

## O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SOB SUSPEITA: ONDE ESTÁ O DOENTE MENTAL APÓS A REFORMA PSIQUIÁTRICA?

## EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO BAJO SOSPECHA: ¿DÓNDE ESTÁ EL ENFERMO MENTAL DESPUÉS DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA?

Paulo Roberto Antunes<sup>1</sup>

Jana Paula Sampaio Botelho<sup>2</sup>

Michel Resende Costa<sup>3</sup>

**Resumo:** O presente artigo reflete aspectos teóricos envolvidos no questionamento das estruturas totalizantes que se constituíram na fundação de hospitais psiquiátricos e do discurso sobre a loucura. O pretense saber psiquiátrico, estruturado em torno de uma instituição totalizante, justificou a prática de ações violentas e a redução do louco a objeto de investigação das ciências da *psi*. Essa esquematização ideológica relativa ao tratamento da loucura começa a se desestruturar com os movimentos de luta pela Reforma Psiquiátrica e mudanças na oferta de terapêutica para pessoas com sofrimento psíquico. De fato, a Reforma propõe um novo olhar sobre a saúde como direito social e compreende o sujeito com sofrimento psíquico como cidadão com plenos direitos.

**Palavras-Chave:** Reforma Psiquiátrica, Direito Social, Doença Mental, Saúde, Hospital Psiquiátrico, Loucura, Psicologia Comunitária.

**Resumen:** Este artículo pretende hacer un recorrido sobre los aspectos teóricos involucrados en las cuestiones de las estructuras totalizantes que formaron la fundación de los hospitales psiquiátricos y el discurso sobre la locura. El supuesto conocimiento psiquiátrico, estructurado en torno a una institución totalizadora, justificó la práctica de acciones violentas y redujo al loco como objeto de investigación de las ciencias de la *psi*. Ese punto comienza a desmoronarse con los movimientos de lucha por la reforma psiquiátrica y los cambios en la provisión del tratamiento para las personas con sufrimiento mental. De hecho, la reforma propone una nueva mirada a la salud como un derecho social y entiende al sujeto con trastornos psicológicos como ciudadano con plenos derechos.

---

<sup>1</sup> Mestre em Letras (Linguagem, Cultura e Discurso), pós-graduado em Direito Público, Língua Portuguesa, Metodologia de Ensino Superior, Metodologia de Ensino de Língua Espanhola; graduado em Direito pela Faculdade de Direito de Conselheiro Lafaiete e em Letras pela Faculdade "Santa Rita" – FaSaR. Professor de horário integral na FaSaR, onde leciona e realiza pesquisas.

<sup>2</sup> Mestre em Sociologia pela Universidade Federal de Minas Gerais e graduada em Ciências Sociais pela mesma universidade. É professora parcial da Faculdade "Santa Rita" – FaSaR.

<sup>3</sup> Bacharel em Filosofia pela Faculdade Arquidiocesana de Mariana - FAM e estudante de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei - UFSJ.

**Palabras clave:** Reforma Psiquiátrica, Derecho Social, Enfermedad Mental, Salud, Hospital Psiquiátrico, Locura, Psicología Comunitaria.

## INTRODUÇÃO

*Quando certa manhã Gregor Samsa acordou de sonhos intranquilos, encontrou-se em sua cama metamorfoseado num inseto monstruoso* (KAFKA, 2011). Nas discussões acerca da Reforma Psiquiátrica e as mudanças que se travam sobre o tema nos últimos trinta anos, é pertinente iniciar a temática com essa passagem de *Metamorfose*, de Franz Kafka. Apropriando-se da descrição e mediante especulações, o que aconteceu com Gregor Samsa? Caso entrasse em um manicômio ou asilo psiquiátrico antes da Reforma, qual tratamento receberia? Imaginemos a situação.

Gregor seria internado em uma clínica na cidade de Barbacena. Já na primeira consulta com o psiquiatra, seria rotulado e enquadrado em alguns transtornos psicóticos ou de personalidade e logo se transformaria no paciente portador do transtorno X e não mais seria Gregor Samsa. No primeiro dia de internação, não usaria mais as roupas de costume nem contaria com os afetos e carinhos da família. Sua irmã e sua mãe não saberiam como enfrentar a enfermidade, teriam vergonha, medo e seriam proibidas pelo hospital psiquiátrico de visitá-lo nas primeiras semanas, pois, segundo o médico, poderiam atrapalhar no tratamento e recuperação de Gregor Samsa.

Logo pela manhã, Gregor receberia um coquetel de antipsicóticos, neurolépticos e controladores de humor. Ele se sentiria em outro mundo, sem vontade de viver e seu único desejo seria voltar para casa. Uma semana depois, Gregor tentaria uma fuga do hospital, embora não tivesse forças para correr por causa dos efeitos colaterais da medicação. Ele seria apanhado por funcionários da clínica que o prenderiam com correntes em uma cama.

Passado um mês, Gregor não apresentaria melhoras significativas. Ainda teria a mesma impressão de si como inseto, não receberia notícias da família e se encontraria com o cabelo raspado e trajando o uniforme da instituição, o que o

tornaria mais um na instituição psiquiátrica. Começariam a adotar outras técnicas terapêuticas com Gregor: novos psicofármacos e eletroconvulsoterapia. Segundo o desejo de alguns profissionais da instituição, Gregor deveria fazer uma lobotomia, mas tal prática se encontraria proibida.

Um ano depois, o paciente com o transtorno X perdia todos os laços de contato com a família. Ele passaria o dia inteiro no canto do pátio da instituição e já se acostumaria com a rotina da instituição. As situações diferentes que experimentaria seriam a chegada de mais um colega de internação e a morte de outro. Não possuiria objetos pessoais, muito menos uma carteira de identidade. Perderia totalmente seu direito de ir e vir. Não teria noção do que acontecia em seu país e perderia a capacidade da palavra. O paciente com transtorno X seria apenas estatística e um código na instituição. O paciente com transtorno X viveria naquele lugar por dez, quinze, vinte anos de sua existência, talvez até morrer.

Esse pequeno relato pode ser confrontado com a história e a experiência de diversos pacientes psiquiátricos do Brasil. Poderia ser meramente um relato literário, porém nosso personagem foi factível antes da Reforma Psiquiátrica que tem como um dos ciclos o projeto de lei 10.216, referente à reestruturação da assistência psiquiátrica no país, de autoria do deputado Paulo Delgado, aprovado na Câmara no ano de 1989 e sancionada em 2001 (PAULIN e TURATO, 2004). Essa lei, de fato, representa a luta de diversos movimentos antimaniconiais e sociais que têm suas origens ainda nas décadas de 70 e 80, na estruturação do SUS, nas mudanças de práticas dos profissionais de saúde mental e em denúncias realizadas por familiares e pelos meios de comunicação sobre atrocidades cometidas contra o rotulado doente mental, louco, alienado, transtornado ou débil encontrado nos asilos psiquiátricos.

O artigo não pretende aprofundar no recorte histórico de como acontece essa Reforma Psiquiátrica no país ou analisá-la sob a ótica pela qual o processo foi concluído. Neste, procurar-se-á lançar os pressupostos da crítica sobre as instituições psiquiátricas e a progressiva mudança de visão em relação à pessoa acometida por enfermidade mental como cidadão, pessoa que possui direitos e deve ser preservada de todo abuso e exploração. As transformações que ocorrem no âmbito da saúde mental em parte são consequências das reflexões críticas em torno

do saber psiquiátrico desenvolvidas por Michel Foucault e da institucionalização do atendimento psiquiátrico, realizada por Franco Basaglia e por Erving Goffman. Tais críticas são pressupostos para se pensar a problemática em torno do campo da saúde – doença mental muito discutidas em níveis ético, político e estético, e diretamente inserem-se nas discussões do Direito (PASSOS, 2003).

## 1. SAÚDE: DIREITO DE QUEM?

A construção da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico e a Lei 10.216 são consequências das discussões em torno das novas concepções de saúde que nascem com o Sistema Único de Saúde (SUS). Parte-se de uma concepção de saúde como conquista da sociedade e das lutas cotidianas que foram empreendidas a favor do povo brasileiro para que tivesse acesso irrestrito aos atendimentos do SUS (PAIM, 2009). A saúde está na amplitude das ações do Estado, na participação da sociedade, no envolvimento de comunidades e das pessoas. Pela primeira vez na história do Brasil, a Constituição da República garante a saúde como direito social.

Aliás, o saber que constitui a saúde é ampliado com as discussões em torno do SUS e das políticas públicas para a saúde mental. Embora o SUS sofra diretamente com os impactos das crises econômicas que marcam o Brasil na década de 90 e a redução de verbas destinadas à sua implementação, é um sistema construído coletivamente em parceria com o Estado e com a sociedade civil organizada (PAIM, 2009).

Com o SUS, a área da construção do saber sobre saúde se entremeia com as crenças populares, as discussões coletivas em torno da promoção e da gestão da saúde e o conhecimento gerado nas universidades, escolas e institutos. Os diversos atores sociais envolvidos na grande teia de concepções favorecem a compreensão de uma saúde, além do estado de ausência de doença, que contemple o bem-estar físico, psíquico, social e espiritual dos indivíduos (PAIM, 2009). Essa noção traz o avanço da compreensão de que a saúde não se restringe às instituições

hospitalares ou a práticas curativas implementadas por profissionais devidamente habilitados (PASSOS, 2003) que possuem um saber, mas não são “donos” da verdade para decidirem arbitrariamente sobre a vida do paciente.

O SUS nasce com uma perspectiva de democratizar a saúde mediante a descentralização política, financeira e administrativa do Estado com participação da sociedade em sua gestão através dos Conselhos Municipais de Saúde (REVERBEL, 1996). Nesse processo, surgem novos olhares sobre a Saúde Mental com proposição de redução progressiva dos hospitais psiquiátricos e compreensão de que as pessoas com sofrimento psíquico não devem ser afastadas do vínculo familiar e comunitário. Aliás as interações sociais são importantes para a recuperação dessas pessoas e ocorre significativamente uma alteração na concepção de uma saúde mental, que se reduzia a prática da categorização em distúrbios psiquiátricos e exclusão de incapacitados (REVERBEL, 1996).

O SUS descentraliza o atendimento de saúde para que este não possua um caráter meramente curativo. No caso específico da saúde mental, as discussões não ocorrem em torno somente das prevalências e incidências dos transtornos mentais, mas também relativamente à construção de políticas públicas para promover a saúde da população e a compreensão de fatores ambientais que desencadeiam os processos de adoecimento. Nesse viés, o Programa Saúde da Família (PSF), a Política Nacional de Atenção Básica e a estruturação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são tentativas para programar práticas de qualidade de vida para toda sociedade. Trata-se de um novo olhar sobre o atendimento na área da saúde com vistas a promover a valorização das dimensões subjetivas e sociais do indivíduo, respeitando as suas demandas manifestas.

Essa nova visão de saúde é concernente com a perspectiva de um cidadão pleno que participa dos diversos aspectos da vida social e que pode acessar livremente o arcabouço de bens materiais e culturais estruturantes da sociedade. Em conformidade com esse paradigma, a Reforma Psiquiátrica defende que toda intervenção no âmbito da saúde mental se preocupará em manter a inserção social e em evitar a hospitalização (PASSOS, 2003). Esses fatos estão em conformidade com um princípio norteador do SUS que é preservar a *autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral* (Lei 8.080, Art. 7º, III).

É possível identificar entre as propostas de Reforma Psiquiátrica certa heterogeneidade na defesa e discussão acerca das mudanças na área de saúde mental. Um grupo mantém-se mais técnico preocupando-se em manter preservado o saber psiquiátrico. Para este, a reforma consiste em acompanhar descobertas na área de psicofarmacologia e em novas terapias. Outros grupos que discutem a reformulação do atendimento ao portador de sofrimento psíquico, partem da ideia de que a reforma é problema político, é luta pela cidadania plena e pelo respeito às diferenças (PASSOS, 2003). Entretanto, apesar da complexidade que se impõe às discussões em torno da reforma, o técnico e o político se inter-relacionam e o essencial é pensar no que une o movimento: a mudança social em torno da doença mental, a crítica histórica de visões construídas em torno de um pretense saber psiquiátrico.

As ações que surgem da Reforma Psiquiátrica e dessa nova concepção de saúde mental visam ao desenvolvimento de uma política social de superação dos riscos de exclusão e de diversas vulnerabilidades relacionadas ao paciente com sofrimento psíquico que se encontra recluso em uma instituição. A exclusão sofrida pelo paciente mental hospitalizado tem relação direta com práticas que o alienam da participação da sociedade. Segundo Filgueiras (2004), o fenômeno da exclusão expõe os entraves para o desenvolvimento pessoal e promove a expulsão gradativa do indivíduo das estruturas sócio-comunitárias que formam as teias da vida política do cidadão. A pessoa com sofrimento psíquico, no processo antes da Reforma, não possui uma identidade, pois é expulso do convívio social e familiar; deixa de ser brasileiro já que está à margem da vida política devido a um desamparo do Estado.

Essa visão sobre o paciente com sofrimento psíquico é consequência das tradições sobre a doença mental que constitui os discursos médicos ao longo dos séculos passados e ecoa nas práticas de saúde no Brasil que procurou focar o atendimento psiquiátrico nas instituições hospitalares privadas e abandonou as ações comunitárias. Segundo Paulin e Turato (2004), a política adotada oficialmente pelo Estado até a década de 1980, por exemplo, é o aumento significativo do número de leitos psiquiátricos através do fechamento de parcerias com a iniciativa privada. Para elucidar quantitativamente o crescimento, apenas no triênio 1965 a 1968 ocorreu um aumento de 20% da população de hospitais que atendem doentes

mentais com crescimento de 45% de leitos-chão<sup>4</sup>. Notadamente esse crescimento é alavancado pelo setor privado que detém 60% dos hospitalizados. Na década de 70, chega-se à cifra de sete mil doentes internados em situação de leito-chão (PAULIN e TURATO, 2004). Pela ótica, era lucrativo investir em hospitais psiquiátricos.

A prática oficial do Estado é centralizada no hospital e no médico, embora existam embriões de mudanças desse paradigma com fóruns e discussões em torno da construção de prática de saúde mental em nível comunitário. Nos anos de 1970, há o anseio de buscar uma prática de saúde mental fora das paredes do hospital e terapêuticas que não destaquem a figura do médico, contudo a expansão de hospitais psiquiátricos em todo o Brasil continua como meta (PAULIN e TURATO, 2004).

## 2. ...E O HOSPITAL “FAZ” O DOENTE...

Sob a perspectiva epidemiológica, havia a crença, na década de 40, de que era possível erradicar a doença mental com adoção de práticas intervencionistas de tratamento adequado da pessoa com sofrimento psíquico (PAULIN e TURATO, 2004). O número crescente de hospitais, a adoção de técnicas como o choque cardizólico, a psicocirurgia, a insulinoaterapia e a eletroconvulsoterapia como formas de tratamento elucidam a necessidade da psiquiatria impor-se como prática médica fundamental na construção de uma sociedade organizada e com aspirações de modernidade (PAULIN e TURATO, 2004). De certa forma, o hospital traduz a imposição de um saber que categoriza a anormalidade e *faz* surgir o doente psiquiátrico antagônico ao discurso racional que marca a ação política em torno da saúde e isso consequentemente é um entrave para a construção de uma sociedade modernizada a que todos almejam (REVERBEL, 1996).

Nesse sentido, o hospital é um instrumento para validar discursos e práticas. É a garantia de uma instituição que fundamenta um saber sobre o corpo e é coercitivo

---

<sup>4</sup> Cerqueira citado por Paulin e Turato (2004, p. 247) *denomina leitos-chão o excedente de pacientes internados no hospital psiquiátrico.*

com os que estão à margem da normalidade (FOUCAULT, 2006). Teoricamente, é preciso ver o que está por trás dessas práticas e colocá-las sob suspeita. Elas realmente são inadequadas diante das tentativas atuais de construção de uma cidadania plena do paciente com sofrimento psíquico e das novas concepções que surgem em torno das políticas públicas para a saúde. Aliás é preciso aprofundar na investigação desse saber psiquiátrico que anula as diferenças. É fundamental que se derrube os muros e paredes do hospital psiquiátrico e se reflita sobre a experiência de cada um com a loucura. O hospital nasce da boa vontade da cura e da libertação do louco, porém a intencionalidade final é a anulação dos desejos e a manutenção de um olhar vigilante sobre a subversão (FOUCAULT, 2001), afinal o discurso médico se estrutura sobre a razão que se diz a *senhora* da verdade.

Foucault em *História da Loucura* realiza uma historiografia da loucura com uma arqueologia do Outro (MELO, 2009). Na história Ocidental, verifica-se que as experiências em torno da loucura foram diferenciadas e é um equívoco avaliar que ela estava inserida somente no nível de doença e contrária à noção de verdade. Houve um tempo em que a loucura não fazia oposição à razão e ao belo. Algumas experiências na História Ocidental, como na Grécia Antiga, ou manifestações artísticas no período gótico inserem a loucura na dimensão do saber, da experiência com o belo e com o sagrado, com múltiplas significações e sentidos (FOUCAULT, 1972).

Os gregos têm a loucura na dimensão do *pathos*. Este termo aproxima-se da compreensão que se tem de paixão, excesso, devir, catástrofe. É uma experiência aceitável (diferente do *pathos* que compõe o patológico presente no discurso médico psiquiátrico do século XVIII) e que se encontra no campo das experiências válidas para se chegar à sabedoria. O *pathos* é o coração das tragédias que povoa o imaginário grego e tem lugar na Paideia (FOUCAULT, 2010). Na Idade Média, é forte a concepção de que no louco podia estar ocultado o próprio Cristo ou ainda uma pessoa inspirada e útil para o cômico (FOUCAULT, 1972 e 2006).

A loucura, no período clássico, encontra-se em lugar muito diferente em que ficará reclusa na modernidade:

(...). a loucura era percebida como pertencente às quimeras do mundo; ela podia viver no meio delas e só tinha de ser separada dela quando adquiria formas extremas e perigosas. Compreende-se

nessas condições que o lugar privilegiado em que a loucura podia e devia eclodir em sua verdade não podia ser o espaço artificial do hospital. Os locais terapêuticos que eram reconhecidos eram, em primeiro lugar, a natureza, pois ela era a forma visível da verdade; ela tinha o poder de dissipar o erro, de fazer as quimeras se dissipar. (...) O outro lugar terapêutico posto em uso era o teatro, natureza invertida: representava-se, encenava-se para o doente a comédia da sua própria loucura (...). (FOUCAULT, 2006, p. 443).

O louco tem papel essencial no teatro ao lado do simplório e do bobo. Ele é o anunciador da Verdade e recorda a cada um dos espectadores a sua verdade com a linguagem dos idiotas. No mundo cênico, o louco remete às condições da existência. Igualmente na literatura, o louco ocupa o mesmo status de ajudar o homem a realizar a sua odisseia pelo mundo. Em alguns momentos, até na Academia, a loucura é vista mais próxima da felicidade e da verdade que a razão (FOUCAULT, 1972). Por outro lado, as práticas de exclusão na Idade Média centram-se na figura do leproso na Idade Média como encarnação do mal, vítima dos castigos divinos e consequência dos pecados cometidos pelo homem. Aos poucos, com o controle da epidemia, a lepra deixa de ser vista com desdém e outra figura deverá aparecer em seu lugar.

Para que a loucura seja expulsa do convívio social, dois marcos são importantes na justificativa de tal prática. Primeiramente, o pensamento cartesiano deverá separar a razão de toda forma de erro e engano. No cogito não há lugar para o erro e conseqüentemente para os sonhos e para a loucura, haja vista que ambos ludibriam o homem. O pensamento humano deve ser regido por ideias claras e distintas, capazes de construir um conhecimento seguro, edificador da ciência moderna. Em segundo, no âmbito jurídico-policial ocorre a fundação do Hospital Geral de Paris, em 1650 (FOUCAULT, 1972). Mediante práticas administrativas eficientes, procura-se oferecer uma assistência à saúde internando os que não se adequam à nova ordem que se erige na modernidade.

Segundo Foucault (1972), o internamento é justificado através de um duplo equívoco de benefício e castigo. É benéfico no sentido de dar assistência para os que sofrem, afinal o hospital recolhe, abriga e oferece o alimento para os que acorrem espontaneamente a instituição; porém é castigo para os que não se enquadram na moral e nos bons costumes da época e são encaminhados pela autoridade judiciária da época. A loucura é vista por essa dualidade, transitando ao lado dos pobres,

desempregados, vagabundos, doentes venéreos, devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas e libertinos (FOUCAULT, 1972). O internado é encarado pela lente desse equívoco. A loucura só terá hospitalidade entre os muros do hospital e os que se encontram do lado de fora desses muros alimentam uma crença de que a cura será encontrada somente no ambiente hospitalar.

Observa-se, assim, que as mudanças são pressupostos para a nova relação que o homem moderno encontrou para lidar com a natureza, com o trabalho e com o Outro diferente. Essa mudança ocorre, por exemplo, na concepção da Igreja e do Estado sobre caridade com o pobre e na relação com a loucura. Em alguns lugares, tal prática chega à proibição, com condenação para todos os que vivem na ociosidade como os loucos (FOUCAULT, 1972). Apesar de o trabalho ser causa do pecado original e entendido como maldição, ele se configura como um remédio para toda miséria.

Com o Século das Luzes, solidifica-se a noção de que a Razão é condição essencial para que a humanidade conquiste a liberdade e a felicidade. O progresso da sociedade e a libertação de todos os cárceres religiosos passa pela “luz” de uma racionalidade baseada no uso correto dos juízos. A instituição hospitalar fortalece-se como estrutura com organização rígida e ordenação precisa para enquadrar o louco. Os pressupostos para interná-lo ainda ficam mais fundamentados com a necessidade de privá-lo do convívio, recuperá-lo para que possa retornar completamente curado ao ambiente social. No século XIX, na Europa, ocorre o aumento do número de asilos psiquiátricos com precisão para identificar o louco que ocupará suas celas, embora a loucura ainda pareça indeterminada em sua origem.

Gradativamente a loucura ganha o status de doença dos órgãos do cérebro, ou seja, se localiza na materialidade da alma<sup>5</sup> (FOUCAULT, 1972). No século XVIII, a discussão altera do mundo metafísico e teológico para o da anatomia e da medicina que se desembocará no discurso positivista e cientificista. Da insensatez e dos teatros do mundo clássico, a loucura desemboca-se na alienação do doente mental exilado no asilo psiquiátrico.

---

<sup>5</sup> A relação que se constitui entre cérebro e alma é a mesma entre o olho e a vista ou ainda a perna com o andar.

A importância em fazer esse recorte histórico do discurso sobre a loucura reside em reconhecer as mudanças em torno da questão e como se configuram as formas de tratamento do louco dentro dos hospitais psiquiátricos. A loucura circunscreve como antagônica à razão e fundamentada no modelo do cientificismo e da filantropia (FOUCAULT, 1972) que são os pressupostos para o saber médico.

Dessa forma, o médico ganha seu status e o hospital psiquiátrico confere-lhe certo poder e importância social. O discurso médico e as formas de tratamento das doenças têm necessidade de serem estruturados na instituição, o lugar de controle sobre o corpo e de realização da loucura. O hospital é uma instituição investida de poder disciplinador, a qual se caracteriza como uma forma de fazer uma política de ordenação do corpo com seus emaranhados de instintos e desejos. Ele faz a mediação entre o corpo do doente e o poder médico que se encontra no discurso da Psiquiatria.

Posterior a *História da Loucura*, em uma aula ministrada no *Collège de France*, em 1973, Foucault (2006) estenderá esse poder disciplinador a todos os que se encontram na *função psi*: psicólogos, a ciência da psicopatologia, as análises psicossociológicas e psicocriminológicas, a psicanálise etc, pois são agentes de adestramento do doente mental. A função não se restringe ao discurso, ela permeia a instituição e o indivíduo que não tem família; restando ao hospital psiquiátrico para discipliná-lo. De certa forma, o médico tem uma função destacada dentro do hospital: disciplinar o indisciplinado, socializar o que não tem habilidade alguma de ser sociável (FOUCAULT, 2006).

No século da estruturação do saber científico, o hospital destaca-se como ambiente para a observação e para a demonstração, para a purificação e para a prova da ciência psiquiátrica. Na botânica, ocorre a catalogação das espécies de vegetais e sua nomeação; na Psiquiatria, a elaboração taxonômica dos exóticos comportamentos dos alienados. Na Biologia, a explicação das doenças pelo ataque dos micróbios e a estruturação de técnicas para combatê-los; na Psiquiatria, a elaboração de possíveis explicações causais para as doenças mentais e elaboração de técnicas para curá-las. Os procedimentos ocorrem no laboratório do manicômio.

O hospital, então, estrutura-se na situação de manifestar uma verdade oculta. Contudo, através das provas científicas, acaba por produzi-la. Essa ambigüidade

acaba por determinar que a doença mental se manifesta nas paredes e corredores do hospital onde parasitam formas aberrantes e degeneradas. É esse procedimento que garantirá a suposta neutralidade e verdade do saber psiquiátrico (AMARANTE, 2009).

Do hospital, emerge fortemente o saber do médico que, em algumas situações, equivalerá ou terá maior grau de importância do que a instituição judiciária. É interessante que no século XIX quando alguém é sentenciado pelos júris criminais como culpado, se o réu é considerado louco, deverá cumprir sua pena em um hospital psiquiátrico ao invés de ser na cadeia. O crime desaparece diante da loucura, quando o patológico entra em cena. Todavia *a chance de sair de um hospital psiquiátrico não é maior do que a de sair de uma prisão* (FOUCAULT, 2001, p. 40).

Dessa situação, estrutura-se um *continuum* médico-judiciário como forma de proteção do corpo social. A figura do médico é a instância da cura e a penal da promoção de uma pretensa justiça. Condenação e tratamento das perversões se imbricam na estruturação de uma ordem social e como efeitos do poder disciplinador sobre o corpo.

No século XIX, surge, dentro do hospital, um procedimento para constatar a loucura que foi transposto para a instituição judiciária: o exame psiquiátrico. Ele possui a capacidade de detectar o monstro moral e gerenciá-lo. O saber do médico vai ao encontro dessa instituição fora das paredes do hospital e servirá ainda mais para aumentar seu poder. As categorias e os pressupostos do agir *científico* do médico solidificam-se na sua experiência com a clínica e ganham valor na sociedade para preservá-la do perigo. Nesse contexto, a Psiquiatria ganha status de disciplina especializada e um atestado médico é capaz de fazer com que o sistema judiciário libere a internação da pessoa. Segundo Foucault (2001, p. 179) *os psiquiatras necessitavam disso para definir e firmar seu poder no interior dos sistemas de regulação da higiene pública*.

Embora a forma como o fenômeno da loucura, enquanto doença e perigo, se configura do outro lado do Atlântico, em terras brasileiras tais estruturas ideológicas e políticas são semeadas, produzem frutos na forma como se elaboram as políticas sobre a saúde mental no Brasil, no início da década dos anos de 1930, e na

proliferação de hospitais psiquiátricos. O psiquiatra precisa de construir seu espaço e afirmar para toda a sociedade que seu saber é válido e importante para manter a ordem (PAULIN e TURATO, 2004).

### 3. ABREM-SE OS PORTÕES?

A crítica histórica em torno do saber psiquiátrico realizado por Foucault coloca em questão sua validade e domínio ideológico na visão que a sociedade constrói em torno do tema da loucura. Críticas similares da forma como é o tratamento dos doentes mentais aparecem de modo pontual e com propostas de intervenção nos trabalhos realizados pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia em torno da necessidade de negar o hospital psiquiátrico e com Erving Goffman na sua crítica aos processos de totalização realizadas nessas instituições.

Basaglia (1985), em sua atuação como psiquiatra nos manicômios italianos, discorda enfaticamente com tratamento sub-humanos em que pacientes são amarrados, obrigados a dividir a mesma cama, subjugados em garrotes e sujeitos às mudanças de humor e fúria dos médicos. Ele encontrará situações similares e até piores em sua visita ao Hospital Colônia na cidade de Barbacena no ano de 1979, comparando-o a um campo de concentração nazista (Museu da Psiquiatria Brasileira).

Para Basaglia, instituições psiquiátricas traduzem as situações de exclusão e violência que são características de nossa sociedade. Uma violência que simula a promoção de uma política de saúde mental, uma educação e socialização das pessoas com doença mental. Entretanto, no fundo, remetem-se às estruturas de anulação da subjetividade do doente mental, destruindo sua identidade e sua condição de ser social. Dentro das instituições, confronta-se uma divisão de reflexo das próprias condições políticas e econômicas da sociedade: os que têm controle do poder e os que não o têm. Por isso, dentro do hospital, existem duas classes: o médico e o doente (BASAGLIA, 1985). Do ponto das representações em torno da relação dessas duas categorias, Basaglia elenca que ambas podem ocorrer no

modelo *tipo aristocrático* (o paciente vê o médico como detentor do saber técnico, porém é ele quem possui o poder econômico e mantém certa autonomia – relação característica dos doentes ricos), *tipo mutualista* (quando o paciente tem consciência de sua condição em relação ao médico com diminuição do poder técnico) e *tipo institucional* (o poder do médico se sobrepõe ao paciente, estigmatizando-o a objeto de investigação). No institucional, reside a relação que se constrói do médico com o paciente dentro de um hipotético saber psiquiátrico. O problema não está na doença, mas nas classes instituídas dentro do hospital.

A relação que se instaura dentro do hospital possibilita o ato violento em relação ao paciente. Na sua estadia dentro da instituição, as técnicas e o quadro de funcionários têm a finalidade de levá-lo a aceitar a sua condição inferior e marginal na teia social. O paciente acostuma-se com a violência e a depender da instituição. Ele não se imagina fora dela e retornando ao convívio social.

No hospital psiquiátrico, o bom paciente é aquele que cumpre o tratamento e aceita as orientações fornecidas pelo médico sem questionar. Nos que se apresentam rebeldes e procuram fugir da situação, as técnicas coercitivas são intensificadas até que não mais questionem o tratamento e aceitem incondicionalmente sua condição de excluído. Dessa forma, Goffman (1974) refere ao hospital psiquiátrico como instituição total, pois os pacientes são tratados de forma igual, ficam por um determinado período de tempo privados da vida social e são formalmente administrados pelo médico.

As sociedades modernas são caracterizadas por indivíduos que realizam diversas atividades em vários grupos sociais. O indivíduo torna-se participante de uma grande teia social constituída de diferentes autoridades, mas sem um plano racional geral. Nas instituições totais, há uma ruptura desse quadro: o indivíduo realiza todas suas atividades no mesmo espaço físico e sob o olhar de uma autoridade; ele está inserido em um grande grupo no qual todos são tratados da mesma forma e devem realizar as mesmas atividades e todas as atividades diárias são estabelecidas no mesmo horário. A sequência do dia e os horários são impostos e ordenados para atender os objetivos da instituição (GOFFMAN, 1974). É o que se verifica na instituição psiquiátrica.

A violência que se comete nas instituições totalizantes transforma os indivíduos em máquinas ou em animais sem sentimento e sem razão. A doença mental é isolada no hospital, tornando-se pior que qualquer patogenia altamente transmissível. Seu tratamento consiste em práticas com requintes de crueldade e o ato terapêutico afirma-se como uma ação contra o excluído.

Necessita-se, com a crise do sistema psiquiátrico, desestruturá-lo e questioná-lo, repensar as ações em torno da saúde e verificar os pressupostos sobre o saber que compõem as ciências da *psi*. O complicador no processo psiquiátrico tradicional encontra-se no processo de objetivação dos sinais que aparecem no paciente. Na relação médico-paciente, estrutura-se um suposto saber sobre o corpo do paciente que não é ouvido, apenas diagnosticado e enquadrado na tutela da instituição.

A mudança das formas de olhar o doente mental consiste primeiramente em devolver a liberdade do paciente, torná-lo sujeito de fato. Trata-se de tirá-lo da sua condição de objetividade e passividade, estabelecendo-se novas relações terapêuticas. Diante da crise do hospital psiquiátrico, os profissionais de saúde mental necessitam colocar seu saber em dúvida e decompor as estruturas e funções em que se edificaram o hospital. A sociedade, por sua vez, ao pressionar a *abertura* dos portões do hospital, carece repensar os papéis das instituições totais e expor as significações historicamente construídas em torno da doença mental, pois como afirma Basaglia (1985, p. 107) (...) *o problema não é a doença em si (o que é, quais são as suas causas, quais os prognósticos), mas simplesmente de determinar qual tipo de relação se instaura com o doente.*

A objetivação no tratamento da doença mental dentro do hospital serviu para esconder a discriminação e a dificuldade que a sociedade possui para lidar com as diferenças. Aliás Basaglia (1985) denuncia que a forma de tratar doentes de condições econômicas diferenciadas vai variar e seguir prognósticos diferenciados. O rico terá um tratamento que não negará sua subjetividade e não calará sua voz, enquanto que o pobre estará entregue ao tratamento sem direito à fala, já que às técnicas médicas perpetuam as desigualdades. A forma como se trata a doença mental está circunscrita nas relações sociais excludentes e na falta de interesse em construir uma saúde mental como direito público. O questionamento da instituição perpassa também pela dúvida sobre o saber do médico que se repousava dentro de

uma ciência incontestável e de uma sociedade com sérios problemas econômicos, demarcada por ideologias de intolerância às diferenças.

Como contraponto, a construção de práticas na área de saúde mental organiza-se em torno da comunidade e da inserção da pessoa portadora de sofrimento psíquico no convívio social. Essas ações acabam por provocar na sociedade uma mudança na visão em torno das doenças mentais. Basaglia (1985), através de suas experiências como psiquiatra, propõe um modelo estruturado em comunidades terapêuticas. Diante de práticas violentas e repressivas do hospital, a comunidade terapêutica é um rompimento com o suposto saber psiquiátrico e as formas violentas de tratamento encontradas no interior dos manicômios.

A comunidade mantém a importante condição de liberdade do paciente com sofrimento psíquico. Entretanto essa mudança acontece aos poucos e progressivamente, dado que a mudança do hospital psiquiátrico para a comunidade terapêutica não é uma simples variação de lugares de tratamento, mas mudança de paradigma. É a libertação do indivíduo da tutela do hospital, libertação das correntes, garrotes e controles estruturados dentro de uma instituição total.

A proposta de uma comunidade terapêutica e de construção coletiva de saberes na área de saúde mental ocorre principalmente no reestabelecimento das relações do paciente com o mundo e no retomar de sua subjetividade perdida. Na *mesmificação* da instituição total em que todos são iguais, a comunidade é uma tentativa de expressão de singularidades, de emoções e de sentimentos dos Outros diferentes.

A comunidade é construção de todos. As decisões ocorrem em um processo de horizontalidade, no qual o paciente pode comunicar o que deseja e questionar as visões dos profissionais inseridos. Na comunidade, retorna a condição do paciente de poder falar, dado que na instituição total era privado de comunicar ou apresentava uma fala reduzida como forma de controle social do mundo do doente mental (GOFFMAN, 1972). De fato, o paciente na comunidade possui a condição de começar a participar dos diversos grupos sociais, vê-se como cidadão inserido na teia de relações sociais que o potencializa a lutar pelos seus direitos, enxergar-se nas discussões da cidade, da vida política e como colaborador do emergir da saúde como direito social. O hospital apresenta-se deficiente, impotente e não tem mais

razão de existir diante das experiências de construção de um espaço democrático e de uma nova ordem social (BASAGLIA, 1985).

O fato de o paciente retornar seu contato com o mundo e a saída do psiquiatra do hospital são dois movimentos históricos para novas compreensões sobre as relações de poder construídas em torno de um saber. São processos das mudanças de espaço de ocupação política, de papéis na construção de práticas do direito e de se repensar as ciências da *psi*. A comunidade estrutura críticas profundas em torno de elementos de uma sociedade excludente.

Sob a perspectiva do psiquiatra e dos demais profissionais que lidam com a questão da doença mental, observa-se a necessidade da manutenção da prudência diante dos problemas que emergiram das práticas totalizantes. Os profissionais da *psi* desconstroem o hospital como lugar da eficiência e optante da ordem em detrimento da liberdade do doente (BASAGLIA, 1985). Na estruturação das comunidades terapêuticas, há de se precaver para que as estruturas do hospital não sejam reproduzidas e as visões em torno de como se vê o fenômeno da loucura sejam focalizadas sob o crivo da crítica histórica de como os discursos de doença mental foram organizados. Para o funcionamento das comunidades terapêuticas, o paciente deve despertar sua agressividade contra o sistema, ver que existem experiências significativas da existência fora dos portões do hospital e opor-se ao poder que o institucionalizou.

A doença mental é histórica e a relação que temos com ela passa pelas contradições que cercam os muros e portões do hospital e a pretensa tentativa de anulamento das experiências diferentes de um saber científico, o qual na realidade era mais um juízo de valor e um controle do poder. *Afinal a doença não é a condição objetiva do doente, mas o que faz assumir 'o aspecto que tem' reside na relação com o médico que a codifica e com a sociedade que a nega* (BASAGLIA, 1985, p. 129). Os participantes da comunidade terapêutica possuem o compromisso de realçar essas contradições, contestar a necessidade de controle e de revisar constantemente práticas. A noção de tutela predominante no hospital fornece espaço nas comunidades terapêuticas para a cura com expressão espontânea e livre da pessoa com sofrimento psíquico.

Em uma perspectiva antropológica, de um corpo institucionalizado, lugar do saber médico que categoriza o doente como obscuro, desordenado e inconveniente; passa-se para um corpo próprio, concreto, capaz de manter uma dialética com o mundo, fazendo uma negativa e contraposição ao modelo institucional. Estabelece-se uma nova terapêutica de crítica ao poder médico causador de segregações e estruturado em um modelo político de exclusão.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica é um processo amplo e envolve discussões no âmbito epistemológico, com revisão sobre a estruturação do saber psiquiátrico e a compreensão da psiquiatria como prática médica semelhante a outras áreas como a cardiologia, a neurologia ou a ortopedia. De fato, o saber psiquiátrico procurou cindir e delimitar de modo preciso a linha que divide loucura/razão; normalidade/patologia com a pretensão de realizar um discurso neutro e uma pretensa terapêutica de cura das enfermidades psíquicas. Essa posição teórica ocupada pela psiquiatria é sustentada no nível da práxis pela estrutura institucional, reduzindo sujeitos a objetos a serem submetidos a procedimentos técnicos.

Conseqüentemente, as discussões no âmbito epistêmico acabam por influenciar a visão do doente mental no âmbito político e ético: são indivíduos privados da participação da vida social e incapazes de possuir uma plena cidadania. Dessa forma, o recorte de crítica aos discursos e práticas na área da *Psi* que se fez neste artigo fomenta uma ampliação das discussões de toda a sociedade em torno do que se deseja como políticas públicas na área de saúde mental e na reintegração de pacientes psiquiátricos no processo de *desinstitucionalização*, em que a terapêutica deixa de ser estruturada no isolamento social. (AMARANTE, 2009).

Como um dos resultados desse processo de Reforma Psiquiátrica com reconstrução de saberes e práticas, há o reconhecimento da pessoa com sofrimento psíquico como cidadão, sujeito com suas vivências próprias e particulares que se opõem a

uma instituição total. Propõem-se novas formas de intervenção, estruturadas na proposta de comunidades terapêuticas basaglianas, com respeito ao doente e a seus familiares. Do ponto de vista legal, é possível identificar esses elementos em uma das referências da reforma que é a Lei 10.216/01. No artigo segundo da referida lei, há a descrição dos diversos direitos do paciente com sofrimento psíquico que são: ter melhor tratamento; não ser privado do ambiente familiar, comunitário e social em que está inserido; ser protegido de todo abuso e exploração; ter acesso aos meios de comunicação e obter todas as informações sobre o tratamento a ser prestado.

Apesar de um avanço do ponto de vista legal, é importante que os atores sociais envolvidos na área de saúde mental e toda a sociedade mantenham uma crítica constante sobre o conhecimento em que se estrutura a prática das *Psí*, o que será uma via poderosa para se opor a possíveis controles e deficiências que possam surgir. Deve-se, por exemplo, questionar o que ainda se apresenta deficiente na estruturação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), assim como a forma que os discursos sobre a doença mental são organizados. Em relação a tais discursos, poderia-se aventar distintas e variadas questões: A crescente utilização de remédios de *tarja preta* é necessária? Modelos de explicação dos transtornos psiquiátricos estruturados somente na biologia do indivíduo em detrimento das compreensões de fatores ambientais e sociais como preditivos apresentam limitações? Na perspectiva legal e política em que há uma compreensão das práticas de saúde estruturadas em práticas coletivas e comunitárias, como garantir o direito de participação e de fala dos usuários dos serviços de saúde mental?

Muitas são as questões que notadamente marcam as discussões em torno das práticas de saúde mental. A Reforma Psiquiátrica não se limita à reestruturação de técnicas ou de novas terapias, mas de pensar novos modos de subjetivação diferenciados do modelo hospitalar (LIBERATO, 2009). Trata-se de constantemente colocar a loucura e o discurso instituído historicamente em dúvida, desestruturar os conceitos de clínica e suas práticas, verificar o que há de violência transvestida de boa vontade e de cura, verificar as construções que cada um possui da loucura. Para ilustrar, fazendo uma leitura do conto *O Espelho*, de Guimarães Rosa (1988), a loucura moradora do interior do humano ganha o direito à fala e remete à razão que

a olha e a julga o seguinte enigma: *Os olhos, por enquanto, são a porta do engano; duvide deles, dos seus, não de mim.*

A Reforma Psiquiátrica como articulação de crítica as práticas técnico-institucionalizantes, de construção de subjetividades e expressão das diferenças no espaço jurídico e legal, de estabelecimento de um novo lugar no imaginário social das pessoas com sofrimento psíquico e de crítica epistemológica à ciência médica possibilita um olhar diferenciado para realizar o movimento de superação dos discursos que sustentaram a existência dos hospitais psiquiátricos. Sob um viés de crítica mais profunda, a Reforma contrapõe-se às estruturas sociais e econômicas excludentes que marcam o mundo do trabalho e das ciências e acrescenta uma discussão profunda em torno das representações com relação ao tema. Na Reforma, o doente emerge como um sujeito de direitos, possui uma história de vida, é um ser cujas experiências contribuem para enriquecer as redes sociais. Antes de ser um paciente decodificado em categorias diagnósticas e encurralado no hospital, o portador de sofrimento psíquico tem razões que o levaram a chegar em determinada situação; ele é brasileiro, cidadão possuidor de direitos sociais e que, em hipótese alguma; pode ser privado de tal condição.

Enfim a Reforma Psiquiátrica é superação de preconceitos construídos e dos rótulos impostos: ser perigoso, incapaz de viver socialmente, distante do mundo, irracional. É o reconhecimento de que a construção de ações na área da saúde mental estrutura-se na potencialização da comunidade e na rede de atenção social em que a pessoa com sofrimento psíquico tem um suporte social e acesso às condições básicas de vida para viver sua cidadania.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. In: **Caderno Brasileiro Saúde Mental**, 1 (1), 2009 (CD-ROM). Recuperado em 20 de maio de 2012, do site: <http://www.abrasme.org.br>.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. São Paulo: Graal, 1985.

BRASIL. *Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Recuperado em 20 de maio de 2012, do site: <http://www.planalto.gov.br>.

\_\_\_\_\_. *Lei 10.216 de 6 de abril de 2001*. Recuperado em 20 de maio de 2012, do site: <http://www.planalto.gov.br>.

FILGUEIRAS, Cristina Almeida Cunha. Exclusão, risco e vulnerabilidade: desafios para a política institucional. In: CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira; COSTA, Bruno Lazzarotti Diniz. **O que há de novo?** Desafios e Tendências. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004.

FOUCAULT, Michel. **A Hermenêutica do Sujeito**. Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail (trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2004.

\_\_\_\_\_. **História da loucura: na idade clássica**. José Teixeira Coelho (trad.). 5ª. ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

\_\_\_\_\_. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. Eduardo Brandão (trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. Eduardo Brandão (trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FRANZ, Kafka. **A metamorfose**. Torrieri Guimarães (trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e coventos**. Dante Moreira Leite (trad.). São Paulo: Perspectiva, 1974.

LIBERATO, Magda Dimenstein Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. In: **Caderno Brasileiro Saúde Mental**, 1 (1), 2009 (CD-ROM). Recuperado em 20 de maio de 2012, do site: <http://www.abrasme.org.br>.

MELO, Walter. **O terapeuta como companheiro mítico: ensaios de psicologia analítica**. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2009.

**MUSEU DA PSIQUIATRIA BRASILEIRA.** In: <http://www.museudapsiquiatria.org.br>. Recuperado em 20 de maio de 2012.

PASSOS, Izabel Christina Friche. Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980 - 1996. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 19 (3), 2003. Recuperado em 20 de maio de 2012, da SciELO (Scientific Eletronic Library OnLine): <http://www.scielo.com.br>.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. In: **História, ciência, saúde-Manguinhos**. 11 (2), 2004. Recuperado em 20 de maio de 2012, da SciELO( Scientific Eletronic Library OnLine): [http:// www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).

REVERBEL, Carmem Maria Fernandes. Desinstitucionalização: a construção de cidadania e a produção de singularidade. In: **Psicologia: Ciência e Profissão**, 16 (1), 1996. Recuperado em 5 de março de 2012, da SciELO (Scientific Eletronic Library OnLine): [http:// www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).

ROSA, João Guimarães. **Primeiras estórias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.