



Associação Psicodélica do Brasil

## **O território como antítese do manicômio: a luta antimanicomial e seu caráter sociopolítico**

Débora Tarares (Psiquiatra – Integrante da APB)

Falar de luta antimanicomial é falar contra o manicômio, que significa, por sua origem etimológica “local de cuidar de loucos”. Essa luta foi e segue sendo importante, porque ela não apenas representa a luta contra um modo de tratar o sofrimento mental, mas também o combate a uma certa forma de entender as relações sociais e humanas. Ou seja, estamos falando do hospital psiquiátrico não apenas enquanto instituição, mas também enquanto representação de um modelo sociopolítico

Tradicionalmente, ao longo da história, os manicômios foram locais de exclusão, não apenas dos ditos loucos, mas também de outros indesejados sociais. Não é difícil imaginar, diante das relações de poder de sociedades patriarcais, que mulheres poderiam vir a ser trancafiadas ali por seus maridos ou pais devido a comportamentos fora da norma estabelecida, o mesmo podendo valer para indivíduos considerados desviantes por diversos motivos.

Os indivíduos internados em manicômios são isolados da sociedade e distanciados da vida em comunidade, seja pela localização desses hospitais em locais distantes dos centros urbanos, seja por serem locais fechados, com altos muros e esquema de segurança pesado. São locais de onde é difícil sair e onde as visitas de familiares e amigos são reguladas e limitadas, causando distanciamento não apenas físico, mas também afetivo e emocional.

Além disso, dentro do manicômio o sujeito se encontra em enfermarias de aspecto estéril, pobres de cores, sem representações de sua história pessoal, dividindo o espaço com desconhecidos, muitas vezes usando uniforme e sendo classificado por diagnóstico, até mesmo deixando de ser chamado por seu nome, podendo ser considerado como o número do leito que ocupa. Sendo submetida a regras e horários para refeições, sono e atividades, independentemente de suas preferências ou escolhas pessoais, no manicômio a pessoa se encontra então objetificada e desumanizada.

Associado a esse processo de exclusão, isolamento, submissão a regras rígidas e perda de individualidade está o paradigma biomédico do adoecimento mental. Por essa óptica, o transtorno mental pode ser reduzido a alguma alteração patológica localizada no corpo do indivíduo, e é agindo apenas sobre seu corpo, com procedimentos, cirurgias e medidas disciplinares que se vai chegar a um controle de seu problema comportamental. Não raramente os tratamentos se confundem com torturas e a tentativa de controlar e disciplinar leva a tratamento cruel e doloroso. O paradigma biomédico, portanto, reduz o transtorno mental a uma questão individual, desconsiderando seus determinantes sociais e ignorando que é nas relações humanas que se dá esse processo de sofrimento.

Duas são as principais consequências dessa visão reducionista do sofrimento mental. Primeiramente, considerar que há uma doença no indivíduo e rotular esse sujeito como um alienado, sem luz e, portanto, sem capacidade de pensamento racional, torna natural destituir esse indivíduo de sua cidadania e seus direitos políticos. O que está por trás disso é a lógica tradicional de considerar que a vida pública e o exercício da política deve ser reservado apenas àqueles supostamente dotados de capacidade racional normal ou mesmo especial.



Associação Psicodélica do Brasil

Em segundo lugar, essa lógica acaba responsabilizando unicamente o sujeito por seus problemas, o que acaba sendo a justificativa para seu isolamento e sua exclusão. Afinal, o problema está apenas com ele. Dessa forma, além de não envolver a família e a sociedade no problema da pessoa, ainda a coloca como descartável, objeto a ser eliminado. Deixa-se assim de acreditar na sua reabilitação, recuperação ou mesmo na condição humana dessa pessoa, não se apostando em suas potencialidades.

Muitas foram as críticas aos manicômios e às noções de normalidade e anormalidade ao longo do tempo. Basta lembrarmos da obra “O alienista”, de Machado de Assis, que abordava o tema em 1882. Mesmo antes disso, a loucura sempre ocupou lugar ambivalente na sociedade ocidental, pois não raramente artistas e sábios de vários tipos foram figuras excêntricas, fora dos padrões. Porém, apesar disso, foi apenas a partir do século XX que a figura do manicômio passou a ser mais fortemente questionada, inclusive por parte de alguns psiquiatras. Podemos, por exemplo, citar a psiquiatra Nise da Silveira que já na década de 1930 questionava o tratamento desumano nos manicômios e desenvolveu técnicas de arte-terapia, sob influência do pensamento junguiano. Nise teorizou sobre as relações entre a arte e as manifestações do inconsciente, mostrando que várias formas de expressão podem ser terapêuticas. Com essa aposta, ela descobriu verdadeiros artistas entre os internos dos manicômios, mostrando que valia à pena acreditar no potencial daquelas pessoas, até então tidas como inúteis ou descartáveis.

Mas foi principalmente após a segunda guerra mundial e a revelação dos horrores promovidos pelo nazifascismo que ganhou força na sociedade ocidental as ideias sobre direitos humanos. Após a criação da ONU em 1945, foi criada a OMS em 1946, ampliando o conceito de saúde e não mais considerando a saúde como simples ausência de doença e sim como completo bem-estar físico, psíquico e social. Assim, os determinantes sociais dos processos de adoecimento passaram a ocupar um lugar de relevância, permitindo a mudança da lógica do tratamento focado na figura do médico para uma visão preventiva e com tratamento multiprofissional.

Progressivamente vários movimentos de luta antimanicomial foram se fortalecendo no mundo. No Brasil essa luta esteve junto da chamada reforma sanitária, que buscava o desenvolvimento de um sistema de saúde público e universal. Com o fim da ditadura militar e a promulgação da Constituição de 1988, esses movimentos levaram à criação do SUS, seguindo a ideia de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Esse princípio constitucional tem muito significado dentro da discussão da causa antimanicomial. Primeiramente por considerar a saúde um direito e não algo que deva ser dado aos indivíduos como ato de caridade ou condicionado a capacidade financeira das classes privilegiadas. Além disso, a saúde passa a ser vista como um direito de todos, sem discriminação, o que significa que, independentemente de sua condição mental, suas dificuldades, suas deficiências, sua origem ou suas escolhas e ações passadas, todas as pessoas devem ter acesso à saúde. Por fim, a constituição coloca o Estado como responsável por prover a todos o acesso a saúde, sendo o Estado, em última instância, a representação da sociedade organizada de forma democrática e, portanto, dentro de uma lógica de solidariedade e inclusão.

Com a criação do SUS, a saúde mental passa a ser tratada dentro de um novo paradigma, agora apostando em agir sobre os determinantes sociais do adoecimento. Assim, a noção de território pode ser vista funcionando nessa nova lógica como a antítese da noção de manicômio. O conceito de território em saúde considera não apenas o espaço geográfico onde habita o



Associação Psicodélica do Brasil

sujeito, mas também suas relações familiares, com amigos, com sua vizinhança, as lideranças comunitárias, o serviço social, a escola, a igreja, os órgãos de segurança, suas relações de trabalho e, portanto, todo o seu contexto. Abordar a saúde mental do indivíduo em seu território significa corresponsabilizar sua família e seu entorno por seus problemas emocionais e comportamentais, formando uma rede que inclui não apenas os serviços de saúde, mas também outros setores de outros campos. Para isso, é fundamental deixar de focar e priorizar a figura do médico e apostar em equipes com profissionais de diferentes formações. A lógica do tratamento no território aposta na potência das relações e na reinserção social do indivíduo, mesmo diante de questões graves ligadas a saúde mental.

Mesmo em situações extremas nas quais o recurso à internação continua sendo necessário, o que se busca é que não seja necessário o isolamento do indivíduo em um hospital psiquiátrico, pois a rede de saúde mental do SUS deve contar com serviços no território para substituir o hospital, evitando o isolamento e a institucionalização. Em situações nas quais a internação tem agravantes maiores ligados a questões orgânicas e de clínica médica, são preconizados os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, sempre em rede com as equipes de atenção do território. Vale frisar que não há evidência científica para internação psiquiátrica de longa duração para nenhuma condição mental, nem mesmo as condições associadas a transtornos ligados a uso de substâncias psicoativas. Sendo assim, os serviços territoriais com funcionamento vinte e quatro horas por dia e os leitos psiquiátricos em hospitais gerais devem ser suficientes para a assistência a crises psiquiátricas graves.

Se os problemas mentais surgem a partir das relações humanas e de seu contexto social, é pela lógica do tratamento territorial e multiprofissional que se devem abordar essas questões, implicando família e sociedade no tratamento do indivíduo. O distanciamento e isolamento do indivíduo, além de criar estigma, o retira de seu meio social e o coloca em um ambiente de relações artificiais, onde o sujeito está muitas vezes infantilizado, quando não desumanizado. O que se observa na prática é que esse tipo de abordagem acaba tendo pouco valor terapêutico. Afinal, quando cessa a internação, o indivíduo volta a ter que lidar com as mesmas questões que estavam postas nas suas relações em seu território. Portanto, sem que essas relações sejam corretamente abordadas, dificilmente se chega a um processo terapêutico eficaz.

Dessa forma, não é exagerado apostar no fim de todos os hospitais psiquiátricos, pois, por mais que haja tentativas de humanizar esses espaços, o fato de eles não serem serviços territoriais e serem instituições maiores, pode acabar levando involuntariamente à ocorrência de práticas manicomial que, ao invés de auxiliarem o indivíduo, acabam por gerar em muitos casos agravamento de sua condição. Como se sabe, esse tipo de serviço continua existindo, como resquício de um passado recente ainda em reformulação. Mas, mais importante é entender que a lógica manicomial também continua existindo e ainda permeia a forma de pensar de muitos atores sociais. Por isso, a luta antimanicomial segue sendo necessária, contra a lógica da eliminação do diferente e a favor da solidariedade, do respeito à diferença e da busca da potencialidade humana por meio do exercício da liberdade e da pluralidade.

\*Texto decorrente da participação da Live: “Luta antimanicomial e psicodélicos”, da Associação Psicodélica do Brasil.