

6 - Atravessamentos institucionais

o hospital geral, o hospital psiquiátrico, a prisão e o internato escolar

Silvio José Benelli

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BENELLI, SJ. Atravessamentos institucionais: o hospital geral, o hospital psiquiátrico, a prisão e o internato escolar. In: *A lógica da internação: instituições totais e disciplinares (des)educativas* [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2014, pp. 221-234. ISBN 978-85-68334-44-7. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

6

ATRAVESSAMENTOS INSTITUCIONAIS:¹

O HOSPITAL GERAL, O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, A PRISÃO E O INTERNATO ESCOLAR

Esses estabelecimentos institucionais têm como característica global o fato de existirem para dar conta de certos objetivos valorizados por toda a sociedade, possuindo funções oficiais culturalmente legitimadas, expressas em estatutos, regimentos e legislações.

A semelhança entre o hospital geral e o psiquiátrico pode ser considerada explícita em muitos aspectos. Ambos são denominados “hospitais”, gozam do mesmo estatuto legal que os define como instituições médicas, lugares onde as pessoas se convertem em pacientes e recebem tratamento de especialistas e cuidados gerais, sob supervisão médica, dos enfermeiros e demais funcionários. Muitas características do hospital psiquiátrico possuem uma continuidade histórica direta com as do hospital geral: os dois sustentam o compromisso oficial de cuidar das doenças e possuem seu fun-

1 Cf. Lourau (1995). As instituições que formam a malha social atuam em conjunto, se entrelaçam e interpenetram nos diversos níveis do funcionamento, da produção instituinte e da reprodução do instituído. A interpenetração na direção da função e da reprodução é denominada *atravessamento*, possui orientação conservadora, serve à exploração, dominação e mistificação, apresentando-as como benéficas e necessárias. A interpenetração no sentido do instituinte, do produtivo, criativo, revolucionário e transformador se denomina *transversalidade* (Barembliitt, 1998; Lourau, 1995).

damento legal no conceito de responsabilidade médica. Em ambos encontramos uma distinção rígida entre os membros que recebem tratamento e os que o oferecem; há também as distintas enfermarias especializadas em diferentes enfermidades; a enfermaria é a unidade básica de funcionamento. Seus funcionários incluem os mesmos grupos profissionais discriminados por ocupação: médicos, enfermeiros, auxiliares, administradores. Também existem semelhanças na estrutura formal geral: a hierarquia costuma ser bastante estratificada e organizada por funções e abrange um sistema administrativo rígido que muitas vezes não possui integração e acaba por dar origem a facções antagônicas que vivem em disputas e rivalidades (Benelli; Costa-Rosa, 2003a).

As diferenças entre esses dois estabelecimentos podem ser apreciadas na preparação, nas tarefas e nos papéis dos funcionários, embora os quadros dos hospitais sejam parecidos. O médico psiquiatra tem funções mais amplas no hospital psiquiátrico do que o clínico geral ou o especialista no hospital geral. Também há diferenças entre o enfermeiro psiquiátrico e o cirúrgico, pois o primeiro desempenha um papel mais amplo na vida dos internados. Essas diferenças relativas aos papéis e funções do quadro de funcionários deriva das necessidades diversas dos pacientes. No hospital geral, a internação do paciente costuma ser o mais breve possível, geralmente fica na cama e o trabalho dos médicos e enfermeiros se refere ao seu tratamento e cuidados físicos. As relações dos profissionais com os pacientes podem chegar a ser momentaneamente intensas, mas se mantêm dentro de certos limites e terminam com facilidade. A cama, no hospital geral, simboliza o *status* do doente que se encontra em situação de dependência e de recebimento de cuidados e no qual se localizam os esforços terapêuticos dos funcionários.

Já no hospital psiquiátrico, as necessidades dos internados são outras. Aqui também pode ser necessário um esforço para salvá-lo da morte física, mas o esforço maior está concentrado em ajudá-lo a sair do sofrimento psíquico no qual se encontra. O hospital se converte para ele numa comunidade de vida: ali ele vive indefinidamente, recebe tratamento, trabalha, faz amigos e inimigos

etc. Geralmente não fica na cama, está sujeito a raras intervenções cirúrgicas e se torna um participante muito mais ativo com relação aos esforços terapêuticos como em toda a vida institucional. Mas também é o menos capaz de autocontrole, exigindo dos funcionários um grau maior de preocupação, juízo moral e respostas defensivas pessoais. Torna-se necessário criar todo um ambiente que possa satisfazer as necessidades psicossociais do indivíduo. Os funcionários têm uma responsabilidade direta na evolução dessa comunidade, contribuindo com sua preparação profissional e qualidades pessoais.

Vários autores da corrente institucionalista² têm promovido uma forte crítica dos conceitos psiquiátricos tradicionais, a partir do reconhecimento das diferenças entre o hospital geral e o psiquiátrico. O primeiro tem servido como modelo de organização para o segundo e podemos dizer que o hospital psiquiátrico foi se separando aos poucos do geral, constituindo-se como comunidade terapêutica (Castel, 1978). Szasz (1979) realizou um amplo questionamento do modelo médico de “doença” – um processo patológico subjacente com uma etiologia específica e um desenvolvimento natural que responde a uma técnica precisa de tratamento – como fundamento para compreender e ajudar as pessoas que têm dificuldades para viver, devido ao fardo do sofrimento psíquico.

O hospital psiquiátrico pode ser considerado uma forma de organização instrumental, dirigida para algumas finalidades específicas. Elas podem ser enumeradas como as seguintes: a) função de reclusão, visando à proteção da comunidade por meio do encarceramento num ambiente controlado, dos indivíduos que integram o amplo e indiscriminado conjunto dos designados como perigosos devido à sua “doença”; b) função de manutenção da vida, que proporciona a proteção dos próprios “doentes” contra seus impulsos autodestrutivos; c) função de cuidado, oferecendo conservação e cuidado das pessoas “doentes” durante o tempo em que forem con-

2 Tais como Rotelli et al. (1990); Baremlitt (1998); Costa-Rosa (1987, 1995, 2000, 2006).

sideradas irresponsáveis e incapazes de viver no seio da sociedade como cidadãos independentes; d) função terapêutico-reabilitante: engloba o conjunto das formas de intervenção no psiquismo, no corpo ou na situação vital do paciente, para que sua vulnerabilidade se reduza e ele consiga desenvolver recursos internos de tal modo que possa retomar e prosseguir com sua vida em sociedade.

A preponderância relativa desses objetivos e os modos de operacionalizá-los variam muito, tanto entre as instituições quanto entre os diferentes grupos dentro de uma delas, além dos momentos históricos diversos.³ Entre suas funções adicionais, os hospitais psiquiátricos devem satisfazer diversas necessidades do quadro de funcionários e manter a integração do estabelecimento. Cada vez mais, essas instituições funcionam como locais de investigação e capacitação profissional de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais etc. Essas funções educativas e de investigação influenciam no modo como são tratados os pacientes.

Os hospitais psiquiátricos variam muito quanto aos seus objetivos específicos, ao ambiente que proporcionam para os pacientes, pelas condições de admissão e de alta, pelos tipos de tratamento oferecidos, que parece difícil falar do hospital psiquiátrico. Consideramos que o que eles possuem em comum são os objetivos gerais que apontamos antes. Um hospital pequeno, aparelhado com uma boa equipe de profissionais, preocupa-se principalmente com os objetivos terapêuticos, mas a função de reclusão também desempenha um papel importante nos seus assuntos. Já um grande hospital público, inversamente, parece cumprir primeiramente a função de reclusão e custódia para a maioria dos internados. Entretanto, ainda que sua ideologia terapêutico-reabilitadora lhe proporcione apenas uma racionalização profissional para justificar procedimentos desumanos, também pode oferecer um conjunto de princípios

3 Isso pode ser verificado, por exemplo, em Foucault (1977, 1999a); Castel (1978); Costa-Rosa (1987); Antunes (1991); França (1994); Nicácio (1994); Figueiredo (1996); Yasui (1999).

racionais e meios vantajosos que lhe permitem adotar medidas terapêuticas e mudanças construtivas.

Outra característica desse estabelecimento é a divisão dos seus membros em duas categorias distintas bem definidas: os internados (pacientes) e os funcionários (incluindo a equipe administrativa). Para os funcionários (todos aqueles que recebem salário pelos seus serviços) o hospital psiquiátrico é um lugar de trabalho no qual aprendem e exercem suas ocupações profissionais, prestam serviços que acreditam ser úteis e recebem pagamento por isso. Geralmente passam apenas a parte do seu dia no hospital, enquanto trabalham.

O paciente pode ser definido como um “cliente” do hospital psiquiátrico, na medida em que pode contratar os serviços de um pequeno hospital particular, como contrataria qualquer outro serviço. Pode ser que um indivíduo se interne voluntariamente nele, ou num hospital psiquiátrico público de orientação terapêutica. Mesmo nesses casos, ele deverá suportar certo grau de estigmatização, sentindo-se defeituoso e envergonhado. Ele também abre mão, em certa medida, de seus direitos civis e se submete à tutela protetora do hospital.

No extremo oposto, com grande frequência, como nos casos de internação legal em grandes hospitais psiquiátricos públicos de custódia, o caráter de cliente é mínimo e o paciente se considera a si mesmo como um “internado”. Goffman (1987, p.109-43) apresenta um relato vívido da “carreira moral do doente mental”, descrevendo com grande perspicácia o paciente como um internado.

Os conceitos de cliente e de internado dão uma imagem adequada da condição do paciente internado num hospital psiquiátrico. As características de cliente se manifestam a partir do fato de que se trata de uma pessoa autônoma, com iniciativa própria e responsabilidade, que utiliza serviços terapêuticos. O conceito de internado denota os aspectos restritivos da situação do paciente, indicando seu confinamento legal dentro do hospital, a restrição dos seus direitos e *status* civis, sua submissão à autoridade administrativa da equipe dirigente, autoridade que não possui paralelo com nenhuma outra na sociedade externa.

O doente é um interno, um membro residente do hospital, um habitante desse mundo limitado; ele ocupa uma posição formalmente definida na estrutura do estabelecimento. O internado se vê diante de uma ampla variedade de oportunidades e de exigências, é pedida ou oferecida a ele uma série de ocupações ou atividades, sendo a participação no tratamento apenas uma delas. Todas as suas necessidades como pessoa (recreação, solidão, estudo, intimidade, relações familiares, hábitos particulares de higiene, alimentação etc.) serão satisfeitas ou rigidamente controladas (inclusive negadas) dentro do próprio estabelecimento. Finalmente, o paciente deve se adaptar ao hospital, atendendo as solicitações que lhe são feitas e as oportunidades oferecidas, a fim de que, no melhor dos casos, chegue a se tornar uma pessoa ressocializada e obtenha alta num período de tempo razoável e sem grande prejuízo para sua integridade pessoal.

Figueiredo (1996) estudou a evolução do hospício no Brasil, demonstrando que a expressão hospício, como sinônimo de casa dos loucos, é uma tradição tipicamente brasileira. Admite que, em outros países, o hospício abrigou doentes mentais, mas que a expressão não se tornou tão tradicional quanto no Brasil, ao referir-se ao hospital psiquiátrico. Aponta ainda que a expressão “hospício” está ligada com a noção de caridade, que impregnou esse modelo assistencial, mesmo depois de ter sido denominado de diferentes formas: casa de saúde, sanatório, manicômio, hospital psiquiátrico, entre outras. O hospício no Brasil, ao evoluir de uma hospedagem aos desamparados para um estabelecimento que se ocupa com doentes mentais, carregou em sua evolução a noção de caridade.

Enfatizou que o controle social, considerado em seu aspecto subjetivo, enquanto pecado, culpa e redenção, e em sua dimensão exterior como isolamento, contenção e punição, está na base do advento do hospício como casa de loucos no Brasil, o que ocorreu mesmo antes da chegada da Psiquiatria. O período histórico no qual emergiram os primeiros hospícios de alienados no país indica que o reconhecimento da existência de problemas socioeconômicos exigiu medidas imperiais de controle social.

A partir de então, o autor examina as políticas de saúde mental desenvolvidas no Brasil desde a segunda metade do século XIX. Ele considera que elas se caracterizam até hoje com traços do binômio caridade-controle social, incidindo no espaço psiquiátrico e conduzindo a procedimentos não científicos.

Segundo o pesquisador, a intervenção da prática psiquiátrica no hospício de alienados, no final do século XIX, representou o ingresso do saber médico entre as culturas de caridade e controle social, já estabelecidas, e passou a conviver com elas, numa interação complexa.

Figueiredo (1996) conclui que o “hospitalocentrismo” que até o momento caracterizava as políticas de saúde mental não se deve apenas a razões de mercado, mas também a uma cultura enraizada no país, herdada da caridade e do controle social, que entende que o lugar dos loucos é no hospício. O hospital psiquiátrico deve ser rediscutido quanto à sua importância e ao seu papel nas políticas de saúde pública e outros modelos assistenciais deveriam ser estimulados, integrados em ações comunitárias.

As semelhanças entre a prisão e o hospital psiquiátrico são indicadas por Goffman (1987) e Levinson e Gallagher (1971). Essa proximidade aumenta se considerarmos que a prisão não evoluiu historicamente como as instituições médicas (Foucault, 1999b). As principais tarefas desempenhadas pelos funcionários (equipe dirigente) desse estabelecimento diferem de modo superficial das empreendidas pelas equipes dos hospitais psiquiátricos. Entretanto, os critérios oficiais que orientam a política institucional do presídio são distintos.

Os dois estabelecimentos mostram certas semelhanças fundamentais na sua estrutura organizacional, nos fins e na natureza da condição dos internados. Nos dois casos, encontramos a divisão dos membros em reclusos e equipe dirigente; ambos exibem as características estranhamente combinadas e artificiais da comunidade “quase-burocrática”. Os objetivos da prisão podem ser apresentados nos mesmos termos que os do hospital psiquiátrico: reclusão, custódia e reabilitação.

Assim como o hospital psiquiátrico pode ser considerado como uma comunidade terapêutica que busca a reabilitação psicossocial, o sistema correcional da prisão procura a reabilitação do presidiário, oferecendo-lhe a possibilidade de mudança psicológica. A natureza da mudança que se deseja e os meios apropriados para alcançá-la se interpenetram de diversas maneiras em diferentes hospitais e em diferentes prisões, tanto no que concerne à equipe dirigente como quanto aos reclusos. Idealmente, essa mudança psicológica nos presidiários implicaria uma maior força moral, competência social, maturidade interior e saúde emocional. No caso limite, o objetivo da equipe dirigente é impor obediência, e o do presidiário é continuar sendo o que é, sem envolver-se em maiores dificuldades, quando não aperfeiçoar-se na sua condição de indivíduo do submundo.

O colégio interno também tem aspectos em comum com as instituições anteriormente descritas. Novamente encontramos a divisão entre uma equipe de profissionais constituída por professores e administradores que procuram promover várias formas de mudanças psicológicas no grupo dos membros residentes (os estudantes internados) por cujo bem-estar geral são responsáveis em grande medida.

No paralelo que podemos estabelecer entre os fins educativos do internato escolar e os objetivos terapêuticos-correcionais do hospital psiquiátrico e da prisão, existe mais do que uma simples analogia. As três organizações procuram (de modos que variam tanto entre si quanto dentro de cada uma) promover o desenvolvimento pessoal e os conhecimentos sobre o caráter, o conceito sobre si mesmo, a competência e os recursos psicossociais que significarão uma diferença na vida dos membros residentes depois da sua graduação. Podemos falar em uma “terapeutização” da Pedagogia e uma “pedagogização” da terapia.

A função de custódia corresponde em graus semelhantes. Como membro da comunidade escolar, o estudante depende em grande medida do que o colégio lhe proporcione, quanto ao seu bem-estar, alojamento, recreação, saúde etc. Ele também está bastante sujeito

ao sistema de autoridade e controle institucional (normas sobre a admissão, expulsão, regulamentos, aproveitamento acadêmico e comunitário e condições de graduação). As funções de reclusão podem ser menos proeminentes, pois ninguém se torna aluno em regime de internato por mandado judicial. Mesmo assim, alguns alunos podem sentir o colégio como um ambiente carcerário e restritivo, ao qual foram entregues por seus pais.⁴

Há uma série de questões que são comuns ao internado no colégio e no hospital psiquiátrico. Ambos constroem sistemas de princípios racionais ideológicos que definem o bom internado e o bom estabelecimento. Avaliam o estabelecimento em termos ideológicos e quanto ao significado emocional pessoal que tem para eles. Devem decidir o que ocorre em suas pessoas, um com relação ao processo formativo (conhecimentos, capacidade de ocupação, características de sua personalidade) que lhe é oferecido e o outro, quanto aos seus problemas psiquiátricos; entre o que são agora e o que querem chegar a ser. Assim como as dificuldades e os sentimentos do paciente o motivam para o trabalho terapêutico, o estudante é estimulado pela sensação de ignorância e imaturidade a participar do processo educativo. O conhecimento das próprias limitações e o desejo de mudanças interiores serve de estímulo para esforços educativos e terapêuticos na medida em que são acompanhados pela percepção do próprio valor pessoal e de um ambiente que valorize e possibilite esse esforço.

O caminho da reabilitação psiquiátrica (Costa-Rosa et al., 2003) também tem sua analogia no estudante internado. Ele também enfrenta um vasto conjunto de exigências e oportunidades dentro e fora do colégio. Não pode satisfazer todas nem usar todos os recursos disponíveis. É preciso fazer certa seleção, e o conceito do que é importante para o estudante pode não ser o mesmo para o corpo docente ou para a administração.

4 As concepções do estudante que vive num internato escolar de Hesse (1970, 1980); Rego, (1979); Trevisan (1985); Lautréamont (1986); Musil (1986); Perrone-Moisés (1988); Pompéia (1997); Freitag (2001) e Benelli (2002) têm muito em comum com a apresentada sobre o paciente como internado.

A vida pessoal do estudante dentro do estabelecimento, tanto no dormitório quanto e em outras partes, tem um grande significado para seu desenvolvimento, além de sua importância para atingir os fins educativos mais concretos. Isso é semelhante ao que se passa entre os membros internados num estabelecimento psiquiátrico. O estudante responde muito à cultura geral de seus pares e às alianças e rupturas transitórias que se produzem dentro do corpo estudantil, com os professores e com a administração. A relação entre os estudantes, ainda que menos ameaçadora do que a que existe entre pacientes, costuma ter aspectos problemáticos que causam ansiedade. O estudante pode se sentir menos ameaçado pelos problemas mentais de seus colegas (embora isso também possa acontecer), mas ainda tem motivos para se preocupar com eles. Surgem questões relativas ao desempenho acadêmico, rivalidades, inveja, temores, medo do fracasso, disputas, competição por reconhecimento etc.

Diferentemente do paciente internado, um estudante de colégio interno sente orgulho por pertencer a um colégio, como resultado de esforços anteriores e como meio de obter conquistas vitais. O estudante não perde totalmente seus direitos civis de cidadão e o tempo de sua permanência geralmente está fixado de modo claramente delimitado.

A participação na vida colegial do internado pode ser não apenas uma oportunidade, mas também motivada pela pressão dos pais, professores, pares e outros. Os aspectos coercitivos da vida no internato escolar, ainda que menos explícitos e brutais do que os do hospital psiquiátrico, também podem ser mais massificantes e difíceis de se enfrentar. Existem as possibilidades vergonhosas do fracasso acadêmico, da incapacidade intelectual, de mudar muito ou pouco antes da formatura.

Podemos dizer que o processo educativo deve promover uma liberação sublimada dos impulsos, uma iluminação da consciência e uma maior diferenciação e integração da personalidade do indivíduo. Para alcançar esses objetivos, as instituições educativas devem proporcionar as condições psicossociais sob as quais os estudan-

tes possam tratar essas questões de modo positivo e construtivo. Um conceito adequado para pensarmos o estudante é considerá-lo como um ser em transição, como uma pessoa em processo de desenvolvimento.

Paradoxos disciplinares do funcionamento institucional

Goffman (1987) e Foucault (1999b) apresentam os operadores institucionais em funcionamento no internato que produzem a realidade psicossocial dos atores no contexto do estabelecimento: há duas categorias analíticas fundamentais que se desdobram em outras categorias ou operadores. Entendemos o internato como uma “instituição totalitária e disciplinar” produtora de efeitos predominantemente subalternizadores, alienantes e resignadores nos internados. Parafrazeando Goffman (1987, p.249), que afirma que não são as teorias psiquiátricas que organizam o modo concreto de funcionamento das instituições de tratamento mental, poderíamos dizer que o internato tende a ser organizado por práticas outras, além daquelas que procura implementar de modo oficial. Ele faz mais do que diz, embora de certa forma também poderíamos dizer que faz menos do que propõem seus discursos pedagógicos, psicológicos técnicos e científicos. O que pode produzir o internato escolar, estabelecimento criado pela filantropia patronal para educar os pobres “desvalidos da sorte”? Funcionando a partir das coordenadas do paradigma filantrópico, o internato tende a enquadrar e uniformizar a preparação dos indivíduos pobres, promovendo ao mesmo tempo proteção, prevenção, controle, subordinação, discriminação, subalternidade, no sentido da produção de indivíduos dóceis e úteis que, apesar da situação de vida absolutamente desfavorável, não ingressarão na criminalidade nem na rebeldia contestadora da (des) ordem institucionalizada, apesar dos diversos adendos “renovados” e “participativos” que tenta implementar visando reformar-se, mas não se transformar (Benelli, 2007, p.309-84).

O internato, enquanto instituição total e disciplinar, é constituído por outros tantos operadores: “a técnica do enclaustramento” (ingresso do indivíduo num espaço institucional fechado de controle, visibilidade e observação de sua conduta externa); “a tutela econômica” (com a exclusão do indivíduo do mundo do trabalho profissional assalariado); “o regime de internato”: microcosmo particular, de características nitidamente totalitárias (Goffman, 1987) no qual se estabelecem mecanismos de controle sobre a organização dos indivíduos no espaço institucional, além do controle da informação; “o panoptismo” (Foucault, 1984, 1988, 1999b) que se instala com suas estratégias de vigilância hierárquica, sanção normalizadora e técnicas de exame variadas (mecanismos de controle institucional que produzem comportamento adequado, medo, apatia e resignação).

A “dinâmica psicossocial totalitária e disciplinar” que se estabelece automaticamente sobre o conjunto dos atores institucionais promove a “vigilância e controle mútuo, gerando relações de poder antagônicas” entre diversos subgrupos de alunos internados e entre os dirigentes e o conjunto dos internados. As possibilidades educativas do estabelecimento de formação são colocadas em xeque, quando não inviabilizadas, pelo panoptismo disciplinar (o olhar, o controle dos corpos e da informação, o manejo e administração do tempo, do dinheiro, do trabalho, do sexo, da liberdade, da autonomia, do poder político).

Até que ponto um indivíduo consegue fazer frente às determinações sócio-históricas e institucionais? Entendemos que ele é um produto/produtor do ambiente sócio-histórico e institucional. Uma perspectiva centrada no sujeito individual pode entendê-lo como uma realidade completa e de certa forma, fechada em si mesma, como se um indivíduo se desenvolvesse solitária e autonomamente em um tubo de ensaio, numa estufa, e não no convívio social e cultural humano mais amplo, que se relaciona com um mundo e com objetos que lhe são externos, também entendidos como realidades autônomas, completas e distintas do sujeito. Nesse caso uma coisa seria o sujeito, outra o mundo, o ambiente, a reali-

dade social e histórica. Estamos aqui, evidentemente, no paradigma sujeito-objeto, paradigma dicotômico e não dialético.

Nesse sentido, o sujeito seria dotado de uma vontade potente, capaz de enfrentar com êxito as determinações sócio-históricas e institucionais. O voluntarismo é a crença romântica na capacidade que o sujeito (sendo distinto e autônomo, exterior e independente do ambiente sócio-histórico e institucional) tem de fazer frente a todas as adversidades e contrariedades ambientais, aproveitando seus aspectos positivos e as oportunidades de crescimento que lhe são oferecidas no estabelecimento. Mesmo que haja falhas, problemas ou falta de consistência na oferta institucional, o sujeito deveria ser capaz de perceber e aproveitar os aspectos positivos da realidade do estabelecimento institucional para seu crescimento pessoal. Esse seria realmente o protagonista do seu processo formativo! Estaria personalizando a formação, ao assumi-la de modo pessoal e responsável. O sujeito pode tudo, basta querer. Caso o sujeito não tivesse êxito, seria por incapacidade, preguiça ou comodismo.

A perspectiva centrada no estabelecimento institucional vai destacar os aspectos condicionantes e determinantes da estrutura ambiental sobre o comportamento e o desempenho do sujeito. Nesse caso, o sujeito seria produto condicionado por poderosos determinantes, sobrando exíguo espaço para a autonomia, para o exercício da vontade pessoal, tornando a capacidade de escolha e de decisão bastante difíceis. O sujeito então não poderia nada.

Buscando superar essas perspectivas dicotômicas nas quais o sujeito pode tudo ou não pode nada, podemos pensar uma abordagem dialética na qual o sujeito é produto/produtor do ambiente sócio-histórico e institucional, condicionado, mas não determinado em último grau. Ao entender quais são os determinantes que o marcam e condicionam, o sujeito pode interferir nesses determinantes, agindo no plano político, tanto macro quanto micropolítico.

Uma abordagem genealógica procura entender a produção social de sujeitos e instituições, de sujeitos nas instituições a partir da intersecção entre saberes, poderes, discursos, práticas e ética. As instituições não são vistas como obstáculos ou como promotoras

do desenvolvimento do sujeito, são intermediários necessários e possuem funções sociais múltiplas: educação, tratamento, punição, normalização. Nem todas essas funções são explícitas. Normalmente, uma instituição declara em seus estatutos oficiais quais são seus objetivos, finalidades, metodologia, clientela etc. Nesse sentido, toda instituição se apresenta como portadora de uma encomenda social que geralmente tem grande dificuldade em atender (quando não falha redondamente). É onde e quando ela falha que podemos detectar sua provável função predominante, que deve ser deduzida de sua estrutura e do sentido global de sua produção social.

Os estabelecimentos de internação pretendem ser “educativos” de alguma forma, mas falham no seu intento. Quando a escola falha em sua função educativa, ela se revela como estabelecimento disciplinar e normalizador. Quando o manicômio falha em tratar e curar a loucura, ele se revela como aparelho de gerenciamento da subjetividade desviante do padrão dominante (Goffman, 1987). Quando a prisão falha em ressocializar o criminoso e o infrator, ela se revela como gerenciadora da delinquência, forma recuperada e adestrada da ilegalidade geral (Foucault, 1999b).

Quando o seminário falha em sua tarefa de preparar presbíteros servidores do povo cristão, ele tem sucesso enquanto instituição clericalizadora. Inclusive o imaginário, as representações sociais hegemônicas no ambiente do seminário são as do padre clericalizado (Benelli, 2006, 2007). Quando a escola falha no trabalho de dar às crianças pobres o acesso ao mercado de bens culturais construídos pela humanidade, ela funciona de modo muito eficaz no sentido de promover a “expulsão” de um contingente de indivíduos para os quais não está previsto mesmo um lugar na sociedade de trabalho e tampouco na de consumo. Quando a Assistência Social falha em promover a inclusão social efetiva, ela tem sucesso ao implementar estratégias bem-sucedidas de gerenciamento e gestão do “problema social” (Castel, 1987; Donzelot, 2001; Benelli, 2010). Desse modo, podemos dizer então que elas produzem outros efeitos, diversos dos que diziam em seus discursos oficiais. Por isso, as consideramos estruturalmente (des)educativas.