise de um fenômeno social específico, tampouco constituem uma amostra estatística. Por isso, suas conclusões não devem ser generalizadas de maneira probabilística. Todavia, trazem uma representação ampla das situações concretas do cotidiano e das práticas adotadas nessas instituições. Além disso, elas contaram com ações interinstitucionais que articularam diferentes setores da sociedade, o que confere aos relatórios uma qualidade crível e confiável.

Os relatórios nacionais de inspeção sistematizaram mais de uma centena de visitas que apontam diversas violações de direitos nas instituições inspecionadas. Os relatórios registraram inspeções em 25 estados e no Distrito Federal. Há uma concentração nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro com 27 dos 63 municípios. Não foram realizadas inspeções no Amapá e no Tocantins (FIGURA 1).

Figura 1: Quantidade total de municípios visitados por estado.



Fonte: elaboração própria.

Foram encontradas 91 menções a atividades de lazer em LIUD, 22 em HCTP, 19 em CT e 60 em HP, totalizando 192 achados. Essa quantidade de citações evidencia que o lazer foi valorizado pelos representantes das instituições responsáveis pelas inspeções como um dos indicadores do cuidado em saúde mental.

A primeira agregação dos achados mostra as instituições onde foram identificadas atividades de lazer, a saber: 50 instituições em LIUD, 12 em HCTP, 13 em CT e 27 em HP, totalizando 102 instituições em que, ao serem avaliadas, identificou-se atividades de lazer.

Essa agregação permitiu observar que 52 inspeções (de um total de 154) não mencionaram nenhuma forma de lazer. Não é possível concluir que a falta de menção seja devido à inexistência deste, porque as inspeções não utilizaram um instrumento orientador que padronizasse a investigação (somente em HCTP consta uma ficha orientadora que trata das estruturas físicas e inclui o lazer), todavia é coerente pensar que essa ausência da informação não é apenas um simples esquecimento.

A segunda agregação resultou em quatro sistematizações por objeto inspecionado (QUADRO 2).

Quadro 2: Agregação por relatório de inspeção.

# instituições com atividades de lazer	Achados agregados por relatório
50 Locais de Internação para Usuários de Drogas (LIUD)	A menção às atividades de lazer aparece de modo genérico (19x), ou especificada em educação física, terapia ocupacional (sic), atividade de artes (pintura, música, dança), assistir à televisão ou filmes, passeio [externo], banho de rio, rapel, trilha, pesca, caminhada, leitura, esporte (futebol e vôlei), jogo e brincadeira, gincana, musculação, capoeira e judô. Há a supressão de atividades de lazer como forma de punição (14). O acesso às mídias é vigiado. Restrição do uso da televisão (16x), com permissão apenas de conteúdos evangélicos (8x). Não é permitido o uso de celular ou internet. Citam poucas bibliotecas (3x), todavia uma delas não pode ser acessada pelos internos. Outros espaços internos de lazer: academia/ sala de musculação (6x), piscina (3x), pátio (2x) e quadra poliesportiva (1x). Laborterapia como atividade de lazer (sic) (1x). Presença do profissional de educação física (3x).
12 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP)	É comum não ter espaço estruturado para ser ocupado de forma recreativa. Há ênfase no banho de sol em áreas sombreadas ou arborizadas e pátios. Dispõem de bibliotecas (2x), quadra esportiva (2x), sala de visitas (1x), sala de informática (1x), academia ao ar livre (1x). Há unidades com estrutura em potencial, como esteiras ergométricas, bolas em uma sala com ar-condicionado, que não são utilizados.
13 Comunidades Terapêuticas (CT)	Punição com “proibição do lazer” (4x). O acesso às mídias e outros meios de comunicação é restrito. O controle de tempo é rigoroso. A gestão das atividades é exclusividade da instituição. As atividades são assistir TV (9x), jogar futebol (3x), usar a piscina (2x), malhar na academia (2x), ir ao riacho (1x), visitar a família (1x), jogar pingue-pongue (1x) e bolinha de gude (1x) e ler (1x). Áreas próprias para a vivência coletiva ou recreação: salas de TV, salas de oficinas, área de jogos e academia.
27 Hospitais Psiquiátricos (HP)	A falta de atividade recreativa é a principal reclamação dos internos. Foram relatados a existência de pátio (17x), televisão (9x), quadra esportiva (3x) e academia (1x). O castigo por mau comportamento pode envolver a exclusão das atividades recreativas (4x). Há relatos de passeios extra-hospitalares (3x) escolhidos pela equipe técnica. Há menção de profissionais de educação física contratados (3x).

Fonte: elaboração própria.

Em todos os relatórios há padrões funcionalistas do lazer e dramáticas violações de direitos. Em LIUD, descreve-se uma lista de restrições e imposição de horários; a fruição do tempo é controlada em conteúdo, horário e pode ser vigiada. A ociosidade é marcante e as atividades recreativas pouco frequentes, apesar de diversificadas.

A marca mais evidente em HCTP parece ser a privação de liberdade. Neste caso, a ausência de espaços estruturados para as atividades de lazer é a regra. O acesso às áreas externas se dá em horários preestabelecidos e restritos. Algumas unidades possuem espaços internos potencialmente interessantes, com esteiras ergométricas, bolas em uma sala com ar-condicionado, mas não utilizam.

Em CT as atividades parecem ser mais frequentes e estruturadas, mas sempre em condições precárias. Há relatos sobre punição com proibição da participação em atividades de lazer. O acesso às mídias e outros meios de comunicação é restrito. A gestão das atividades é

feita exclusivamente pela instituição.

Em HP os aparelhos de televisão e som são utilizados apenas coletivamente. Os pátios são espaços normalmente descobertos, com muros altos, com bancos e chão de concreto. Eles são usados para atividades esportivas esporádicas, para circular ou descansar. Atividades no pátio também precisam ser autorizadas ou acompanhadas por um profissional responsável. Os pacientes ficam trancados e somente podem sair para o pátio no horário fixado. Algumas alas femininas não possuem pátio ou possuem em condições ainda mais precárias que as condições oferecidas em alas masculinas. Em complexos com adolescentes, o uso de televisão e som parece ser mais flexível, assim como as atividades recreativas parecem ser menos esporádicas. Mesmo assim, "alguns fogem apenas para dar uma volta e já retornam ao hospital". Por conta do ócio forçado, os internos passam a exercer funções das equipes de saúde como forma de passar o tempo. Há relatos de passeios extra-hospitalares escolhidos pela equipe técnica.

DISCUSSÃO

A partir de 2006, houve uma evidente mudança de perfil dos serviços psiquiátricos, materializada na redução de leitos em hospitais de grande porte, e também uma inversão de gastos que favorece os serviços extra-hospitalares. No entanto, o levantamento do Desinstitute (2021) denuncia que, desde 2016, há uma estabilização dos leitos públicos em hospitais psiquiátricos de grande porte e estrangulamento de gastos.

Nesse contexto de retrocesso, a Nota Técnica 11/2019 vem de encontro à essência da Lei 10.216/2001 (Lei Paulo Delgado) ao propor a inserção dos "modernizados" hospitais psiquiátricos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e bonificar o uso das internações através do aumento da diária hospitalar em psiquiatria. Com isso, a tônica das ações governamentais já não é mais substituir o atendimento nos manicômios modernos por formas de cuidado em liberdade inseridas no território, com manutenção do convívio social e da vinculação afetiva dos usuários. Sob a égide de pluralizar as opções terapêuticas e prover atenção integral, são invisibilizados os espaços já previstos para atender a agudizações, como o CAPS AD III e os hospitais gerais com leitos psiquiátricos (Portaria nº 130/2012).

Apesar desse desmonte da política de saúde mental, o Brasil é signatário de tratados internacionais, assim como possui leis e regulamentação específica sobre os direitos humanos que devem ser garantidos no cuidado em saúde mental (SILVA, 2013). Os Relatórios Nacionais de Inspeção aqui analisados tomaram como parâmetro os aspectos principais da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Segundo a Lei Paulo Delgado, referência de base da atual Política Nacional

de Saúde Mental, o tratamento em regime de internação oferecerá assistência integral, incluindo serviços de lazer.

Com efeito, Pasquim e Soares (2015) defendem que as atividades de lazer na saúde mental devem ser compreendidas como componente que responde às necessidades humanas. Ademais, elas não são estratégias novas nos serviços de saúde mental. Em verdade, elas já existiam nos antigos manicômios a partir da influência da reforma psiquiátrica e psicoterapia institucional francesa (PASSOS, 2009) e muitas delas mantêm ainda hoje características manicomialis (PASQUIM, CAMPOS, SOARES, 2020).

Destaca-se que as práticas de lazer identificadas aqui nos relatórios nacionais de inspeção parecem guardar certa similaridade com o objetivo do lazer nos antigos manicômios, descrito por Pessotti (2001), como estratégias de distração e tratamento moral, que se submetia ao saber médico (AMARANTE, 2016). O poder médico nestas instituições é materializado na forma de *“administração de medicação antipsicótica em usuários sem sintomas psicóticos (...) e o encaminhamento para a ala de cuidado intensivo, onde são amarrados e sedados (CFP et al., 2019, p.209). O tratamento moral pode ser identificado, por exemplo, no trecho: “De acordo com as informações das pessoas internadas, a punição às regras é ficar sem o lazer ou realizar a leitura do Salmo 119” (CFP, 2011, p. 27).*

Os resultados desta pesquisa mostram que as atividades de lazer estão centradas em poucos elementos da cultura corporal, especialmente aqueles que oportunizam pactuações pela sua ameaça de supressão, como uma “moeda de troca”, e que potencializam mudanças de maus hábitos, como o combate à ociosidade e às drogas. Como pode ser verificado no excerto:

Apesar de a direção da clínica e de alguns funcionários informarem que as medidas tomadas nesses casos [de tentativas de fugas ou expressão do desejo de sair a familiares] eram solicitar que lavassem a louça, retirar lazer e cigarro, houve relatos dos internos do uso do “danoninho” como forma de sanção. Em caso de recusa à mistura via oral, seria aplicada a medicação injetável. Informaram que tal medicação deixava o corpo mole e cansado, a ponto de dormirem o dia todo, urinarem em suas camas e se machucarem, muitas vezes por quedas decorrentes do efeito de sonolência provocado pela medicação (CFP *et al.*, 2018, p. 121-122).

Esse lazer manicomial orienta-se para a ocupação de tempo e distração, assumindo uma postura passiva e impotente diante de questões sociais que sustentam o mal-estar contemporâneo. Nesse sentido, as atividades de lazer estão submetidas a um processo que tensiona e é tensionado para a institucionalização e medicalização. Por isso, condena a transgressão e, em alguns casos, a punição é a regra, especialmente quando o objeto de cuidado é o consumo de drogas. Esta concepção foi chamada por Pimentel (2012, 309) de neohigienista e de “reprodução da moralidade vigente, notadamente um ato de normalização disfarçada”.

Há ainda relatos sobre atividades que mobilizam maiores gastos calóricos e impactos na dimensão orgânica, como o futebol e a academia. De fato, Antunes, Neves e Furtado (2018, p. 15) indicam que essas atividades podem ter importante papel, no entanto, precisam “assumir um caráter qualitativamente distinto das propostas caracterizadas pelo receituário moralizante” do lazer ativo, porque, para responder necessidades, as atividades de lazer precisam extrapolar a mera realização de atividades físicas, entendidas como gasto de energia.

Apesar das suas especificidades, todos os relatórios evidenciam a intenção institucional de controle de conteúdo e de tempo para a fruição do lazer. Essa reprodução cotidiana da institucionalização deixa marcas profundas na subjetividade, como as chamadas “neurose institucional”, de Burton (2017).

Em síntese, algumas formas mencionadas nos relatórios parecem comuns a todos os manicômios modernos e anunciam características das instituições totais, conforme Goffman (2019), como a heterogestão das atividades de lazer. Os dados desta pesquisa revelam que as atividades de lazer nos manicômios modernos possuem algumas especificidades por tipo de instituição, relacionadas aos diferentes objetos de cuidado (loucura ou dependência química), como a presença de pátios para banho de sol em HP e HCTP, e a supressão do lazer por mau comportamento em LIUD e CT.

A presença de estruturas e equipamentos que compõem a ambiência do lazer nos manicômios modernos não estão articuladas a um Projeto Terapêutico Singular - PTS¹³, formulado para o cuidado, tampouco para a criatividade ou para a produção de vida. Essas estruturas compõem um conjunto orientado pela concepção do louco e do consumidor de droga como um indivíduo problemático e desviante, porque ameaça as regras da instituição e porque pode fugir. Por isso, ele deve ser controlado.

Essa ideologia legitima o tratamento moral e autoritário dispensado por funcionários da instituição. Por isso, as práticas de lazer identificadas nesta pesquisa são, em grande medida, monitoradas ou vigiadas por funcionários, profissionais de saúde ou não. Para Basaglia e Basaglia (1981), os trabalhadores de manicômios são “funcionários do consenso”, que legitimados socialmente pelo paradigma de determinação biológica da doença mental, organizam a cultura e a hegemonia de valores dominantes, bem como o exercício da força nos momentos de crise. Por isso, potenciais executores de “crimes de paz”.

Para Saraceno (2001) algumas atividades ditas terapêuticas, inseridas em manicômios, tinham como objetivo o entretenimento, no sentido de “manter dentro”, ou seja, controlar o tempo

¹³ O Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de práticas articuladas, voltadas para responder às necessidades de um sujeito ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe (BRASIL, 2010).

dos internos como um fim em si mesmo. Um evidente sinal de impotência. Algumas dessas práticas não foram superadas como pode ser observado nos resultados da pesquisa.

Do ponto de vista do manicômio, o que se quer é intervir sobre o objeto doença (seja a loucura ou a dependência química), como estado determinado biologicamente, ignorando o objeto das práticas desinstitucionalizadoras que estão orientadas para o processo de existência-sofrimento. Nesse sentido, é fundamental produzir reflexões críticas à experiência manicomial.

Contudo, o lazer em hospitais psiquiátricos têm sido foco de poucas pesquisas. Da Rocha, Maia e Martins Junior (2008) analisaram a importância da recreação e do lazer para os pacientes de um hospital psiquiátrico em Maringá-PR. Os resultados demonstraram que a prática de atividades prazerosas e criativas podem contribuir para a recuperação, para a qualidade de vida e para inseri-los de volta ao meio social. Já Trindade (2006) identificou as contribuições das atividades desenvolvidas por profissionais do lazer no processo de humanização de um hospital psiquiátrico em Natal-RN. O estudo indicou que o lazer pode estimular a socialização, a inclusão social e a melhora no quadro clínico.

Outra pesquisa em hospital psiquiátrico realizada na década de 1980, também constatou o potencial do lazer como fruição (BUENO, 1981). A autora verificou o que os pacientes internados pensavam sobre o lazer, o que faziam para se distraírem e como percebiam o lazer no processo terapêutico e reabilitador. Constatou que os pacientes avaliam o lazer no hospital como distração, recreação, entretenimento, relaxamento, descontração, descanso; e que entendem que o lazer auxilia na reabilitação e a sentirem prazer, felicidade e alegria.

Como processo de humanização, as atividades de lazer apresentam um potencial de vivência, fortalecido por alguns trabalhadores: *“Sobre atividades de lazer, as profissionais da Psicologia e Assistência Social, recém contratadas, relatam estudar possibilidade para desenvolvimento de projetos de socialização e ações terapêuticas”* (CFP, 2015, p. 71). Nos resultados deste estudo é possível identificar que, apesar do manicômio, há resquícios de solidariedade, espontaneidade e prazer em diferentes momentos no futebol, na piscina e no riacho, anunciando possibilidades de humanização e resistências, mesmo que limitadas.

O que é coerente em parte, com a descrição do lazer como cultura - compreendida em seu sentido mais amplo - vivenciada em prática ou fruição (MARCELLINO, 2007). No entanto, Marcellino localiza a questão da cultura, como fenômeno historicamente construído, para o qual a busca pelo prazer, acompanha a construção de questionamentos sobre as estruturas sociais. Portanto, em oposição ao encontrado nos resultados desta pesquisa.

Como resistência, o lazer nos manicômios modernos surge como uma dimensão de um "tempo conquistado", como descreveu Bramante (1998), ou seja, que enfrenta, mesmo que

inconscientemente, a heterogestão do tempo e da vida, quando resgata a simplicidade do lúdico na bolinha de gude, no pescar e na possibilidade de fugir do manicômio “apenas para dar uma volta”.

Vale ressaltar que a ociosidade não é interpretado como um risco *a priori*, para o qual o regime permanente de ocupação seria sempre o ideal, senão um tempo com possibilidades inventivas, quando novas formas de valorizar a vida e as relações humanas podem ser criadas. Afinal, uma “grade de atividades pode se tornar um dispositivo de controle tão rígido como o são as grades das celas do presídio e do manicômio” (KINKER; IMBRIZI, 2015, p.71).

Nesse sentido, é necessário cobrar transparência na política pública de saúde mental, fiscalização e descredenciamento progressivo e pactuado de hospitais psiquiátricos e serviços com características asilares. Ademais, é necessário superar a prática sem planejamento ou prática pela prática. Neste caso, as atividades de lazer devem integrar o Projeto Terapêutico Singular - PTS, entendendo o lazer como parte do trabalho em saúde mental e não como apêndice ou trabalho voluntário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades de lazer não existem como processos isolados, senão em diálogo com o contexto. Por isso, não são por si só indicadores do cuidado humanizado. Isso não quer dizer que o lazer no manicômio moderno está apenas subsumido, mas que apresenta as contradições institucionais de desgaste que persistem apesar dos processos antimanicomiais em andamento.

Os dados desta pesquisa revelam que o lazer nos manicômios modernos está orientado pela concepção do louco e do consumidor de droga como um indivíduo problemático e desviante, que deve ser controlado. Quando existem, as atividades de lazer estão centradas em poucos elementos da cultura corporal e assumem uma perspectiva funcionalista do lazer, porque responde às necessidades institucionais de ocupação de tempo, de punição e de controle. Nesse processo, o lazer confere, contraditoriamente, legitimidade ao manicômio moderno.

Em outro sentido, entende-se aqui que as atividades de lazer deveriam estar associadas a intervenções com vistas à desconstrução da lógica manicomial.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 5a reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. 141 p.

ANTUNES, P. C; NEVES, R. L. R.; FURTADO, R. P. O Lazer em ações do Ministério da Saúde: ênfase no lazer ativo. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**. Belo Horizonte, v. 5, n. 2, p. 3-19, mai./ago. 2018.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. (orgs.). **Los crímenes de la paz**: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 1981. 351 p.

BRASIL. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 64 p. Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/10_0379_final_clinica_ampliada.pdf. Acesso em: 03 out. 2021.

BRASIL. **Caderno HumanizaSUS**. v. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p.

BRASIL. **Lei Nº 10.216** de 06 de abril de 2001. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10216&ano=2001&ato=b4foXWE5kMNpWT0b8>. Acesso em: 5 set. 2021.

BRASIL. **Nota Técnica nº 11/2019**. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 7 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130**, de 26 de janeiro de 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html. Acesso em: 03 out. 2021.

BRAMANTE, A. C. Lazer: concepções e significados. **Licere**. Belo Horizonte, v. 1, n. 1. p.9-17, set. 1998.

BUENO, S. M. V. **Contribuição ao estudo da aplicação do lazer no ambiente hospitalar**. Ribeirão Preto, 1981. 236p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BURTON, R. **Institucional neuroses**. eBook. 2 ed. Butterworth-Heinemann, 2017. 70 p.

CFP *et al.* **Hospitais Psiquiátricos no Brasil**: relatório de inspeção nacional. 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/12/549.3_ly_RelatorioInspecaoHospPsig-ContraCapa-Final_v2Web.pdf. Acesso em: 5 set. 2021.

CFP *et al.* **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 5 set. 2021.

CFP. **Inspeções aos manicômios**: relatório Brasil. 2015. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/inspecoes-aos-manicomios-relatorio-brasil/>. Acesso em: 5 set. 2021.

CFP. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos:** locais de internação para usuários de drogas. 2011. Disponível em: <https://www.crsp.org/uploads/impresso/498/cnD30XysCvB5RcqXHH82xF-trytDvuLI.pdf>. Acesso em: 5 set. 2021.

DA ROCHA, Bruno Ribeiro; MAIA, Diego Fernandes; MARTINS JUNIOR, Joaquim. A influência da recreação e lazer como elementos auxiliares na melhoria da qualidade de vida de doentes mentais de Maringá-PR. *In: MOSTRA INTERNA DE TRABALHOS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CESUMAR*, 4, 2008, Maringá.

DESINSTITUTE. **Painel Saúde Mental:** 20 anos da Lei 10.2016/01. Brasília: [s.n], 2021. 84 p.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2019. 159 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019. 248 p.

KINKER, F.; IMBRIZI, J. O Mito das oficinas terapêuticas. **Rev. Polis e Psique**, v. 5, n. 3, p. 61-79, 2015.

MARCELLINO, N. C. Lazer e Cultura: algumas aproximações. *In: MARCELLINO, N. C. (org.) Lazer e Cultura.* Campinas: Alínea, 2007. 224 p.

NADER, A. R. Os manicômios modernos e o horror 2.0. **Ponte Jornalismo**, 17 fev. 2019. Disponível em: <https://ponte.org/artigo-os-manicomios-modernos-e-o-horror-2-0/>. Acesso em: 5 set. 2021.

PASQUIM, H. M.; SOARES, C. B. Lazer, saúde coletiva e consumo de drogas. **Licere**, v. 18, n. 2, p. 305-28, 2015.

PASQUIM, H. M.; CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. Lazer Terapêutico: pesquisa-ação com trabalhadores de serviços de saúde mental, álcool e outras drogas. **Movimento**, Porto Alegre, p. e26004, 2020.

PASSOS, I. C. F. **Reforma psiquiátrica:** as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 244 p.

PESSOTTI, I. **O século dos manicômios.** São Paulo: Ed. 34, 2001. 304 p.

PIMENTEL, G. G. A. O passivo do lazer ativo. **Movimento**. Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 299 - 316, jul - set/2012.

SILVA, M. B. Um caso entre a saúde mental e os direitos humanos: as versões e a vítima. **Physis**, v. 23, n. 4, p. 1257-1275, 2013.

SARACENO, B. **Libertando identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2 ed. Belo Horizonte: Te Cora, 2001. 176 p.

SOARES, C. B.; TRAPÉ, C. A.; YONEKURA, T.; CAMPOS, C. M. S. Marxismo, trabalho e classes sociais: epidemiologia crítica como instrumento da saúde coletiva. *In: CARVALHEIRO, J. R.; HEIMANN, L. S.; DERBLI, M. (orgs.) O Social na Epidemiologia:* um legado de Cecília Donnangelo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2014. p. 119-48.

TRINDADE, C. D. Humanização hospitalar: a contribuição do profissional de lazer em instituições psiquiátricas. *Holos*, n. 22, v. 1, p. 83-96, 2006.

NOTAS DOS AUTORES

Declaração de conflito de interesses

O presente estudo não possui conflitos de interesse.

Contribuições dos autores

H.M.P. participou da concepção do projeto de pesquisa, planejamento, levantamento e interpretação de dados, redação e revisão intelectual crítica do texto; P.M.G.S. participou do levantamento, interpretação de dados e da redação do texto; A.P.P.S. e R.L.R.N. participaram da interpretação de dados, redação e revisão intelectual crítica do texto.

Endereço para correspondência

R. Silva Jardim, 136 - Vila Matias
Santos - SP, 11015-020

Submissão: 17/11/2021
Aceite: 19/10/2022