

O SUJEITO E A INSTITUIÇÃO: A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO POSSIBILIDADE DE (RE) CONSTRUÇÃO DA SINGULARIDADE

THE INDIVIDUAL AND THE INSTITUTION:
PSYCHIATRIC REFORM AS A POSSIBILITY OF
(RE) CONSTRUCTING SINGULARITY

EL SUJETO Y LA INSTITUCIÓN:
LA REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO POSIBILIDAD DE
(RE)CONSTRUIR LA SINGULARIDAD

Andréa Oscar¹
Annette Souza Silva Martins da Costa²
Paula Cambraia de Mendonça Vianna³

RESUMO

O artigo aborda a vivência do portador de sofrimento psíquico em uma instituição de assistência em saúde mental. Para isso, foi realizada uma breve revisão teórica focalizando o modo como são estabelecidas as relações do sujeito junto às instituições. Referimo-nos aos princípios da reforma psiquiátrica como possibilidade de repensar a relação sujeito/instituição, destacando-se a valorização do direito dos usuários como sujeitos e a construção de sua cidadania.

.PALAVRAS CHAVE: Transtorno Mental; Reabilitação; Desinstitucionalização; Hospital Psiquiátrico.

ABSTRACT

The article addresses the experience of the individual with psychic suffering in mental health care institution. To achieve this, a brief review of the literature was carried out to focus on how such relationships are established between the individual and the institutions. The principles of psychiatric reform are presented as a possibility to rethink the individual/institution relationship by emphasizing respect for users' rights as individuals and building of their sense of citizenship.

KEY WORDS: Mental Disorders; Rehabilitation; Deinstitutionalization; Psychiatric Hospitals

RESUMEN

El artículo enfoca la experiencia de individuos con problemas psiquiátricos en una institución de asistencia a la salud mental. Fue realizada una breve revisión bibliográfica sobre cómo se establecen las relaciones entre sujetos e institución. Mencionamos los principios de la reforma psiquiátrica como posibilidad de repensar la relación sujeto/institución, resaltando la valoración del derecho de los usuarios como sujetos y la construcción de su ciudadanía.

Palabras clave: Servicios de Salud Mental; Rehabilitación; Desinstitucionalización; Hospitales Psiquiátricos.

¹ Enfermeira; Especialista em Saúde Mental e Clínica; Estudante de Psicologia.

² Enfermeira; Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP; Professora assistente da Escola de Enfermagem da UFMG.

³ Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP; Professora adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG.

Endereço para correspondência: Rua Lunardi nº302, ap.101. Caiçara. Belo Horizonte/MG E-mail: andreaoscar@ig.com.br

INTRODUÇÃO

A reestruturação da assistência psiquiátrica, no Brasil, provocou modificações substanciais não apenas na estrutura física das instituições, mas, sobretudo, nas relações existentes entre a sociedade e a loucura. Com os novos pressupostos da Reforma Psiquiátrica exige-se uma nova construção do fazer e do saber sobre a doença mental e, principalmente, da identificação e construção social deste sujeito que emerge de dentro dos hospitais psiquiátricos, exigindo direitos, deveres e cidadania. Importante salientar que o novo modelo assistencial em saúde mental prega a desconstrução das relações de tutela, da subordinação ao poder institucional e explícita a possibilidade da convivência com a diferença em oposição a normatização do social.

Neste sentido, buscamos realizar, neste estudo, uma revisão bibliográfica que nos aponte para as novas relações que se criam entre o sujeito e a instituição após a implementação da reforma psiquiátrica, tomando como base as antigas construções institucionais e as relações de poder e dominação existentes.

O SUJEITO E A INSTITUIÇÃO

O modelo de atenção em saúde mental estabelece intermediações entre o técnico e o político e nele devem estar presentes os interesses da sociedade bem como o saber técnico, as diretrizes políticas e os modos de gestão dos serviços públicos. É por intermédio da definição de um modelo assistencial que elaboramos as ações de saúde a serem desenvolvidas, delimitamos o universo de atendimento, traçamos o perfil dos profissionais e os objetivos a serem alcançados. O modelo assistencial em saúde mental é, segundo Vianna⁽¹⁾, a mola mestra para a organização e direcionamento das práticas nesta área.

O modelo assistencial em saúde mental ainda tem sua atenção centrada no hospital psiquiátrico, embora existam avanços na tentativa de levar a ação para dentro da sociedade, pois é aí que se situa a origem da exclusão e da segregação do doente mental.

Realizando uma retrospectiva na história, verificamos que, na época da criação do asilo, buscou-se transferir o cuidado aos doentes mentais dos hospitais gerais para essas instituições, saneando a cidade e excluindo aqueles incapazes de participarem do processo capitalista vigente.⁽¹⁾ A criação do asilo teve como funções essenciais o tratamento médico, que reorganizaria o louco como sujeito da razão, a proteção aos loucos pobres e à sociedade. Dessa maneira, o hospício trouxe para dentro de si as contradições e as desigualdades de uma sociedade que busca a uniformização do social, um ideal de normalidade para sobreviver. É como se duas sociedades diferentes coexistissem lado a lado, uma escondendo as diferenças e contradições da outra.

Segundo Martinez⁽²⁾, a cultura jurídica e filosófica da cidadania foi elaborada para servir aos interesses da burguesia. Esta ascendeu gradativamente até conquistar a plena hegemonia social, política e econômica. Os iluministas, segundo o autor, não seriam nem sonhadores e nem utópicos, pois, na realidade, não pensavam na

igualdade da cidadania para todos. Estavam a serviço de interesses concretos de uma camada social bem determinada.

Portanto, o direito da cidadania não se estenderia a todos os habitantes da cidade. De acordo com os ideais de igualdade, liberdade e fraternidade trazidos pela Revolução Francesa, foi garantido, ao louco, o tratamento de sua enfermidade com o conseqüente afastamento do espaço social e sujeição às normas de controle em instituições distantes do espaço urbano, onde se pretendia conquistar, desta maneira, a sua reorganização como cidadão de direito, apto a viver em sociedade.

Ao retratar o processo de exclusão do doente mental e o saber científico baseado na razão, podemos citar a abordagem trazida por Machado de Assis⁽³⁾ em sua obra *O Alienista*. De forma irônica e realista, a narrativa propõe a problemática da exclusão do doente mental, expondo a loucura como uma “ilha perdida no oceano da razão”. A obra traça uma linha rígida de procedimento profissional, na medida em que o médico acata as prescrições da ciência como dogmas de fé e consagra a medicina como uma ciência baseada apenas na razão. Não há frestas para um olhar em torno da instituição onde é ambientada a narrativa: a “Casa Verde”. Esta instituição era desprovida das funções social e clínica, vazia de recursos materiais e de relações afetivas, onde o doente servia apenas “de cadáver aos estudos e experiência de um déspota”.

Se por um lado, observamos a razão tentando ordenar a doença através da cientificidade da psiquiatria sem a observância à singularidade das pessoas que ali viviam, por outro lado, defrontamo-nos com a miséria e o abandono existente dentro da instituição “Casa Verde”. Os internados ocupavam o manicômio, sem história, sem roupas e sem subjetividade.

Nesse sentido, Zenoni⁽⁴⁾ menciona a função social e clínica da instituição ressaltando que antes de ter um objetivo terapêutico, a instituição é uma necessidade social sendo que uma função não anularia a outra: “Sem o limite da função social, a instituição corre o risco de se transformar em um lugar de alienação, de experimentação e, sem o limite da função terapêutica, ela corre o risco de ser simplesmente suprimida”.

No que diz respeito ao saber médico, Basaglia⁽⁵⁾ afirma que “se a psiquiatria desempenhou um papel no processo de exclusão do doente mental quando forneceu a confirmação científica para a incompreensibilidade de seus sintomas, ela deve ser vista também como a expressão de um sistema que sempre acreditou negar e anular as próprias contradições, afastando-as de si e refutando sua dialética, na tentativa de reconhecer-se ideologicamente como uma sociedade sem contradições”.

No interior de uma instituição, há um conjunto de fatores sociais e administrativos favorecedores da segregação do doente mental. Goffman⁽⁶⁾ define uma instituição total como um “local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e totalmente administrada”. Segundo esse autor, são ca-

racterísticas dessas instituições: o planejamento racional e consciente que atenda aos objetivos da instituição; a separação física e psíquica do internado em relação ao mundo exterior; a ruptura com os papéis anteriormente desempenhados pelo internado; a restrição na transmissão de informações pela equipe dirigente; a grande distância social entre internados e dirigentes; a renúncia do internado à sua vontade em favor dos interesses da instituição e, sobretudo, a detenção do poder pela equipe dirigente. Podemos citar como instituições totais os manicômios, os asilos, os campos de concentração, as prisões e os conventos.

Nessas instituições, o sujeito é despojado de suas concepções. Existe apenas o mundo institucional com suas leis, normas, privilégios e castigos. A admissão do sujeito em uma instituição total pode ser marcada por uma grande mutilação do eu na medida em que é despojado dos seus bens, de suas vestes e de sua identidade. O paciente passa a ser mais um no meio de tantos outros e aprende a conviver com um anonimato forçado que lhe tira a voz e o poder de decisão sobre o seu destino. Daí pra frente, seu destino será traçado pelos dirigentes da instituição sem nenhuma preocupação com a singularidade de cada um. Existe, nas instituições totais, uma norma racional única.

Segundo Goffman⁽⁶⁾, o paciente utiliza diversas táticas de adaptação à vida institucional. Essas táticas de adaptação representam um esforço de sobrevivência do sujeito perante às novas situações vividas: o paciente pode afastar-se do mundo institucional, deixando de dar atenção às coisas que o rodeiam e centrar sua atenção apenas nos acontecimentos que dizem respeito à sua pessoa; o paciente, através da intransigência, pode desafiar a instituição intencionalmente (essa tática é transitória e é substituída por outra tática de adaptação); com a colonização, o paciente internado passa a conceber a vida institucional como o máximo, não existindo nada melhor (geralmente, são pacientes que apresentam problemas no momento da alta); o paciente, ainda, por meio da conversão, pode representar o papel de internado perfeito sendo mais disciplinado e moralista do que o colonizado.

De acordo com o referido autor, no interior de uma instituição o paciente experimenta sentimentos de fracasso e freqüentemente cria histórias que justificam e amenizam a sua situação atual.

Outro sentimento vivido pelo internado é de que o tempo passado na instituição é tempo perdido, destruído ou tirado da sua vida. Isso é intensificado pela perda do contato social e pela impossibilidade de adquirir coisas que possam ser transferidas e aproveitadas no mundo exterior. Goffman⁽⁶⁾ ressalta que esse sentimento é atenuado pela busca da cura.

A intimidade da pessoa internada é freqüentemente violada pela presença do outro, pois ele nunca está completamente sozinho, está sempre em posição de ser visto por alguém. Os quartos e banheiros que não se trancam, o uniforme que marca o poder institucional sobre a pessoa, a impossibilidade de se estar só e o compartilhamento de um espaço com pessoas nunca

antes vistas são exemplos da violação da liberdade e da autonomia do sujeito.

As atividades mais corriqueiras como barbear-se, ir ao banheiro, a liberdade de ir e vir, o uso de talheres para se alimentar são restritas ao poder de outros que podem ou não fornecer os instrumentos necessários para a realiza-las. A vida do internado é norteadada por uma sanção vinda de cima e, desta maneira, violenta-se a autonomia do ato.

Como afirma Miranda⁽⁷⁾, o tempo institucional “tem um significado diferente do tempo aqui fora. O relógio do tempo interno são as tarefas da enfermagem, a alimentação, as restrições e as permissões”. O tempo, portanto, é organizado para atender às necessidades da instituição e não as do doente. A rotina organizada possibilita que a equipe dirigente tenha total controle da instituição e não venha a se sentir ameaçada pelos imprevistos que possam surgir. É o poder de mando do opressor sobre o oprimido, entendido pelo internado como atos de bondade e caridade. “Antes de ser um doente mental, ele é um homem sem poder social, econômico ou contratual: é uma mera presença negativa, forçada a ser aproblemática e contraditória com o objetivo de mascarar o caráter contraditório de nossa sociedade”, ressalta Baságlia⁽⁵⁾.

Na instituição, mantém-se um policiamento contínuo sobre as emoções e os desejos que não podem ser ditos e nem vividos. Anestesia-se o afeto, pois ele desafia a norma. “Essa perspectiva, a da repressão, a da falsa neutralidade, leva à fantasia de que a loucura como desrazão transforma o desejo de todos em desvio”.⁽⁷⁾

A instituição, muitas vezes, é colocada no lugar de tratamento e de saber sobre a loucura. Neste posicionamento, a instituição marca uma impossibilidade de manutenção dos laços sociais, funcionando no processo de exclusão social do doente mental. A instituição, ao se erguer sobre um saber que supostamente detém, impossibilita o discurso do sujeito. É como se a instituição fosse “um enorme receptáculo cheio de um certo número de corpos impossibilitados de se viverem e que estão ali à espera de que alguém os tome e lhes dê vida à sua maneira: na esquizofrenia, na psicose maníaco-depressiva ou na histeria. Definitivamente coisificados”.⁽⁵⁾

A REFORMA PSIQUIÁTRICA: (RE) CONSTRUINDO A SINGULARIDADE

A manutenção do modelo hegemônico de atenção ao portador de doença mental centrado no hospital psiquiátrico deve-se a alguns fatores, entre eles: a insuficiência de recursos econômicos no desenvolvimento de programas comunitários substitutivos ao serviço hospitalar; o número reduzido de programas de saúde mental comunitária no atendimento aos pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos; a falta de preparação da sociedade para receber os pacientes desinstitucionalizados, bem como a falta de planejamento e inexistência de uma gestão unificada dos recursos públicos.⁽⁸⁾

No que diz respeito à assistência ao portador de sofrimento mental, podemos verificar que o modelo de

assistência que ainda predomina tem suas práticas centradas no atendimento terciário, tendo o hospital psiquiátrico como referência. Entretanto, importantes mudanças no sistema de saúde pública do País vêm acontecendo, possibilitando a criação de um cenário privilegiado para implementação de transformações significativas das práticas e saberes na área da saúde mental.

Esse novo cenário surge com a reforma psiquiátrica que, por meio do discurso de vários atores sociais, promove uma mudança de paradigma deslocando o lugar do louco, que antes era representado apenas pelo discurso da medicina. A reforma psiquiátrica representou uma estratégia fundamental para que ocorressem mudanças na assistência prestada ao portador de sofrimento psíquico do final dos anos 70 até os dias atuais, tendo como objetivo principal a desconstrução do processo de segregação social da loucura. Trata-se de um movimento que questiona as condições marginalizadas de vida e a forma excludente de atenção a que estão submetidas as pessoas com sofrimento mental.

A Reforma Psiquiátrica é um processo histórico de formulação crítica e prática de propostas mais ousadas, que visam o resgate da cidadania através do desmonte progressivo dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos, tais como centros de referência em saúde mental, hospital-dia, centro de convivência e ambulatórios⁽⁹⁾. Trata-se de um movimento em prol da construção da cidadania e da reabilitação psicossocial do portador de sofrimento psíquico.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica surge de forma mais concreta em fins da década de 70. As imagens de pacientes psiquiátricos flagrados em pleno abandono nos pavilhões, corredores e quartos de manicômios brasileiros assustaram o país nas décadas de 70 e 80. Nos anos 80, com a Reforma Sanitária, privilegia-se no campo da saúde mental a discussão e a adoção de um movimento de humanização da assistência ao doente mental. Esse movimento, que até então se restringia à humanização dos hospitais psiquiátricos, amplia-se com discussões sobre as possibilidades de atendimento fora do hospital. Surge o movimento chamado de desinstitucionalização.

Desinstitucionalização toma um significado de desconstrução do processo de segregação social da loucura, e, ao mesmo tempo, de recomposição da cidadania do doente mental. Segundo Amarante, “não significa apenas desospitalização, mas desconstrução, isto é, separação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata (...) é um processo, não apenas técnico, jurídico, legislativo ou político; é acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”.⁽⁹⁾

Nesse sentido, o processo de desinstitucionalização, compreendido como a transformação da maneira de lidar com a experiência da loucura, não se identifica apenas com as propostas que objetivam a simples reorganização dos serviços extra-hospitalares, mas requer a produção de novas formas de pensar a instituição, perceber e interagir com a experiência do sofrimento psíquico.

Delineia suas práticas e saberes na construção de um novo modo de tratar e conviver com a loucura. Para Rotelli⁽¹⁰⁾, “esse processo dar-se-ia através de um trabalho terapêutico enriquecedor da assistência global, complexa e concreta dos pacientes; construindo-se estruturas externas diferentes aos manicômios”.

No que diz respeito à desinstitucionalização como um processo, contrastando-a com a possível cronificação (institucionalização), mencionamos a problemática em torno das reinternações dos pacientes. Um dos condicionantes institucionais que confirma ainda o hospital como referência do tratamento da crise psíquica e reforça a exclusão e segregação do doente mental é o constante retorno do paciente à instituição hospitalar psiquiátrica. As reinternações do mesmo, bem como as internações prolongadas, acabam resultando na perda dos laços sociais e na dificuldade de readaptação dos pacientes à sociedade.

No que diz respeito a esses retornos, acreditamos que pacientes com história de várias internações estabeleceram, ao longo dos anos, vínculos apenas com a instituição hospitalar. A sua qualidade de vida, durante a permanência na instituição hospitalar, muitas vezes encontra-se empobrecida, com sérias limitações das habilidades sociais e da capacidade de autonomia para atividades da vida diária. Acreditamos, ainda, que o recebimento dos egressos e suas famílias pelos serviços substitutivos, no momento da saída da instituição hospitalar, é importante para a desinstitucionalização desses pacientes.

A desmontagem dos hospitais psiquiátricos e as mudanças de paradigma na assistência psiquiátrica, segundo Delgado⁽¹¹⁾, implicam a transformação das relações de poder, o rompimento com todo o sistema punitivo-coercitivo e o resgate da singularidade do doente mental, rotulado, durante décadas, apenas como “louco”. Para a superação do modelo hospitalocêntrico, é fundamental relativizar o poder para transformar as relações, as instituições e os contextos, acentua o autor. Isso significa reconstruir as bases objetivas dessa realidade, redimensionando os dados subjetivos que a sustentam.

A reestruturação da assistência psiquiátrica impõe, portanto, a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico e, ao mesmo tempo, propõe uma reflexão acerca do trabalho realizado nos serviços substitutivos.

Na tentativa de modificação das crenças e preconceitos da sociedade em relação ao doente mental, devemos nos atentar para a maneira como os profissionais entendem e lidam com a loucura. Dentro dos serviços substitutivos corremos o risco de repetir a mesma lógica manicomial se não rompemos com os paradigmas que fundamentam a assistência psiquiátrica. Desviat⁽⁸⁾ menciona que “o que faz a instituição não são os muros, mas as pessoas; os muros mais difíceis de se transpor são os criados pelas pessoas, porque estes têm uma consciência muito real”. Juntamente com pacientes e familiares, os profissionais devem ser vistos como seres ativos e empenhados na construção do projeto proposto pela reforma psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica permite a inclusão de conceitos importantes que por tantos anos estiveram fora do discurso no trato com a loucura: desospitalização, desinstitucionalização, reabilitação psicossocial, cidadão, sujeito. Os serviços substitutivos trazem consigo estes conceitos e estão ligados à noção de continuidade, pois devem ser dispositivos dinâmicos, que produzam ação e promovam uma nova concepção - a concepção da diferença. Não se trata de impor a igualdade, mas de garantir o respeito à diferença, "fazer das experiências da loucura algo que possa transmitir na cultura, sem exclusão da subjetividade, ou seja, sustentando a possibilidade do sujeito".⁽¹²⁾ Como diz Cavalcanti⁽¹³⁾ "o problema não está tanto em 'pirar ou não pirar' mas em o que se faz com esta 'piração' (...) ajudá-lo a fazer desta tragédia existencial algo que vale a pena".

O portador de sofrimento psíquico pode ser sujeito de sua própria história e para que isso seja possível é preciso extinguir a lógica manicomial que circunscreve o universo da loucura. A reforma psiquiátrica traz essa possibilidade de interação entre a sociedade, a loucura e as instituições. Assim, a sociedade pode aprender a entender e respeitar o "louco" em seu direito de ser o que ele é, em sua realidade psíquica. Trata-se, portanto, de um movimento que busca restituir ao "louco" o direito de expressar sua subjetividade com dignidade, sem estigmas, sem preconceitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desinstitucionalização como um processo, objetiva não apenas a reorganização dos serviços substitutivos, mas requer a produção de novas formas de pensar e interagir com a experiência da loucura, promovendo transformações na realidade assistencial. Salientamos que a desmontagem dos hospitais psiquiátricos implica também mudanças no saber e no fazer dos trabalhadores, seres de transformação do contexto e das relações.

Os princípios que norteiam a reforma psiquiátrica apresentam-se como possibilidades de mudança da relação sujeito/instituição. Sendo um processo complexo e em construção, gera experiências que conduzem ao aprendizado e ao aprimoramento na busca da melhor forma de lidar com a loucura. Transformando a realidade assistencial, a reforma psiquiátrica oferece um entrelace entre a cidade e a loucura, priorizando a dimensão da cidadania. Nesse sentido, transformam-se as relações, as instituições e o contexto, produzindo possibilidades para tornar-se sujeito.

Considerando todas as conquistas da reforma psiquiátrica, a política atual de saúde mental traz um avanço significativo em relação à política que tinha a hospitalização como único mecanismo para o tratamento do portador de sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Vianna P. A reforma psiquiátrica e as associações de familiares: unidade e oposição. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2002. (Tese, Doutorado).
- 2-Martinez P. Direitos de Cidadania: Um lugar ao sol. São Paulo: Scipione, 1996.
- 3-Machado J. O Alienista. Porto Alegre: L&PM, 1998.
- 4- Zenoni A. Qual a instituição para o sujeito psicótico? In: Psicanálise e instituição: a segunda clínica de Lacan. Belo Horizonte: Abreampcos. Ano 1, n.0 junho, 2000.
- 5-Basaglia F. A Instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- 6- Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- 7-Miranda C. O parentesco imaginário. São Paulo: Cortez, 1994.
- 8- Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- 9- Amarante P (organizador). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- 10- Rotelli F. A instituição inventada. In: Rotelli F, Leonards O, Mauri D, Riso D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.
- 11- Delgado P. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: Tundis SH, Costa NR (organizadores). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 2ªed.Petrópolis: Vozes, 1990.
- 12- Lobosque A M. Experiências da loucura. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
- 13-Cavalcanti MT. Sobre o tratar em psiquiatria. Arq Bras Psiq Neurol Med Legal, 2000.