

CONSTRUÇÃO DA LOUCURA COMO CAMPO DE “CUIDADO”, A PARTIR DA AFIRMAÇÃO DO CAPITALISMO/MODERNIDADE

Vera Lúcia Pereira Lima¹

*“Minha loucura, outros que me a tomem
Com o que nela ia.
Sem a loucura que é o homem
Mais que a besta sadia,
Cadáver adiado que procria?”
Fernando Pessoa (1985, p.427)*

RESUMO: Este trabalho apresenta algumas reflexões sobre a produção de discursos sobre a construção da loucura e da sexualidade, questionando e refletindo sobre o possível exercício da sexualidade nas Residências Terapêuticas, numa tentativa de aproximação social. Interrogando qual o papel do cuidador no processo de reinserção dos moradores na comunidade. Convocamos a uma reflexão a respeito de olhares endurecidos sobre as sexualidades nas Residências Terapêuticas.

Palavras-chave: Loucura; sexualidade; Residências terapêuticas; cuidado; modernidade.

No início da Idade Média, a lepra, com seu caráter de doença crônica e incurável, instalou-se na Europa e ocasionava deformações físicas. Com isso trazia pânico, repulsa e certo ódio na população, estimulado pela Igreja Católica que via o corpo como uma imagem da alma, em que as moléstias da pele eram pecados que emergiam dela; assim além da ameaça da infecção no corpo acreditava-se também no risco da contaminação moral.

Segundo Foucault (1978, p. 9) o que escondiam atrás do discurso tomado como verdade, era o fato de que os sintomas da lepra pareciam-se com os das doenças venéreas. Nesse momento da história, o sexo era visto dentro da família como procriação e fora dela como promiscuidade, logo, a lepra era associada à perversão sexual e significava um símbolo visível do pecado. Entretanto, o que encobria-se era a violação sexual contra os preceitos inadmissíveis para Igreja Católica. Com isso o povo foi convocado a entregar qualquer pessoa com suspeita de lepra para serem julgados pela Igreja, que representava um saber absoluto. Essas pessoas eram condenadas a permanecerem até a morte nos leprosários.

Conforme Foucault (1978, p. 7), os hospitais na Europa, até o século XVIII, eram viveiros de pessoas renegadas pela sociedade, onde recolhiam os leprosos, mendigos, pessoas com deficiência física e os loucos. Nessa época os hospitais não funcionavam com intuito de tratamento, e sim como depósito de exclusão que ocultavam as pessoas consideradas inadequadas à sociedade, bem dizer, os improdutivos e aqueles que não contribuíam para o mecanismo capitalista.

Foucault (2014, p. 285) descreve que a associação da perversão sexual com a loucura foi produzida sob um olhar de transgressão das leis dos homens e da natureza. Podemos perceber que, puseram-se em funcionamento mecanismos específicos do saber médico a exercer o controle sobre o comportamento, com o pretexto de estabelecer limites. Nesse sentido, o sexo fora do propósito de procriação era demarcado

1. Psicóloga, graduada pela UNIABEU

como perversão sexual e a masturbação era o início do rompimento desse processo.

Foucault (2014, p. 48) apresenta a construção da terceira figura monstruosa como sendo essencialmente numa noção jurídica, em que o monstro é separado do indivíduo e que poderia ser corrigido enquanto criança masturbadora; essa ideia vem do final do século XVIII. Sob este aspecto, Foucault faz uma análise sobre a produção do conceito de anomalia e de como ele produziu um forte sentido no século XIX. Relata, ainda, que a concepção de anomalia estabeleceu-se sob três figuras: a do monstro humano, a do indivíduo a ser corrigido e a da criança masturbadora. Essa constituição foi alastrando-se e dominando o imaginário social.

Segundo Foucault (2014, p.47) a primeira figura, a *do monstro humano*, é produzida a partir de procedimentos e exames psicológicos, utilizados no setor penal, onde o plano da lei foi produzido conjuntamente como o cenário dessa referência. A definição de monstro, partindo do entendimento do autor, foi enraizada na noção jurídica e compreendida como uma violação das normas em dois sentidos, tanto numa violação às leis da natureza quanto nas leis jurídicas, fato que o autor configura como domínio jurídico-biológico. Nesse ambiente, a figura do monstro é vista como um fenômeno raro, um encontro de dois extremos e foram nesses mesmos extremos que o monstro humano foi apresentado, de uma forma mais oposta às normas. Foi sob esse aspecto que o autor compreendeu o discurso jurídico com o propósito de falar da lei e passou a apropriar-se da figura do monstro a partir da captura do discurso na criação da loucura.

O monstro é mencionado numa conjunção de poderes político-judiciários, conforme Foucault pode expor que a figura foi transformando-se desde o final do século XVIII conforme os lugares da família e da ampliação dos processos de discursos; percebe-se então que a existência do monstro significa recair sobre o homem, o ser humano, colocando-o, conseqüentemente, no patamar de fora da lei.

Já a segunda figura do monstro humano, “a criança masturbadora”, surge em desacordo com a primeira, como se fosse um rebelde que posiciona-se inferiormente à lei, uma forma violenta, entretanto “justificável”, pois é da ordem natural da contra-natureza. O discurso feito em relação à dimensão do comportamento monstruoso ocorre nas representações construídas culturalmente. Nessa segunda forma são estabelecidas figuras estereotipadas e marginalizadas e o exame psiquiátrico age como instrumento penal ratificando a produção e a condenação delas, associando-as automaticamente à figura do delinquente.

Foucault (1978, p. 9) menciona que após o fim das cruzadas e a conseqüente interrupção dos focos ocidentais epidêmicos, a lepra aos poucos foi ausentando-se, deixando esses lugares sombrios (que antes eram utilizados como depósito, mantidos bem longe da sociedade), como um espaço sem serventia e carregado de valores e imagens estigmatizadas: um ambiente impregnado da figura do leproso.

Não demora muito para que esses lugares sejam ocupados por pessoas que também não contribuíam para sociedade, assim como a figura delineada do louco e de todos aqueles que saíam dos moldes estabelecidos e que não conseguiam ter o controle de si mesmos, com a premissa do Estado amparado no saber médico que nesse momento já associava ao conceito de loucura, a concepção de doença.

Tratava-se de um período de exaltação à razão e do fortalecimento que necessitava de uma alavancagem econômica. Os loucos, então, tornavam-se uma ameaça nesse crescimento econômico, já que eles ocupavam o lugar dos desempregados e dos ociosos permanentes. Com a explicação médica da ausência da razão, eram internados com a justificativa de tratamento, mas que na verdade objetivava evitar qualquer conflito na economia. Dessa forma, a loucura passou a ser vista e tratada como uma doença.

A partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade de trabalho. Esta comunidade adquire um poder ético de divisão que lhe permite rejeitar, como num outro mundo, todas as formas

da inutilidade social. É nesse outro mundo, delimitado pelos poderes sagrados do labor, que a loucura vai adquirir esse estatuto que lhe reconhecemos. [...] Com efeito, a relação entre a prática do internamento e as exigências do trabalho não é definida inteiramente - longe disso - pelas condições da economia. Sustenta-a e anima-a uma percepção moral (FOUCAULT, 1978, p. 84).

Segundo Foucault (1978, p. 7) os hospitais na Idade Média “cuidavam” de pessoas socialmente excluídas, um recolhimento de vidas improdutivas como idosos, criminosos, inválidos, pessoas com doenças venéreas, pessoas consideradas promiscuas com desejos sexuais constantes e a loucura era vista como uma aberração e uma encarnação do mal.

Percebe-se que a loucura é retirada do ambiente social com justificativas apoiadas no discurso científico, discurso-verdade, que apropriou-se da loucura, deslocando-a e moldando-a aos contornos do saber médico e que, mais tarde, a partir do século XIX seria produzida no setor jurídico.

Em toda a Europa o internamento tem o mesmo sentido, se for considerado pelo menos em suas origens. Constitui uma das respostas dadas pelo século XVII a uma crise econômica que afeta o mundo ocidental em sua totalidade: diminuição dos salários, desemprego, escassez de moeda, devendo-se este conjunto de fatos, muito provavelmente, a uma crise na economia espanhola. Mesmo a Inglaterra, o menos dependente desse sistema dentre todos os países da Europa ocidental, vê-se às voltas com os mesmos problemas. Apesar de todas as medidas tomadas para evitar o desemprego e a queda dos salários, a pobreza não deixa de aumentar no país (FOUCAULT, 1978, p. 75).

Foucault (1978, p. 95) examina que no final do século XVIII algumas formas de pensamento, como a do francês Marquês de Sade, que deu origem à palavra sadismo, contando em livros suas experiências sexuais um tanto incomuns. Sua obra mais famosa (Os 120 Dias de Sodoma) expõe pensamentos como de alquimia, práticas de profanação ou também outras formas de sexualidade que eram vistas como uma conexão direta com aberração e a loucura.

Podemos dizer que a figura do monstro masturbador (sexual) vinha para estabelecer uma repressão com uma lógica racional, já que a truculenta não funcionava mais. Foi assim que a sexualidade infantil foi vigiada constantemente desde o século XVIII, ao dessexualizar a infância com a intenção de intervir no adulto sexual. Esses limites entre a perversão sexual e a anormalidade foram determinados ao longo dos séculos sob um discurso constante na construção da loucura.

Segundo Foucault (2014, p. 298) o campo da anomalia é atravessado desde sua construção pelo problema da sexualidade, e ele aponta dois elementos: o da hereditariedade e o da degeneração. A construção da teoria dos instintos e a teoria de suas aberrações foram desenvolvidas pela psiquiatria que apropriou-se do prazer utilizando-o como objeto de estudo. Essas teorias dominaram o mundo a partir da metade do século XIX.

De acordo com Canguilhem (2011, p. 10) os dois modos históricos de observar as objeções do Normal e do Patológico são feitas por meio das ciências médicas. Na medicina egípcia havia uma visão sobre o Ser: a doença representava conflitos internos individuais naturais e a cura só era possível através dos rituais de magia. A doença era uma espécie de possessão do mal encarnado no corpo. Já a medicina grega era totalmente oposta, a visão era dinâmica, acreditava-se que a doença era totalizante provinda de um desarranjo no equilíbrio entre a natureza e o homem. Para os gregos a doença estava localizada no homem como um todo e não apenas numa parte dele, as situações fora do corpo não era a razão da doença e sim das circunstâncias.

Canguilhem (2011, p. 21) verifica que o patológico não são apenas alterações quantitativas do estado normal, já que o individuo abrange infinitas possibilidades de modificações ao longo da vida. A busca pela normalidade significava a procura do equilíbrio, eliminando a doença.

Vale ressaltar que o termo normal está relacionado a normas e preceitos que, segundo Canguilhem (2011, p. 195) é o ajuste central partindo de uma decisão normativa que estipula deliberações.

Segundo Canguilhem (2011, p. 129) a fronteira entre o normal e o patológico torna-se incerto, já que qualquer norma ainda que científica tenha o propósito de delimitar a patologia, ao apresentar um fundamento moral. Ressalta-se que a medicina é moral, uma vez que sua ação é determinada por valores entre a saúde e a doença, classificando-os. Sendo assim a doença não é uma oscilação em perspectiva à saúde; ela é um aspecto da vida.

Pensamos que na sociedade capitalista o estado patológico de um sujeito, significa não saber lidar com o meio e que o descuido na captura dessas normas que ocasiona um sujeito adoecido. Portanto, o curar constituía-se na adequação à normatividade, visando um melhor entendimento dessas normas. Restaurar e reaver o individuo consumidor e produtivo, onde loucura não tinha vez.

Canguilhem (2011, p. 140) utilizou-se da expressão “luxo biológico”, ao referir-se às normas biológicas, em que o corpo submete-se ao meio e às suas necessidades, quando apresenta um desempenho excepcional nas desordens orgânicas.

Podemos dizer que a concepção do sujeito que goza da boa saúde e a possibilidade de poder cair doente com o propósito de recuperar-se, nos faz pensar o quanto o individuo é capturado através dos discursos de normalidade. Produzindo um sujeito que apesar das adversidades na luta para manter ou recuperar a saúde, não foge das obrigações, deveres morais e sociais. Na quebra dessa dinâmica haveria automaticamente um desequilíbrio no individuo ocasionando uma patologia.

Canguilhem (2011, p. 140) afirma que a doença não pode ser entendida somente no estudo e análise do funcionamento do organismo durante uma patologia. Já que é o individuo enfermo que situa e demarca através dos seus valores subjetivados o estado da doença e do sofrimento.

Nesse sentido é válido pensar que a loucura não pode ser compreendida em relação à doença como algo posto na margem da definição do autor, uma vez que uma boa parte dos loucos não têm consciência do seu “adoecimento”. Sendo assim a loucura é mais uma vez silenciada.

A saúde é um conjunto de seguranças e seguros (o que os alemães chamam de Sicherungen), seguranças no presente e seguros para prevenir o futuro. Assim, como há um seguro psicológico que não representa presunção, há um seguro biológico que não representa excesso, e que é saúde. A saúde é um guia regulador das possibilidades de reação. A vida está, habitualmente, aquém de suas possibilidades, porém, se necessário, mostra-se superior à sua capacidade presumida. Isso é patente nas reações de defesa do tipo inflamatório. Se a luta contra a infecção obtivesse vitória imediata, não haveria inflamação. Se as defesas orgânicas fossem imediatamente forçadas, também não haveria inflamação. Se há inflamação é porque a defesa anti-infecciosa é, ao mesmo tempo, surpreendida e mobilizada. Estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico (CANGUILHEM, 2011, p. 140).

Segundo Foucault (2014 p. 70) no século XVII o poder dominante atuava como reparação a fim de restituir o que foi perdido: o poder de controle. O crime que era considerado intensamente cruel deveria ser punido da mesma forma, ou melhor, o castigo deveria ficar num patamar mais elevado. Isso ocasionava rituais bárbaros, torturas medievais, onde o crime não ficava em suspenso, havia sempre um excesso de poder punitivo capaz de sobrepor-se o crime.

Verificar-se então que até o final do século XVIII a economia do poder punitivo era tão totalitária que ninguém podia ousar em questionar verdadeiramente sobre a natureza de um crime e, sobretudo a natureza do crime monstruoso.

O crime e seu castigo só se comunicam nessa espécie de desequilíbrio que gira em torno dos rituais da atrocidade. Com isso vocês estão vendo que não havia monstruosidade do crime que pudesse contar, porque, precisamente, por mais monstruoso que pudesse ser um crime, por mais atroz que

se manifestasse, sempre havia um poder a mais; havia próprio da intensidade do poder soberano, algo que permitia que esse poder sempre respondesse a um crime, por mais atroz que fosse. Não havia crime em suspenso, na medida em que, do lado do poder encarregado de responder ao crime, sempre havia um excesso de poder capaz de anulá-lo. E por isso que, diante de um crime atroz, o poder nunca precisava recuar ou hesitar: uma provisão de atrocidades intrínseca a ele lhe permitia absorver o crime (FOUCAULT, 2014 p. 71).

Conforme Foucault (2014 p. 73) que por conta de sucessivas invenções científicas e industriais, afirma que houve uma transição abrupta na economia do poder. Nesse momento o poder era exercido sutilmente, já que o sistema capitalista tinha necessidades diferentes, o poder de vigiar começava a configurar-se na sociedade capitalista como uma forma de disciplinar o povo.

É válido ressaltar que no contexto moderno, a punição e o julgamento são exercidos pelo dispositivo penal, um instrumento com um refinamento nos discursos que antes na era medieval era de forma vingativa. Na modernidade esse poder passou a ser dividido de forma simulada; os corpos são vigiados e controlados não apenas pelo o discurso médico, mas, também, por um discurso jurídico, uma sociedade capturada nos discursos na concepção da loucura. Foi através dessa vigilância constante que o referido autor constatou que o poder apreendeu o corpo social, disciplinando toda uma estrutura, enfraquecendo qualquer resistência.

Foucault (2014, p. 94) descreve três casos criminais que aconteceram no século XIX. O caso da mulher de Sélestat, o caso de Papavoine e por fim o caso Henriette Cornier. Nos quais ele começou a ampliar o conceito psiquiátrico de instinto, que segundo o autor, a anomalia estabeleceu-se sob essas três figuras monstruosas, assim como foi citado antes aqui. A argumentação em volta do instinto é colocada como um desejo quase que irresistível de cometer atos sangrentos. Os advogados da réu Henriette Cornier em que era acusada de matar a filhinha da sua vizinha e comido a perna dela com repolho, cogitava a possibilidade de sua cliente ser condenada à morte; diante dessa possibilidade os advogados colocaram como argumento o instinto. Uma forma de justificativa daquele que por anomalia psíquica, retardo mental não podem responder por si judicialmente, considerados inimputáveis.

Nesse mesmo viés percebemos que criam-se transtornos, desvios e disfunções sexuais, na qual o sujeito passa a acreditar e a sentir um desconforto, sobre os próprios desejos, sentimentos e afetos. Colocando a sexualidade num padrão estabelecido. Caso a sexualidade do indivíduo desviasse desse padrão, automaticamente era capturado nessa dinâmica, acreditando na necessidade de revelar o seu pecado. A sexualidade fora dessa classificação estabelecida é considerada uma anormalidade sexual, um crime de conduta.

Foucault (2014, p. 15) elucidou que os exames psiquiátricos entravam com o papel de autenticar o caráter peculiar da personalidade do acusado, logo o comportamento delinquente desde a infância colocava o acusado automaticamente na posição de condenado.

Diz-se então, que foi a partir do instinto que a psiquiatria do século XIX norteou todas as alterações e falhas (por menores que fossem) de conduta que não eram referentes à loucura. A partir dessa lógica, Foucault (2014, p. 16) esclarece os discursos médicos sobre a sexualidade e persiste em afirmar que ao falar sobre a sexualidade, não significava que não existia censura, pelo contrário, a censura existe na indução da revelação. A sexualidade é construída na revelação, não que esta sexualidade revelada seja a praticada, mas é conduzida a ser revelada e é esse poder que irá sustentar a prática da revelação.

Essa prática da revelação é o que Foucault (2014, p. 145) referiu-se ao ritual da penitência da Igreja Católica do início da Idade Média, em que funcionava como um regulamento e que foi se aprimorando ao longo dos séculos tornando-se permanentemente na vida das pessoas. As técnicas de confissão e o exame de consciência deslocavam-se para formas simbólicas, fazendo com que a revelação e o exame de consciência viessem a se tornar o próprio castigo.

Essa técnica aperfeiçoada, vigilante e constante do desejo significou uma culpa de si mesmo, que segundo Foucault (2014, p.1 47) havia uma série de simbolizações sobre o corpo, em que o mesmo era visto separadamente da alma: o corpo era a encarnação do pecado e precisava ser limpo e isso se dava através da confissão.

Nesse contexto podemos dizer que a técnica para se produzir aberrações foi aperfeiçoando-se na modernidade para se tornarem anomalias. Utilizava-se do processo de culpa dos desejos e prazeres como forma de controle para uniformizar toda uma sociedade. Os dispositivos institucionais serviam como procuradores dessa padronização do sujeito.

Esses métodos de subjetivação em relação ao corpo segundo Foucault (2014, p.175) foram perpassados por técnicas estabelecidas. Técnicas de poder e saber atuantes sobre um corpo, expondo-os uniformes, docilizados e cada vez mais competentes.

Temos todo um investimento do corpo por mecânicas de poder que procuram torná-lo ao mesmo tempo dócil e útil. Temos uma nova anatomia política do corpo. Pois bem, se em vez do exercito, das oficinas, das escolas primarias, etc., examinarmos essas técnicas da penitencia, o que se praticava nos seminários e nos colégios que se formavam a partir deles, veremos surgir um investimento do corpo que não e o investimento do corpo útil, que não investimento que se faria no registro das aptidões, mas que se faz no nível do desejo e da decência. Temos diante da anatomia política do corpo, uma fisiologia moral da carne (FOUCAULT, 2014, p. 166).

Segundo Foucault (2014, p. 74) a punição é um dispositivo do poder que se ampara na intensa vigilância a serviço dos dispositivos de justiça e de polícia. Um exercício constante de punição. Outra técnica do poder de punir vai ligar o crime e a sua punição, colocando de forma pública como sendo uma manifestação aberta a todos. Mas que na verdade o poder é controlado e repassado para as mãos dos próprios corpos vigiados, com a falsa sensação de que o mesmo exerce o poder. Outra característica que o autor constata é que deverá ser cumprido tão-somente o necessário para que não aconteça o crime novamente. Na medida em que se tinha o excesso de punição sobrepondo o crime a favor de uma nova economia, havia um equilíbrio entre crime e castigo. A razão do crime passa a ser a unidade de medida na punição.

Foucault (2014, p. 76) expõe que o novo sistema de punição é meticuloso, esse suposto novo saber é amparado pela legislação, onde a razão do crime é investigada e um dos princípios regentes é que o individuo não poderia ser condenado se constatasse demência. Neste sentido o poder de punir é suspenso para que o médico-psiquiátrico explique através de exames psicológicos as razões nas quais o acusado cometeu o crime. Esses exames técnicos fornecem provas com o intuito de determinar uma pena, a partir disso, a figura do “monstro” passa a ser apropriado tanto no campo psiquiátrico quanto no campo jurídico, ganhando outros contornos, o da anormalidade.

Segundo Foucault (2015, p. 49) a normalização é estabelecida conforme as relações históricas sociais são construídas a partir de estratégias de saber-poder. Na modernidade o mecanismo de controle passa a ser a forma de cuidado, onde o sujeito passa a ter uma relação total de responsabilidade do cuidado de si e com o outro, a partir do cumprimento de regras. À vista disso a doença passa a ser um estado de desconforto percebido pelo próprio sujeito. Entretanto o doente, precisa dos “cuidados” das instituições, já que ele não é capaz, conforme as normas determinadas de regular a si próprio.

Nesse aspecto Canguilhem (2011, p.7 3) expõe que o alienado (nome atribuído aos loucos) é mencionado como indivíduos incapazes de pensar ou agir por si próprios, não se encaixando no padrão social de normalidade. Logo recebem a etiqueta de certificação de anormalidade.

Conforme Foucault (2011, p. 73) esses preceitos de anormalidade foram valores construídos em cima de uma visão racionalista e metódica. Logo a tendência é de enquadramento em categorias, em

gênero, em grupos, em camadas etc.. O indivíduo que não se encaixa nessas normas, o sistema passa a excluí-lo.

Segundo Canguilhem (201, p. 76), no patológico também existe esse enquadramento, sendo que há um discurso tentando convencer de que o sujeito sofre de alguma doença. A patologia é determinada pela subjetividade e pelos valores daquele que faz o diagnóstico. Na persistência de que o sujeito se enquadre nessa normalidade, a patologia passa a ser normalizada e o indivíduo doente é desacreditado e diminuído socialmente.

A normalidade, então, é baseada no que é saudável, por exemplo, automaticamente ela levanta também a produção do que não é saudável. Logo, tudo aquilo que escapa dessa norma demarcada, será recriminada pelos preceitos da ciência e pela coletividade. Com isso passamos a aceitar como normalidade tudo aquilo que o Estado determina. Visto que ao se enquadrar na normalidade estabelecida, acatamos e produzimos patologias, alimentando assim o capitalismo. O sistema que imputa a normalidade atua como uma fábrica de uniformização, disseminando valores de uma sociedade historicamente excludente.

A normalização é considerada como uma solução para evitar a confusão dos esforços, a singularidade das proporções, a dificuldade e a demora da substituição de peças, a despesa inútil. A uniformização dos desenhos de peças e das tabelas de dimensões, a imposição de padrões e de modelos têm, como consequência, a precisão das peças separadas e a regularidade da montagem. O verbete "Reparo" contém quase todos os conceitos utilizados em um tratado moderno de normalização, com exceção do termo "norma". Estamos diante do fato sem a palavra que o designa (CANGUILHEM, 2011, p. 194).

Segundo Foucault (1978, p. 92) havia uma captura do discurso na invenção da loucura, toda uma dinâmica amparada num saber já enraizado que justificava o tratamento. O Estado encontra na internação a alternativa do cuidado para os loucos. O louco não se encaixava no processo produtivo, eram havidos como ameaça para a ordem econômica. O conceito da loucura desprovido da Razão surgiu com o capitalismo. A Idade da Razão, em que o louco é excluído por não pensar e logo não existir.

Na economia da dúvida, há um desequilíbrio fundamental entre a loucura, de um lado, e o sonho e o erro, de outro. A situação deles é diferente com relação à verdade e àquele que a procura; sonhos ou ilusões são superados na própria estrutura da verdade, mas a loucura é excluída pelo sujeito que duvida. Como logo será excluído o fato de que ele não pensa que ele não existe (FOUCAULT, 1978, p. 53).

Foucault (1978, p. 158) assinala que a loucura não interfere na economia da dúvida, uma vez que a loucura está presente e ao mesmo tempo excluída, ameaçando a causa, permanecendo o infundável repúdio. A partir de conjecturas, uma enorme disposição de reverberar o que é "verdadeiro", esse estado de incertezas em relação à realidade ou hesitação entre duas coisas causam um desconforto nessa estrutura econômica.

Verifica-se que na Idade Média há uma ligação entre o internamento e o cuidado. O Estado localiza na internação o pretexto do "cuidado" uma solução para pobreza e para loucura. De acordo com Foucault (1978, p.453-454) os senhores de riquezas possuem um modelo pronto de "cuidado", na qual demonstrava muito zelo e disposição para fornecer esses cuidados totalmente gratuitos. Entretanto, a intenção por detrás disso era a de resolver vários problemas; e o principal deles é que os pobres que tinham parentes necessitando de cuidados ficariam inteiramente disponíveis para o trabalho.

É válido pensarmos que as rotinas dos hospitais e dos internamentos eram semelhantes e estes fatos as uniam numa só configuração institucional, e por isso os cuidados eram administrados nos hospitais, os mesmos lugares que receitavam a exclusão. E foi nessa compreensão de suposições médicas e psicológicas emaranhadas numa estrutura capitalista, que surge o louco do mundo moderno.

De acordo com Foucault (2014 pág. 51) o anormal na modernidade foi constituído a partir das figuras que atravessam a do monstro, do incorrigível e do masturbador. A anormalidade passa a ser corrigida pelas práticas das instituições médicas e judiciárias; a anormalidade é colocada como uma figura doentia e perigosa. Desde o final do século XVIII que as instituições corretivas passaram a focar na sexualidade e na masturbação como sendo o ponto chave do problema do indivíduo incorrigível. Tanto que a figura do monstro criminoso é posta fora da “normalidade” e incluída dentro da loucura.

Foucault (2014, p. 12-14) compreendeu que o poder institucional judiciário prescreve a justiça com discurso de verdade por meio do conhecimento científico, em que os exames técnicos produziam provas com o propósito de originar uma pena. Esses exames psiquiátricos estabelecem evidências acrescentando o crime com um papel de legitimar somente o poder de punição, mas não do crime em si. Nesse encontro do saber científico e do saber jurídico, surge uma produção de discursos no setor penal amparadas em supostas verdades. Segundo o autor é um discurso grotesco marcado pela barbaridade truculenta e covarde, uma dinâmica na qual funciona o poder penal com decisão de vida e de morte sobre o indivíduo condenado.

Foucault (2014, p. 119) compreende que os termos nos exames médico-legais, debilidade do eu, estrutura de caráter e o não desenvolvimento do superego, é uma sequência de elementos ridículos e infantis. Numa tentativa de produzir e enquadrar ações criminosas sem motivo aparente. Esse poder psiquiátrico era uma forma de tentar prevenir atos de crueldade inexplicáveis e neste ensejo aparece a noção de instinto preenchendo a lacuna na ausência da razão, em que o instinto será o grande condutor do problema da anomalia. E foi a partir do século XIX, que se deu a transição da figura do monstro para a anormalidade.

Verifica-se que o amplo campo discursivo se dividiu cada um com sua especificidade a fim de instalar-se técnicas de apreensão, em que os discursos na construção da loucura enunciam o surgimento da figura do anormal e que são apreendidos pelos setores psiquiátricos e jurídicos.

Foucault (2014, p. 255) assinala que os exames psiquiátricos são construídos com noções de desvio comportamentais e padrões sexuais desde a infância até a vida adulta do acusado para serem utilizados como prova do crime no âmbito penal. Mas na verdade são formas de legitimar a pena para aqueles que saíram das normas estabelecidas.

Nessa produção da loucura, Foucault (2014, p. 76) expõe que o novo sistema de punição é meticuloso, esse suposto saber que é amparado pela legislação onde a razão do crime é investigada, e um dos princípios regentes é que o indivíduo não poderia ser condenado caso demência fosse constatada. Neste sentido, o poder de punir é suspenso para que o psiquiatra explique através de exames psicológicos as razões pelas quais o acusado cometeu o crime. Esses exames técnicos forneciam provas com o intuito de determinar uma pena, e a partir disso, a figura do “monstro” que não se enquadrava nem no campo jurídico e nem no psiquiátrico, passa a ganhar outros contornos, o da anormalidade.

Segundo Delgado (2006, p. 20) o processo de reforma psiquiátrica no Brasil só começou no início dos anos oitenta que, segundo ele, o país ainda possuía em plena ditadura militar mais de oitenta mil leitos psiquiátricos para uma população de noventa milhões em atuação. Foi após denúncias de deficiência da assistência psiquiátrica no percurso da reforma brasileira que houve o movimento de desinstitucionalização.

E foi em 1980 que os leitos começaram a diminuir, mas só foi na década de noventa que os leitos foram substituídos de fato. Conforme Delgado (2006, p. 21) foi nesse momento que as Residências Terapêuticas foram implantadas e apresentadas como sendo essencial no processo de desinstitucionalização.

Delgado (2006, p. 21) assinala que esse processo de fato se efetivou institucionalmente como um dispositivo da rede pública de atenção à saúde mental no início de 2000, quando foram regulamentadas através do Ministério da Saúde, onde constavam todos os critérios a serem seguidos e definidos os Serviços Terapêuticos incluídos no Sistema Único de Saúde, o SUS.

A regulamentação dos SRTs aconteceu de 2000 a 2005, financiamento público garantido para mais de oitenta municípios. Os SRTs são casas, implantadas na comunidade, um serviço com característica de uma **moradia ou casa**, visando à inserção social dos **moradores/usuários/pacientes** e que deverá estar conectada à rede de serviços do SUS A Portaria 106/2000 fixa o termo “Serviço Residencial Terapêutico”.

A finalidade dos SRTs é a de reinserção social, resgate da cidadania e autonomia dos moradores oriundos de longas internações em hospitais psiquiátricos sem vínculo familiar (BRASIL, 2000).

Segundo Delgado (2006, p. 29) a criação do SRT ocorreu com base na urgência de acolher e inserir no âmbito social as pessoas que vieram de internações longas de hospitais psiquiátricos, essas estratégias de inclusão foram desenvolvidas através da reforma, onde compreendia o direito ao cuidado, isto é, o direito de viver dignamente na sociedade, com a pretensão de inclusão social.

Vale lembrar que essas pessoas vieram de depósitos humanos, em que eram trancafiadas nos leitos desde o século XVII ocultando corpos que não se adequavam a sociedade. Na verdade, a construção da loucura foi estabelecida através de discursos de saberes, tomado como verdades absolutas. A normalização estabelecida durante séculos ocasionou a fabricação de corpos e números dentro dos hospitais, que passou de um cuidado amparado no saber médico, na qual associava o conceito de loucura à doença até o âmbito jurídico.

Conforme Albuquerque (2006, p. 9) a política de desinstitucionalização da população que se encontravam internados em hospitais psiquiátricos por muito tempo, se posicionava na desaprovação organizada ao modo como essas pessoas eram anuladas e estigmatizadas. Um tratamento no modelo de recolhimento encaminhado pelo andamento da Reforma Psiquiátrica. A partir desse processo surgiram várias estruturas de programa apresentado para a reabilitação psicossocial da população psiquiátrica e não só apenas para os pacientes institucionalizados de muitos anos. O intuito era atender a condição de sobrecarga das famílias a fim de evitar estrategicamente a possibilidade do abandono e assim impedir a hospitalização imprópria.

Albuquerque (2006, p. 10) aponta que a prioridade nas casas de transição é para pacientes institucionalizados ou de outras estruturas de acesso meio-termo para saída do hospital, programas de regresso à família ou construção de vínculo a família substitutiva e opções de moradia. As SRTs entram ocupando um lugar de mediadores nesse processo de revisão, construindo lugares diferentes na qual a loucura era ocupada antes, implantando uma nova estrutura de cuidado.

Nesse contexto podemos dizer que o processo de desinstitucionalização implica numa contínua transformação no pensamento e na conduta da sociedade. Uma demanda de reavaliações das práticas das instituições que formam profissionais, um processo fundamental na quebra de todo um ciclo de exclusão. Entretanto, a transição de uma nova implantação de serviço requer um trabalho delicado e incisivo ao mesmo tempo, delicado na questão da preparação dos pacientes para essa transição. Como vieram de internação psiquiátrica longa e incisiva em relação à desconstrução do imaginário social em relação à loucura.

O autor Silva Filho (2006, p.15) relata que no processo de transição do hospital para a primeira SRT no IPUB no bairro de Botafogo, um bairro nobre de classe média alta da Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro. O autor descreve que algum tempo depois dessa transição foi chamado para a reunião de condomínio do prédio em que os proprietários e moradores que não eram das Residências Terapêuticas, reclamavam e pediam a expulsão dos moradores. Com a queixa de que os loucos incomodavam por cumprimentarem os moradores, por se vestirem de forma simples e por serem consideradas pessoas feias. Será o que incomodou os moradores não foi o fato de conviver com loucos, mas sim com mulheres negras e pobres?

Conforme visto podemos analisar essa situação como uma entre muitas das quais presenciamos diariamente numa sociedade capitalista. Não é de se esperar a exclusão das pessoas que não se enquadram

nesses valores, onde a propriedade privada, os bens materiais, a posição social, a cor da pele, a religião e o sexo são exaltados numa padronização. Podemos notar nessa situação específica, que se os loucos fossem brancos e que se vestissem da forma que eles (residentes do condomínio de classe média alta da Zona Sul) se vestiam, o cenário seria outro? Essa indagação vai ficar em suspenso já que não iremos aprofundar na discussão levantada, mas que não poderíamos deixar esse relato passar em branco e não descartamos a possibilidade de outro trabalho futuramente.

Como podemos desenvolver a inserção do louco na sociedade sem determinar que o diferente seja igual? Delgado (2006, p. 29) aponta que para superar a ideia da clínica da doença, onde o sujeito era visto isolado do mundo é preciso construir pontes de relação do sujeito com o meio, abrindo novos espaços. Refletir na desinstitucionalização é pensar ininterruptamente nos valores construídos das quais somos impostos. Onde o profissional tende a engessar sua atuação, uma vez que a barreira esta na dificuldade em desconstruí-los.

Santos Alves (2006, p. 165) assinala que os SRTs apresentam o dispositivo de cuidado como uma parte mais difícil da Reforma. Já que os problemas enfrentados não são apenas no residir na casa, mas, também na dificuldade de inserir na cidade aqueles que ficaram internados por muitos anos. Cabe lembrar o que questionamos anteriormente. Quem mora nos SRTs? Moradores, usuários ou pacientes?

Segundo Vidal (2006, p. 156) durante muitos anos as instituições hospitalares afetaram a subjetividade dos pacientes com regras impostas. Com isso a transição para as residências terapêuticas equivale a mudanças. Compreender todo um universo novo, reaprender a viver num lugar novo e descobrir novas possibilidades de vida.

Os autores Leal e Melo (2006, p. 159) enfatizaram que os cuidadores têm um papel de condução nesse processo de reabilitação, orientando, estimulando e promovendo a integração dos moradores na comunidade. Construindo laços afetivos e facilitando a expressão deles em opiniões e em tomadas de decisões.

Podemos entender que os cuidadores têm um papel fundamental nesse processo de apoio, implicando esse sujeito em relação a sua vida, visando estabelecer novas atitudes e posicionamentos e com isso construir novos valores.

É preciso enfatizar que uma residência terapêutica não é exatamente um serviço de saúde, mas, sobretudo, uma moradia, um lar que estimula a convivência social, a liberdade e a construção de novas possibilidades, a diferença dos demais serviços substitutivos existentes. Trata-se, enfim, de um espaço em que os moradores podem fazer aquilo que foram privados por um longo período de sua vida (LEAL VIDAL, MELO VIDAL, 2006, p. 161).

Segundo Scarcelli (2006, p. 79- 80) a saída do louco do hospício para um convívio nos espaços urbanos consiste num processo contínuo de construção na reinserção, não só apenas nas SRTs, mas, também num espaço social. O desafio é enfrentar esses lugares urbanos criando um novo espaço de integração.

A saída do hospício para a retomada do convívio no espaço urbano se configura como um processo em permanente construção. A proposta de reinserção social traduzida como “serviço residencial terapêutico” contempla em seus objetivos uma situação explícita de passagem, de trânsito. É preciso, nesse sentido, que estejamos atentos para o quanto, no trânsito entre os planos das políticas públicas, da instituição e da experiência cotidiana, há de espaço e tempo para a construção dessa passagem, desse espaço intermediário e paradoxal que tem a função de garantir o pertencimento e a continuidade psíquica para os envolvidos nessas práticas. Refletir sobre tais questões exige, entre outras coisas, o diálogo íntimo construído com outras ciências e disciplinas (SCARCELLI, 2006, p. 79- 80).

Campos e Guarido (2006, p. 147) ressaltam o fato de como estamos habituados com o tempo

acelerado nos dias de hoje e que o tempo das pessoas institucionalizadas é diferente, gradual e lento. Os autores colocam essa questão como um dos desafios nos atravessamentos diários de quem convive com os moradores. Eles partem do princípio de que os moradores das residências para assumirem os seus direitos como cidadãos, é preciso assumir antes a casa onde moram, que segundo os autores “a casa é de quem mora, é pra quem mora”, para assim quem sabe a casa possa abrir-se para a rua, enquanto esta passa pela casa.

Neste viés podemos verificar o infundável questionamento. A casa é de quem mora? É para quem mora? É válido supor então que, quem ocupa a casa ocupa valores, espaços e sentimentos? Subjetividades que transitam ora num espaço acelerado, ora num espaço lento. Nessa transição de espaços e de posicionamentos de lugares, cabe a pergunta: Qual é o espaço possível, se é possível, para essas pessoas exercerem seus desejos, sentimentos e afetos?

Cavalcanti (2006, p. 85) problematiza em relação ao que seria um SRT: é casa ou serviço? Em que ela explica que a vida é formada de relações tanto em uma casa quando numa cidade, não ao contrário disso. Cavalcanti enfatiza essa divisão entre casa e serviço e sugere manter essa ambivalência, já que há uma impossibilidade de resolver esse problema, a fim de descobrir novas aberturas e reinventar novos caminhos.

Observando esse contexto é válido supor que o conceito de casa esteja estruturado em toda uma construção da loucura não tendo espaço para a mesma. Por isso essa necessidade de desconstruir os conceitos tanto de serviço quando de casa, pois o lugar do louco é onde ele quiser estar.

É válido ressaltar que o processo dos discursos de saber-poder (FOULCAULT, 2015) na construção da loucura como doença mental e a captura do discurso na apropriação da figura do monstro. As implicações na ruptura com a padronização subjetiva, e a desinstitucionalização da loucura, que dilacera todo o aparelho social atuante e reprodutor das subjetividades.

Embora o processo de desinstitucionalização seja constante e gradual há uma divisória na produção de novos espaços para a loucura. Desconstruir essas divisórias no imaginário social sobre a loucura é conceber um espaço de afetos, sentimentos e laços, possibilitando um novo caminho para viver.

Sequeira (2002, p. 39) transcorre em sua tese “Rumores discretos da subjetividade”, a poesia Anamnésia Saliva Prima do poeta Waly Salomão, onde ela compreende no poema uma forma de descobrir sobre a magnitude das subjetividades ao seu redor e da estranheza de como pode parecer o novo. Um encontro movimentando o sujeito nos espaços que se deslocam. O poema:

Eu nasci num canto eu nasci num canto qualquer numa cidade pequena fui pequeno qualquer numa cidade pequena fui pequeno depois nasci de novo numa cidade maior depois nasci de novo numa cidade maior dum modo completamente diverso do dum modo completamente diverso do nascimento anterior depois de novo nasci de novo nasci de novo nasci de novo numa cidade ainda maior e fui de novo numa cidade ainda maior e fui virando uma pessoa que vai variando seu virando uma pessoa que vai variando seu local de nascimento e vai virando vária e vai local de nascimento e vai virando vária e vai variando vária e de novo nasci de novo nasci variando vária e de novo nasci de novo nasci de novo na maior cidade e pra variar de novo na maior cidade e pra variar não me conheço como tendo nascido só não me conheço como tendo nascido só num único canto num único só lugar numnum único canto num único só lugar num numnumnum eu nasci num canto num numnum eu nasci num canto qualquer numa cidade pequena fui qualquer numa cidade pequena fui pequeno depois nasci de novo numa cidade pequena depois nasci de novo numa cidade maior dum modo completamente cidade maior dum modo completamente diverso do nascimento anterior diverso do nascimento anterior depois de novo nasci de novo numa depois de novo nasci de novo numa cidade ainda maior e fui virando uma cidade ainda maior e fui virando uma pessoa que vai variando seu local pessoa que vai variando seu local de nascimento uma pessoa variando se de nascimento uma pessoa variando se variando uma variando de vários de variando uma variada de vários de avião de viagem de avião de avião de viagem de avião de de de de de (SALOMÃO, 2014, p. 143).

Assim como no poema descrito, a mudança causa aflições e para essas pessoas internadas por muito tempo num modelo hospitalocêntrico a transição para as residências terapêuticas significa confrontar realidades diferentes. Essas novas experimentações podem ocasionar um desconforto e uma recusa dentro dessa nova vida. Os autores Vidal e Melo (2006, p. 156) ressaltam que o papel do cuidador é justamente facilitador na inserção dos moradores nesses novos espaços, promovendo diariamente laços para construir novas possibilidades de vida.

Pensar nesses espaços é pensar também nessas limitações, questionando e refletindo sobre o possível exercício da sexualidade nas SRTs, deslocando-as numa aproximação para o social.

Referências Bibliográficas

- ALBUQUERQUE, Patrícia. **Desinstitucionalização: notas sobre um processo de trabalho**. Cad. IPUB, v.12, n.22, 2006.
- BARROS, Manoel. **Retrato do Artista Quando Coisa**. São Paulo: Leya, 2013.
- BRAGA-CAMPOS, F.; GUARIDO, E. **Sentir-se em casa no olho da rua: o desafio das moradias**. Cad. IPUB, v.12, n.22, 2006.
- BRASIL. Portaria/GM 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- DELGADO, Pedro Gabriel. **Instituir a desinstitucionalização: o papel das residências terapêuticas na Reforma brasileira**. Cad. IPUB, v.12, n.22, 2006.
- FERREIRA, Gina; FONSÊCA, Paulo. **Conversando em Casa**. São Paulo: 7 letras, 2000.
- FOSTER. David W. Consideraciones sobre el estudio de la heteronormatividade em la literatura latinoamericana. Letras: Literatura e Autoritarismo. Santa Maria, n. 22, jan./jun, 2001.
- FOUCAULT, Michael. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva S.A., 1978.
- FOUCAULT, Michael. **História da sexualidade: o cuidado de si**. São Paulo: Graal, 2013.
- FOUCAULT, Michael. **Os Anormais**. São Paulo: Wmf, 2014.
- PESSOA, Fernando. **Os Lusíadas de Camões**: Revista da Universidade de Coimbra, Vol. XXXIII- 1985.
- SALOMÃO, Waly. **Poesia Total**. São Paulo: Companhia das letras, 2014.
- SANTOS- ALVES, Kátia Wainstock. **A experiência de um Serviço Residencial Terapêutico para adolescentes autistas e psicóticos**. Cad. IPUB, v.12, n.22, 2006.
- SEQUEIRA, Rosane Preciosa. **Rumores discretos da subjetividade**. 2002. 93 f. Tese (Doutorado em Psicologia clinica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo 2002.
- SILVA-FILHO, João Ferreira. **Como as moradias podem ser terapêuticas em saúde mental**. Cad. IPUB, v.12, n.22, 2006.
- VIDAL, Leal; et al. **Residência terapêutica: uma nova modalidade de cuidados em saúde mental. A experiência de Barbacena**. Cad. IPUB, v.12, n.22, 2006.

CONSTRUCTION OF MADNESS AS A FIELD OF "CARE", FROM AFFIRMATION OF CAPITALISM / MODERNITY

ABSTRACT: This article presents some reflections on the production of discourses about the construction of madness and sexuality, questioning and reflecting on the possible exercise of sexuality in the Therapeutic Residences, in an attempt of social approximation. Questioning the role of the caregiver in the process of reintegrating the residents into the community. We call for a reflection on hardened looks about sexualities in the Therapeutic Residences.

Keywords: Madness; sexuality; Therapeutic residences; caution; modernity.

Recebido em: 28 / 11 / 2016

Aceito em: 15 / 12 / 2016