

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA**

**“DIZEM QUE SOU LOUCO”:
UM ESTUDO SOBRE IDENTIDADE E
INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA**

TÂNIA MARIS GRIGOLO

**FLORIANÓPOLIS
1995**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
POLÍTICA

**“DIZEM QUE SOU LOUCO”:
UM ESTUDO SOBRE IDENTIDADE E
INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA**

TÂNIA MARIS GRIGOLO

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Sociologia Política** no Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a Orientação da Prof^a. Dr.^a Luzinete Simões Minella.

FLORIANÓPOLIS
1995


**“DIZEM QUE SOU LOUCO”:
UM ESTUDO SOBRE IDENTIDADE
E INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA**

Tânia Maris Grigolo

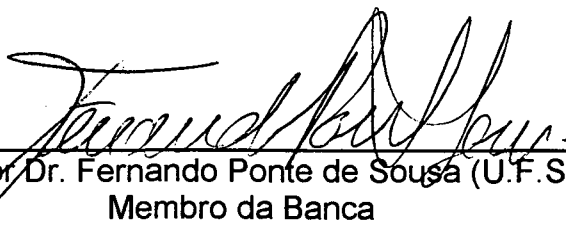
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Luzinete Simões Minella (U.F.S.C)
Presidente da Banca e Professora Orientadora



Professora Dr.^a Maria Assunta Campilongo (U.F.R.G.S)
Membro da Banca e Professora Convidada



Professor Dr. Fernando Ponte de Sousa (U.F.S.C)
Membro da Banca



Professor Dr. Erni Seibel (U.F.S.C)
Membro Suplente da Banca

**FLORIANÓPOLIS
Agosto de 1995**

SEQUELAS... E... SEQUELAS

Sequelas, não acabam com o tempo...amenizam.
Quando passa em minha mente as horas de espera,
sinceramente, tenho dó de mim.
Nó na garganta, choro estagnado, revolta acompanhada
de longo suspiro.

Ainda hoje, anos depois, a espera é por mais agonizante.
Horas, minutos, segundos, são eternidades martirizantes.
Não começam hoje, haviam adormecido, com muito custo...comigo.

Esta espera, oh! Deus... É como nunca pagar o pecado original, e sim, ser condenado a morte várias vezes.
Quem disse que só se morre uma vez?

Sentidos se misturam, batidas cardíacas invadem a audição.
Aspirada não é a respiração...é introchada. Os nervos já não tremem...dão solavancos. A espera está acabando. Ouço barulho de rodinhas.

A todo custo, quero entrar na parede. Esconder-me, fazer parte do cimento do quarto. Olhos na abertura da porta, rodam a fechadura, **Já não sei quem e o que sou.**
Acuado, tento fuga alucinante. Agarrado, imobilizado,... escuto parte do meu gemido.
Quem disse que só se morre uma vez?

AUSTREGÉSILO CARRANO*

* Ex-paciente, internado em sua adolescência por uso de drogas, relata neste texto, a agonia da espera pelos eletrochoques que lhe aplicavam, nos hospícios de Curitiba e Rio de Janeiro, na década de 70. (grifo nosso)

**“Aos que não de sobreviver e aos que já sobrevivem às suas
mortes.**

**A todos os inúmeros revolucionários anônimos, loucos poetas e
poéticos loucos do mundo que nunca não de submeter-se”.**

(DAVID COOPER)

AGRADECIMENTOS

A todos os “loucos anônimos” que são os sujeitos deste trabalho, pessoas com quem aprendi muito sobre o que significa liberdade, dignidade e justiça e a quem dedico todo o meu esforço profissional e político.

Ao Movimento Por uma Sociedade sem Manicômios, amigos que possuem um mesmo projeto: ver a eliminação da violência psiquiátrica de nossas relações e a criação de novas formas de subjetividade.

À direção da Colônia Santana por ter viabilizado institucionalmente este estudo e principalmente aos técnicos do Serviço Social, que não mediram esforços para facilitar o acesso e a compreensão do cotidiano da instituição.

Ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina, aos professores que foram, fundamentais, na compreensão da teoria e da pesquisa sociológica.

À Professora Luzinete Simões Minella que, como orientadora e conhecedora da realidade da assistência psiquiátrica e de saúde de nosso país, esteve sempre junto discutindo, criticando, ponderando e indignando-se com a condição desumana dos sofredores psíquicos presos nos manicômios.

À CAPES -Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- por viabilizar economicamente a realização deste mestrado.

Aos amigos de turma que foram mais do que simples colegas de aula.

Aos amigos psicólogos que iniciaram comigo os estudos de antipsiquiatria, fenomenologia e existencialismo e a todos os que são parte de minha história, de meu futuro e das muitas “loucuras” que já planejamos e fizemos.

Aos meus pais que sempre viabilizaram e apoiaram meu projeto de vida.

Finalmente, ao meu companheiro, minha maior “loucura”.

GRIGOLO, Tânia Maris. "Dizem que sou louco": um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica. Florianópolis: 1995. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política - UFSC.

Resumo:

O objetivo deste trabalho é analisar as relações entre o poder médico-psiquiátrico e a incorporação da ideologia manicomial por parte de sofrendores psíquicos internados através de suas representações sobre o manicômio, sobre si mesmos e sua família. Analisamos também as propostas de reformulação do manicômio e se existem diferenças nas representações dos internados em função do tempo de permanência no manicômio. Para isso foram realizadas análises de prontuários, observações e entrevistas com os internados que foram divididos em dois estratos: 18 entrevistados de curta permanência e 10 de longa permanência. A análise das representações nos permite concluir que a instituição é vista diferentemente por parte dos pacientes de longa permanência, isto é, acima de 5 anos de internação e pelos de curta permanência, até 5 anos. Essas diferenças estão condicionadas pela perspectiva de sair ou não do manicômio, da relação com a família e do processo de deterioração psicofísica que sofrem na instituição. O manicômio é visto pela maioria dos entrevistados de curta permanência como uma prisão, onde estão contra sua própria vontade. Enfatizam o caráter rotineiro e despersonalizante, sentem-se inseguros e vivenciam a internação como um castigo, resistindo à identificação com a instituição. Nos entrevistados de longa permanência é possível perceber a predominância da incorporação da ideologia manicomial, aceitam o manicômio como o lugar deles, um lugar onde têm assegurada sua sobrevivência. Esta tendência permanece quanto à incorporação da ideologia manicomial na definição de si mesmos; nos dois estratos percebe-se a perda progressiva da identidade que tinham. Finalmente os entrevistados consideram o manicômio necessário, justificando-o através da incorporação do discurso psiquiátrico sobre a periculosidade da loucura e tendo em vista a proteção da sociedade.

ÍNDICE

Banca Examinadora.....	III
Agradecimentos.....	VI
Resumo.....	VIII
Índice.....	IX
Introdução.....	1
Capítulo I	
Loucura ou Doença Mental: orientações teórico-metodológicas.....	10
1.1 - Objetivos.....	24
1.2 - Hipóteses.....	25
1.3 - Procedimentos Metodológicos.....	25
Capítulo II	
A Instituição Manicomial.....	29
2.1 - O Nascimento da Instituição Psiquiátrica.....	30
2.2 - A Psiquiatria e a Racionalidade Moderna.....	33
2.3 - Os Movimentos de Desinstitucionalização.....	38
Capítulo III	
O Modelo Manicomial Colônia Santana.....	42
3.1 - Histórico e Caracterização da Instituição.....	42
3.2 - A Colônia Santana e as Políticas de Saúde Mental no Brasil e em Santa Catarina.....	49
Capítulo IV	
"Ora ... São Loucos": Caracterização dos Pacientes Psiquiátricos.....	57
Capítulo V	
"Só prá Louco Mesmo": Representações sobre um Manicômio.....	61
5.1 - "Os Lugares Psiquiátricos".....	61
5.2 - "Dizem que Sou Louco".....	66
5.3 - "Só prá Louco Mesmo".....	73
5.4 - "Vocês seguram ele aqui?".....	79
Conclusões.....	85
Bibliografia.....	94

INTRODUÇÃO:

Este trabalho tem como objetivo analisar as relações entre instituição manicomial e "paciente psiquiátrico", no sentido de resgatar as representações dos próprios psiquiatrizados¹ sobre esta instituição, a produção de sua subjetividade e as determinações sociais envolvidas neste processo.

Esta investigação situa-se no centro de um debate atual, no qual se colocam as seguintes questões: Qual é o lugar do sofredor psíquico²? Um macro-hospital tradicional com todas as características da segregação e do controle? Um programa de saúde mental descentralizado e preconizado nas políticas para o setor como não estigmatizante e reintegrador do "paciente psiquiátrico" à sociedade?

Sua realização se justifica, inicialmente, em virtude da crise da instituição manicomial, a qual vem agravando-se muito nos últimos anos, criando a necessidade de uma profunda revisão tanto em suas bases teóricas, suas concepções da loucura, quanto em sua inserção social.

¹ A designação psiquiatrizado corresponde a de paciente psiquiátrico que é, conforme Guattari e Rolnik (1986), usada para denominar pessoas que passam por internações psiquiátricas. Estes autores enfatizam o sentido da psiquiatrização da loucura a que são submetidas tais pessoas, ou seja, a constituição de um modo de vida produzido pelo saber psiquiátrico.

² O termo sofredor psíquico tem sido, recentemente, utilizado e produzido para diferenciar-se da idéia de paciente psiquiátrico que implica na concepção de doença mental. Tal termo é utilizado pelos movimentos que propõem a reformulação da assistência psiquiátrica.

Este tema inscreve-se, pois, tanto no bojo das análises institucionais quanto no âmbito das contribuições sobre a elucidação dos pressupostos que envolvem o conceito de “doença mental”.

Esta análise se justifica também, tendo em vista, que denúncias de maus tratos, ineficiência e desrespeito aos direitos humanos aprofundam, cada vez mais, a grave crise que permeia a instituição psiquiátrica e que não se resume ao descaso por que passa o setor público de saúde, mas faz parte da própria constituição do saber psiquiátrico. É o que demonstram autores como **FOUCAULT (1989)**, **THOMAS SZASZ (1979)** e outros, pois, embora a psiquiatria surja, impondo-se como uma instituição médica, nunca conseguiu se desvencilhar da marca da coerção social.

O propósito maior deste estudo, portanto, é trazer para fora do manicômio a voz dos próprios “pacientes psiquiátricos”, os significados que atribuem à instituição, à loucura e a si mesmos. Recuperar essas representações nos parece essencial neste momento, onde se propõe a extinção dos manicômios, a sua substituição por outros recursos e quando se discute as bases ontológicas e antropológicas que sustentam a chamada “doença mental”.

A realização deste estudo se justifica também e conseqüentemente, em virtude do fato de que embora haja muitos estudos sobre a instituição psiquiátrica, ainda há uma lacuna, um vazio teórico quando se trata da perspectiva dos psiquiatrizados.

BASAGLIA (1980) já chamava atenção para o fato de que os técnicos quando precisam responder às necessidades do usuário falam entre si, debatem, fazem conferências, de modo que aquele que necessita do conhecimento

do técnico só tem acesso através de sua internação em um hospital psiquiátrico. Para este autor:

"es así que el usuario nunca llega a saber lo que es la ciencia del técnico" e também para BASAGLIA (1980): "si no están (usuários) conmigo en la transformación de la institución, cualquier cambio no será sino la creación de un nuevo modelo para oprimir". (1980:40)

Embora a situação de opressão em relação ao "paciente psiquiátrico" seja singular, pois ele está *amarrado* a um sistema teórico e social de rotulação e desqualificação frente à sociedade, essa condição de exclusão no planejamento, nas decisões e nas próprias análises acadêmicas, atinge a maioria dos setores sociais oprimidos.

As Reformas ocorridas nos Estados Unidos, França e Inglaterra significaram a racionalização, a descentralização e a criação de outros serviços, que apenas deslocaram o hospital psiquiátrico como centro da assistência.

De maneira diferenciada, o processo de transformação na Itália, conforme **BASAGLIA (1985)**, **ROTELLI (1990)** e outros, partiu do interior do manicomio, desmontando-o, subvertendo sua lógica de funcionamento, envolvendo internados e comunidade.

As tentativas de reformulação da instituição psiquiátrica nos EUA e em alguns países da Europa começam a partir da instalação do que se chamou de Estado do Bem Estar Social, após a IIª Guerra Mundial, onde a assistência social passa a ser prioritária nas políticas públicas.

Nos EUA, por exemplo, ocorreu uma grande desospitalização que resultou na continuidade do hospital psiquiátrico. O período de internação foi reduzido, mas aumentaram as reincidências, criando um dinâmico circuito de altas e retornos; além disso muitos pacientes ficaram sem atendimento. Esse sistema, conforme chama atenção **ROTELLI (1990)** e indicam outras pesquisas sociológicas³, apresenta o risco de reproduzir o controle social da psiquiatria na sociedade.

A desinstitucionalização italiana, tem início com um governo de caráter socialista e democrático-popular e, de maneira diferenciada, preocupou-se não apenas com a criação de outros recursos assistenciais comunitários, mas também com a lógica desses recursos, com os conceitos, os aparatos e relações de poder sob os quais eles funcionavam.

A Reforma Italiana pretende recuperar o que estava perdido, ou seja, recuperar a subjetividade, a própria pessoa que se encontra desintegrada em um conjunto de sintomas e categorias nosológicas. De acordo com **ROTELLI(1990)**, a humanização da instituição manicomial não é suficiente.

No Brasil essa discussão, apesar de já vir ocorrendo em alguns encontros de técnicos do setor, consolida-se a partir dos anos 80 com a chamada "abertura política". Embora sejam experiências intransponíveis como modelo, a influência das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Italiana foram marcantes no processo brasileiro.

BARROS, Denise. **A Desinstitucionalização Italiana**: a experiência de Trieste. São Paulo, 1990. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, PUC/SP.

Em 1987 o Ministério da Saúde convoca a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta convocação faz parte de um processo mais amplo, incluído no Movimento de Reforma Sanitária, que reivindicava saúde como um direito de todos e como resultante de condições de vida. Foi deste Movimento que resultou a política baseada no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por princípios a descentralização, a universalização, a integralidade e a participação popular nos serviços de saúde, de acordo com a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental teve como resultante a política atual que tem como alguns princípios:

- 1) Reversão da tendência hospitalocêntrica, dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional;
- 2) Não instalação e não credenciamento de novos leitos psiquiátricos em hospitais especializados pelo poder público;
- 3) Proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos;
- 4) Implantação do serviço de saúde mental no sistema de saúde em geral, de modo que não se reproduza a prática segregacionista e cronificadora peculiar, aos serviços específicos.

A partir deste momento, a discussão chega aos distintos estados brasileiros e a alguns municípios. Criam-se experiências alternativas ao hospital psiquiátrico como, por exemplo, na cidade de Santos SP, onde um grupo de técnicos, junto à administração pública, fazem uma intervenção em um hospital privado do município (Casa de Saúde Anchieta), transformando-o, abrindo-o e trabalhando com outra lógica que não a da incapacitação do sofredor psíquico, mas sim com a criatividade, com o trabalho, com a atenção à subjetividade

e não apenas aos diagnósticos, tornando-se a experiência precursora no Brasil.

O Movimento da Luta Antimanicomial, que se originou do Movimento de Trabalhadores em Saúde mental, discute e elabora junto ao deputado federal Paulo Delgado (PT-MG), em 1989, o projeto de lei 3657/89 que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamenta a internação compulsória. Este projeto foi aprovado na Câmara dos Deputados no dia 14 de dezembro de 1990, encaminhado ao Senado Federal no dia 14 de janeiro de 1991 e ainda está tramitando pelas comissões do Senado.

As propostas de reformulação no setor encontram maior resistência por parte da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), que reúne os proprietários dos hospitais psiquiátricos, os quais detém 79,5%⁴ do total de leitos no Brasil.

Como forma de mostrar a viabilidade e pressionar para a aprovação deste projeto de lei, os estados elaboram seus próprios projetos. Rio Grande do Sul, é o primeiro estado a aprovar a lei nº 9.716/92 de reforma psiquiátrica. Em seguida, vieram o Ceará, lei 1.251/93 e Pernambuco, lei 11.024/93. Embora até o momento estes sejam os projetos aprovados, vários outros estados, como Distrito Federal, Rio de Janeiro, São Paulo Rio Grande do Norte, Paraná, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso e Santa Catarina têm sua proposta tramitando nas suas respectivas assembleias legislativas.

Em Santa Catarina organiza-se a partir de 1991 o Movimento da Luta Antimanicomial, composto basicamente por profissionais da área insatisfeitos com a situação da assistência ao sofredor psíquico. Este movimento instaura concretamente a polêmica no âmbito do Estado com a promoção de debates, a participação na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental-etapa estadual, através de assessoria ao projeto de lei 148/93 do deputado Idelvino Furlanetto (PT-SC).

Na prática já foram realizadas algumas tentativas de reformulação da assistência, em Santa Catarina, mas que não chegaram a modificar a situação. De um modo geral, o atendimento está concentrado nos hospitais psiquiátricos da Grande Florianópolis e sul do estado, conforme tabela a seguir:

HOSPITAL	MUNICÍPIO	Nº DE LEITOS
COLÔNIA SANT'ANA**	SÃO JOSÉ	800
INSTITUTO SÃO JOSÉ*	SÃO JOSÉ	200
CASA DE SAÚDE RIO MAINA*	CRICIÚMA	167
TOTAL		1167

Fonte: Coordenadoria de Saúde Mental-SSE/SC

**Público *Privado

Mais recentemente, já refletindo as atuais políticas de reformulação da assistência ao sofredor psíquico, foram implantados alguns leitos em Hospitais Gerais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços ambulato-

rais, mas estes ainda não representam uma tendência de substituição do manicomio.

Este estudo se faz necessário também no sentido de contribuir com a reformulação das políticas de saúde mental de nosso Estado.

Tendo em vista todos esses aspectos, o desenvolvimento desse trabalho conta com uma sequência de cinco capítulos. No primeiro capítulo deixamos explícito os fundamentos teóricos e metodológicos que orientam esta investigação, analisando criticamente os conceitos de loucura e doença mental, assim como apresentamos nossos objetivos e hipóteses de trabalho.

No capítulo II, tratamos de contextualizar a problemática da instituição manicomial. Inicialmente discutindo a história da loucura, examinamos as contribuições de Michel Foucault e Thomas Szasz, considerando que embora estes possam se contrapor em algumas teses, representam avanços significativos na compreensão da psiquiatria e da loucura.

Em seguida relacionamos instituição psiquiátrica e racionalidade moderna, uma discussão que nos parece indispensável neste momento histórico, no qual, observamos uma apologia da idéia de modernidade e de seus pressupostos.

Analisamos criticamente as relações da psiquiatria e da psicanálise com a produção da subjetividade moderna.

Considerando que a história não é linear e que não há uma dominação ou uma submissão absoluta dos sujeitos, tratamos de compreender as diversas

reações e tentativas de desconstrução da hegemonia manicomial. Resgatamos os movimentos de desinstitucionalização e apontamos para algumas armadilhas teóricas e práticas que envolvem as reformas psiquiátricas.

No terceiro capítulo, caracterizamos a instituição psiquiátrica Colônia Santana, onde realizamos este estudo. Analisamos seu histórico, do ponto de vista institucional e de pacientes que viveram esta história, focalizando as reformas ocorridas desde sua criação. Por último, discutimos a política de saúde mental de nosso Estado, a qual sempre esteve centralizada nesta instituição.

O quarto capítulo tem como objetivo descrever e compreender a situação atual das pessoas internadas em instituições manicomiais como a Colônia Santana: de onde vêm? Quem são? Qual é a sua condição social e econômica? Onde estão suas famílias? Quais as atividades que realizavam?

Relacionaremos estes dados com outras investigações já concluídas, como a de **SIMÕES (1989)**, possibilitando nesta comparação constatar que a condição sócio-econômica das pessoas internadas nos manicômios públicos de todo país são semelhantes, podendo-se, até mesmo, falar de um "rosto institucionalizado" da loucura.

Estes dados nos possibilitarão elaborar algumas conclusões iniciais em relação aos nossos objetivos os quais serão aprofundados no último capítulo, no qual analisamos a questão central deste estudo: as representações dos pacientes sobre o manicômio e sobre si mesmos.

CAPÍTULO I- Loucura ou Doença Mental: Orientações teórico-metodológicas

Neste primeiro capítulo apresentamos uma discussão preliminar sobre o conceito de loucura, que nos parece ser de fundamental relevância para demarcar o horizonte teórico que permeia todo este trabalho. Juntamente com isso explicitamos as categorias conceituais básicas, os objetivos, as hipóteses e os procedimentos metodológicos que nortearam este estudo.

A psiquiatria considera a loucura uma entidade abstrata, ou seja, uma “doença” que se apropria de um indivíduo, ou melhor, de sua “mente”. Este conceito de “doença mental” é forjado em um determinado momento histórico, no qual o saber médico passa a controlar os comportamentos considerados anormais, imprevisíveis e desviantes, tendo em vista, viabilizar uma nascente sociedade capitalista.

Se a loucura fosse entendida como doença mental, em senso estrito ela não poderia ser objeto de estudo da sociologia e nem da política, seria apenas uma disciplina médico-psiquiátrica.

A existência de inúmeras análises históricas, sociológicas e políticas demonstram que o conceito de loucura é anterior ao de doença mental, existe desde os primeiros tempos da humanidade, tendo diversos significados.

De acordo com **FOUCAULT**, por exemplo:

Todas as histórias da psiquiatria até então quiseram mostrar no louco da Idade Média e do Renascimento um doente ignorado,(...). Assim teria sido necessário

esperar a objetividade de um olhar médico sereno e finalmente científico para descobrir a deterioração da natureza lá onde se decifravam apenas perversões sobrenaturais.”(1989:75)

Entendemos também que não só a instituição psiquiátrica pode ser objeto de estudo da sociologia e das ciências humanas, mas também o próprio fenômeno da loucura, pois as possibilidades de sua compreensão não se reduzem à racionalidade médica e ultrapassa os limites disciplinares, como ficará mais claro no decorrer deste trabalho.

Segundo **SZASZ (1979)**, o início da psiquiatria contemporânea, deu-se antes do final do século XIX, quando os psiquiatras ainda aspiravam ser neurologistas ou neuropatologistas. Nesta época uma pessoa só era considerada doente se houvesse algum problema com seu corpo; por isso certos comportamentos, como a histeria, ainda não eram considerados doença e os pacientes podiam ser vistos como impostores.

Os psiquiatras da época queriam estudar as verdadeiras doenças, isto é, os pacientes neurologicamente doentes.

Com Charcot e mais tarde com Freud, séc. XIX, a histeria passou a ser tratada como uma doença mental e os psiquiatras começaram a explicar todos os comportamentos, considerados desviantes e sem explicação necessária ou deliberadamente orgânica, como doenças. Aceitam-se como médicos de uma doença especial e as pessoas podem identificar-se enfim como doentes psiquiátricos.

Mas como eram essas pessoas antes de serem consideradas doentes?
Na maioria dos casos os problemas eram de frustrações, infelicidades, proble-

mas de ordem moral e social, como ocorre no caso clássico da psicanálise, o da paciente de Breuer e Freud, Anna O⁵.

Como uma paciente histérica, entre outras analisadas por Freud, o caso envolvia um conflito de ordem moral. Uma jovem de classe média daquela época tinha como uma obrigação cuidar do pai doente. Pedir ajuda ou contratar uma enfermeira significaria abandonar e não amar o pai.

SZASZ (1979) chama atenção para essa situação que era inversa ao que ocorre hoje. As crianças naquela época eram menos uma obrigação das mulheres do que os pais idosos.

A situação conflituosa entre as aspirações sociais e os próprios desejos era o elemento central dos casos de histeria, como relata, brilhantemente Freud, descrevendo o ambiente social da época, o puritanismo, a condição das mulheres.

Muito embora o próprio Freud declarasse sua convicção de que tais comportamentos ou estados se deveriam a origens antes orgânicas do que psicológicas e que o ambiente social apenas desencadearia os processos mentais doentes:

“Até o fim da vida, porém, Freud continuou adepto da etiologia química das neuroses “atuais” e a acreditar que se acabaria encontrando uma base física para todos os fenômenos mentais.” (Breuer e Freud, 1987:30)

⁵Em julho de 1880 o pai de Anna O, a quem amava profundamente, adoeceu com um abscesso pleripleural que não cicatrizou o que causou sua morte em abril de 1881. Anna dedicou toda sua energia ao tratamento do pai até sua saúde deteriorar gravemente, sentindo fraqueza, anemia e repugnância à comida, quando foi impedida de continuar a cuidar do pai.” (Breuer e Freud -Estudos sobre a Histeria, 1893-1895) A partir daí ela desenvolve um quadro típico que passou a ser conhecido como histeria. O caso de Anna O é onde primeiro aparece o termo inconsciente, utilizado por Freud ainda entre aspas.

Esse ainda é o objetivo da psiquiatria um século depois. Mas qual será a situação dos próprios psiquiatrizados um século depois?

Tendo em vista esta questão, este estudo tem como objetivo central ***resgatar a vivência dos internados, sua voz, sua perspectiva, os significados e valores que atribuem a si mesmo e à instituição psiquiátrica, ou seja, este estudo visa analisar a instituição do ponto de vista dos próprios institucionalizados.***

Nesta investigação alguns conceitos são fundamentais e possibilitam compreender as relações entre instituição manicomial e “paciente psiquiátrico”; são eles: instituição, poder, cultura manicomial, manicômio, identidade, subjetividade.

Inicialmente destacaremos o conceito de instituição com base em **GOFFMAN (1987)** que classifica o manicômio como uma instituição total, ou seja, uma instituição fechada que corta as relações com o ambiente externo, proibindo-se a saída, o que se reflete em sua arquitetura com muros altos, portas trancadas. Um aspecto também central para este autor é que todos os aspectos da vida do internado são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. As atividades são realizadas na companhia de um grupo relativamente grande de pessoas e são estabelecidas rigorosamente em horários impostos, visando realizar os objetivos oficiais da instituição.

Outro aspecto, relevante para esta pesquisa, é o que **GOFFMAN (1987)** chamou de mortificação do Eu que ocorre no cotidiano dessa instituição, através de uma série de degradações, começando pela quebra de sua própria cultura até humilhações e rebaixamentos que mutilam a sua própria identidade. A instituição lhe diz tudo o que ele pode ser ou não.

O manicômio é classificado por **GOFFMAN (1987)**, como um local estabelecido para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional.

Para os efeitos deste estudo, o conceito de manicômio é central e mais amplo, conforme **CASTEL (1980)** o define; o manicômio não se reduz a seus muros, sua estrutura física e até à sua ideologia médica, mas significa tudo o que tem escondido de violência e de arbitrário e toda uma intervenção externa, na sociedade, que tenta ocultar. É necessário, para **CASTEL (1980)**, compreender o manicômio como peça forte de uma estratégia da psiquiatria, que pretende manter sua função permanente e universal. O hospital psiquiátrico é uma das formas de garantir o caráter terapêutico e médico de suas práticas. Para **FOUCAULT (1989)** o manicômio é mais que um sobrevivente arcaico: é um produto intrínseco do Iluminismo e da própria sociedade capitalista.

Não obstante as diferenças no ângulo de análise, outro conceito de instituição importante para este estudo é o de **CASTORIADIS (1991)**, que critica a visão econômico-funcional, a qual entende que as instituições foram criadas para preencher funções vitais da sociedade, atribuindo a uma força externa, a uma lógica própria da história a criação e a manutenção de certas instituições, ou seja, critica esta visão que explica o papel das instituições pela função que ocupam na economia de conjunto da vida social.

Para **CASTORIADIS (1991)** a sociedade não se reduz a um organismo que possui necessidades e uma natureza em si mesma. É preciso resgatar uma dimensão fundamental das instituições, a qual denominou de simbólico. Para este autor, o simbólico já faz parte da constituição das instituições. O real está sempre entrelaçado

do ao simbólico, os atos reais, os inúmeros produtos materiais não são puramente símbolos, mas podem fazer parte de uma rede simbólica. Para Castoriadis a sociedade constitui seu simbolismo não de forma determinada e nem totalmente caótica. Para ele as relações sociais não são anteriores as instituições, formam-se em um mesmo processo histórico. A linguagem é onde primeiro encontramos o simbólico.

Um aspecto importante do conceito de **CASTORIADIS (1991)** é que a instituição não impõe de maneira absoluta seu simbolismo ou seus significados:

" Uma coisa é dizer que não podemos escolher uma linguagem em uma liberdade absoluta, e que cada linguagem se apodera do que deve ser dito. Outra coisa é acreditar que somos fatalmente dominados pela linguagem e que só podemos dizer o que ela nos leva a dizer.(...) O mesmo ocorre em relação ao simbolismo institucional (...) Nada que pertence propriamente ao simbólico impõe fatalmente o domínio de um simbolismo autonomizado das instituições sobre a vida social; nada, no próprio simbolismo institucional, exclui seu uso lúcido pela sociedade." (1991:153)

Enfim, **CASTORIADIS** define instituição como uma rede simbólica, socialmente sancionada, onde se combinam em proporções e em relações variáveis um componente funcional e um componente imaginário. Para este autor, além do processo de institucionalização, as instituições encontram sua fonte no imaginário social.

O imaginário é a capacidade de ver em alguma coisa o que ela não é, de vê-la diferente do que é, de evocar uma imagem. O imaginário social é o elemento que dá a funcionalidade de cada sistema institucional, sua orientação específica, que sobredetermina a escolha e as conexões das redes simbólicas, criação de cada época histórica, sua singular maneira de viver, de ver e de fazer sua própria existência, seu mundo e suas relações com ele. Para **CASTORIADIS (1991)**, o imaginá-

rio é o elemento central na estruturação do social, é nessa margem de indeterminação que se situa o essencial da história.

Através desta criação imaginária se constroem as significações (imaginário efetivo) a partir das quais é possível compreender a escolha que cada sociedade faz de seu simbolismo e principalmente, segundo o autor, de seu simbolismo institucional. Essas significações procuram responder às questões que uma sociedade se faz, visam definir uma "identidade", uma articulação, um mundo, as relações com este mundo e com os objetos, as necessidades e os desejos de uma sociedade e de uma cultura.

Ao analisar a relação sujeito - instituição outros conceitos são necessários, como o de alienação. Para o próprio **CASTORIADIS**:

"a alienação é a autonomização e a dominância do momento imaginário na instituição, que propicia a autonomização e a dominância da instituição relativamente à sociedade" (1991:159)

Ou seja, quando a instituição passa a definir-se a si mesma, sobrevivendo independente de mudanças sociais, adquirindo vida própria e tentando instituir-se cada vez mais na sociedade e em relação aos sujeitos e quando seus valores e significados já estão instituídos no social passando a auto-reproduzir-se.

Para Marx a alienação faz parte do fetichismo da mercadoria, do ocultamento das relações de trabalho. Segundo **MARX e ENGELS**, a alienação é

"como uma força estranha situada fora deles (dos indivíduos), cuja origem e cujo destino ignoram, que não podem mais dominar e que, pelo contrário, percorre agora uma série particular de fases e de estágios de desenvolvimento, independente do querer e do agir dos homens e que, na verdade, dirige este querer e agir". (1993:49-50).

Para **CASTORIADIS (1991)** a alienação ou a autonomização se dá através do imaginário da instituição. Este autor, discute com Marx quanto à determinação absoluta que a alienação exerce sobre os sujeitos. Também chama atenção para a redução das instituições às suas dimensões estruturais ou às simbólicas. Para ele é necessário perguntar, como e por que o sistema simbólico das instituições consegue autonomizar-se? Como e por que a estrutura institucional, tão logo estabelecida, torna-se um fator ao qual a vida efetiva da sociedade está subordinada e submetida?

Conforme **CASTORIADIS (1991)** isto é possível através do imaginário social, o que Marx chamou de reificação, de desumanização, para este autor, é uma significação imaginária que não é uma falsa percepção (alienação) ou um erro lógico.

A criação imaginária, que age na prática e no fazer da sociedade, é considerada como o sentido organizador do comportamento humano e das relações sociais, independente de ser criticamente aceita na sociedade. O operário é metaforizado como mercadoria, o escravo como animal mas, nem a realidade, nem a racionalidade, nem as leis do simbolismo podem explicar essa transposição de categorias.

Neste estudo é relevante este conceito no sentido de compreender como uma pessoa que passa por uma instituição psiquiátrica é considerada louca, incapaz e perigosa, como se associaram essas categorias e passaram a fazer parte do imaginário social e do imaginário do próprio paciente, que sustentam uma cultura manicomial.

Assim como esta maneira de entender a problemática institucional é necessária, nesta investigação, para analisar como a instituição manicomial autonomizou-se em relação à sociedade, como ainda se mantém e institucionaliza-se cada vez mais. Mesmo questionada em seus significados, em seus pressupostos, em sua eficácia, ainda produz, engendra e sustenta a alienação e um determinado imaginário social.

A alienação então será entendida aqui em duas dimensões: como autonomização da instituição manicomial em relação à sociedade e ao "paciente psiquiátrico" através de um imaginário social e na relação do sofredor psíquico consigo mesmo; na sua história de alienação. Como analisa **FOUCAULT (1989)**, a alienação produz a destruição da subjetividade, a sujeição da vontade e a submissão dos desejos.

Cultura manicomial é outro conceito importante para este trabalho, no sentido de possibilitar a análise da psiquiatrização do social, a partir das idéias, representações e valores disseminados na sociedade com os quais os "pacientes psiquiátricos" neste caso, elaboram suas próprias significações a respeito da instituição manicomial e de suas relações com essa instituição.

Conforme **CASTEL**, esses significados vêm sendo construídos e transformados em uma cultura e em uma prática cotidiana desde o século XIX quando nos tornamos todos psiquiatrizáveis:

"La psiquiatrización no es algo que aconteça a los más extranos , a los más "excéntricos"; puede sorprendernos a todos y en todas partes, en las relaciones familiares, pedagógicas, profesionales". (1980:9)

Sendo assim, a cultura manicomial é construída por relações sociais e históricas que revelam a racionalidade, o imaginário social e a prática de uma dada sociedade em um dado momento, relações essas que não são harmônicas, nem naturais, são relações de poder.

O conceito de poder estará fundamentando toda a análise proposta nesta pesquisa, e está diretamente relacionado aos outros conceitos. Para **CASTEL (1980)**, como já foi também analisado por **BARROS (1990)**, a psiquiatria contagia o social reproduzindo uma lógica segregacionista em outras instituições ao que chamou de "miniaturização do controle"; isto se dá através da criação de outras formas de internação e assistência que não modificam a lógica psiquiátrica, não visam a recuperação de direitos sociais e continuam o controle da produção de subjetividade.

Esta dimensão da disseminação do poder psiquiátrico em micro-filiais dos manicômios é central ao analisar a incorporação pelos "pacientes" da racionalidade médico-psiquiátrica, neste momento em que se propõe a descentralização da assistência.

Como analisa **FOUCAULT**, os micropoderes são parte de uma estratégia, de manobras, táticas e tecnologias, não são um privilégio que uma classe detém em detrimento de outra, mas um poder que é constantemente exercido e não possuído, que espalha-se e define inúmeros pontos de tensão, de lutas estabelecendo relações de força.

"A derrubada desses micropoderes não obedece, portanto, à lei do tudo ou nada; ele não é adquirido de uma vez por todas por um novo funcionamento ou uma destruição das instituições". (1991:29).

Esse conceito de poder, em **FOUCAULT**, demonstra como o manicômio faz parte de um "funcionamento geral das engrenagens do poder", como não se pode concebê-lo como simplesmente uma força repressiva, que proíbe, que diz não, mas sim como um poder que se mantém.

É nesta direção que se poderá analisar e discutir as propostas de substituição do manicômio, será suficiente descentralizar as práticas psiquiátricas ou mesmo extinguir o hospital psiquiátrico? O conceito de poder subsidiou também o entendimento da fabricação do discurso dos "pacientes": afinal que relações de poder se estabelecem para produzir sua subjetividade, seu próprio saber? Por quê e como esse discurso se mantém ou se transforma?

É importante ressaltar que, embora essa concepção de poder se aproxime mais da análise proposta, não se exclui uma dimensão maior de exercício de poder, um poder estrutural que está na base de uma sociedade dividida.

A designação "paciente psiquiátrico", por sua vez, é utilizada aqui no sentido do termo psiquiatrizado, já explicitado anteriormente e colocado entre aspas para indicar que este é um conceito próprio da psiquiatria.

Como tem ficado implícito na discussão de outros conceitos, subjetividade aqui será compreendida, não como uma essência individual própria de uma natureza humana, mas, como considera **GUATTARI (1986)** e outros, uma subjetividade produzida, fabricada, modelada, pelo "sistema capitalístico internacional". Embora este não seja o único sistema a produzir subjetividade, este é o referencial no qual estamos inseridos e podemos pensar nossa história.

A idéia de que não existe uma subjetividade a priori, pura e interna, vem sendo postulada por vários autores e principalmente por pensadores contemporâneos. **J.P.SARTRE**, em "A Transcendência do Ego", critica a visão cartesiana, dualista do EU e propõe: "*O Ego não está na consciência nem formal nem materialmente: ele está fora, no mundo; é um ser do mundo, tal como o Ego de outrem.*" (1994:43).

Embora no conceito de subjetividade GUATTARI e SARTRE tenham semelhanças, diferenciam-se quando Guattari aceita o inconsciente como parte desta subjetividade ou como estruturador dela e propõe discutir a psicanálise freudiana, enquanto que Sartre critica as bases epistemológicas da psicanálise e do inconsciente.

É necessário para não correremos o risco de falsificação do discurso do psiquiatrizado, que a subjetividade seja entendida como constituída num entrecruzamento de determinações coletivas, uma subjetividade mundana que não está inacessível ou oculta, mas que está nas próprias relações vividas, que sofre determinações de várias espécies e engendra uma identidade, um EU.

A identidade, conforme **CIAMPA (1994)**, é o movimento de concretização de si, é metamorfose permanente, que se dá através de múltiplas determinações e que implica o homem como um ser real, temporal, material e social, um ser-no-mundo e um ser histórico. Assim, a identidade forma-se através de condições tanto subjetivas quanto objetivas, dialeticamente relacionadas.

Essa concepção de identidade é fundamental nesta investigação, pois torna possível analisar como uma pessoa se transforma, se aceita e se reifica enquanto "doente mental", passando a ser não-metamorfose, se coisificando, perdendo sua condição de projeto, de vir-a-ser.

Para afirmar a importância do estudo dessa dimensão das relações sociais, **GUATTARI (1986)** considera que “a produção de subjetividade, nas sociedades contemporâneas, talvez seja mais importante do que qualquer outro tipo de produção”, sem com isso contrapor as relações de produção econômica às de produção subjetiva.

É neste nível de produção de subjetividade e de identidade, através da instituição psiquiátrica, que se situa este estudo e esta análise. Como se produz uma subjetividade psiquiatrizada? Quais as determinações envolvidas nessa produção? Como ficam os psiquiatrizados, frente a essas determinações?

Quanto a essa última questão, para **GUATTARI (1986)**, é importante analisar que não se trata de simplesmente produzir mecanismos de defesa e passar a melhor conviver com essa subjetividade maquínica, ou seja, alienar-se, mas há uma possibilidade aberta para a produção de singularidades, de criação, de reapropriação, de um processo de embate com a produção de subjetividade modelada, capitalística, já que não existe uma determinada essência social e humana.

FOUCAULT (1990), também nesta direção, pratica um ceticismo sistemático a todos os universais antropológicos. Propõe um saber não no sentido de um sujeito constitutivo, mas sim de um sujeito constituído por práticas e também por saberes.

A análise que faz **FOUCAULT (1990)** das tecnologias do EU, tecnologias que fazem com que possamos atuar sobre nós mesmos, é um importante referencial teórico neste trabalho, quando se trata de compreender as representações ou as estratégias que os "pacientes psiquiátricos" utilizam para justificarem ou identifica-

rem a instituição manicomial e a si mesmos e também para analisar como se formaram estas tecnologias.

O conceito de representações sociais aproxima-se em muitos aspectos da compreensão de Foucault sobre as tecnologias do Eu, tendo sido desenvolvido e utilizado pela psicologia social.

Segundo **LANE (1994)**, as representações sociais são entendidas como uma rede de relações que uma pessoa estabelece, a partir de sua situação social, entre significados e situações que lhe interessam para sua sobrevivência, ou ainda citando **MALRIEU(1978)**:

“ a representação social se constrói no processo de comunicação, no qual o sujeito põe a prova, através de suas ações, o valor -vantagens e desvantagens- do posicionamento dos que se comunicam com ele, objetivando e selecionando seus comportamentos e coordenando-os em função de uma procura de personalização” (1994:35)

Através das representações que “os pacientes” constroem sobre à instituição e sobre si mesmos poderemos compreender um pouco de sua visão de mundo, das contradições e da ideologia que perpassa seus discursos.

Este estudo situa-se dentro de um processo que é, em última instância, uma investigação da constituição das formas atuais de subjetivação e objetivação na sociedade moderna, mediatizadas pela instituições.

1.1) Objetivos

- a) Analisar a relação do contexto histórico-institucional com as representações dos "pacientes psiquiátricos" sobre o manicômio.
- b) Analisar as possíveis relações entre cultura manicomial e as representações dos "pacientes psiquiátricos".
- c) Investigar as possíveis relações entre tempo de internação e as representações dos pacientes psiquiátricos frente ao manicômio e a si mesmos.
- d) Indicar as influências sócio-econômicas na formação das representações dos "pacientes psiquiátricos"
- e) Contribuir para a discussão de pressupostos teóricos e práticos, a nível da formulação de políticas de assistência ao sofrimento psíquico.
- f) Analisar as propostas de extinção ou manutenção da instituição manicomial a partir das representações dos "pacientes psiquiátricos", tendo em vista a reformulação da atenção ao sofrimento psíquico e a transformação da cultura manicomial.
- g) Indicar e analisar as possíveis consequências sociais, culturais e subjetivas da extinção e/ou da manutenção da instituição manicomial para os "pacientes psiquiátricos" e para a sociedade.

1.2-) Hipóteses

a-) Os "pacientes psiquiátricos" em geral passam a identificar a si mesmos e a instituição psiquiátrica a partir de uma cultura manicomial, disseminada no social e na própria instituição.

b) Os "pacientes psiquiátricos" em geral consideram a instituição manicomial necessária, não devendo ser substituída.

c) As representações dos "pacientes psiquiátricos" sobre o manicômio variam conforme o tempo de permanência na instituição.

d) Os "pacientes psiquiátricos" têm pouco conhecimento e escassa participação nas propostas de substituição ou de manutenção da instituição manicomial e este fato não é vivido como problema.

3-) Procedimentos Metodológicos

A realização desta investigação baseou-se em uma metodologia fundamentalmente qualitativa, embora os dados estatísticos tenham contribuído para descrever a situação dos "pacientes" internados e da assistência à saúde mental, de maneira geral.

Nossa prática e conhecimento anterior das instituições psiquiátricas, existentes na Grande Florianópolis, nos possibilitou a definição do Hospital Colônia Santa-ana, como nosso referente institucional.

Inaugurada em 1942, esta instituição é um macro manicômio público, típico, seguindo a orientação dos hospitais-colônia, que se estabeleceram no Brasil nesta época e que visavam recriar um ambiente rural.

Este tipo de modelo manicomial é o estereótipo da instituição psiquiátrica e o centro da crise na assistência à saúde mental, embora, como já assinalamos, esta crise não se reduza a este tipo de hospital psiquiátrico, mas atinja a psiquiatria enquanto instituição, enquanto racionalidade.

Consideramos também nesta escolha, que por ser este um manicômio típico, poderiam estar mais visíveis as diversas e complicadas relações entre poder médico-psiquiátrico e a incorporação da ideologia manicomial por parte dos psiquiatrizados, além de outras não tão centrais nesta investigação, mas também significativas, como a relação desta instituição com o poder policial, com a instituição familiar e com a cultura local.

Iniciamos pela análise de prontuários, no sentido de identificar o perfil dos pacientes e mapear o tempo total de internação de todos os internados. Após constatados estes e outros aspectos, é que a variável tempo de internação assumiu um papel significativo, pois poderia influenciar diretamente as representações dos pacientes sobre o manicômio. Isso foi realizado nas primeiras semanas de agosto de 1994.

A Colônia Santana mesmo tendo, em sua grande maioria, pessoas com muito tempo de internação (60%), possui também uma grande rotatividade de outras que permanecem por um curto período.

Após este levantamento (agosto de 1994), constatou-se que a população de “pacientes psiquiátricos” internados era de 638, excluindo os internados por alcoolismo (100) e deficiência mental, por entendermos que possuem condições diferenciadas em relação ao que se chama tradicionalmente de “doentes mentais”.

A amostra foi estratificada tendo como critério de estratificação o tempo total de internação. Os estratos ficaram assim divididos:

ESTRATOS	NÚMERO
Recém Internados (até 1 ano)	126
Curta Permanência (1 a 5 anos)	140
Média Permanência (5 a 15 anos)	193
Longa Permanência (+ de 15 anos)	179
TOTAL	638

Durante a realização das entrevistas porém, percebemos que as principais diferenças nas representações das pessoas internadas não se dividiam em quatro estratos, ou seja, não havia diferenças significativas do segundo estrato (de 1 a 5 anos) para o primeiro (até 1 ano), assim como do terceiro (de 5 a 15 anos) para o quarto (acima de 15). O fator que diferenciava cada estrato era, juntamente com o tempo de internação, a relação com o mundo externo, o que dividia os internados basicamente em dois estratos.

Até os cinco anos de internação, são pacientes que possuem várias internações de curto período e continuam retornando à sociedade e à família. A partir dos cinco anos, os pacientes têm internações mais longas e passam, gradativamente, apenas à fazer e/ou receber visitas breves da família e permanecer definitivamente no manicômio.

De acordo com estes procedimentos, foi definido o tamanho da amostra: 28 entrevistados, dos quais, 11 mulheres e 17 homens, 18 pessoas de curta permanência e 10 pessoas de longa permanência na instituição. Em função das possibilidades práticas de realização das entrevistas, principalmente com os pacientes há muitos anos internados, algumas questões não foram respondidas por todos os pacientes. As entrevistas foram semi abertas, utilizando um roteiro, mas não de maneira rígida; todas foram gravadas e transcritas.

Além disso, fizemos uma análise de toda a permanência dos internados no manicômio, através dos prontuários individuais, onde foi possível ampliar o conhecimento do cotidiano na instituição, da visão dos técnicos, da família e dos procedimentos oficiais em relação ao "paciente", além das próprias representações do internado sobre o manicômio que, algumas vezes, apareciam em citações.

A observação da instituição teve grande importância, como um recurso metodológico desta pesquisa. Através de nossa permanência no local o máximo de tempo possível (4 meses, 2 dias por semana) andando, conversando, ouvindo e falando com a comunidade, foi possível conhecer e compreender melhor os significados que tem esse lugar, os sentimentos envolvidos, o poder disseminado, o sentido contraditório desta instituição.

CAPÍTULO II- A INSTITUIÇÃO MANICOMIAL

**“(...) quando o pensamento clássico deseja interrogar a loucura naquilo que ela é, não é a partir dos loucos que ele o faz, mas a partir da doença em geral. A resposta a uma pergunta como: Então, que é a loucura? é deduzida de uma análise da loucura sem que o louco fale de si mesmo em sua existência concreta.”
(FOUCAULT, 1987: 187).**

Tendo em vista compreender a instituição psiquiátrica e o conjunto das diversas relações sociais, culturais e políticas que a cercam, neste capítulo, começamos com uma perspectiva histórica, que revela as contradições que envolvem esta instituição desde sua origem.

Para isso, destacamos a obra clássica de MICHEL FOUCAULT, que, sem dúvida, é a referência das Histórias da Loucura escritas até hoje e a obra de THOMAS SZASZ, psiquiatra norte-americano, severo crítico da psiquiatria, e que recentemente, propõe uma visão diferente das teses de Foucault, relativizando a História da Loucura e introduzindo novos elementos para a discussão da origem dos hospícios e da psiquiatria. Entendemos que a contribuição de SZASZ é importante para o avanço do conhecimento das estruturas do saber psiquiátrico e de sua história, embora as teses de FOUCAULT continuem irrevogáveis.

Em seguida, para analisar a sustentação social e a consolidação dessa instituição até nossos dias, relacionamos ideologia psiquiátrica e racionalidade moderna, suas proximidades e contradições⁶.

Finalmente, resgatamos os movimentos de questionamento dessa aparente hegemonia da psiquiatria.

⁶ O estudo da modernidade em relação ao manicômio é fundamental pois, se este é um sobrevivente de estruturas arcaicas do poder e se a racionalidade moderna exige outras tecnologias, como esta instituição ainda permanece ou será transformada?

Como poderemos analisar, estes movimentos sempre estiveram presentes e fazem parte desta mesma história, porém, em outro sentido: o da desconstrução da racionalidade psiquiátrica.

2.1-) O Nascimento da Instituição Psiquiátrica

A história da psiquiatria é uma história de apropriação. A instituição psiquiátrica é construída apropriando-se da loucura e transformando-a em doença mental, inventa seu objeto e instala lugares “apropriados” para controlá-la.

Para **FOUCAULT (1987)** a “grande internação” surge na Europa na segunda metade do século XVII, para isso já vinha sendo criado, há muito tempo, uma cultura do isolamento da marginalidade, uma nova ética do trabalho e uma reação á ociosidade, com direitos e obrigações morais de uma nova sociedade. Atribui-se à loucura um lugar de segregação, juntamente com toda a miséria das cidades.

Por muito tempo a loucura será banida da sociedade e colocada no mesmo espaço de todos os a-sociais, quando, no século XVIII, começa uma grande seleção, os doentes venéreos, que sempre tiveram uma relação estreita com a loucura e representavam uma ameaça a formação da família burguesa irão formar, para **FOUCAULT (1987)**, junto com a loucura o espaço da alienação mental, como o conhecemos hoje.

SZASZ (1994), coincidindo com outros autores,⁷ incluindo **FOUCAULT (1987)** considera que o nascimento da psiquiatria está estreitamente ligado com a instituição da própria medicina. Para este autor, que analisa a origem do confinamento na Inglaterra, a internação de loucos tem sua origem em pequenas casas privadas de mantenedores que serviam a burguesia inglesa.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Época Clássica.** 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

CASTEL, Robert. **El Orden Psiquiatrico: La edad de oro del alienismo.** Madrid: La Piqueta, 1980.

Para **SZASZ (1994)**, a medicina originou-se com pessoas doentes, buscando cura para seus sofrimentos, enquanto que a psiquiatria nasce por uma exigência de familiares, da elite inglesa, que procuravam alívio para si mesmos, entregando a outros o encargo do familiar com “mau” comportamento.

Neste sentido, medicina e psiquiatria tem também origens diferenciadas e não se colocam em um mesmo nível epistemológico. A loucura escapa aos parâmetros anátomo-fisiológicos que definem uma doença. Além disso, o psiquiatra, chamado “médico de loucos”, atende pessoas que ele deveria “tratar”, mas que não se aceitam como seus pacientes.

“A psiquiatria começa quando as pessoas deixam de interpretar esse comportamento (não convencional) em termos religiosos e existenciais e passam a interpretá-lo em termos médicos.”(SZASZ,1994:162)

A prioridade número um da psiquiatria em sua origem, para **SZASZ (1994)**, foi estabelecer a loucura como uma doença propriamente dita e a partir daí constituí-la como uma doença específica, com características próprias, que a diferenciam das outras. Esta exigência fazia parte da instauração da sociedade inglesa do século XVII. Lá nasceram as idéias de propriedade, liberdade, governo limitado, poder da lei e também da loucura como doença.

Para este psiquiatra, não foram as internações de indigentes, pobres e leprosos, como para **FOUCAULT,(1987)** que deram origem aos hospícios, mas sim, a necessidade do recolhimento de membros loucos das famílias nobres da Inglaterra.

Em uma sociedade de direitos era necessário um meio legal e legitimado de privar alguém de sua liberdade e de sua propriedade.

“(...)uma pessoa que atinge nossos valores mais importantes- de que a vida, a liberdade e a propriedade são bens que vale a pena preservar- põe em risco não somente a si mesma e seus familiares mas, simbolicamente, a sociedade e o próprio contexto social” (SZASZ,1994:165)

Com base em documentos da época, **SZASZ, 1994**, constata que a origem do encarceramento de pessoas consideradas loucas, deu-se em hospícios privados. Não eram hospitais mas casas de mantenedores, inicialmente padres, depois médicos. As pessoas encarceradas eram ricas.

Para os pobres, desprovidos de direitos, segundo **SZASZ (1994)**, não era necessário o recurso da insanidade: “o negócio da loucura” em sua origem é um investimento privado e capitalista, gerando lucratividade. É necessário entendê-lo como um fenômeno econômico e social.

Anúncios em jornais da época revelam a amplitude deste negócio:

“Insanidade. Vinte por cento das receitas anuais serão garantidos para cada médico que recomende um paciente tranquilo de cada sexo, a um asilo de primeira classe, com as melhores referências” (SZASZ, 1994:172).

Embora a contribuição de **SZASZ (1994)** a este debate seja muito importante, por relativizar a História da Loucura de **FOUCAULT (1987)**, é necessário contextualizar seus argumentos. No Brasil, como veremos no próximo capítulo, a grande internação se deu em hospícios públicos e confinou toda espécie de ociosidade e miséria, o que acontece ainda hoje.

SZASZ (1994) chama atenção para as contradições entre mercado e psiquiatria, nas sociedades capitalistas modernas, como no caso dos Estados Unidos, onde a psiquiatria estatal predomina. Neste caso não há muito espaço para a psiquiatria privada-liberal pois, os princípios coercivos da psiquiatria tradicional entram em contradição com o mercado, composto por indivíduos livres. Justificando-se pela proteção à sociedade, à saúde e à segurança, o Estado mantém o sistema da escravidão psiquiátrica, através da psiquiatria oficial-estatal.

A noção de liberdade é sempre a mais crítica e contraditória no pensamento e nas sociedades capitalistas liberais. O sistema manicomial o revela claramente.

Se é antiquado opor-se à liberdade, ao indivíduo e à sociedade privatizada, curiosamente não se desafia a legitimidade da psiquiatria estatal que, embora possa ter surgido como um empreendimento para as famílias abastadas, caberá ao Estado sustentá-la⁸.

“a espinha dorsal político-econômica da psiquiatria foi sempre o sistema estatal de hospitais mentais, que concentra tanto a legitimidade para o uso da força quanto os fundos necessários para sua operação.”(SZASZ, 1994:194)

O nascimento da instituição psiquiátrica significou a instauração de uma nova racionalidade sobre a loucura e também o nascimento de um novo empreendimento da sociedade capitalista moderna. Embora neste estudo a dimensão central seja a produção da racionalidade ou da subjetividade a partir da instituição psiquiátrica, é necessário apontar para as diferentes estruturas que sustentam o manicômio até os dias atuais.

2. 2) A Psiquiatria e a racionalidade moderna

A idéia de modernidade é carregada de polêmicas e ambiguidades na sociologia contemporânea e muitos autores⁹ têm se dedicado a esclarecê-la. Parece consenso que a concepção clássica identifique a modernidade como a era que se inicia

⁸ Considera-se que as relações entre Estado e psiquiatria devem ser melhor analisadas.

⁹ Entre muitos autores que discutem o tema da modernidade podemos destacar alguns:

Anderson, P. **Modernidade e Revolução**. In: New Left Review, n° 144, março-abril, 1984.

Lechner, N. **A Modernidade e a Modernização são compatíveis?**. Lua Nova n° 21, outubro, 1990.

Senett, R. **O Declínio do Homem Público: as tiranias da intimidade**. São Paulo: Companhia das letras, 1993.

Lasch, C. **A Cultura do Narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio**. Rio de Janeiro : Imago, 1983.

Liotard, J. F. **O Pós Moderno**. 4ª ed., Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.

Giddens, A. **As Consequências da Modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991.

Dumont, L. **O Individualismo- uma perspectiva antropológica da ideologia moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

após revoluções, a era das luzes, do progresso, da razão e da ciência, da destruição de ordens e valores antigos.

Os críticos da modernidade, porém, entendem que é preciso tornar mais claro quais são esses “valores modernos” e como são identificados nas relações sociais.

Para **TOURAINÉ (1994)**, a modernidade se define pela separação entre o mundo objetivo e o mundo subjetivo, criando-se um abismo entre sujeito e objeto e, conseqüentemente, reafirmando-se a idéia de uma subjetividade individual: o individualismo e a noção pessoal de liberdade. Para este autor, a modernidade seria marcada pela tensão constante entre dualismos: razão e sujeito, racionalização e objetivação.

Na sociedade moderna o social esvazia-se de sentido, as mediações entre indivíduo e sociedade vão se desfazendo, o espaço público, que fundou a própria modernidade, segundo **SENNETT (1993)**, é considerado como moralmente inferior ao privado, o espaço coletivo é desvalorizado e o indivíduo torna-se o centro. A vida pública passa a ser uma obrigação formal, totalmente institucionalizada e em decadência. Para este autor, nos tempos modernos a sociedade só se torna significativa quando a convertemos em um grande sistema psíquico. O político só interessa do ponto de vista de sua personalidade, pelo que ele é em si mesmo; realiza-se uma apologia do pessoal em detrimento das relações sociais e econômicas.

A modernidade caminha de uma sociedade voltada para o outro para uma sociedade voltada para dentro do próprio indivíduo.

“Os sinais gritantes de uma vida pessoal desmedida e de uma vida pública esvaziada(...) são resultantes de uma mudança que começou com a queda do Antigo Regime, com a formação de uma nova cultura urbana, secular e capitalista” (SENNETT, 1993:30)

Nessa mesma direção **LASCH (1990)**, considera que a racionalidade moderna é narcisista, no sentido de que, todos os acontecimentos são avaliados segundo sua significação para um EU. Isso ocorre porque a modernidade anula o senso de contato social e encoraja o culto ao indivíduo.

Conforme este autor, a modernidade transformou profundamente as relações sociais. A vida moderna tornou-se um exercício de sobrevivência. A idéia de futuro perdeu sentido e estar “aqui e agora” tornou-se um fim em si mesmo.

Outra característica dessa sociedade é viver em um “fantástico mundo das mercadorias”, onde o mundo objetivo não dispõe mais de existência própria, mas é uma fantasia que existe somente para satisfazer ou não os desejos individuais. Tudo torna-se comercializável, já que tudo pode ser desejado.

“ A identidade tornou-se incerta e problemática, não porque as pessoas não ocupem mais posições sociais fixas (...), mas porque elas não mais habitam um mundo que exista independentemente delas” (LASCH,1990:23)

Essa racionalidade sustenta-se, o que parece ser claro, nos princípios da filosofia liberal; a própria noção de indivíduo que reina nessa sociedade, é constituída pelos ideais de liberdade, igualdade e propriedade.¹⁰

Para essa filosofia afirmar-se de maneira hegemônica, tornou-se necessário também uma teoria psicológica que reafirmasse essa concepção do homem liberal, individualista, e de uma sociedade simbólica. As racionalidades psicanalítica e médico-psiquiátrica cumprem esse papel. Concebem o EU como um eterno desconhecido, uma entidade que habita a consciência ou a mente, uma pura subjetividade que segue seus próprios caminhos, independente da realidade objetiva.

¹⁰ Rego, Walkíria. **Indivíduo, Liberdade e Igualdade**, mimeo, 1986.

A racionalidade moderna engendra e sustenta a própria psiquiatria. Neste sentido, é necessário uma visão histórica e contextualizada da institucionalização da doença mental.

A psiquiatria como disciplina médica é posterior ao seu principal alicerce; o encarceramento. Porém, na sociedade moderna, é preciso entendê-la, como uma racionalidade que transcendeu ao manicômio, que adquiriu vida própria e se autonomizou.¹¹

Com dois séculos de existência¹², a psiquiatria faz parte da constituição dos valores e do conhecimento sobre o comportamento humano e a sociedade de nossa época.

A subjetividade humana é entendida em termos de saúde ou doença e até os sentimentos mais cotidianos, como o mau humor, são a cada dia descobertos como um novo tipo de enfermidade. A sociedade moderna passa a pensar psiquiatricamente os estados, as ações e os sentimentos.

A medicalização é um dos pilares dessa sociedade e a psiquiatria seu principal instrumento. Analisando os novos conflitos sociais, **TOURAINE** afirma que

“na sociedade moderna, os problemas sociais são reduzidos à problemas de marginalidade e, levando essa tendência ao extremo, oponentes políticos são internados em hospitais psiquiátricos. Por toda parte existe uma tendência muito forte a medicalizar problemas sociais”(1989:13)

Conforme **LUZ (1993)**, ao investigar e comparar as diferentes racionalidades médicas, a medicina ocidental constitui uma racionalidade médica específica, situa-se no contexto da civilização ocidental que, desde seu início, busca a separa-

¹¹ Castoriadis, Cornelius. **A Instituição Imaginária da Sociedade**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

¹² Russo, Jane et al. **Duzentos Anos de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

ção entre medicina e saberes mágicos, distanciando-se da “arte de curar” e procurando afirmar-se como ciência.

A medicina ocidental desenvolve-se passando por diferentes períodos e por diferentes “crises”, até chegar, no século XVIII, como uma “teoria das doenças”, que origina a atual clínica médica.

“A vida passa a ser vista através da morte (cadáveres examinados), e o instrumento de ação fundamental é o olhar clínico, sistematizador do trajeto das doenças em direção à morte, trajeto que pode ser atalhado pela intervenção médica, através do fármaco ou do bisturi.”(LUZ, 1993:17-18).

A psiquiatria passa também por diferentes concepções e “crises”, seguindo os passos da racionalidade médica, e é considerada um ramo da patologia do corpo. A idéia de que os distúrbios mentais devem ser concebidos como uma variedade particular dos distúrbios somáticos é o postulado básico da clínica psiquiátrica¹³, desde sua origem com Pinel, até a psiquiatria psicodinâmica desde século.

A corrente psicodinâmica, que se inicia na Alemanha, durante a Segunda Guerra Mundial e no imediato pós-guerra, caracteriza-se, fundamentalmente, pela absorção das idéias da psicanálise de Freud, o que permite à racionalidade médico-psiquiátrica uma abrangência muito maior de sintomas e disfunções; os distúrbios afetivos e de relação passam a integrar os quadros nosológicos, enquanto outros são redefinidos.

A psicanálise representa a possibilidade de uma intervenção, ainda mais direta, da psiquiatria sobre a sociedade e sobre a produção da doença mental. Embora a teoria freudiana introduzisse a noção de que os sintomas possuem significados, que o paciente deve ser uma pessoa independente do psicanalista e que coopera com ele, a psicanálise aceitou o dogma da psicopatologia, da doença mental, não se

³ Paul Bercherie, **Os Fundamentos da Clínica**, história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

distinguindo assim da psiquiatria clássica biológica: pelo contrário, reforçaram juntas a coerção sobre o paciente.

O movimento de subjetivação¹⁴ dos tempos modernos torna o sujeito isolado, um ser à mercê dos poderes institucionais e das indústrias culturais que reproduzem o controle social, frente a indivíduos conformados ou, como prefere **FOUCAULT (1990)**, normatizados pelo conjunto da sociedade.

Para **FOUCAULT (1990)**, as diferentes formas de objetivação do sujeito realizam-se através do saber, pela ciência e através da divisão classificatória em normal e anormal, doente e são, criminoso e inocente, como também pelo modo de reconhecer-se como sujeito de uma sexualidade. Essas são as estruturas do poder moderno e as formas de dominação da subjetividade.

A psicanálise possibilita o controle psiquiátrico, é um dispositivo básico de poder na sociedade moderna. Encharcada por uma tradição filosófica platônico-idealista, considera existir algo escondido em nós mesmos e que nos movemos numa autoilusão, propondo o deciframento dos pensamentos ocultos em uma direção introspectiva infinita, mistificando toda a realidade objetiva do mundo.

A psiquiatria, como parte dessas tecnologias do poder moderno, é uma técnica orientada sobre os indivíduos e destinada a controlá-los de maneira contínua e permanente.

2.3-) Movimentos de Desinstitucionalização

¹⁴ Autores como Michel Foucault e Horkheimer condenam esse movimento de subjetivação na sociedade moderna.

As críticas ao confinamento como forma de tratar a loucura, se iniciaram desde o nascimento do próprio hospício, segundo **SZASZ (1994)**. Da mesma maneira que com a Revolução Industrial surge a revolta contra a máquina, os protestos contra os “abusos psiquiátricos” nascem com o manicômio.

Entretanto, desde sua origem esses protestos dirigiam-se aos confinamentos indevidos ou chamados falsos confinamentos. Essa é uma lógica perigosa, pois se havia internação injusta pode se deduzir que existiam outras consideradas corretas: essa foi a marca dos movimentos que criticavam o hospício em sua origem e que, de certa maneira, permanece até hoje.

Esses protestos vinham, a princípio, dos próprios internados que afirmavam não serem loucos, por terem sido indevidamente diagnosticados e encarcerados. Porém, esses próprios injustiçados achavam legítima a internação de seus colegas de hospício.

De acordo com **SZASZ**

“ Evidentemente, nunca ocorreu aos que protestavam desafiar a legitimidade da própria escravidão psiquiátrica. O louco, não menos do que o são, aceitou o princípio de que a doença chamada insanidade justifica encarcerar o paciente. (1994:174)”

Como poderemos analisar melhor, em outro capítulo, esse discurso é reproduzido pelos internados até hoje. Os próprios movimentos anti-manicomiais recentes ainda têm dificuldades para questionar radicalmente o confinamento.

As primeiras críticas ao confinamento não surgiram apenas dos pacientes: jornalistas e intelectuais do séc. XVII denunciavam ardilosas armadilhas montadas por membros da própria família ou por gananciosos proprietários de manicômios. Esses protestos, porém, limitavam-se a questionar as injustiças praticadas contra pessoas saudáveis. Para **SZASZ (1994)** essas manifestações ocultavam a discussão principal sobre a liberdade e a responsabilidade do louco e reforçaram ainda

mais a idéia de que o verdadeiro insano deve ser encarcerado para seu próprio bem e o da sociedade.

Essa racionalidade persiste para a própria psiquiatria, que a instituiu, e para a sociedade em geral. Ao questionar as noções de responsabilidade, liberdade e periculosidade do louco a própria instituição, que tem suas bases nesses conceitos, ficaria ameaçada.

Dessa maneira, o confinamento permanece como sempre e seus críticos andam somente ao redor dos pontos nevrálgicos da psiquiatria.

"Por nunca terem questionado a idéia de doença mental ou da legitimidade de prender pessoas diagnosticadas como dementes, os críticos do falso confinamento conseguiram menos que nada"(SZASZ 1994:176).

No decorrer dos séculos a instituição psiquiátrica continuou a mesma embora revestindo-se de diferentes faces; o encarceramento virou hospitalização, a tortura, tratamento. As ineficazes críticas também tiveram alvos diferentes: a inadequação dos tratamentos, a falta de recursos e o moderno abuso das drogas psicotrópicas.

Conforme já analisamos na parte introdutória deste estudo, surgem na segunda metade deste século diversos movimentos de reforma psiquiátrica, em cada país com suas próprias especificidades. O que já se mostrou é que muitos deles não passaram de uma desospitalização ou de uma humanização no tratamento. O movimento italiano, propondo uma desinstitucionalização, conseguiu avançar nas tentativas de reforma.

A tarefa de desinstitucionalização ou de desconstrução dessa cultura e prática manicomial não é simples: não se trata de adaptar a loucura á uma sociedade que permanentemente questionamos, nem se trata de modernização na assistência ao sofrimento psíquico. Trata-se do questionamento incansável sobre os modos de produção desse sofrimento, dos processos hegemônicos de subjetivação e de soci-

abilidade a que todos estão submetidos. Talvez seja necessário, para essa tarefa, romper com as formas do próprio pensamento moderno, que fecha as possibilidades de “vir a ser”. Para **PELBART (1993)**, a modernidade impõe formas binárias de de- vir:

“ Ora estamos de um lado, quando enlouquecemos, ora de outro, por exemplo, quando tratamos. É preciso muito senso estético, político, ético, clínico, demiúrgico até, para desmontar essa disjuntiva infernal” (PELBART, 1993:27)

No Brasil, tomando como exemplo a Itália, o movimento da luta anti-manicomial¹⁵ discute não apenas a criação de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, mas também a ideologia psiquiátrica “moderna”, que sustenta uma dada cultura manicomial. Parece que ainda é um desafio, para todos os movimentos, chegar à radicalidade desses questionamentos e ainda se corre o risco da crítica vazia do falso confinamento, de reformas superficiais e de ampliar a miniaturização e disseminação do poder manicomial na sociedade.

No capítulo seguinte descreveremos uma instituição psiquiátrica concreta que representa a política de saúde mental em nosso Estado, resgatando sua história, suas crises, suas relações com essa política e as diversas reformas pelas quais tem passado.

¹⁵ O Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, realizado em setembro de 1993 em Salvador, traz as principais linhas de discussão e propostas do movimento.

CAPÍTULO III- O MODELO MANICOMIAL - COLÔNIA SANTANA

3.1-) Histórico e Caracterização da Instituição

*“A inauguração do Hospital Colônia Santana, em 10 de novembro de 1941, foi para Santa Catarina, então sob o Governo do ilustre Interventor Dr. Nereu Ramos, um marco histórico na sua medicina, porque veio dar ao povo desse laborioso Estado a oportunidade de poder usufruir **as grandes vantagens de uma moderna assistência aos doentes mentais.**” (Arquivos do Hospital Colônia Santana, 1954)*

Assim foi comemorada, pela comunidade médico-psiquiátrica, a instalação do maior hospício público do Estado.

Durante o processo de criação dos manicômios no Brasil, clamava-se pela situação dos doentes mentais, cujo número era cada vez maior e que eram deixados sem assistência, presos em cadeias ou mal atendidos nos hospitais não especializados.

A psiquiatria enquanto instituição médica, como vimos, só consolida-se com a criação dos hospícios públicos. Estes surgem no Brasil (1848) e em Santa Catarina¹⁶ (1941) como parte de um projeto maior de desenvolvimento econômico centralizado que implicava, tanto na higienização urbana, quanto na produção da marginalidade. A psiquiatria serve aos dois eixos de sustentação deste projeto, ou seja, garante uma pretensa necessidade de higiene, saúde e segurança da sociedade, da mesma maneira que produz marginalidade. Instala-se definitivamente, com amplo apoio governamental, através de seu principal alicerce, o manicômio.

¹⁶ Anteriormente existiam em Brusque e Joinville alguns “asilos de loucos”, mas que não faziam parte de uma política de assistência aos psicopatas (como definia a legislação de 1916); os pacientes desses asilos foram os primeiros internados na Colônia Santana.

Através do Serviço Nacional de Doenças Mentais, nas décadas de 40 e 50, dirigido pelo Prof. Aduino Botelho, definiam-se as políticas para o setor, que se baseavam na criação de um grande parque manicomial em todo país. Em Santa Catarina, o Hospital Colônia Santana representou essa política. Em 1942 já possuía aproximadamente 300 internos em sua maioria homens. Em 1945 inaugura-se o Ambulatório de Doenças Mentais em Florianópolis, o qual veio, segundo Dr. Antônio Santaella,¹⁷ completar a primeira fase de organização da assistência psiquiátrica no Estado.

De acordo com a lei da época, os diretores eram obrigados a apresentar relatórios anuais das atividades realizadas no hospício. Alguns desses relatórios ainda são possíveis de encontrar, embora quase todos os documentos da história dessa instituição tenham sido perdidos, dispersos ou queimados.

Percebe-se por esses relatórios anuais que existia maior controle por parte do governo estadual e federal das atividades do hospital e, talvez por isso, da própria instituição em relação aos internados.

A psiquiatria da época preocupava-se muito com a cientificidade de seus procedimentos e realizavam-se pesquisas sobre as diferentes formas de terapêuticas. Fundou-se em 16/08/1951 o Centro de Estudos Aduino Botelho que se reunia mensalmente, era composto por médicos e psiquiatras e tinha por objetivo o estudo e a apresentação de trabalhos científicos como, por exemplo, "Crises maníacas coincidindo com o ciclo menstrual", "Influência da ação da hipófise-supra-renal no psiquismo de doentes mentais". Era uma psiquiatria eminentemente organicista.

Desde seu início a Colônia Santana já adquire um caráter de hospital para os considerados doentes crônicos. Justificado pelo grande aumento na demanda, em 1951, pedia-se pela construção de outro hospício para pacientes agudos em Florianópolis, ficando a Colônia com os crônicos. Solicitava-se também, por parte da direção

¹⁷ Diretor do Hospital Colônia Santana a partir de 1951.

do hospital, o aumento do número de leitos que, pelas previsões, chegariam a 800 em 1952. Reivindicava-se também a construção de um manicômio judiciário.

“ É grande o número de criminosos doentes mentais, atendidos na Colônia Santana, exigindo a organização do Manicômio, pelo excelente padrão técnico que deve ter uma organização neste sentido e que viria contribuir para a melhora na assistência a estes doentes, bem como desafogar o serviço da Colônia”. (Dr. Antônio Santaella, 1954:6)

Percebe-se como são estreitas as relações entre sistema manicomial e policial, um justificando e necessitando do outro¹⁸.

Embora aumentassem o número de leitos, eram insuficientes os profissionais: dois psiquiatras e o diretor, que também realizava os serviços clínicos, um fisiologista, um clínico e um cirurgião. Nessa época Irmãs da Divina Providência prestavam serviços no hospital.

As formas de tratamento eram cada vez mais intensificadas de acordo com o número de internações, pois precisavam-se de altas para atender as novas internações. Criava-se assim, desde já, uma grande rotatividade de entradas-altas e retornos.

As “terapêuticas mais eficientes”, segundo a direção do hospital, eram o tratamento de Von Sackel (choque insulínico), a convulsoterapia pelo cardiazol e o eletrochoque (eletroconvulso terapia-TEC). Em 1951 as aplicações chegaram a 7.860 e obteve-se 253 altas para 287 novas internações. O confinamento, essas tecnologias repressivas, mutilantes (celas forte, contenção física) e a vigilância¹⁹ eram a base da chamada “terapêutica” da época.

¹⁸ Essa relação permanece inalterada através da história pois, os dois sistemas pressupõem a coerção, a perda da liberdade e de todos os direitos civis, fazendo parte de uma mesma estratégia de poder.

¹⁹ O aumento no número de guardas era uma solicitação constante do hospital: “Para maior eficiência no serviço do Hospital, o Governo do Estado houve por bem aumentar o número de funcionários, nomeando 24 vigilantes e 8 enfermeiros.” (Arquivos do Hospital Colônia Santana)

O aumento extraordinário no número de leitos, reivindicado pela direção do hospital, passa rapidamente a ser um problema, em 1953 já se solicitava a criação de outros hospitais.

“ Admitimos que a Colônia Santana já preencha as suas finalidades e um aumento no número de leitos torna difícil a assistência dentro dos moldes em que este hospital se tem mantido, porque criaria uma série de entraves, exigindo maior número de empregados, mais serviços técnicos etc., dando-lhe esta feição comum dos hospitais psiquiátricos, isto é, número superior a mil doentes, não aconselhável, portanto.” (Arquivos do Hospital Colônia Santana, 1954:24).

Percebe-se que a perda do caráter terapêutico (que se julgava existir) é uma tendência inevitável desse tipo de instituição, pois sua finalidade essencial é o confinamento e a repressão. A Colônia Santana chega na década de 70 com 1070 leitos para 2040 internos e conta com uma equipe técnica de apenas 05 médicos, 01 farmacêutico e 2 dentistas.

A instituição realiza uma ampla reformulação em 1971, quando passa a subordinar-se à Fundação Hospitalar de Santa Catarina. Segundo **WALENDOWSKI (1991)**, a preocupação maior dos funcionários contratados (159) era atender a necessidade imediata do hospital de reduzir o número de pacientes internados.

Realizou-se também uma reforma no método “terapêutico”, que passou a ser basicamente medicamentoso, eliminaram-se celas e alguns muros, constituíram-se equipes multidisciplinares e pretendia-se a integração do Hospital com a rede ambulatorial do Estado. Em 1974 reduziu-se para 1089 os pacientes internados, enquanto o hospital possuía 1123 leitos.

Esta história pode ser melhor contada por uma das mais antigas pacientes desta instituição:

“ Eu estou aqui quase desde o começo. Tinha muita pouca gente e muita pobreza. É pobreza, de comida, de roupa, de remédio, era péssima. Sabe o que foi que endireitou? foi uma tal de fundação que entrou aqui, acabaram com o pessoal que an-

davam nu, acabaram com o pessoal fechado, com cela, pátio, sombrinha, sabe tudo isso existia aqui”.(paciente internada desde 1949)

“ Sombrinha era aquela casa grande ali, isso ali era de dois andares em roda sabe. Isso era tudo fechado, muro alto e as pessoas andavam em roda. E a tal de cela, a senhora sabe, é um quarto fechado como tem nas penitenciárias né, tinha muito aqui. E o tal de pátio, a senhora só vê céu, só vê céu, bem alto, bem alto.”

“ Eu fiz alguns choques, eu fiz alguns choques e depois foi matando gente, dai não deu certo sabe, foi matando, matou mulher grávida, muita lambança, nada mais dava certo, então entrou essa fundação”

“ Então fiz insulina também, parece que foi um mês na cama. Aquela insulina a senhora sabe, aquele a pessoa se deita e tira a roupa, bota uma camisola comprida especialmente para aquilo e se deita, amarravam mão e pé, dai eles vinham com a cuba de injeção, dai era bem tapado, bem tapado, aquilo era um suador”

“ Eu não sofri muito porque eu trabalhava, eu amarrava tudo na cama aquele pessoal tudo e ajudava os enfermeiros, os médicos, mas quem não trabalhava sofria muito”

“ Quando eu cheguei aqui tinha 22 freiras naquela casa grande ali onde botaram pacientes agora, 22 uma mais ruim que a outra, tinha uma que era chefe da cozinha, a outra chefe da costura, outra chefe da farmácia, outra chefe do pavilhão dos pacientes, era assim (...) então eram grandes né, eram grandes na história né, porque elas eram chefes daquilo ali, naqueles serviços elas mandavam e aquilo tinha que ser como elas queriam e não como os outros queriam né.”

“ Eu trabalhava tanto porque eu tinha que dar conta daquelas faixas todas, enrolar aquilo tudo, lavar, era uma caixa cheia assim, tudo enroladinho. Depois o choque elétrico, as toalhinhas higiênica que botavam na boca pra não morder a língua, aquilo também tinha que lavar e encher uma caixinha prá ter tudo certinho.”

“ Faz anos, como tinha aí né, mas naquele tempo era farda amarelo com quepe na cabeça como um soldado, prá pegar uma e arrastar como uma cobra pelo chão era com eles, e isso se vier prá cá isso outra vez vai ficar ruim outra vez.”

“ Agora, só quando fica muito brabo, muito agitado, que eles não pode com a vida sabe, dai eles amarram na cama”

“ Então inventaram de colocar as de mais idade aqui, e as mais novas lá aonde eu tava. Então nesse mesmo rolo me botaram prá cá porque eu já tinha mais idade, então eu aqui já estou há muitos anos, nesse mesmo cantinho que eu estou aqui.”

Como observamos, muitas reformas foram implementadas: em 1977 tentava-se a setorização, que visava reunir em uma mesma enfermaria pessoas vindas de uma mesma região; em 1980, o Projeto de Terapias Alternativas que pretendia intensificar as atividades no Hospital, tirar os pacientes da apatia, ocupando-os. A Colônia Santa-na chegou, nesta época a possuir 850 pacientes para 1064 leitos. Embora para

WALENDOWSKI:

“ Todas as ações até então empreendidas, mantinham apenas a expectativa da alta hospitalar. As reformulações não traziam, no seu contexto, preocupação com a mudança do caráter asilar da Instituição bem como, algum aparato novo para evitar a cronificação”(1991:22)

Como era de se esperar, as internações não tardaram a aumentar novamente. De 1983 à 1987 o Hospital sempre esteve com superlotação e excedentes, o que revela um número muito grande de leitos-chão, mau atendimento e o caráter de depósito desta instituição.

Em 1987, realizou-se outra reforma na distribuição dos pacientes²⁰, a qual permanece até hoje, o que não significou nenhuma mudança significativa. Em 1989 persistia ainda a mesma situação, quando desencadeou-se novamente uma campanha para a diminuição do excesso de internados e novamente foram contratados mais funcionários(150).

²⁰ Através de levantamento feito pelo Serviço Social da Instituição constatou-se que 60% dos pacientes internados eram considerados crônicos, que para os técnicos do Hospital significaria que estão doentes há mais de 5 anos, permanecendo 50 % deste tempo hospitalizados, sem vínculos ou há mais de 3 anos sem contato com familiares. Para Delgado (1989), citado no estudo de Walendowski (1991), o “crônico” significa para o pessoal técnico, a compreensão da irreversibilidade de um estado visto como patológico.

Algumas reformas que, aparentemente, poderiam representar uma flexibilização no controle institucional, como a eliminação dos muros de acesso a algumas enfermarias, segundo **WALENDOWSKI(1991)**, não atingiram este objetivo: os muros foram novamente levantados e os portões fechados causando revolta em alguns pacientes.

É possível perceber nitidamente a recorrência das reformas dentro da instituição. Os dados apresentados demonstram que a Colônia Santana implementou uma grande desospitalização na década de 70, com a redução de 951 pacientes. Todas as modificações realizadas não passaram de maquiagens na estrutura manicomial, que persiste através dos 54 anos dessa instituição. Ajustou-se às tecnologias psiquiátricas de cada momento histórico, mas sempre no intuito de manter-se imutável.

Podemos compreender este caráter utilizando o conceito de **CASTORIADIS (1991)**, já explicitado na introdução deste estudo; esta instituição passou a definir-se a si mesma, sobrevivendo independente de mudanças sociais. Adquire vida própria e institui-se cada vez mais na sociedade e em relação aos sujeitos. Passou a reproduzir-se, reproduzindo a racionalidade, o imaginário social que a mantém, ou seja, a condição de exclusão, a patologia, a periculosidade e a alienação.

A instituição manicomial está, com a atual política de saúde mental, novamente sendo questionada e ameaçada. Ao mesmo tempo, já começa a adequação às novas exigências governamentais e dos movimentos sociais, tentando preservar-se. Novamente busca a diminuição nas internações, apropria-se de algumas tecnologias chamadas “alternativas” como o hospital-dia, pensões protegidas e mais uma vez amplia a contratação de funcionários.

Podemos nos perguntar, até quando este dispositivo do poder psiquiátrico conseguirá sobreviver, instituir-se e reproduzir-se? Até quando a vida efetiva da sociedade e dos chamados loucos estará subordinada e submetida?

3.2-) A Colônia Santana e as Políticas de Saúde Mental no Brasil e em Santa Catarina

A Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina (Declaração de Caracas) realizada em 1990, e os Relatórios da I^a(1987) e II^a(1992) Conferência Nacional de Saúde Mental, norteiam a atual Política de Saúde Mental no Brasil.

Essa política tem como base a Reforma Psiquiátrica, que consiste na substituição do modelo assistencial centralizado no hospital psiquiátrico, a criação de uma rede de serviços integrada ao sistema de saúde em geral e a revisão nos aparatos jurídicos.

Segundo a própria Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (1994), o quadro da assistência psiquiátrica no Brasil é de ineficácia, ineficiência, baixa qualidade e de violação dos direitos humanos.

Os asilos públicos se tornaram obrigatórios apenas a partir de 1845 e mantêm um número muito maior de pessoas do que os asilos privados, tendência que se mantém no Brasil. É importante ressaltar, que além disso, muitos dos hospitais psiquiátricos privados possuem um grande número de leitos conveniados com o Estado, através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente, no Brasil, a indústria da loucura, embora venha diminuindo²¹, continua lucrativa.

²¹ Conforme dados do IBGE, Inamps e Ministério da Saúde o Setor Privado tinha em 1984 - 76.822 leitos, passando a 70.338 em 1988 e, conforme citamos acima, atualmente possui 64.480 leitos. Diminuindo em dez anos 12.342 leitos. Esta tendência embora ainda pouco estudada, parece acompanhar um movimento internacional de criação de outros serviços assistenciais e de intensas críticas ao manicômio tradicional.

Como demonstra, com toda modernidade, um anúncio de empregos:

**"GERENTE FORÇA VENDAS
PSIQUIATRIA**

Gerenciar o conjunto das equipes de profissionais atuantes no mercado psiquiátrico, a nível de propaganda e relacionamento com líderes de opinião.

Experiência forte em gerenciamento de equipes psiquiátricas. Formação superior completa e disponibilidade para viagens."(Folha de São Paulo- 09 de abril de 1995)

A tabela abaixo demonstra a distribuição dos leitos e hospitais no Brasil segundo o prestador.

PRESTADOR	Nº DE LEITOS	Nº DE HOSPITAIS
SETOR PRIVADO	64.480	240
SETOR PÚBLICO	16.611	48

Fonte SAS/MS

Os leitos e hospitais filantrópicos foram considerados privados.

Do total de leitos acima 2156 estão em Hospitais Gerais.

No Brasil os gastos do Estado com as internações psiquiátricas correspondem a 8,3% do total de gastos do Ministério da Saúde. Os gastos hospitalares com transtornos mentais, conforme tabela a seguir, custaram em 1993-361.716.981,16 US\$.

TRANSTORNOS MENTAIS	GASTOS US\$
PSICOT.SENIS	5.681.341,97
PSIC.ESQUIZ.	153.355.538,89
PSIC.AFETIVA	15.273.560,42
EST.PARANOID.	48.540.237,63
PSIC.ALCOOLI.	75.654.418,11
NEUROT/PERS.	3.922.477,80

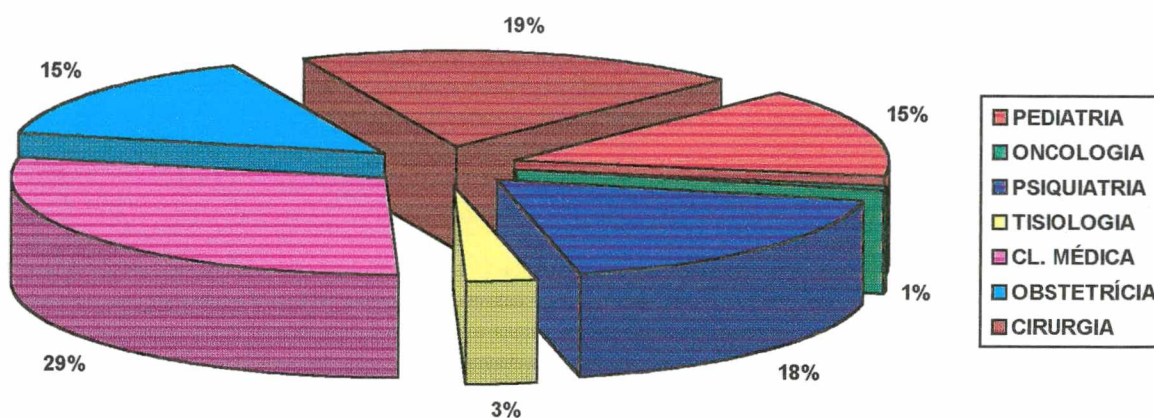
DEP.ALCOOL	28.335.320,60
DEP.DROGAS	1.602.467,62
DISF.MENTAIS	14.450,44
OLIGOFRENIAS	26.735.915,54
OUTR.TR.MENT.	2.601.252,66
TOTAL- 8,3%	361.716.981,16

Fonte: Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)
Brasil-1993

Os leitos psiquiátricos representam 18% do total de leitos do SUS, representando a terceira especialidade em números de leitos no Brasil, conforme gráfico a seguir:

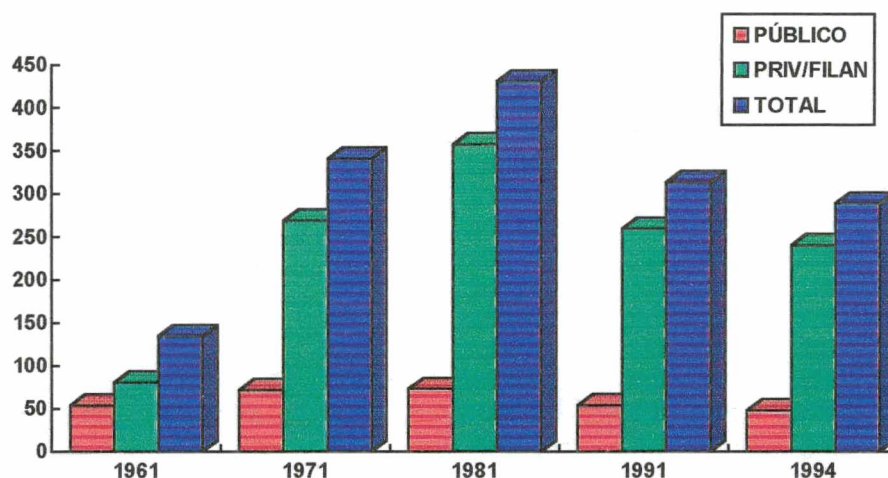
DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS(SUS) POR ESPECIALIDADE - BRASIL/1993

(# Fonte: SAS/MS)



A tendência, mesmo lenta, tem sido de diminuição de leitos e hospitais, mas o atendimento manicomial ainda predomina e consome expressivos recursos do Estado.

EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS, SEGUNDO O PRESTADOR - BRASIL, 1961/1994



Fonte: SIH-SUS

A criação de outros serviços extra hospitalares fica com pequena parte desses recursos e, embora a atual política preconize esse tipo de atendimento, são insuficientes as medidas tomadas para a substituição dos manicômios.

Existem cadastrados 129 Hospitais Gerais com leitos psiquiátricos no país, totalizando 2156 leitos; 43 Hospitais-dia e 35 Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS E CAPS), o que totaliza **4.795** vagas, conforme demonstra a tabela a seguir:

Recursos Assistenciais	Nº de Estabelecimentos	Nº de Leitos-Vagas
UNIDADES EM HOSPITAIS GERAIS	129	2.156
HOSPITAIS-DIA	43	1.239
NAPS E CAPS	35	1.400
MANICÔMIOS	288	78.935

#Fonte:SIH-SUS

COSAM/DAPS/SAS

Outro indicador importante é o tempo médio das internações que, de acordo com o Ministério da Saúde, tem aumentado. Em 92 o Tempo Médio de Permanência (TMP) foi de 55,6 dias, em 92 e saltou para 59 dias em 93.

Santa Catarina, como já descrevemos na introdução deste trabalho possui 3 Hospitais Psiquiátricos, totalizando 1167 leitos que centralizam o atendimento.

A Colônia Santana recebe pacientes de todo o Estado. Quanto ao tempo médio de permanência nesta instituição foi de 52,7 em 93, aumentando para 59,12 em julho de 94, o que reflete a tendência nacional.

A tabela a seguir mostra como os internados estão distribuídos na instituição por tipo de internação, conforme o sexo:

TIPO DE INTERNAÇÃO	SEXO	
	M	F
Longa permanência	189	153
Média permanência	69	35
Curta permanência	185	84
Pensão Protegida		10
Gestão Participativa		22
Dependentes Químicos	81	
Outros	110	07
Total	634	311

Fonte: Estatística Hospital Colônia Santana

junho de 1994

A rede de serviços extra hospitalares em saúde mental é precária. Alguns municípios, através das secretarias de saúde, possuem atendimento ambulatorial, sessões de grupo e praxiterapia, como na cidade de Tubarão, no sul do Estado, mas ainda não há uma política efetiva de implantação e manutenção destes serviços.

Além da falta de recursos que estão concentrados nos manicômios, o preconceito em relação à loucura disseminado na sociedade, faz com que os hospitais gerais também resistam à instalação de leitos.

A tabela a seguir mostra o número de leitos ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais do estado cadastrados no SUS.

HOSPITAL	MUNICÍPIO	Nº DE LEITOS
Maternidade Samaria	Rio do Sul	05
Divino Salvador	Videira	05
Nossa Sr ^a dos Prazeres	Lages	32
Regional de Chapecó	Chapecó	30
Maternidade Bom Jesus	Xanxerê	04
Caridade	Mafra	05
Maternidade Jaraguá	Jaraguá do Sul	12
São Francisco	Concórdia	08
Caridade Coração de Jesus	São Joaquim	05
Nossa S ^a da Conceição	Urussanga	22
Nossa S ^a da Conceição	Tubarão	03
Hélio Anjo Hortiz	Curitibanos	23
Arquidiocesano	Brusque	25
Maternidade São Roque	Joaçaba	10
Caridade	São Francisco do Sul	14
Associação Beneficiente	Araranguá	16
Bom Pastor	Araranguá (Hospital Dia)	12
TOTAL		231

A Colônia Santana vem tentando se adaptar, mas com dificuldades, às novas portarias do Ministério da Saúde que regulamentam desde a quantidade de técnicos necessários até a distância necessária entre os leitos (4,5 m). O desrespeito à essas normas levam essa instituição ao risco de descredenciamento no Ministério da Saúde.

Segundo o Setor de Recursos Humanos desta instituição, o quadro de funcionários constitui-se de: 32 médicos, dos quais 4 são clínicos e 28 psiquiatras; 14 enfermeiros; 1 dentista; 21 técnicos de atividades de saúde (técnicos em enfermagem); 228 agentes de atividades de saúde II (atendentes); 34 técnicos em atividades administrativas; 1 assistente administrativo; 9 assistentes sociais; 3 nutricionistas; 2 psicólogas; 4 terapeutas ocupacionais; 1 farmacêutico; 1 bioquímico; 1 fisioterapeuta e 1 técnico auxiliar de fisioterapia; 2 técnicos em raio X; 1 advogado; 5 professores de educação física; 8 motoristas; 7 telefonistas; 42 artífices I (costureira, cozinheiros, padeiros); 33 artífices II (carpinteiros, caldeireiros, barbeiros, pedreiros); 203 agentes de serviços gerais (lavanderia, rouparia, vigias, limpeza, xerox, etc.), totalizando:

QUADRO DE FUNCIONÁRIOS	NÚMERO
FUNCIONÁRIOS LOTADOS	655
FUNCIONÁRIOS CONTRATADOS	6
FUNCIONÁRIOS À DISPOSIÇÃO	29
FUNCIONÁRIOS TRABALHANDO	628

Fonte: Hospital Colônia Santana
setembro/94

O número de Autorizações para Internação Hospitalar (AIH) gastas pela Colônia Santana foi de 4.259 em 93, sendo que destas 919 são renovações e 3340 são (re) internações.

Os dados apresentados possibilitam questionar o quanto custa manter macro-hospícios como este, em termos de recursos humanos, que totalizam 1 funcionário para 1,2 pacientes, recursos materiais e principalmente o custo social deste tipo de

instituição, pois seu resultado é de uma população de pacientes cronicados (60%), marginalizados e despossuídos de todos os direitos.

No capítulo seguinte descreveremos mais detalhadamente quem são, de onde vêm, como são esses “loucos anônimos”, que habitam ou passam por esta instituição.

CAPÍTULO IV - “ORA... SÃO LOUCOS” : CARACTERIZAÇÃO DOS “PACIENTES PSIQUIÁTRICOS”

No capítulo anterior descrevemos a instituição; suas características e seus impasses. Até este momento o principal sujeito dessa história tem estado oculto, nos cabe agora, apresentá-lo.

Desde os primeiros anos da Colônia Santana os homens representam a maioria dos pacientes. Em 1952 eram 187 homens para 116 mulheres e em 1953, 263 homens para 148 mulheres. Em 1993 foram internados 143 mulheres e 768 homens.

Em relação à procedência, os pacientes internados pertencem às mais diversas regiões do Estado. Em 1953 alguns dos internos eram de: Araquari (1), Biguaçu (11), Florianópolis (73), Palhoça (14), São José (13), Bom Retiro(7), Canoinhas (2), Joaçaba (4), Chapecó (4), Itajaí (30), Mafra (3), Porto Belo (3), Tubarão (23).

Pode se constatar que a região da Grande Florianópolis já tinha um número expressivo (91) de pacientes. Em 1993 esta região representou 52,48% e em julho de 94- 54,93% das (re) internações, seguida pela AMUREL (Associação dos Municípios da Região de Laguna) com 9,99% em 93.

Em 1953 tinham instrução primária- 254 internos; secundária- 12; superior- 3 e 126 dos 411 pacientes internados naquela época eram analfabetos, ou seja 92% dos pacientes frequentaram apenas até a escola primária.

Esta tendência continua até hoje: dos 28 entrevistados, apenas um iniciou curso superior, mas não o completou, a maioria não passou dos primeiros anos do primário (78,6%) e ainda alguns são analfabetos (14,3%).

Quanto às profissões, em 1953, 121 mulheres eram domésticas, 103 eram lavradores, 11 comerciários, 10 funcionários públicos, 11 militares, 24 trabalhadores braçais, 28 sem profissão, 9 professores, 7 mineiros, 5 estudantes, 5 motoristas, 5 pedreiros, 4 estivadores e outros açougueiro, alfaiate, barbeiros, bancário, dentista, jornalista, oleiros, pintor.

Atualmente este quadro não se modificou muito. Por exemplo as mulheres entrevistadas neste estudo(11), foram ou são em sua maioria donas de casa (63,6%), empregadas domésticas (18,2%) algumas em menor número já trabalharam também em malharias, padarias e boates. Predomina a região urbana.

Os homens entrevistados têm origem no meio rural (53%), onde trabalhavam com os pais ou na própria propriedade(pequena) ou ainda arrendavam alguma terra para plantar; não só os antigos pacientes vinham do meio rural, mas também jovens recém internados; outros possuem as seguintes profissões: um mineiro, um professor, um servente de pedreiro e outros que não chegaram a ter uma profissão, alguns porque foram internados ainda na adolescência ou são desempregados(29%) agora, todos estão aposentados ou afastados do trabalho.

Quanto à idade predomina nos homens a faixa etária de 40 a 60 anos (65%) e as mulheres com mais de 40 anos representam também 64% do total.

Estes dados coincidem com de outras pesquisas já realizadas, como por exemplo **SIMÕES(1989)**, onde percebe-se claramente a classe social a que pertencem as pessoas internadas nos grandes manicômios do país: a origem predominantemente rural, trabalhadores da construção civil ou de pessoas sem ocupação determinada ou que fazem serviços esporádicos, os chamados "biscateiros". As mulheres também, conforme este estudo, são em grande número donas de casa, domésticas e em menor número costureiras, vendedoras, manicure.

No que se refere ao estado civil, observa-se que a grande maioria dos homens são solteiros (70,6%), outros embora sejam casados, há muito tempo não vivem com

as esposas ou já estão separados oficialmente. Este número decresce nas mulheres: 45% são solteiras, tendo o mesmo percentual de casadas e apenas uma viúva.

Outro aspecto importante nesta caracterização é o índice de reincidência dos pacientes. Na Colônia Santana este índice é de 73% das internações (1993 e julho de 1994), demonstrando a ineficiência, a função cronicante e a condenação destas pessoas a terem suas vidas eternamente amarradas ao manicômio.

Estes dados deixam de ser apenas números nas palavras dos próprios pacientes:

“ Eu trabalhei dois anos, mas depois a mina fechou, nessa época eu fiquei desempregado, daí aconteceu coisas na minha vida, coisas tristes que eu não gosto de falar” (paciente, ex-mineiro, 30 anos)

“ Trabalhava na roça, trabalhava com fumo, desde os 10 anos, fumo, milho, feijão arroz, planta de tudo em casa, o pai tem terra. Eu trabalhá não posso, dá moleza no corpo, não tem jeito de trabalhá. Será que não tem um meio deles aposenta eu?” (ex-lavrador, 23 anos)

“ já faz muito tempo que eu tô parado, sem trabalha fichado né, assim biscate vai um tempinho que eu trabalhei, ajudei a fazer massa de concreto” (ex-servente, 22 anos)

“ sou analfabeto, a minha mãe me tirou com 14 anos porque eu não sabia nada, eu gostava de ir prá aula só prá comer a merenda, me tirou e eu comecei a trabalha de servente”(ex-estudante, ex-servente, 22 anos)

“ daí emprego fora é ruim, trabaiá na roça não precisa te estudo, a gente trabaiá como pode” (ex lavrador, 20 anos)

“ Eu fazia na lavoura, mas eu quase não tive uma parada prá mim, eu andei prá cá e prá lá. Há trabalhava, mas já faz tempo que eu tô aqui.” (ex-lavrador, 51 anos)

“ Eu nasci em Bom Retiro, nasci lá, me criei lá, me casei lá, fiquei viúva lá” (paciente internada há 46 anos, ex-dona de casa, 91 anos)

“ Trabalhava quando eu era nova, trabalhei na malharia, dobrava e colocava nos saquinhos, e na outra malharia eu passava roupa, cortava as linha das malha” (ex-operária, 36 anos)

Podemos concluir que a condição geral dos “pacientes psiquiátricos”, através dos anos e em diferentes regiões do país, permanece a mesma. Nossos dados indicam não haver diferenças significativas entre os dois estratos (curta e longa permanência) e coincidem em grande parte com os resultados do estudo de **SIMÕES (1989)** sobre a enfermidade mental na Bahia.

Apresentam similaridades, entre outras já citadas, a situação de desemprego ou exercício de atividades marginais ao processo produtivo, o nível de pauperização desses trabalhadores/pacientes e o contexto de exclusão social, política e econômica a que estão submetidos e condenados, o que afirma, o papel que exerce a psiquiatria na criação e manutenção de uma identidade manicomial.

Estas conclusões, que começamos a esboçar, estão relacionadas com nossos objetivos específicos, demonstram a participação fundamental da institucionalização na formação da identidade destas pessoas, a incorporação de um modo de vida mediatizado pela psiquiatria e não mais pelo trabalho, pela família, ou seja, pelas relações com outras pessoas e com a sociedade. Cada vez mais a identidade que possuíam torna-se distante e estranha.

Continuaremos apresentando e aprofundando estas conclusões, no próximo capítulo, quando analisamos as representações dos pacientes sobre o manicômio, que é o aspecto central desta investigação.

CAPÍTULO V- “SÓ PRÁ LOUCO MESMO” - REPRESENTAÇÕES SOBRE UM MANICÔMIO

Neste capítulo abordaremos as representações dos “pacientes psiquiátricos” sobre suas internações, as significações que atribuem à instituição e a si mesmos, como vivenciam o cotidiano e suas perspectivas de futuro para si mesmos e para o manicômio. Como é fundamental observarmos as diferenças nas representações dos internados de acordo com seu tempo de permanência no manicômio este capítulo está dividido entre os dois estratos, curta permanência (até 5 anos) e longa permanência (acima de cinco anos).

5.1- “Os Lugares Psiquiátricos”

As entrevistas a seguir mostram as representações dos “pacientes” sobre o manicômio, revelam o sentido contraditório que este tem em suas vidas e a incorporação da racionalidade médico-psiquiátrica em seus discursos.

-Curta Permanência

“Acho que a Colônia Santana, agora na verdade prá mim é o lugar onde as pessoas estão passando muito tempo, a Colônia Santana ou qualquer outros lugares que são psiquiátricos, só o tempo, é o tempo, outros mais comprimidos, depois a gente sai prá sociedade de novo e vai viver novamente a vida.” (ex- mineiro, 27 anos)

“Eu não gosto daqui não, eu não gosto de fica preso, é muito ruim fica preso, se fosse na cadeia eu já teria saído há muito tempo, aqui é um sanatório é ruim de sair” (ex- lavrador, 22 anos)

“A gente perdeu um pouco do amor que a gente tinha, do amor forte, não tenho mais esse amor, sai lá fora puxa o amor, um amor mais simples mais alegre e aqui dentro a gente tá preso, não tem nada pro cê te alegria” (ex-lavrador 22 anos)

“Eu me senti ruim, não tinha alegria não tinha nada, um desprezo, uma solidão, fica preso aqui dentro, sei lá é muito triste, eu acho que é muito triste pará aqui” (ex-lavrador 22 anos)

“Se eu saio lá fora tudo melhora, volta a alegria aqui a gente tá preso, preso dentro numa cadeia” (ex- lavrador 21 anos)

“Eles trouxeram eu prá cá sem eu conversa com eles, eu tava com os remédio tudo na mão, eles me pegaram e trouxeram prá cá” (ex- lavrador, 22 anos)

“Não, não queria não, corri da polícia, ia jogar uma pedra na ambulância ai parei, parei eles me colocaram naquela cama, amarraram e trouxeram” (ex- lavrador 21 anos)

Através destas representações podemos perceber o caráter prisional e de escravidão²² que à instituição tem para esses pacientes involuntários. Dentre os 15 que responderam não gostar de estar internados, 5 se referem à prisão que estão submetidos. Dos entrevistados apenas 3 gostam de estar internados.

“ Bem não é muito ruim não de ficar aqui, ruim é a vida lá fora, aqui tem cama, comida, sossego, aqui é bom, dois meses aqui a gente se sente um pouco melhor, mais livre né em casa é mais apertado, não sinto a mesma coisa, aqui é melhor que em casa um pouco, a família briga muito comigo.” (sem ocupação, 21 anos)

Para alguns, como vimos nesse depoimento, a realidade de sua condição social e familiar é ainda mais opressiva do que a internação, que passa a ser vivenciada não como uma prisão mas como um tempo planejado de descanso e alienação do mundo lá fora.

²² Para melhor compreender a questão da internação obrigatória ver: Szasz, T. **A Escravidão Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

Outros enfatizam o caráter estático, rotineiro e despersonalizante do manicômio:

“ Eu não gostei e ainda não gosto daqui, é ruim todo dia a mesma coisa, aquela gentarada, um andando prá cá outro prá lá” (ex-operária, 36 anos)

“ mais ou menos, tem hora que enjoa aqui dentro né, enjoa muito, parado só né, ficar parado é ruim” (ex-lavrador, 47 anos)

“ Porque em casa a gente se vira uma coisa e outra e também sai prá lá e prá cá, tem espaço e aqui quase não cabe ninguém dentro” (ex-lavrador)

O manicômio representa, para aqueles que são internados pela primeira vez, um lugar estranho e perigoso:

“Achei um lugar estranho entende, um lugar diferente que eu nunca tinha visto na minha vida” (sem ocupação 25 anos)

“Eu tenho medo dos pacientes que agredem os outros na enfermaria”

“Eu senti medo” (ex-doméstica, 23 anos)

O manicômio é visto também como um lugar de tratamento moral, onde as pessoas são internadas porque fizeram coisas erradas e precisam aprender o que é certo

“Antes eu tinha serviço mas eu não era bom porque eu não sabia distinguir o que era certo do que era errado, depois que eu estou tomando esses remédios psiquiátricos eu consigo definir o que é certo e o que é errado com mais facilidade” (ex-mineiro, 27 anos)

“Eu reflito todas as coisas que eu fiz errado né, o que eu fiz de bom, fico separando as coisas né, do mal e do bom” (ex-doméstica, 28 anos)

A partir destes depoimentos é possível perceber que talvez a grande “revolução de Pinel”, no séc. XIX, não tenha sido “eliminar” as torturas físicas nos hospícios, mas reconhecer o caráter normatizador da psiquiatria, propondo um trata-

mento moral. Este caráter, que está na base de todas as intervenções psiquiátricas é revelado pelos “pacientes” que se sentem como criminosos sem crime, que vivenciam à internação como uma prisão, um castigo, mas não sabem exatamente quais foram seu erros.

-Longa Permanência

Através dos depoimentos a seguir, podemos perceber as diferenças na relação com o manicômio das pessoas com muitos anos de internação.

“Eu acho que esse lugar é prá nós né” (ex- lavrador, 51 anos)

“Não tem nada de ruim quando os doentes tão meio coisa da cabeça a gente dá um desconto” (ex-lavadora, 62 anos)

“Aqui não me falta nada e não mexem comigo” (ex-lavrador, 41 anos)

“Gosto daqui o hospital é bom, não quero voltar prá casa” (sem ocupação, 45 anos)

“Meu irmão me internou aqui e eu tô muito satisfeita com o meu irmão de ele ter me botado aqui porque aqui tô e aqui eu quero morrer” (ex- dona de casa, internada há 46 anos, 91 anos)

“Já passei por tudo, não quero passar mais nada, quero ficar aqui mesmo como eu tô, como paciente na mão dos médicos, das enfermeiras, tô muito satisfeita e fico assim até acabar os meus dias, fechar os olhos e daí acabou tudo” (ex-dona de casa, 91 anos)

“Eu não quero ir prá lugar nenhum não, vou morrer aqui mesmo” (ex- dona de casa, 62 anos)

Essas representações mostram a incorporação do manicômio na vida dessas pessoas, pois se, quando elas começaram suas internações, reagiam, queriam ir embora, estranhavam e tinham medo daquele lugar, hoje, após muitos anos de encarceramento, acomodaram-se. O hospício passou a ser visto como sua própria casa, um lugar seguro e protegido das dificuldades da vida.

Dos 12 pacientes que responderam, 9 não querem mais sair, apenas 3 insistem, sem muita convicção, na idéia de voltar para suas casas:

“Em casa é melhor” (ex-lavrador, 50 anos)

“Gostaria de ser transferido na penitenciária porque se tivesse lá, iria embora logo” (ex-lavrador, 65 anos)

“quero ir embora” (sem ocupação, 54 anos, há 43 anos internado)

“Se a minha mãe quisesse levar eu, perguntar eu se eu queria ir embora prá casa, eu achava bom também achava, mas eu vi a mãe dizer porque agora ela não pode mais levar eu, agora ela não pode mais cuidar de mim” (ex-dona de casa, 50 anos, internada há 34 anos)

As lembranças da vida fora do manicômio, da terra onde moravam e das pessoas que conheciam, ficam cada vez mais remotas e perdidas no tempo

“Lá tem um mar tão grande, chega tudo navio lá, navio bem grande” (paciente, de São Francisco do Sul, internado há 43 anos)

Isso é agravado pelo processo de deterioração física que sofrem, pelos longos anos de consumo de drogas e de eletrochoques, que mutilaram suas funções cerebrais e pela falta de referenciais da realidade. As pessoas que não sofriam de nenhuma deficiência cerebral, quando internaram, hoje, estão em processo de degeneração, muitos não falam mais, apenas sobrevivem. Aqueles que foram, indevidamente confiados, por deficiência cerebral hoje estão desumanizados.

5. 2- “Dizem que sou louco”

Neste ítem apresentaremos as representações dos internados sobre sua própria identidade, analisamos a estruturação de sua subjetividade, a partir da instituição, dos outros e da ideologia psiquiátrica.

- Curta Permanência

Das 18 entrevistas; 7 pessoas dizem ser doentes, 8 não se vêem como doentes psiquiátricos e 3 atribuem seu estado à uma combinação de problemas espirituais e médicos.

“A gente, nós temos problemas psiquiátricos, enquanto não sabemos, não aceitamos, mas depois que **é detectado a doença e a doença piora cada vez mais** a gente tem que aceitar, não é muito agradável, doente psicologicamente prá nós é uma coisa difícil aceitar quando se interna” (ex- mineiro, 27 anos), (grifo nosso).

“É que a gente á doente”(ex-lavrador, 20 anos)

“Tive recaída da primeira filha, é que eu era casada né, eu e meu marido nós brigamos, aí ele deu um tapa em mim e quando eu fui ver eu já estava no hospital, aí eles trouxeram eu prá cá, eu gostava dele mas ele não aguentou com a minha doença” (ex-operária, 36 anos)

“Eu tô meio doente também né, sabe como é pessoas que têm depressão, eu tava nervoso, o psiquiatra botou CID 296 que era esquizofrenia mas não era.” (ex-professor, 45 anos)

“Vim porque eu tava doente, precisava de um médico e lá não tinha” (ex-lavrador, de Praia Grande)

“Tinha vezes que eu sou mansinha, às vezes sou perigosa, às vezes eu procuro a minha doença com as minhas próprias mãos, parece que eu gosto de ficar aqui dentro” (ex-doméstica, 28 anos)

Nestas entrevistas, mais explicitamente na primeira, percebemos a incorporação da racionalidade médica psiquiátrica da loucura, através das representações sobre a doença e sua incurabilidade, o discurso médico é incorporado como necessidade de aceitação e conformação frente à doença e ao tratamento: tomar remédios por toda a vida e/ou permanecer internado.

A incorporação da racionalidade médica porém, não é realizada sem resistência, desconfiança e contradições:

“Eu tenho problema assim as vezes né, problema da cabeça, mas eu já fiz um raio x e deu bom” (ex-doméstica, 28 anos)

“Tenho doença dos nervos mas os outros dizem que é pombagira que desse em mim mas eu não acredito” (ex-doméstica, 28 anos)

“Nem sempre a gente tá de bom humor né, é normal isso né? (sem ocupação, 25 anos)

Outros não percebem a si mesmos como doentes nem como loucos, mas essa identidade implica em constantes conflitos, pois a falta de confirmação dos outros está sempre presente.

“Os outros falam que sou louco, eu não acho, porque a gente vem nesses lugar aqui eles falam que você é louco” (ex-lavrador, 22 anos)

“Dizem que sou louco, fazê o que né, dizê que é” (ex-lavrador, 22 anos)

“Eu não me acho louco, mais ou menos, eu me acho normal” (sem ocupação, 22 anos)

“Só me chamam de maluca” (ex-dona de casa, 45 anos)

“Eu sou uma pessoa normal só estava fraca” (sem ocupação, 45 anos)

As contradições ficam mais marcantes quando estas mesmas pessoas identificam outras como loucas ou doentes

“Vejo só pessoa doente, alguns são, mas tem muitos que não são doente, tem muitos que já tão bom prá ir embora” (ex-lavrador, 22 anos)

“A mãe é completamente louca, queimo a casa onde ela morava, queimo, lasco tudo e feiz fogo, louca das idéia, imagina queima a residência, eu não faria isso de jeito nenhum” (ex-lavrador, 22 anos)

“Tem algumas pessoas que são certas aqui dentro, por isso eles vão embora cedo, um mês, um mês e pouco, são os mais certos” (sem ocupação, 22 anos)

Estas pessoas não se identificam como doentes ou loucas, pois sua definição de loucura está relacionada com o estereótipo do louco agressivo, que briga, queima, mata e está completamente alheio a si mesmo ou com aquele que passa longos períodos internado. Reproduzem, assim, a cultura manicomial disseminada na sociedade e na instituição, através da divisão entre os “agitados” de curta permanência (agudos) e os mais calmos, os “velhos internados”(crônicos).

Para 3 dos entrevistados seus problemas são espirituais ou uma combinação entre espirituais e médicos:

“Eu tô com problema acho eu, calculo eu que seja espiritual entende, quando eu saio da igreja eu volto a ficar ruim, é ajuntamento, ajuntamento é ir no bar tomar cerveja, fumar maconha, coisa assim, ai prejudica, mas dessa vez eu só fumei uma baguinha, só um pouquinho e fiquei assim doente” (sem ocupação, 25 anos)

“Tava possesso eu, tava possesso do demônio, tava nervoso demais, não me dava com mais ninguém” (sem ocupação 25 anos)

“É tudo resultado de feitiço” (sem ocupação, 43 anos)

“Vim internar porque estou doente, fazer um tratamento, não posso explicar como é minha doença, só Deus sabe” (sem ocupação, 43 anos)

“acha que tem encosto e que deve se tratar num centro, não acredita em tratamento médico mas sim em macumba” (prontuário da paciente)

Podemos concluir, através da análise dessas entrevistas, que a identidade destas pessoas passou a ser definida em relação à dicotomia loucura ou normalidade, ou seja, em relação à racionalidade imposta pela ideologia médico-psiquiátrica²³, do normal e do patológico, do certo e do errado.

A identidade como já vimos, para **CIAMPA (1994)**, é a síntese das relações das pessoas com os outros, com o mundo e com a própria representação de si mesma, é um movimento permanente de afirmação, negação e de novas sínteses.

Para os “pacientes psiquiátricos” é fundamental a afirmação de sua identidade de pessoas normais que está constantemente sendo negada, colocada em risco pelos outros, pela família e pela psiquiatria

“Tenho amizade com todo mundo lá, não brigo com ninguém” (ex-lavrador, 22 anos)

“Tenho muito amigo que tem saudade de mim, todos gostam de mim” (ex-lavrador, 20 anos)

“Elas sentem muita saudade de mim (filhas) principalmente a mais pequena que era mais agarrada comigo (ex-operária, 36 anos)

²³ E, em alguns casos, reforçada pela moral religiosa

“Meus amigos sentem saudade quando eu fico muito tempo fora, a minha mãe fica muito nervosa” (ex-lavrador)

A identidade, os projetos dessas pessoas, são socialmente negados a todo momento, até que a internação psiquiátrica interdita, de maneira definitiva, seus direitos civis e suas possibilidades de continuar sendo alguém: serão para sempre doentes mentais.

Como no caso de um paciente de 25 anos:

“Sei que eu ia ser arquiteto, em casa eu desenhava altas casas, projeto fundamental e desenho básico, adorava desenhar, até chorava por causa dos desenhos, eu chorei quando não deu certo que eu ia fazer um curso lá, ia trabalhar junto com um colega, eu ia trabalhar no escritório, ajudante, eu ia aprender cada vez mais a profissão, aí não deu certo”

“Nem que eu não tenha namorada, não tenha carro, não tenha casa, não seja casado né, mesmo assim eu não me importo, se eu não casar, não tenho mulher bonita, se eu não sou bonito, eu não me importo com isso porque o mais importante é tu estar bem espiritualmente”

De uma paciente, ex-operária, ex-dona de casa de 36 anos:

“Eu também já fui bem de vida mas agora eu não sou nada”

“Meu marido se separou de mim, tirou tudo de mim, tirou os móveis, casa, a madrinha da minha filha criou ela, então ela não teve amor em mim como mãe”

“Eu não tenho carteira de identidade, eu não tenho, o único documento que eu tenho é minha certidão de nascimento”

“Eu não tenho nada, a única coisa que eu tenho aqui agora é a minha roupa do corpo e aqui se eu sair eu não tenho nem para onde ir”.

“Eu só tenho tristeza junto comigo, sei lá parece que eu sou assim uma pessoa inútil, tô me sentindo inútil, não sei fazer nada”

-Longa Permanência

Os 11 entrevistados identificam-se como doentes, aceitando a explicação médico-psiquiátrica da loucura e acomodando-se à institucionalização.

“Eu sofro de ataque e os médicos disseram que é uma doença que não tem cura, os remédios só ajudam a ficar mais controlado” (ex-lavrador, 50 anos)

“Fazer o que sou doente né, tinha que ter tratamento todo dia, remédio, fazer mais o que aí por fora, pois se eu já viajei por aí tudo, o que eu quero mais, nada mais dá certo” (ex- dona de casa, 91 anos)

“Tava doente da cabeça” (ex- dona de casa, 62 anos)

“A minha doença era só ataque” (Ex- dona de casa, há 34 anos internada)

“Vim para cá porque estava fora da cabeça” (ex-lavrador 45 anos)

“Não posso trabalhar sou doente” (ex-lavrador 50 anos)

A identidade dessas pessoas parece resumir-se em ser um doente e estar ali internado, seus esforços, suas esperanças de voltar a ser quem eram (lavradores, pais, estudantes, donas de casa, esposas, mães) já se perderam no tempo e nas tentativas frustradas de retornar, como no caso de um paciente internado há 13 anos:

“Eu não sei porque não posso ficar com a família essa doença, eu pensei que do outro hospital eu fosse para casa” (1983)

“ Não sei porque estou aqui, podia estar com a família, mas o que fazer” (1987)

“Paciente crônico calmo não fala” (prontuário, 1990)

Ou de outro paciente internado há 43 anos:

“Quero visita mas eles (família) não vêm” (1979)

“Fugiu do hospital” (prontuário, 1985)

“Pede para ir embora” (prontuário, 1988)

“Paciente crônico calmo” (prontuário, 1994)

Estes registros da história institucional ilustram a carreira de uma pessoa diagnosticada como doente mental em um manicômio, a perda progressiva de sua identidade e de sua condição humana.

A cronificação e a despersonalização da maioria (60%) dos internos é o resultado do “tratamento” psiquiátrico.

O manicômio continua sendo também o depositário de todas as mazelas da sociedade, o processo de opressão e de loucura, como um processo psicossocial, tem início muito antes da internação, nas condições ou na falta de condições de vida, de trabalho e de realização subjetiva, como demonstra o caso de outro morador do manicômio:

“Paciente refere que sua casa queimou, não tem onde morar, diz que sua mãe tem um companheiro e ela não o quer mais, estava morando só, passando fome, diz que estava muito doente, muito fraco, demonstra semblante triste, quer ficar no hospital: aqui tem bóia” (prontuário paciente, ex-lavrador, 41 anos)

Podemos concluir que existem diferenças nas representações sobre a identidade dos internados há longos anos e das pessoas com várias internações mas de curta permanência.

A necessidade de adaptação à vida institucional, com a perda de um futuro além dos muros que cercam o manicômio, nos internados de longa permanência, transforma a relação entre instituição e “paciente psiquiátrico”, modifica a própria relação consigo mesmo e conseqüentemente modifica sua identidade.

De acordo com **SZASZ**:

“Essas pessoas personificam os papéis de desamparados, fracos e de doentes mentais-quando na realidade seus verdadeiros papéis dizem respeito à frustrações, infelicidades e perplexidades causadas por conflitos interpessoais, éticos e sociais.” (1979:216)

A incorporação da ideologia psiquiátrica é até necessária do ponto de vista das Tecnologias do Eu (**FOUCAULT, 1990**) como estratégias de sobrevivência e manutenção de uma identidade, mas as tentativas de fuga e de suicídio mostram que nem todos conseguem incorporar a “vida” no manicômio

“Prefiro morrer a ficar aqui” (paciente internado há 13 anos)

“Persiste idéias de suicídio” (prontuário, 10/1982)

“Transferido para emergência novamente por jogar-se no rio” (prontuário, 11/1982)

Para o discurso psiquiátrico essas “idéias” de suicídio são apenas um sintoma da “existência esquizofrênica” desses pacientes, um sintoma da própria “doença” que os atinge, assim como sua cronificação não tem relação com a instituição, mas com a “doença mental” e seus sintomas.

“Existência esquizofrênica, vida autista” (prontuário, paciente internado há 17 anos)

“Negativista em mutismo, indiferentismo, paciente psicótico crônico, calmo, não fala” (prontuário, paciente internado há 11 anos)

5.3- “Só prá louco mesmo”

Após analisarmos as representações dos internados sobre o manicômio e sobre si mesmos podemos discutir também suas representações sobre a necessidade da

instituição, a possibilidade de alguma mudança ou de sua substituição por outros recursos assistenciais.

-Curta Permanência

Das 12 pessoas que responderam sobre a necessidade do manicômio 3 o consideram necessário, 4 dizem que é necessário mas somente para algumas pessoas e apenas 1 considera que o manicômio poderia ser substituído, as demais (4) consideram que elas poderiam fazer o tratamento em casa mas não explicitam se o manicômio é necessário ou não.

“É muito necessário, porque só assim quando a pessoa sair já sai na mesma pessoa. Quando nós voltamos parece que só de tomar o remédio, a gente vai fazendo o tratamento certinho” (ex-mineiro, 27 anos)

“Eu acho necessário, podia ser melhor” (ex-professor, 45 anos)

“Acho que sim né, porque senão eles iam prejudicar os outros lá fora né, é obrigado está aqui, fazer uma coisa errada lá fora, antes que seja tarde tem que pegar e internar né” (sem ocupação, 25 anos)

“(Se não existisse) aí ia ser dificultoso prá mim né, Deus já inventou esse lugar aqui que é prá gente ter um recurso” (sem ocupação, 25 anos)

Através destas representações percebemos que a possibilidade de substituição do manicômio é vista como um problema. A manutenção é justificada através da incorporação do discurso médico sobre o tratamento, da cultura manicomial que considera o louco perigoso, precisando ser internado para proteger a sociedade e de uma visão religiosa e determinista.

“Muitos (podem fazer) o tratamento em casa né, mas tem muitos que quebram tudo em casa aí precisa vim prá cá (...), pros outros sim mas prá mim não porque eu não gosto daqui, não gosto de ficar preso” (ex-lavrador, 22 anos)

“Deveriam fazer tratamento em casa, só que eles não fazem o tratamento certo, eu faço, eu tomo toda vida **o remédio na hora certa**, tem muita gente que não toma, eu sempre tomava às 7 e meia da manhã, depois do meio dia e às 7 e meia da noite, toda vida” (ex-lavrador, 20 anos)(grifo nosso)

“Que tem que ter tem, **por causa das pessoas que não tomam remédio, não colaboram**, ter tem que ter o hospital, se todo mundo tomasse o remédio certo, não fizesse maldade nada, não existia a doença, é por causa da maldade as pessoa enfraquece” (ex-lavrador, 20 anos),(grifo nosso)

“Tinha que existir para os loucos né, é, quem tá aqui dentro é louco, (...) não, eu me acho normal, **olha uma louca gritando aí,(...) só prá louco mesmo**” (sem ocupação, 21 anos)(grifo nosso)

“Alguns pacientes têm que ficar aqui, a gente vê né que eles precisam,(...) porque são gente doente mesmo, que andam pelado, não sabendo o que fazem, comem até a própria, eu já vi uma mulher tomando o próprio mijo, urina, já vi esses homens que andam pelado pelos corredores, acho que esses não têm prá onde parar, esses já são bem fora de si mesmo (...) mas alguns têm condição de ir embora” (ex-operária, 36 anos)

Conforme **SZASZ**, embora os protestos contra o encarceramento, como vimos anteriormente, iniciaram com as queixas dos próprios pacientes de que foram diagnosticados de maneira errônea.

“Essas mesmas pessoas apóiam entusiasticamente os diagnósticos de insanidade dados aos seus companheiros-vítimas, aplaudindo como justo e correto o seu encarceramento” (1994:174)

Este aspecto fica evidenciado em várias entrevistas tanto nos internados de curta permanência quanto nos de longa, como continuaremos analisando. A identificação com o discurso psiquiátrico sobre a loucura é marcante.

Através destas entrevistas percebemos ainda a incorporação pelos internados da tecnologia psiquiátrica de tratamento, atualmente baseada em drogas psicotrópicas, estes reproduzem o discurso dos técnicos sobre a necessidade dos “remédios” e tentam se convencer que através deles não precisariam mais de internação. Esta lógi-

ca parece ser uma armadilha, pois mesmo que “façam o tratamento direitinho” as crises voltam e a internação ainda é o único recurso.

“Ela chega revoltada com as internações, com os médicos e com os remédios. Não sente melhoras apesar dos 14 comprimidos por dia que está tomando” (ex- dona de casa, 40 anos)

Apenas 1 entrevistada (ex-doméstica, 27 anos) considera que o manicômio poderia deixar de existir.

“Podia acabar com isso aqui né, uma vez deu na televisão, a senhora deveria ter escutado, que eles não iam internar mais ninguém e quem quisesse ia fazer o tratamento em casa, que o departamento de saúde tem psicóloga, tem médico que trata da cabeça, lá no estreito, no centro também, então não precisaria ficar tanta gente acumulada aqui nesses lugares”

“Também o que já morreu de gente aqui não é sério né. Perdi uma tia aqui, a família abandonou ela, ela ficou doente, ficou variada, aí ela morreu aqui”

Quanto à reformulação nas políticas de assistência à saúde mental, apenas mais um entrevistado, além desta, já ouviu falar das propostas de substituição do manicômio.

“Eu vi falá na televisão que vai fechá isso aqui, esses do Estado assim, vai fazê tratamento em casa, fazê tratamento em casa é melhor” (ex-lavrador, 22 anos)

Quanto à possibilidade de algumas mudanças no manicômio alguns internados dão sugestões e fazem críticas outros são realistas e céticos quanto à qualquer mudança.

“O que tinha que mudar aqui eram as pessoas (funcionários), porque acho que cada uma aqui (paciente) tem a sua madrinha, então quem pode, pode, quem não pode se sacode, agora mudar mesmo, esse lugar não sei, não posso decidir né, que tem que decidir é o grandão que é o diretor né” (ex-doméstica, 27 anos)

“Não modifica nada esse lugar, pode ter festa, pode ter presente, pode ter tudo, bolo, aqui não modifica nada, fica sempre o mesmo clima, sempre a mesma imagem, não sei é um clima diferente, é ruim” (sem ocupação, 25 anos)

“Não fica de outro jeito” (ex-doméstica, 26 anos)

Dos 12 entrevistados que responderam a respeito de voltar a ser internado um não sabe se voltará, um não quer voltar na Colônia Santana e sim em outro manicômio e apenas um diz que volta, os demais não querem ser internados novamente.

“Bom isso daí a gente não espera porque a gente nunca espera, pelo menos eu nunca espero né, eu espero permanecer lá fora porque eu praticamente vou fazer as coisas tudo certas, correto, prá eu não precisar mais voltar” (ex-mineiro, 27 anos)

“Não, eu gostaria de ficar bom” (ex-lavrador, 20 anos)

“Por mim não, mas a minha família botava eu aqui de volta” (ex-operária, 36 anos)

“Olha eu não sei, porque toda clínica que eu vou é a mesma coisa” (ex-professor, 45 anos)

“Voltar, não, nesse não, lá no outro (Rio Maina)” (ex-lavrador, internado há 9 meses)

“Acho que não, acho que não preciso mais, eu tô muito calmo graças a Deus” (sem ocupação, 25 anos)

“Não, se eu fizer o tratamento certinho eu não volto nunca mais” (ex-doméstica, 27 anos)

“Não, vou tomar meu remedinho direito” (ex-dona de casa 45 anos)

“Volto sim, a família briga muito comigo, os meus irmãos, minha mãe, tudo o que eu faço de errado eles brigam” (ex-lavrador, 20 anos)

Podemos perceber que quando essas pessoas são internadas elas acreditam, esperam melhorar e querem seguir o “tratamento”, mas depois de várias reinternas-

ções, vários anos de medicação, gradativamente perdem a confiança na instituição, “experimentam” todos os manicômios possíveis, até desacreditar de sua recuperação.

É importante observar também, que para alguns a volta, assim como a saída da instituição não depende deles, mas principalmente da família, e que a própria representação que têm sobre o manicômio está relacionada com suas condições sócio-familiares.

- Longa Permanência

Dos 7 entrevistados que responderam sobre a necessidade do manicômio, todos o consideram necessário, acham difícil haver outra possibilidade de tratamento, não saberiam o que fazer se a Colônia Santana não existisse, não sabem para onde iriam.

“(Deveria) existir prá nós né” (ex-lavrador, 51 anos)

“Eu acho que esse lugar aqui é que serve prá elas, outro lugar não serve, porque outro lugar eles querem com gente mais calma e gente com outras doenças, não é com essas doenças que os velhos têm aqui, os velhos aqui têm loucura né. Tanto é que quando fica uma paciente lá agitada ou diferente assim, eles trazem prá cá” (ex-dona de casa, 91 anos)

“Eu quero que eles (outros internados) fiquem só aqui dentro desse hospital, aqui é o lugar deles morar, longe da casa dos meus parentes” (ex-dona de casa, há 34 anos internada)

Embora considerem necessária a existência do manicômio, alguns que ainda querem sair, dizem que não voltariam para se internar.

“Há se eu pegar um serviço vai ser difícil eu voltar prá cá” (ex-lavrador, internado há 26 anos)

Podemos concluir que para esses moradores do manicômio é quase impossível pensar em mudanças ou na substituição desta instituição. Desconhecem completamente as propostas de reformulação.

Este lugar é o que restou em suas vidas, estão alheios a tudo que acontece na sociedade. O manicômio, como já analisamos, faz parte da identidade dessas pessoas que perderam, dentro desta instituição, a história de suas vidas, a noção de temporalidade e do real, que são fundamentais na estruturação de uma personalidade. Aqueles que ainda alimentam esperanças de sair sobrevivem através delas, os que abdicaram desse sonho esperam a morte como um “paciente crônico calmo”.

5. 4- “Vocês seguram ele aqui”?

Através das entrevistas realizadas com os internados, foi possível compreender a importância da família neste contexto, as relações de poder que se estabelecem entre manicômio, familiares e a condição do próprio psiquiatrizado.

- Curta Permanência

“Mas o negócio é o seguinte se a família desse pelo menos um reconhecimento, um apoio, não um apoio financeiramente mas um apoio moral, eu podia estar trabalhando hoje lá fora, podia estar ganhando o meu dinheiro, mas não me deram apoio nem moral nem financeiro” (ex-mineiro, 27 anos)

“Eu briguei com meu irmão, porque meu irmão me convidou para tomar na casa dele, cheguei lá ele pegou e brigou comigo: como é tais brigando com a mãe? e pulou em mim, daí eles pegaram e chamaram a polícia” (ex-mineiro, 27 anos)

“A minha mãe tinha saído de casa e tinha ido fazer compra, daí no que ela voltou eu peguei e disse assim: mãe eu tentei achar as facas prá cortar a galinha, porque não tinha faca e aquela galinha ali é da colônia, é uma galinha muito dura, não dá prá mim, nem almocei até agora, como é que eu ia cortar sem faca? Aí ela disse eu

não deixo faca porque tu é louco, é maluco. Aí eu peguei e disse: puxa vocês não deixam a faca, mas deixam coisa pior que a faca, fui lá e peguei a foice e fui trazendo abaixada e só mostrei a foice, eles pegaram e foram lá e chamaram a polícia” (ex-mineiro, 27 anos)

A cultura manicomial é sustentada, fundamentalmente, pela cumplicidade entre psiquiatria e família. Como vimos neste caso, os familiares incorporam essa cultura e a ideologia psiquiátrica para justificar suas atitudes frente ao familiar considerado louco.

A idéia da periculosidade e da irresponsabilidade do doente mental estrutura toda a percepção da família sobre a loucura. Os familiares posicionam-se como vítimas em potencial e o louco como o possível assassino.

Apoiando-se na psiquiatria, a família mantém sua racionalidade, seu saber que desqualifica totalmente o que diz ou pensa a pessoa aceita como doente mental e, no sistema policial, onde busca a garantia de sua segurança e da prisão manicomial para o louco. Conforme analisou, **FOUCAULT (1989)**, são instituições, constituintes de um mesmo sistema de poder disciplinador, que estruturam a sociedade e a subjetividade moderna.

Diferentemente de outros hospitais, no “hospital psiquiátrico” não são apenas ambulâncias que chegam a todo instante, mas camburões, são inúmeros os policiais que trazem e prestam “informações” sobre o “paciente” na internação.

Além dessa dimensão, frequentemente as famílias de origem dessas pessoas, dissolveram-se, constituíram outras, os pais morreram ou possuem graves dificuldades sócio-econômicas e psicológicas.

“Meu irmão ele falou quando eu ir embora daqui morá na casa dele prá sair de perto do pai, junto com o pai não tá muito bom, minha mãe mora separado do meu pai desde pequeno, ela também é sempre doente, teve internada aqui várias veiz” (ex-lavrador, 22 anos)

Como no caso de uma mulher, ex-operária com 36 anos:

“Quando eu tinha 2 anos de idade meu pai se separou da minha mãe e eu fui criada com o meu padrasto que não me quer em casa e as minhas irmãs são tudo casada também têm a vida delas”

“Eu andava na casa da minha mãe, um pouco com a minha irmã, um pouco na casa do meu pai, uma empurrava prá casa da outra”

“Fui passar uns dias na casa do meu irmão esses tempos, ele é bem de vida mas a mulher dele é muito ruim, já brigou comigo, disse que não vinha mais me ver aqui”

“A minha irmã telefonou e mal eu peguei o telefone prá falar com ela, ela já disse que eu não tava bem, que eu tinha que ficar mais um tempo, ela nem esperou eu conversar com ela direito, ela já foi me rejeitando”

“A minha filha deve ter uns 21 anos agora e eu tive com o segundo marido duas filhinhas, já são moça. Só que eu nunca mais vi eles, porque ele me deixou por uma mulher de boate, aí nós separamos, eu fiquei doente, aí só vivia em hospital”

“Eu já podia ganhar alta quantas vezes mas aonde que eu vou, na rua morar na rua, não posso, tenho que ficar aqui”

Através desta entrevista, podemos compreender o percurso anterior de muitos internados que passaram para a ala dos “crônicos” e já não conseguem contar sua história, uma história de exclusão, de rejeição e de fabricação da loucura²³.

“A minha família é um pouco complicada, um não entende o outro, assim vai levando a vida” (ex-doméstica, 27 anos)

“As minhas curas tá mais nas mãos dela (mãe) do que nas mãos dos médicos, isso eu digo, ela tem que contar o meu passado, não quero mais coisas do presente, ela disse assim, não filha tu nasceu perfeita, agora eu não sei, um já disse que eu tinha cabeça bicuda, que benzia, não sei, não sei” (ex-doméstica, 27 anos)

Outro aspecto, visível neste depoimento, é a total insegurança que vivem essas pessoas quanto à razão de sua “doença”, a família é vista, em alguns casos,²⁴

²³ Ver SZASZ, T. *A Fabricação da Loucura*- um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.

²⁴ Não descartamos a possibilidade da família esconder fatos e até produzir a loucura de muitas pessoas, conforme já foi analisado por Laing e Esterson (1980) e Cooper (1989)

como depositária de um saber, de um segredo, uma história sobre si mesma que não tem acesso e que pode curá-la. A família, vivenciando essa mesma ignorância, incorpora a explicação médico-psiquiátrica oficial a qual lhe é mais cômoda.

A psiquiatria produz essa alienação pois, nem ela mesma conseguiu, após duzentos anos, identificar e compreender seu objeto de estudo. Talvez fosse necessário dizer que o saber médico-psiquiátrico sustenta-se em um não-saber, sustenta-se na ignorância que produz nas pessoas sobre elas mesmas, no estranhamento que engendra sobre o psicológico e suas relações com o social e o político.

Outras pessoas entrevistadas já saíram de casa há algum tempo, foram viver sozinhas e não querem voltar a viver com os familiares.

“Ninguém sabe que eu tô aqui, nem vou contar” (ex-doméstica, 26 anos)

“Não, eu não vou prá lá (casa da família)” (ex-doméstica, 26 anos)

Para, **VAN DEN BERG**, a solidão é a essência da loucura

“Assim pois a solidão é o fator essencial da psiquiatria. Se a solidão nunca ocorresse na existência humana, poder-se-ia admitir que os distúrbios psiquiátricos seriam desconhecidos.” (1981:105)

Podemos concluir que tanto os entrevistados que ainda moram com familiares, quanto os que saíram de casa, vivenciam uma imensa solidão, experimentam a rejeição e a incompreensão da família, que é uma mediação fundamental na estruturação e também na desestruturação destas pessoas.

-Longa Permanência

A solidão, enquanto um aspecto central na identidade destas pessoas, é ainda mais visível, no caso dos “velhos moradores do manicômio”.

“Mas já faz tempo que eu tô aqui e dai prá cá não foram mais me visitar” (ex-lavrador, 51 anos)

“a minha mãe, no meu aniversário no mês de agosto, na véspera do meu aniversário a minha mãe vem, acho bom que ela vem e quando é natal ela vem também” (ex-dona de casa, internada há 34 anos)

“As minhas irmãs, o meu irmão não veio não e os meus cunhados e a minha cunhada não vieram me ver também não (ex-dona de casa, há 34 anos internada)

A visita de algum familiar é sempre esperada, embora saibam que isso acontece raramente ou nunca mais ocorrerá.

“Há muito tempo não veio mais (mãe) e não sabe se vem” (prontuário, ex-lavrador, sua última internação foi há dez anos)

A família, muitas vezes, deixa claro suas intenções de livrar-se do “paciente” para sempre, evitando até as visitas.

“Se nós passarmos o aposento dele prá cá **vocês seguram ele aqui?** no município não têm condições dele ficar, não é que nós não queremos ele, é que não dá mesmo, ele sai, dentro de 15 dias volta, só dando gastos” (prontuário, esposa do internado)(grifo nosso)

“Família de condições paupérrimas, conforme ofício recebido, pedindo a permanência sem retorno ao lar” (prontuário, ex-lavrador, 50 anos)

“Sou pobre e doente, não tenho como tratá-lo” (prontuário, irmã do internado)

“Familiares não aceitam paciente de volta” (prontuário, ex-lavrador, 63 anos)

“Diz que a família não gosta dele: prefiro continuar por aqui mesmo” (prontuário, ex-lavrador, 45 anos)

A família, embora ausente do cenário manicomial, está presente na estruturação dos discursos e das perspectivas dos internados. Estes, por sua vez, apenas recebem notícias de uma vida que antes também viviam, mas agora lhe é contada por

outros, foram excluídos dela e passaram a ser “o doente” que precisa de algumas visitas e orações.

“Informou (esposa) ao seu A. que já é avô, trazendo inclusive foto do nenê, que deixou-o emocionado” (prontuário, ex-lavrador, 51 anos)

“Pai nós não terminamos de colher o milho porque o tempo está bastante chuvoso e aqui ainda não caiu geada. Nós ainda não começamos limpar a terra” (filha, ex-lavrador, 51 anos)

Conforme **SZASZ**, a família vale-se da psiquiatria para livrar-se do parente louco, essa necessidade está na origem das intervenções psiquiátricas.

“Deixando de lado 300 anos de pavoneamentos psiquiátricos semânticos, o fato é que uma pessoa louca parece aos seus parentes um indivíduo desagradável, cuja companhia eles prefeririam evitar. Para negar essa embaralhada falta de amor por seu afim lunático, as pessoas sobrecarregadas por um parente louco o chamam agora de “ser amado”, especialmente quando se valem de um psiquiatra para se livrarem dele” (SZASZ, 1994:163)

Embora tenhamos tratado, até este momento, a questão das representações dos “pacientes psiquiátricos” sobre o manicômio e sua necessidade, sobre si mesmos e sobre a família, separadamente, é possível concluir que estes aspectos estão amarrados entre si e constituem a identidade dessas pessoas de maneira, às vezes contraditória, mas marcadamente lúcida e coerente em relação à situação em que vivem e o lugar de onde se representam.

CONCLUSÕES

**“Não, os loucos do Brasil não fazem passeatas.
 Não gritam palavras de ordem do tipo loucos unidos jamais
 serão vencidos!
 Não, os loucos do Brasil não se concentram nas praças, nas
 alamedas, nem diante das assembléias.
 Não gritam em coro: um, dois, três, quatro, cinco mil, quere-
 mos proteção para os loucos do Brasil!
 Não, os loucos do Brasil não fazem greve.
 Não ameaçam parar sua loucura para que possam ter algum
 direito.
 Os loucos do Brasil não invocam a Declaração dos Direitos
 do Homem, nem a Declaração dos Direitos dos Animais
 (...pois é como animais que, em muitas partes do Brasil, são
 tratados)
 Não, os loucos do Brasil não fazem rebelião nos hospícios
 (...)” (Roberto Drummond)²⁵**

Os “loucos do Brasil” estão confinados em instituições como a Colônia Santana, que descrevemos nesta investigação, suas vozes não são ouvidas e não possuem nenhum direito.

“Tratados pela moderna assistência psiquiátrica”, os “loucos de todo gênero”²⁶, tornam-se eternos dependentes químicos ou seres despersonalizados. Este estudo teve por objetivo trazer para fora do hospício as vozes dessas pessoas e um pouco da lucidez da loucura que lhes resta.

Muitas questões foram feitas no decorrer deste trabalho, algumas já respondemos, ou melhor, os próprios “loucos” responderam, outras ainda continuam sem

²⁵ Hiran Firmino, que faz a citação deste texto de Roberto Drummond, é um jornalista mineiro que acompanhou o caso de Maria-a louca de Minas, relatando no livro “A Lucidez da Loucura”, todo o processo de “tratamento” pelo qual passou: as clínicas, os hospícios, os eletrochoques, os psiquiatras, os alternativos, até sua morte.

²⁶ Expressão utilizada pelo Código Civil brasileiro para definir as pessoas que podem sofrer interdição, esta legislação é de 1916 e continua em vigor até hoje.

resposta e tentaremos analisá-las, mas, certamente, muitas questões podem ser feitas e ficarão abertas para outros estudos.

Na introdução deste trabalho, situamos a problemática da instituição manicomial e seus impasses. Analisamos também as reformas implementadas a nível nacional e em outros países da Europa e da América, além da orientação atual das políticas de saúde mental no Brasil. Justificamos a realização desta investigação tendo em vista, além do resgate das representações dos internados, contribuir para repensar a “assistência psiquiátrica” no Brasil e em nosso Estado.

Neste sentido podemos concluir que estamos em um momento de intensas críticas à instituição psiquiátrica e que as propostas de reformulação apontam, novamente, para o grave risco de reproduzir a coerção da psiquiatria ao invés de contê-la.

O poder manicomial espalha-se pelos corredores dos hospitais gerais, pelos ambulatórios e pela sociedade. Embora seja imprescindível uma assistência descentralizada e territorializada, eliminando o confinamento, pensamos que o maior desafio ainda é compreender o sofrimento psíquico, de acordo com **ROTELLI (1990)**, na existência concreta das pessoas, organizando serviços de assistência com base em uma lógica da capacidade e da responsabilidade, contrariamente ao ponto de vista da psiquiatria, que considera a loucura uma doença incurável e perigosa.

Como vimos no primeiro capítulo deste estudo, o conceito de doença mental é forjado pela psiquiatria, em um dado momento histórico, para adquirir e manter um status médico-científico e não em decorrência do que ocorria na realidade com as pessoas consideradas loucas. Esta inversão epistemológica e ideológica sustenta,

até hoje, as práticas psiquiátricas de sequestro, interdição e mortificação de sofredores psíquicos por todo mundo.

Constatamos também, comprovando uma hipótese deste estudo, que a ideologia manicomial faz parte do imaginário da instituição, do próprio sofredor psíquico e da sociedade: as categorias da psiquiatria, sua visão de mundo e dos “pacientes” foram incorporadas e passaram a fazer parte do cotidiano institucional e social.

Através das representações dos internados, no quinto capítulo, é possível concluir que estes não questionam a legitimidade da instituição em nenhum momento. Até mesmo aqueles que se revoltam contra o encarceramento involuntário, justificam-se, comprovando outra hipótese dessa investigação: a de que os “pacientes psiquiátricos em geral consideram a instituição manicomial necessária, não devendo ser substituída, através da necessidade da existência do manicômio para “os outros”; suas revoltas são situacionais e pessoais e não estruturais.

Além deste aspecto, a revolta também é condicionada pelo tempo de permanência, tendo em vista que os sofredores psíquicos de longo período na instituição, os quais inicialmente, não aceitavam a internação e o manicômio passaram a justificá-lo e a identificar-se com ele.

FREITAG, analisando a formação dos indivíduos através das instituições, na obra literária *O Ateneu* de Raul Pompéia, constata as metamorfoses sofridas por Sérgio, o aluno, na relação com Aristarco, o diretor do colégio, considera que:

“O contato com a instituição transformará em pouco tempo esse otimismo e vontade de luta em desilusão, medo, angústia e revolta como reação(...). A metamorfose de um implica na metamorfose de outro. A destruição de Aristarco, significa a libertação de Sérgio. Também ele passa por profundas alterações

em sua personalidade. O menino tímido de cachos loiros, cheio de expectativas e esperanças ao entrar no Ateneu, sai dele salvo, mas sem identificar-se com a maior parte de seus valores.” (1993:16)

Segundo a autora, Sérgio salva-se da instituição, mas não sem transformar sua identidade, e embora rejeite alguns papéis, aceita outros.

O que dizer de alguns moradores do manicômio que não se salvam da instituição, senão com a morte? Não estamos afirmando, que essas pessoas tornaram-se “crônicos”, irrecuperáveis, como afirma a psiquiatria, mas que se transformaram profundamente, nesta relação com o manicômio e para sempre não serão os mesmos.

Quanto aos internados de curta permanência, podemos concluir que também suas identidades são modificadas, que não deixam o manicômio sem sequelas das humilhações, do medo, da rejeição e do “tratamento” que sofreram. A cada nova internação, incorporam mais o papel de doente mental, modificam seus valores e acalmam suas revoltas.

Podemos concluir, mesmo assim, que as representações variam em relação ao tempo de permanência, conforme hipótese levantada, os internados de curta permanência, como vimos, ainda não perderam totalmente a referência da realidade fora do manicômio, a família e os amigos e esta condição modifica suas relações com a instituição e com sua identidade.

Apesar de constatarmos a predominância da alienação e da identificação dos internados com a ideologia psiquiátrica, não podemos descartar também, que existe resistência, principalmente nos internados de curta permanência, sendo que a

produção da própria loucura torna-se uma forma de reagir ao manicômio e ao sistema carcerário do qual fazem parte.

De acordo com um “ex-paciente”:

“Podiam judiar seus corpos com os efeitos das milhares de drogas, mas suas mentes jamais seriam outra vez tocadas. Pois elas mesmas criaram uma barreira intransponível a qualquer droga que o homem tenha criado. Podem destruí-los de vez, mas não podem mais trazê-los à realidade, pois onde estão, estão seguros”(CARRANO, 1990:84)

CARRANO (1990), que relata em livro,²⁷ suas internações em hospícios brasileiros, é uma das raras pessoas que, não apenas salvou-se da instituição psiquiátrica, como passou a contestar sua autoridade, desmascarando a violência e a inutilidade desse tipo de “tratamento” manicomial, através de livros, debates e do Movimento por uma Sociedade sem Manicômios.

CARRANO, mesmo assim, admite em vários momentos suas sequelas e as dificuldades para superá-las, ao sair das internações.

“Alguns dias, passeio-os receoso, dentro da casa. Resolvo então sair, andar, ver gente. Estranho na rua, ando sem saber para onde. Fui ver minha turma. Aceitaram-me com reservas, eu não estava bem. Não era o mesmo. Havia mudado. Não os procurei mais. (...) Eu estava diferente, não ria mais nem era aquele garoto alegre e cheio de sonhos. Não falava muito, tinha dificuldades em comunicar-me com todos.” (CARRANO, 1990:96-97)

Vimos também, no capítulo II, que, embora existam movimentos de contestação, a psiquiatria se adapta, persiste e se sustenta na racionalidade moderna, mesmo se fundamentando em conceitos contrários aos seus próprios princípios de liberdade e igualdade.

²⁷ CARRANO, Austregésilo. **Canto dos Malditos**. Curitiba: Scientia et Labor-ed.da UFPR, 1990.

Esta instituição revela as inúmeras contradições e a perversidade da chamada modernidade, que mascara a realidade das relações de opressão e de produção do sofrimento psíquico.

A nova face da psiquiatria moderna é o retorno à teses organicistas sobre a origem das doenças mentais, segundo o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA:

*“Agora, na década de 90, que foi declarada **A Década do Cérebro** pelo Presidente e pelo Congresso americanos, encontramos-nos no limiar de uma nova era em ciências do cérebro e do comportamento. Através de pesquisas, aprenderemos ainda mais sobre distúrbios mentais como depressão, distúrbio bipolar, esquizofrenia, distúrbio do pânico e distúrbio obsessivo-compulsivo. Seremos capazes de usar este conhecimento no desenvolvimento de novos tratamentos que possam ajudar mais pessoas a superarem as doenças mentais” (grifo nosso)(1993)*

Há duzentos anos a psiquiatria investe na busca da origem ou do substrato orgânico da “doença mental”. Os psiquiatras modernos, no final do século XIX, aspiram novamente a se tornarem neurologistas ou neuropatologistas, empenham-se nas interpretações genéticas das doenças, pois, até hoje, a psiquiatria é uma pseudo-especialidade da medicina e ainda não conseguiu adquirir um “status” médico inquestionável.

Embora muitas pesquisas tenham sido realizadas neste sentido, as maiores descobertas estão no campo da psicofarmacologia, a cada ano muitas drogas são testadas e comercializadas nas instituições psiquiátricas, o que garante a manutenção das indústrias farmacêuticas, assim como novas “doenças” são “descobertas” para justificar novas drogas.

Poderíamos afirmar que a psiquiatria moderna está cada vez mais próxima da farmacologia e não da neurologia ou da psicologia, os psiquiatras já perderam o limite entre o que é produzido pelas drogas ou o que são problemas existênciais do sofrimento psíquico. Essa medicalização da sociedade, como analisamos, atinge a todos, ampliando o poder da racionalidade médica ocidental sobre as relações sociais.

A partir da década de 50, o discurso da psiquiatria moderna passou a ser da desospitalização, embora o hospício, quando ameaçado, seja prontamente defendido; o tratamento comunitário passou a ser preconizado como um eficaz recurso assistencial, aliado às drogas psicotrópicas. Segundo **SZASZ**:

“Antes da desinternação, os psiquiatras diziam que o melhor tratamento para os doentes mentais graves era a hospitalização a longo prazo, combinada com choque insulínico e eletrochoque. Hoje, dizem que o melhor tratamento para eles é a hospitalização breve, combinada com medicação antipsicótica e com a desinternação. Ambas as alegações são enredos pseudo-científicos, dissimulando impiedosas políticas burocrático-psiquiátricas de recolhimento de pessoas indesejadas.(1994:230)

Em uma sociedade profundamente medicalizada, onde os exames psiquiátricos e testes psicológicos estão em muitas das instituições sociais, parece inconteste a eficácia das drogas e, certamente, elas são eficazes do ponto de vista do poder coercivo-repressivo e da produção de subjetividades modeladas e indiferentes.

“A verdade é que, após tratamento com drogas neurolépticas, os pacientes mentais tendem a ficar mais doentes e mais incapazes que antes. Muitos exibem os efeitos tóxicos das drogas, sofrendo de uma perturbação neurológica desfigurante chamada de discinesia tardia. Praticamente todos eles continuam a depender da família ou da sociedade para alimentação e abrigo. O contraste estabelecido entre o hospital mental e a comunidade é uma mentira. Os domicílios que agora recolhem pacientes mentais crônicos (nos EUA) não são nem mais nem menos parte da comunidade do que o hospital do Estado.” (SZASZ, 1994:231)

Consideramos essas reflexões essenciais para a reavaliação das políticas de saúde mental em nosso Estado e país.

Podemos concluir que é necessário ampliar o conhecimento da realidade psicofísica dessas pessoas que hoje estão nos hospícios ou que sobrevivem na dependência de drogas antipsicóticas, levando em consideração, como fizemos neste estudo, suas vivências, seu próprio saber e seus significados.

Vimos ainda, neste estudo, que a grande maioria dos internados desconhecem e não participam das propostas de substituição do manicômio. Quem daria ouvido a loucos? Quem imaginaria chamá-los para opinar sobre sua situação?

A desqualificação psiquiátrica permeia até mesmo os movimentos sociais de contestação do manicômio. Além disso, em uma sociedade burocratizada e autoritária como a nossa, são técnicos e políticos que definem as políticas em geral: a sociedade civil, principalmente os setores mais marginalizados, ainda não têm efetiva participação. A cidadania está ainda por ser conquistada e exercida, no caso dos considerados cidadãos perante a lei. O que dizer quanto aos que não têm nenhum direito formal ou legítimo?

É indispensável desmascarar as falsificações da ideologia psiquiátrica para implantar serviços de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico e construir outras formas de subjetividade, onde a loucura possa ser uma delas.

Nesse sentido, imaginar uma sociedade sem intervenções psiquiátricas pode parecer impensável, pois, os próprios internados, como vimos, consideram o manicômio necessário. Para **SZASZ**:

“O sistema de hospital mental resiste porque preenche importantes necessidades pessoais e sociais. Ele segrega e sustenta dependentes adultos- que embarçam, sobrecarregam e perturbam suas famílias e a comunidade. Ela encarcera e incapacita infratores problemáticos- que embarçam, sobrecarregam e perturbam os sistemas judiciais e penais. E, o que é mais importante, ele desempenha essas funções por meio de sanções da lei civil- de maneira a agradar e a pacificar as consciências de políticos, de profissionais e da maioria dos indivíduos” (1994:299)

O “paciente” e a psiquiatria são instituições que fazem parte do mesmo sistema de representações sobre saúde e doença, liberdade e direitos. O desafio de desmontar esse sistema implica em resignificar não só as pessoas que assumiram os papéis, que lhe foram designados dentro desse jogo, mas reestruturar a sociedade que os sustenta.

BIBLIOGRAFIA

BARROS, D. **A Desinstitucionalização Italiana**: A experiência de Trieste. São Paulo, 1990. Dissertação Mestrado em Ciências Sociais, PUC/SP.

BASAGLIA, Franco. **A instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____ **Razón, Loucura y Sociedad**. 3ª ed. México: Siglo XXI, 1980.

CASTEL, R. **El Orden Psiquiátrico**: le edad de oro del alienismo. Madrid: La Piqueta, 1980.

CASTORIADIS, C. **A Instituição Imaginária da Sociedade**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Época Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1989.

_____ **Vigiar e Punir**. história da violência nas prisões, Petrópolis: Vozes, 1991.

_____ **Tecnologías Del Yo**. Barcelona: Paidós, 1990.

GOFFMANN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 2ªed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

_____ **O Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GUATTARI, Felix; ROLNIK, Sueli. **Micropoiítica- Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

SIMÕES, Luzinete. **El Modo de Producción Capitalista y la Fractura en las Relaciones Sociales**: elementos teóricos para una reflexión sobre la enfermedad mental en Bahia, Brasil. México, 1989. Tese de Doutorado em Sociologia, UNAM- Universidad Nacional Autónoma de México.

ROTELLI, Franco et. al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARTRE, J. P. **A Trascendência Do Ego**. Lisboa: Edições Colibri, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental 1987. Brasília, 1988.

BASAGLIA, F. *A Psiquiatria Alternativa*. Debates, São Paulo, 1979.

BASAGLIA, Franco; ONGARO, Franca. *La Mayoría Marginada*, Fontamara, México, 1984.

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Difel, Lisboa, 1989.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 3ª ed., 1990.

COOPER, D. Y LAING, R. D. *Razón y Violência*: una década de pensamiento Sartreano. Paidós, Buenos Aires, 1973.

_____ *A Linguagem da Loucura*. Clivagens, Presença, Lisboa, 1979.

_____ *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. Debates, Perspectiva, São Paulo, 2ª ed., 1989.

_____ *A Gramática da Vida*. Clivagens, Presença, Lisboa, 1979.

COSTA, J. F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Graal, Rio de Janeiro, 1979.

CUADERNOS ANAGRAMA. **La Imposible Psición**: debate con Michel Foucault, Barcelona, 1982.

DELEUZE, G. E GUATTARI, F. **O Anti Édipo**. Imago, Rio de Janeiro, 1976.

DORING, M. T. **Contra el Manicomio**. México, UAM-XOCHIMILCO, 1985.

DORNER, K. **Ciudadanos y Locos**: história social de la psiquiatria, Madrid, Taurus, 1974.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Graal, Rio de Janeiro, 7ª ed., 1988.

_____ **Eu, Pierre Rivière...** Graal, Rio de Janeiro, 2ª ed., 1982.

_____ **História da Sexualidade I, II E III**, Graal, Rio de Janeiro, 1985, 1988 e 1985.

FREUD, S. **O Mal Estar na Civilização**. Obras completas, Imago, Rio de Janeiro, vol. XXI, 1974.

_____ **Psicopatologia da Vida Cotidiana**. Obras completas, Imago, Rio de Janeiro, vol. VI, 1987.

GARCIA,R (Org.). **Psiquiatria o Ideologia de la Locura?**. Cuadernos Anagrama, Barcelona, 1972.

GUILLON DE ALBUQUERQUE, J. A. **Instituição e Poder.** a análise concreta das relações de poder nas instituições, Graal, Rio de Janeiro, 1980.

LAING, R. D. **A Psiquiatria em Questão.** Clivagens, Presença, Lisboa, 2ª ed., 1979.

_____ **O Eu Dividido.** Coleção Psicanálise, Vozes, Petrópolis, 5ª ed., 1987.

_____ **O Eu e os Outros.** Coleção Psicanálise, Vozes, Petrópolis, 6ª ed., 1986.

_____ E ESTERSON,A. **Sanidade Loucura e a Família.** Interlivros, Belo Horizonte, 1980.

—
MACHADO,R. ET ALLI. **Danação da Norma** , Graaal, Rio de Janeiro, 1978.

MARCOS, S. (Org.) **Manicomios y Prisiones.** México, Fontamara, 1987.

MOFFAT, A. **Psicoterapia do Oprimido:** ideologia e técnica da psiquiatria popular. Cortez São paulo, 1986.

SARTRE, J. P. . **Lo Imaginário**: Psicología fenomenológica de la imaginación. Losada, Buenos Aires, 4ª ed.,1982.

_____ **El Ser y la Nada**: ensayo de ontología fenomenológica. Alianza Editorial, Lozada Madrid/Buenos Aires, 1984.

SZASZ, T. **A Fabricação da Loucura**. Guanabara, Rio de janeiro, 3ª ed., 1984.

_____ **A Escravidão Psiquiátrica**. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1986.

_____ **O Mito da Doença Mental**. Zahar, Rio de janeiro, 1979.

_____ **Cruel Compaixão**. Papirus,São Paulo, 1994.

VAN DEN BERG, J. H. **O Paciente Psiquiátrico**: esboço de psicopatologia fenomenológica . Ed. Mestre Jou. São Paulo, 4ª ed.,1981.

VELHO,G. (Org.) **Desvio e Divergência**. Zahar, Rio de Janeiro, 6ª ed., 1985.

LUZ, M. **Racionalidades Médicas e Terapêuticas Alternativas**. Estudos em Saúde Coletiva nº 062, Instituto de Medicina Social- UERJ, Rio de Janeiro, 1993.

BERCHERIE, P. **Os Fundamentos da Clínica, história e estrutura do saber psiquiátrico**. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1989.

RUSSO, J.(et.al.) *Duzentos Anos de Psiquiatria*. Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1993.