LOUCURA:
memórias e profecias

Josilane de Oliveira Amorim*

Resumo: Este estudo traz uma discussão em relação ao fenômeno da loucura e descreve historicamente o processo de institucionalização do louco no modelo hospitalocêntrico. Analisa o atendimento dos profissionais em saúde mental em relação ao processo educativo de mudança do modelo asilar para um modelo assistencial através de Comunidades Terapêuticas e a trajetória dos chamados "poetas dos loucos" com suas contribuições para Reforma Psiquiátrica. O estudo foi fundamentado nas análises dos seguintes autores: Foucault (1979, 2010); Goffman (1974, 2015); Basaglia (2005); Canguilhem (2015); Muchail, Fonseca e Neto (2013), dentre outros. O desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um espaço onde a pessoa acometida com sofrimento mental não se perceba mais como excluída e estigmatizada, mas que se perceba como sujeito de direitos, com atendimento humanizado em saúde mental.

Palavras-chave: Loucura; Desinstitucionalização; Inclusão; Humanização

Abstract: *This study discusses the phenomenon of madness and historically describes the institutionalization process of the madman in the hospital-centric model. It analyzes the care provided by mental health professionals in relation to the educational process of changing the asylum model to a care model through Therapeutic Communities and the trajectory of the so-called "poets of madmen" with their contributions to Psychiatric Reform. The study was based on the analysis of the following authors: Foucault (1979, 2010); Goffman (1974, 2015); Basaglia (2005); Canguilhem (2015); Muchail, Fonseca and Neto (2013), among others. The challenge of the Psychiatric Reform is to build a space where the person suffering from mental suffering no longer perceives themselves as excluded and stigmatized, but who perceives themselves as a subject of rights, with humanized mental health care.*

Key-Words: *Madness; Deinstitutionalization; Inclusion; Humanization*

* Assistente Social, doutoranda em Educação – UFBA, mestra em Educação e Contemporaneidade, Professora – UNIJORGE.

INTRODUÇÃO

Para iniciar a viagem arqueológica da loucura, é imprescindível conhecer quem foi acometido e qual a imagem construída através dos séculos de quem carrega seu estigma. Dois questionamentos me incomodam para compreensão do imaginário social da loucura. Primeiro, qual é a imagem que a sociedade faz do louco? E segundo, o que é o louco e como sua loucura se apresenta?

O VII Colóquio Internacional Michel Foucault, que aconteceu em 2011, organizado pelo Grupo de Pesquisa Michel Foucault do Departamento de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) traz uma discussão sobre quem é o louco, num evento que comemorou os 50 anos da *História da loucura*. A pesquisa revela que a psiquiatria cria a imagem do louco quando ela surge, na qual o mesmo se torna excluído por apresentar uma disfunção biológica, isto é, como se faltasse uma peça em seu cérebro que o tornou desarrazoado (MUCHAIL, FONSECA e NETO, 2013). Foucault *apud* Muchail, Fonseca e Neto (2013) responde a uma entrevista com Roger-Pol Droit, quando indagado sobre o porquê de ter escrito sobre a história da loucura: "Eu pensei em escrever uma história que não tivesse nunca sido escrita, a dos próprios loucos. O que é isso, ser louco? Quem decide? Em nome de quê? É uma primeira resposta possível." (FOUCAULT *APUD* MUCHAIL, FONSECA E NETO, 2013, p. 17).

> A loucura é algo da condição humana. E diante das condições de vida, das pressões, dos traumas, têm pessoas com uma estrutura mais forte e que bem reagem. Têm outras que não reagem e caem. E fica com a sua lógica comprometida. Era como se: "está tão ruim a realidade, que o indivíduo foge". "Se foge" através de várias formas. "Se foge" através da loucura – se eu não quero me dar conta desse mundo que me rodeia, eu vou pra uma outra estratosfera… Se suicida, por conta de que a vida fica tão insuportável que as pessoas se matam. É uma forma de fuga. Eu digo sempre que é um mecanismo de defesa. O que é ser louco pra a sociedade? É não pensar como o sistema requer. Percebe? Por isso que eles são considerados incômodos, porque eles não respeitam as normas que são estabelecidas pela sociedade, porque ele está regido por uma outra lógica. E não a lógica dos ditos "normais", percebe? Um pouco por aí, eu diria. (AMADO, 2016)

Durante minha visita ao Museu da Loucura[1] , em Barbacena (MG), foi-me apresentado um acervo caracterizando como os considerados loucos e os propriamente ditos loucos foram tratados pela medicina. O referido acervo mostra as atrocidades ocorridas durante os cem anos de existência do Hospital Colônia. Para conter as pessoas que chegavam no *trem de doido*[2], eram utilizados a eletroconvulsoterapia, uma terapia que gerava convulsões através de eletrochoques, que tinha os efeitos de luxações, fraturas, parada cardíaca e morte. Era utilizado a pegema, uma algema para ser colocada nos pés, celas, grades, correntes, camisas de força, aprisionando aqueles que estavam mais agitados, além de injeções de terebintina[3] causando dor.

Foucault e a arqueologia da loucura

Foucault faz uma análise da loucura em variadas épocas, buscando encontrar os pressupostos que estavam presentes no pensamento, se utilizando do método arqueológico. Tenta descobrir o que possibilitou as pessoas construírem um conhecimento sobre determinado fato. Cada momento vai se caracterizar por uma episteme, buscando representar o pensamento que gerou o conhecimento. Fazer uma arqueologia da loucura é exumar as estruturas do pensamento que estão ocultas em determinada época. Não faz uma cronologia evolutiva da história da loucura, mas desvenda o conceito de loucura que fora construído em cada século (FOUCAULT, 1999).

Sua história não se baseia na loucura como doença mental que se submete a um saber médico que confina o louco num hospício, onde o mesmo é assistido e tratado. A definição de quem é o louco deve ser entendida a partir do

[1] O Museu da Loucura foi inaugurado em 1996 e mostra a história do Hospital Colônia em Barbacena (MG), um hospício onde houve mais de 60 mil mortes.
[2] Era um trem que passava em algumas cidades no estado de Minas Gerais, que levava as pessoas para o Hospital Colônia em Barbacena.
[3] Substância química que se utiliza em pintura.

seu encarceramento e de quem o encarcera. (MUCHAIL, FONSECA e NETO, 2013) Foucault, quando se candidata ao *Collège de France*, ressalta que:

> Seria necessário investigar como os loucos foram reconhecidos, colocados à parte, excluídos da sociedade, internados e tratados; quais instituições foram destinadas a lhes acolher e a lhes deter – tratá-los por vezes: que instâncias decidiam sobre sua loucura e de acordo com que critérios; que métodos eram utilizados para os conter, castigá-los ou curá-los; em suma, em que rede de instituições e de práticas o louco encontrava-se simultaneamente capturado e definido. (FOUCAULT apud MUCHAIL, FONSECA e NETO, 2013, p. 13)

Fazendo uma análise arqueológica da loucura, observa-se que ela era vista por cada época de uma maneira singular. A estrutura do pensamento construída possibilitou conceituar a loucura de formas variadas no decorrer dos séculos, não como uma análise evolutiva, mas caracterizando cada forma de pensamento em cada momento diferente. Dentro desse contexto, Foucault (2010) traz um novo objeto que imaginariamente vai ocupar, na Renascença, um espaço em evidência e o chama de "Nau dos Loucos". Um barco que transportava os loucos que eram expulsos e os levavam de uma cidade para outra, sem um destino concreto. Esses navios fazem lembrar o *trem de doido*, onde pessoas eram despejadas: negros, homossexuais, pobres, mendigos ou, por algum motivo, que ferisse a regra social ou familiar, sendo levadas para o Hospital Colônia em Barbacena (MG).

Os loucos eram os excluídos, marginalizados e escorraçados ficando à mercê de barqueiros e marinheiros, sendo expurgados e considerados vagabundos. Eles eram banidos para além dos muros da cidade e ficavam como andarilhos, indo de cidade em cidade, ou sendo colocados nesses navios para serem levados e largados em algum porto: "[...] confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade [...]" (FOUCAULT, 2010, p.11, 12). É como uma higienização social, uma limpeza da cidade. Era descartar os que causavam desordens, os que não obedeciam e não agiam conforme as regras sociais e, com isso, eram banidos, encarcerados, mandados para um lugar perpétuo, sem nunca mais voltar. Foucault se expressa numa linguagem metafórica, quando diz que o louco estava entregue à sorte de estar em meio à solidão e abandonado sem ter onde recorrer, sem ter onde encontrar uma certeza, em meio ao caos, privado de liberdade. Até este momento embora fosse fonte de inquietação e certo incômodo, a loucura ainda não era considerada patologia. Somente após a classificação da loucura como doença é que a linguagem metafórica se torna realidade com o crescimento de leitos psiquiátricos e a desumanização do atendimento aos insanos. "É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada" (FOUCAULT, 2010, p. 12).

Na antiguidade, o louco era percebido pela sociedade de uma maneira diferente, sendo acolhido como uma personagem sagrada, mística, como uma manifestação divina. Uma manifestação sobrenatural que poderia ser atribuída aos deuses ou aos demônios. Os loucos carregavam a marca e manifestação divinas, uma ideologia influenciada pela religião. A loucura foi considerada um privilégio, na Grécia antiga, porque o delírio possibilitava o conhecimento das verdades divinas. Mesmo as pessoas manifestando as verdades divinas através do delírio, não eram consideradas normais, mas portavam uma falta de razão, que eram antagônicas das manifestações terrenas (PELBART, 1989).

Na antiguidade clássica, a loucura passa a não ser mais analisada de modo místico, mas de uma forma onde os loucos recebem um tratamento para que se sintam culpados de sua loucura. O Estado se responsabiliza socialmente, responsabilidade que anteriormente pertencia à Igreja, mas, em contrapartida, ele deveria manter o equilíbrio social e econômico. O louco passa a ser marginalizado e excluído, pois agora causa a desordem social e tira a paz comuni-

tária. O louco era confinado num internamento, onde não havia uma preocupação em curar, mas de encarcerar os desempregados, que além de serem desempregados, excluídos da sociedade, agora eram desempregados encarcerados. De um lado, o louco recebeu o básico alimento para a sobrevivência, de outro, sua moral e seu corpo sofreram com o confinamento que deve ser aceito por ele. O entendimento era de que esta providência ajudaria a manter a sociedade ordenada e sem perturbação social. Inicialmente, as primeiras casas de internamento eram localizadas em cidades industrializadas, onde os internos se tornavam mão de obra barata e produtiva, em meio à crise econômica, recebendo a quarta parte do valor total de sua produção. Eles, além de estarem ocupados no internamento, deveriam ser produtivos, tendo, cada um, sua tarefa, onde, no final de cada produção, era feita uma avaliação de seu trabalho (FOUCAULT, 2010).

> Mas fora dos períodos de crise, o internamento adquire um outro sentido. Sua função de repressão vê-se atribuída de uma nova utilidade. Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos anos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas. (FOUCAULT, 2010, p. 67)

O que restava para o louco agora era ser confinado em um asilo como indigente. Acreditava-se que o internamento resolveria o problema da miséria, pois exilando os desempregados, enxugaria a sociedade dos que não agregavam nenhum valor a esta, como uma higienização. Com a industrialização, esse personagem começa a ser não mais um indigente, mas começa a ser de interesse econômico, porque esses que estavam "presos" não geravam riqueza, por isso o internamento sofreu críticas, pois fez com que a produção ficasse limitada. Na tentativa de resolver a demanda do capital, o Estado começa a se interessar em inserir o louco na economia, como força de trabalho barata, diferentemente da visão anterior, onde o louco era encarcerado e confinado num asilo, porque ele não gerava recurso e consequentemente não gastava. Nesse contexto, deveria usar esses desempregados para que gerassem riqueza e fossem inseridos num contexto econômico com o objetivo de aumento da produção (FOUCAULT, 2010).

No classicismo se sensibilizou em relação à questão social, à pobreza e ao desemprego, dando uma resposta ou uma satisfação para a sociedade em relação à miséria, com o objetivo de se ter uma sociedade onde a moralidade e a civilidade fossem postas em prática. Havia uma ligação entre a loucura e a internação. O internamento passa a ser a estrutura que mostra a experiência da loucura de uma forma clássica. O autor analisa, dentro de suas preocupações acerca da loucura, que o internamento não é uma instituição médica, mas uma instituição julgadora como um tribunal, tomando decisões e executando as ações. No internamento, não há nenhuma direção médica, pois mostra que há um hiato entre internamento e medicina, porque, no classicismo, e na renascença, essa união não era comum. Para o autor, o internamento foi criado pelo classicismo, comparando com a Idade Média, em relação à criação da segregação dos leprosos, porque a vaga deixada pelos leprosos foi ocupada pelos loucos. O encarceramento criado pelo classicismo tem intenções políticas, religiosas e econômicas. Nesse período, a loucura era vista como uma manifestação onde os loucos eram destinados ao internamento, sendo marginalizados e isolados num confinamento (FOUCAULT, 2010).

Na construção da história dos loucos, Foucault analisa que a internação do louco o separava da sociedade, humilhando e estigmatizando-o. Se antes era a lepra que tornava a pessoa escória da sociedade, a sua diminuição passa a dar lugar a um outro tipo de lepra, a loucura. Os leprosários se esvaziam, as doenças venéreas e a loucura assumem seu lugar, como alerta Foucault (2010), "Nasceu [assim] uma nova lepra, que toma o lugar da primeira." (FOUCAULT, 2010, p.7). Essa nova lepra traz humilhação e marginalização do ser humano, excluindo-os de todas as formas de convívio social. "[...] é sob a influência do modo do internamento, tal como ele se constitui no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. [...] Esse fenômeno é a loucura" (FOUCAULT, 2010, p. 8).

Para a compreensão do espaço que fora destinado ao louco, é preciso entender como nasceu a ciência, que poste-

riormente “cuidaria” desse louco, a psiquiatria. Para a referida análise de seu nascimento, torna-se relevante compreender a loucura como era vista e concebida antes de seu internamento. A loucura, antes do século XVIII, não era aprisionada, era apenas considerada uma disfunção, algo anormal e essencialmente ilusório, algo que tinha seu nascedouro na imaginação e que não era separada ou excluída, pois se poderia conviver com ela, a não ser que se tornasse perigosa. A loucura tinha lugar privilegiado nos palcos, onde sua verdade era exposta, constituindo-se um lugar terapêutico, onde o louco expressava em comédia, sua própria existência (FOUCAULT, 1979).

A partir do século XVIII, começa, então, uma nova maneira de perceber a loucura, abrindo-se espaço para uma análise da relação da doença com a medicina. Como ponto positivo, surgiu, através dessa reflexão, uma relação entre a ciência e o louco, fazendo parte do universo da loucura. A ciência, quando se preocupa com o tratamento da loucura, cria um vínculo com a doença, sendo esta marginalizada e encarcerada. A preocupação com a cura no internamento traz uma nova relação entre médico e paciente, em que a psiquiatria ganha respaldo, quando, através da observação, se estabelece um diálogo entre a loucura e a medicina, entre paciente e médico. Toda essa nova experiência vai de encontro à teoria clássica em que o louco estava inserido. A loucura passa a ser nomeada como doença psicológica e tudo isso foi possível, quando a cura tornou-se uma possibilidade. Como a loucura passa a ser uma patologia, não se poderá mais se referir ao louco como desatinado, mas se buscará uma esperança de tratamento possível. Foucault percebe toda essa mudança como uma diminuição da experiência do louco e passa a ter uma visão simplesmente moral acerca da loucura. Seria necessário acabar com a experiência do desatino para que a loucura fosse confinada, institucionalizada e percebida como patologia (FOUCAULT, 2010).

Quase no final do século XVIII, os abrigos de internamento causavam temor, pois não estavam mais longe da sociedade, tão marginalizados como os leprosários, mas agora estavam próximos, ligados. Uma doença que estava mais perto do que nunca, para atormentar e tirar a paz, atingindo a sociedade. Dentro desse contexto, encara-se a doença através do saber libertador, possibilitando o encontro do desatino com a ciência, do desatino com o contexto da medicina. O médico vem como o defensor do desatino, não que o internamento o convocasse para dissociar o mal da loucura, mas ele vem como o “cuidador” daquele que foi institucionalizado. Todo esse relacionamento de médico e doente não vem de uma necessidade de se ter conhecimento da loucura como patologia possível de cura, mas vem através de um temor de se misturar e ser contaminado moralmente e fisicamente (FOUCAULT, 2010). Com a criação das casas de internamento, os loucos foram institucionalizados. Isso não quer dizer que houve mudanças nas condições jurídicas, a diferença é que agora tem-se um lugar específico para os loucos, um lugar só para eles, como ressalta Goffman (1974, p. 28): “No entanto, ao ser admitido numa instituição total é muito provável que o indivíduo seja despido de sua aparência usual, bem como dos equipamentos e serviços com os quais a mantém, o que provoca desfiguração pessoal”.

Foucault (2010) ressalta que a loucura encontra-se agora com seu espaço específico, um lugar somente seu, dentro do internamento. Todos estando igualmente no mesmo patamar. Goffman (1974) faz uma análise dentro desse contexto, dizendo que uma instituição total caracteriza-se por um grande número de pessoas, apresentando demanda semelhante, sendo confinadas e separadas do convívio com outras pessoas e vivem as regras institucionais por longo tempo. O objetivo do autor é tratar, não do mundo dos que comandam, mas do lugar onde o interno está, o “eu” que se perdeu por causa de seu confinamento. A proeza do século XIX fez unificar a medicina com o internamento, médico e louco, uma relação aparentemente normal, mas que, para a era clássica, era absolutamente antinatural. Todo esse processo traz como consequência o nascimento da psiquiatria e o surgimento do asilo neste mesmo século.

Duas perspectivas se deparam em relação ao internamento: uma com novo padrão, mas com as mesmas práticas e outra que hospitalizava a loucura, isto é, considerava agora a loucura como doença. Dentro da visão Foucaultiana, uma nova perspectiva de se relacionar com a loucura surge: “Nesses devaneios, o internamento se extenua, torna-se forma pura, instala-se com facilidade na rede de utilidades sociais, revela-se infinitamente fecundo.” (FOUCAULT, 2010, p.428). É nesse contexto que o internamento reduz-se à farmacologia, tornando-se negativo à medida que se torna excludente e, em contrapartida, a cura vai se tornando possível, pois a loucura tem um novo sentido.

> É a primeira vez que se veem defrontadas sistematicamente a loucura internada e a loucura tratada, a loucura aproximada da doença. Em suma, é o primeiro momento desta confusão, ou desta síntese (como se preferir denominá-la), que constitui a alienação mental no sentido moderno da palavra. (FOUCAULT, 2010, p. 428)

Numa reflexão entre loucura tratada e loucura internada, Foucault ressalta a necessidade de se encontrar um equilíbrio no atendimento e no internamento. O autor propõe uma assistência que acabe de vez com o horror e com as práticas passadas. Por conta disso, a marginalização do louco assume outra conotação de que não será mais uma relação de poder, mas "[...] traçará uma espécie de linha de compromisso entre sentimentos e deveres – entre a piedade e o horror, entre a assistência e a segurança" (FOUCAULT, 2010, p. 429). De um lado, estão os ricos que conseguem tratar seus loucos em suas casas e que, porventura, não conseguirem ter êxito no cuidado, tendo a possibilidade de ter pessoas de confiança para atender suas necessidades. Por outro lado, os que não têm recursos, os pobres, não têm capacidade para cuidar de seus loucos e lhes resta confinar-se num espaço onde lhes é negado a humanidade. Faz-se necessário um atendimento que esteja ao alcance do pobre, para atender aos seus loucos, um atendimento onde se tenha vigilância e cuidados eficazes e que esteja no mesmo patamar do atendimento dado aos loucos dos ricos em suas casas.

O que Foucault (2010) evidencia, e que é um ponto importante nesse contexto, é a estabilidade entre o atendimento dado aos loucos pelos médicos, considerando-os como doentes, e a promoção da marginalização desses loucos. Manter os loucos num confinamento é fazer com que a sociedade fique imunizada em relação aos perigos que eles possam lhe causar, é uma higienização separando os normais dos anormais. Dentro desse contexto, Canguilhem (2015) traz o conceito do que é normal e do que é patológico, em que o considerado normal não vive em condições da mesma forma que um grupo segue regras coercitivamente. O que Foucault evidencia em relação ao confinamento dos loucos torna-se consequência dos conceitos que a sociedade construiu de delimitar as pessoas como normais e como doentes. Qual é o limite da normalidade e da doença? Qual o limite do normal e do patológico? Se for para comparar uma pessoa com a outra, esse limite não tem uma precisão, mas, se analisado com uma única pessoa, torna-se verdadeiramente preciso (CANGUILHEM, 2015).

> Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe. (CANGUILHEM, 2015, p. 126)

A loucura se tornando patologia se constituiu uma norma de vida que é inferior à norma estabelecida pela sociedade. Confinar o louco o faz perder a capacidade de viver suas próprias normas. De acordo com Canguilhem, tanto a saúde como a doença são estados normais do indivíduo, pois tudo o que o indivíduo experiencia faz parte da sua fisiologia, neste sentido, o que é normal, quem define é o próprio indivíduo.

> Em nossa ingenuidade, imaginamos talvez ter descrito um tipo psicológico, o louco, através de cento e cinquenta anos de sua história. Somos obrigados a constatar que, ao fazer história do louco, o que fizemos foi – não, sem dúvida, ao nível de uma crônica das descobertas ou de uma história das ideias, mas seguindo o encadeamento das estruturas fundamentais da experiência – a história daquilo que tornou possível o próprio aparecimento de uma psicologia. (FOUCAULT, 2010, p. 522)

Quando Foucault (2010) trata do louco, simplesmente não o define com um conceito acabado, pronto, mas trata do que lhe é próprio, sua história e os fatos que criaram a figura do louco e suas experiências, tornando possível entendê-lo de forma singular. Com o aparecimento da psicologia, nasce a possibilidade de uma possível relação mais humana com a loucura. A verdade está no interior desse homem, como está na do louco, mas no interior do louco está sua verdade que ele mesmo não consegue entender, nem alcançar, e seu desejo intenso é conhecer sua própria verdade. É nesse contexto que a psicologia encontrará espaço para buscar a cura do louco e "libertá-lo" do aprisio-

namento.
Canguilhem (2015) comemora a obra de Foucault sobre a História da Loucura em 1986, dizendo que reconheceu que há um poder do médico que foi construído historicamente e que "Foucault concedia ao louco uma liberdade de ser que não anulava sua liberdade de ser louco" (CANGUILHEM *apud* MUCHAIL, FONSECA e NETO, 2013, p. 11). Uma das leituras que deveria ser feita da obra de Foucault era uma leitura militante que se preocupava em quebrar paradigmas construídos ao longo dos séculos sobre a loucura. Quebrar paradigmas que encarcera vontades e pensamentos, que reprime as relações familiares e sexuais, "mas também tomando o confinamento como modelo explicativo de todas as exclusões e legitimando todos os grupos que visam a destruição das 'instituições totalitárias'" (CANGUILHEM *apud* MUCHAIL, FONSECA e NETO, 2013, p. 12).

A contribuição de Foucault, no Brasil, está no fato de sua obra desnudar o poder psiquiátrico, porque, até então, a psiquiatria impunha sua teoria e prática sem nenhum questionamento por parte de pesquisadores. Sua influência data de 1960, aqui no Brasil, quando é introduzido a uma análise do conceito de poder psiquiátrico, causando mudanças na prática assistencial. O conteúdo novo traz diversas visões e experiências italiana, americana, inglesa e da antipsiquiatria. As críticas feitas ao atendimento psiquiátrico mostram que a psiquiatria fracassou, enquanto terapia para as doenças mentais. O debate atual mostra as relações de poder da equipe médica e dos medicamentos modernos para tratamento. São conteúdos científicos que têm como objetivo criar novas alternativas de tratamento, tanto para os ainda internos em hospital psiquiátrico, quanto para os que são atendidos em consultório. Com a chegada do século XX, novas formas de atendimento são implantadas no Brasil contrastando com os atendimentos em instituições asilares. As mudanças ocorridas no campo de saúde mental devem-se às lutas travadas em relação ao processo de exclusão que faz uma articulação do saber com a prática (MUCHAIL, FONSECA e NETO, 2013, p. 295-296).

A loucura institucionalizada: a entomologia de Goffman

Como contemporâneo de Foucault, Goffman (1974) fez uma emersão se aproximando de seu objeto com a preocupação de experienciar todas as formas de relação e comportamentos do mundo dos internos, sua equipe dirigente com o objetivo de trazer à tona o conceito de instituição total. Sua obra, no Brasil, em 1961, mesma época do lançamento da *História da loucura*, tem o título de *Manicômios, prisões e conventos*, em que caracteriza o modo de vida nas instituições totais (MUCHAIL, FONSECA e NETO, 2013).

Goffman (1974) foi comparado por alguns autores como um entomologista. "[...] a linguagem de Goffman é como a de um entomologista" (BECKER *apud* MUCHAIL, FONSECA e NETO, 2013, p. 202), por considerar que Goffman descreve sua experiência dentro de uma instituição total como se descrevesse "[...] a vida de uma sociedade de insetos" (BECKER *apud* MUCHAIL, FONSECA e NETO, 2013, p. 202). Bourdieu *apud* Muchail, Fonseca e Neto (2013) faz referência a Goffman, comparando-o a um entomologista, em um texto homenagem.

A obra de Goffman (1974), *Manicômios, prisões e conventos*, chamou a atenção de Foucault, pois faz alusão à referida obra, quando se refere a "[...] instituições no modelo panóptico", comparando "[...] à tudo que os norte-americanos chamam de *Asylums*.[4]". Na visita ao Museu da Loucura[5] , no dia 03 de janeiro de 2017, conheci o que seria uma instituição no modelo panóptico, sendo os próprios internos do hospital Colônia os construtores do complexo. Foucault faz alusão ao modelo panóptico em sua obra *Vigiar e Punir* destacando que:

> O princípio é conhecido: na periferia, uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado. Basta então colocar um vigia na torre central, e em cada cela trancar um louco, um doente, um condenado, um operário ou um escolar. Pelo efeito da contraluz, pode-se perceber da torre, recortando-se exatamente

[4] A obra de Goffman Asylums foi publicada no Brasil com o título Manicômios, prisões e conventos.
[5] "Em novembro de 1979, aconteceu em Belo Horizonte, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, com o objetivo de deflagrar um processo político de mudanças na área da Psiquiatria, em Minas Gerais. Durante o evento, foi montada uma exposição de fotos do então Hospital Colônia de Barbacena, audiovisuais sobre assistência psiquiátrica e um banco de dados referente à psiquiatria em todo o Estado, inclusive apontando a primeira visita do psiquiatra italiano Franco Basaglia ao Hospital Colônia, em julho de 1979. A partir dessa mostra, surge a ideia de se criar um Museu da Psiquiatria". O referido museu recebeu o nome de Museu da Loucura em 1996 (FHEMIG, 2017, p. 1).

> sobre a claridade, as pequenas silhuetas cativas nas celas da periferia. (p. 190)

O referido modelo de arquitetura vem caracterizar o conceito de instituição total para Goffman (1974), em que uma instituição total é aquela em que indivíduos residem separados da sociedade, levando uma vida reclusa e com regras a serem aprendidas e seguidas, sendo tutelados com regras de comportamento padronizadas. Tal aprendizagem é construída à medida que se vive e se é recompensado pela obediência a tais regras.

Infelizmente, essa concepção da loucura confinada em instituições totais ainda é percebida na contemporaneidade, quando no imaginário social, o louco carrega o estigma de sua loucura, sendo excluído das relações sociais e até nos espaços familiares, onde a convivência se esbarra entre "normais" e "doentes". Goffman (2015, p. 13) afirma que "O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos.". Nesse contexto, o conceito que o autor traz em relação ao estigma gera uma importante discussão em relação à pessoa estigmatizada, versando sobre a construção do imaginário social em relação ao estigma e os impactos sofridos, quando pessoas "normais" se deparam com pessoas estigmatizadas e tentam manter uma interação e acabam por experimentar " [...] diretamente as causas e efeitos do estigma" (GOFFMAN, 2015, p. 23).

As representações vivenciadas pelos sujeitos com transtorno mental são estigmatizadas por não cumprirem o script desejado pela sociedade. Mesmo sendo representações chamadas doentias, tais representações são influenciadas pelos outros. Quando um indivíduo está diante dos outros, o momento presente será influenciado por suas ações, sendo que poderá agir de forma calculada para obter uma resposta satisfatória que espera receber como resultado da impressão que causou no outro (GOFFMAN, 2015).

O autor classifica em cinco os tipos de instituições totais: abrigos (para idosos, cegos, indigentes e órfãos), sanatórios, cadeias, quartéis e conventos. O indivíduo vive as diferentes esferas da vida em diferentes lugares, com diferentes coparticipantes e sob diferentes autoridades sem um plano racional geral. Quando passa a viver no espaço da instituição total, as barreiras que separam estas esferas da vida são demolidas e passa-se a vivenciá-las todas no mesmo espaço, com o mesmo grupo de indivíduos, sob a mesma autoridade e com um plano racional geral. Para Goffman (1974, p.17): "[...] dormir, brincar e trabalhar [...] O aspecto central das instituições totais pode ser descrito como a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida".

O interno, em uma instituição total, não percebe que está confinado, não percebe que há uma distância dos dirigentes e dos internos, que se cria uma hierarquização para reforçar a obediência exigida deles mesmos. Participar de uma instituição total não fere sua liberdade, posto que acredita que está ali com um objetivo maior. As práticas coercitivas, que podemos chamar de regras, que se não forem seguidas, geram um "castigo", por não estarem dentro do padrão exigido pela instituição.

Nesse contexto, Muchail, Fonseca e Neto (2013) analisam que uma política inclusiva educacional trata a pessoa como alguém que precisa ser confinada, tutelada e diferente dos ditos normais. Ela passa a ser vista como alguém que não consegue gerir sua própria vida. Quando se domina com o discurso de inclusão, tem-se uma dominação, que o outro não é reconhecido em sua identidade, vontade e capacidade de autonomia. Nas instituições formalmente organizadas, há uma separação entre o grupo de internados (indivíduos em tratamento e controlados) e grupo de supervisão. Enquanto os internados vivem na instituição, tendo contato limitado com o mundo exterior, a equipe supervisora vive fora da instituição, interagindo com o ambiente externo.

> Geralmente os internados vivem na instituição e têm contato restrito com o mundo existente fora das suas paredes; a equipe dirigente muitas vezes trabalha num sistema de oito horas por dia e está integrada no mundo externo. (GOFFMAN, 1974, p. 18-19)

Esta divisão é mais que uma mera divisão de funções, mas cada grupo concebe o outro a partir de estereótipos. Os supervisores tendem a enxergar os internos de maneira inferiorizada e a si mesmos como superiores e corretos. Esta mesma imagem é impressa no grupo de internos que se veem como inferiores. O relacionamento entre os dois grupos é extremamente limitado. As barreiras entre os dois grupos são claramente demarcadas, com fronteiras claramente definidas. É o mundo dos que sabem, dos que podem, contra o mundo dos incapazes e isso faz com que os diálogos mais simples deixem de ser naturais, ganhando uma característica de comunicação formal. "A mobilidade social entre os dois extratos é grosseiramente limitada; geralmente há uma grande distância social e esta é frequentemente prescrita. Até a conversa entre as fronteiras pode ser realizada em tom especial de voz." (GOFFMAN, 1974, p.19). O autor afirma ainda que, quando o internado chega à instituição, traz consigo uma cultura familiar, que não sofrerá questionamento até o momento da admissão.

> É característica dos internados que cheguem à instituição com uma "cultura aparente" (para modificar uma frase psiquiátrica) derivada de um "mundo da família" – uma forma de vida e um conjunto de atividades aceitas sem discussão até o momento de admissão na instituição. (GOFFMAN, 1974, p. 23)

Uma vez internado, ele passará pelo processo denominado de "mortificação". Este processo consiste em constantes ataques ao "eu". O recém-chegado traz consigo uma bagagem de conhecimentos e estilo de vida em relação aos outros e a si mesmo, que, quando ele é admitido, é influenciado a desconstruir toda essa bagagem, passando a sofrer uma série de rebaixamentos e humilhações. A mortificação ocorre de maneira sistemática e de forma crescente. A primeira estratégia para a mortificação do "eu" é a barreira imposta pela instituição total, entre o seu mundo interno e o mundo exterior. Isso faz com que o interno passe a construir outra identidade interna, se afastando do mundo doméstico e perdendo o que antes aprendera e "[...] caso ele volte para o mundo exterior, o que foi denominado "desaculturamento" – isto é, "destreinamento" – que o torna temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária" (GOFFMAN, 1974, p. 23).

As instituições totais possuem um procedimento na admissão. Logo que o futuro interno chega, é obrigado a deixar os seus pertences, regra mais usada em prisões e hospitais psiquiátricos, e a utilizar, a partir dali uma roupa com o nome ou a sigla da instituição. Na visita ao Museu da Loucura, em Barbacena – MG, notei que lá possui uma sala, onde era entregue um roupão azul, chamado de azulão, ao paciente quando chegava. Quando recebiam essa roupa, tinham seus cabelos raspados (no caso o homem). A identidade deixada do lado de fora dos muros do hospital era representada não somente pela perda da sua vontade e desejos, mas também pela perda de seus objetos com um valor emocional, como foi o caso de uma aliança que foi confiscada na admissão do interno e que nunca mais foi devolvida, sendo guardada numa cristaleira junto com outros pertences de alguns internos do hospital. Deixar seus pertences e se uniformizar eram um enquadramento e uma padronização que matava a essência do ser. Na admissão, descrita como "arrumação", "programação", "enquadramento", existe uma sequência padrão de mudanças na concepção do eu do internado, também denominada "carreira moral", tendo seu início antes do ingresso na instituição total. A denúncia feita por parte de quem o acompanha culminará na "internação" (GOFFMAN, 1974).

Na admissão, o internado passa por um processo de entrevista e as histórias contadas do seu passado, são arquivadas construindo um dossiê, que o mesmo posteriormente nega e ao mesmo tempo cria novas histórias, mesmo sendo fictícias, pelo fato de se sentir ameaçado pela equipe dirigente e por sua vida se tornar pública. Este estado de criação e negação do "passado ideal" produz uma fadiga moral no internado. Ao aceitar o desligamento do mundo externo como fato consumado, o internado faz acontecer os mecanismos de reorganização pessoal que acabam por garantir um sistema de privilégios e/ou punições. O internado passa a desenvolver a sua adaptação passando por "ajustamentos primários", ou seja, sua contribuição com as atividades exigidas, ou pelos "ajustamentos secundários", quando empregam meios ilícitos para obterem satisfações proibidas (GOFFMAN, 1974).

O tratamento dentro de uma instituição total causa uma alienação no internado para que ele assuma um novo estilo de vida, a do tutelado. Ele agora se vê aprisionado pelos fármacos, que inibem seu comportamento "anormal",

passando a ter um comportamento alienado, perdendo todas as suas potencialidades para tomada de decisão. Um "zumbi", andando pelos corredores institucionais à mercê de um futuro longe do convívio social. Os menos medicados dão as coordenadas e se tornam seus comandantes no cumprimento das regras institucionais. De acordo com Goffman (2005) a psiquiatria encara qualquer atitude fora do padrão como sintoma da doença. São maus comportamentos que são patologizados pela instituição, criando uma ideologia institucional. Essa justificação naturaliza-se na equipe dirigente e na sociedade e é vista como procedimentos para tratar o doente em crise. Precisa-se também considerar que a patologia requer tratamento, visto que o mau comportamento significa a incapacidade e o despreparo do paciente para viver em comunidade. O sucesso da "cura" é fruto de um trabalho eficaz do hospital. Para ser eficaz, é necessário tirar o paciente do mundo externo e inseri-lo no mundo da instituição total, para ser domado, arrumado ou enquadrado. As regras institucionais beneficiam alguns com privilégios e castiga outros infratores e desobedientes. Dentre os privilégios está a possibilidade de sonhar com a liberdade futura. Mesmo com a esperança de ter uma liberdade após o tratamento, os internados sofrem de uma angústia por conta do longo tempo numa instituição total, uma angústia que tem como causador o receio de não se sair bem no mundo exterior, de não mais se acostumar com as regras do mundo exterior.

Francisca Moreira dos Reis[6], funcionária do Hospital Colônia, relatou-me sobre uma paciente[7] que, após ter sido encontrada pela família, foi levada para morar com seu filho, netos e irmã, mas não se acostumou e continuou morando nas *Residências Terapêuticas* [8]. Goffman (2005) analisa que o fato de não mais conseguir voltar para casa não é uma angústia presente apenas no "ex-doente", mas também na instituição, que, muitas vezes, realiza inúmeras entrevistas com o internado, antes da liberação, para saber se este ainda é portador de ressentimentos para com a instituição total. O medo faz com que a instituição formate o internado, fazendo-o prometer que procurará ajuda institucional caso a doença volte, procedimento que também é ensinado à família e familiares mais próximos para que, tão logo, percebam mudanças no ex-doente e possam encaminhá-lo novamente à instituição. Essa promessa é explicitada em um último encontro antes da liberação como ressalta Goffman:

> Um internado que está sendo preparado para a liberação é entrevistado uma última vez, a fim de verificar se tem ressentimentos contra a instituição e contra os que providenciaram seu internamento, e é advertido quanto às consequências de criar dificuldades para estes últimos. Além disso, ao sair, o internado frequentemente deve prometer que procurará ajudar se ficar "novamente doente" ou se "tiver problemas". (1974, p. 69)

A desinstitucionalização é um processo educativo lento, porque depois de um longo período vivendo as regras institucionais, o internado perde sua identidade e capacidade para a tomada de decisões e, quando se vê fora dos muros do hospital, não sabe como se relacionar com o mundo externo. Uma outra análise, é a aceitação de seus familiares e a mudança de rotina dentro de casa para receber esse outro, que esteve um longo período fora, e aceitar seu novo modo de vida. Orientar tanto o ex-doente quanto sua família é um desafio da Reforma Psiquiátrica para pacientes, familiares e equipe dirigente. Ir de encontro ao saber psiquiátrico que reinou durante séculos tem sido um entrave na desconstrução do estigma e para a luta antimanicomial. A luz no fim do túnel é que equipes multiprofissionais têm se dedicado no enfrentamento das diversas demandas nas relações sociais por conta da desinstitucionalização e orientando no que diz respeito à inclusão desse "outro" no ambiente familiar.

Desinstitucionalização da loucura: a militância percorrida por Basaglia

Os escritos de Foucault (2010) e Basaglia (2005) desnudam o campo da psiquiatria e contribuem para o processo de desinstitucionalização. Tanto os movimentos pela Reforma Psiquiátrica quanto a história dos loucos contada por Foucault se cruzam num movimento radical, os tornando "[...]defensores/portadores de direitos, propositivos de ajustes ou reformas cosmético-midiáticos que tem por única meta [...]" modificar o que pode ser modificado (FOUCAULT *apud* MUCHAIL, FONSECA e NETO, 2013, p. 212). Basaglia (2005) faz uma referência a Foucault, no I Congresso Internacional de Psiquiatria Social, em Londres. Ele destaca que *História da Loucura* produziu um efeito

[6] Francisca Moreira dos Reis começou a frequentar o Hospital Colônia em Barbacena – MG, quando tinha dez anos de idade, pelo fato da sua mãe trabalhar no hospital, ela ficava lá em dias em alternados brincando com as crianças que foram admitidas no hospital. Ela tem participação nos documentários "Em nome da razão" de Helvécio Ratton (1979) e do "Holocausto Brasileiro" (2013) de autoria de Daniela Arbex. Mais tarde, ela se torna funcionária do hospital, trabalhando na cozinha. Candidatou-se para trabalhar na enfermaria, mas depois de participar de um treinamento com eletrochoque, desistiu.

[7] A história da referida paciente é relatada no capítulo 5.

[8] Residências Terapêuticas são casas que recebem pessoas que passaram por internamentos muito longos em hospital psiquiátrico e que não conseguem mais voltar para morar com suas famílias: "Art. 1.º Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais" (BRASIL, 2001).

na sua caminhada como militante pela extinção dos manicômios. Traçou um caminho baseado em Foucault, que culminou na sua obra intitulada *Doença mental e personalidade*.

Numa entrevista a *La Presse de Tunisie*, Foucault (2010) faz menção a Basaglia, afirmando que "há alguns anos se desenvolve na Itália, em torno de Basaglia, e na Inglaterra, um movimento que se chama antipsiquiatria." (FOUCAULT *apud* MUCHAIL, FONSECA e NETO, 2013, p. 208). Foucault deixa-se perceber que está bem inteirado sobre o movimento que Basaglia (2005) liderava na Itália, ressaltando que as tentativas de denúncias em relação ao tratamento que recebiam os doentes, "[...] foram brutalmente interditadas." Mais tarde, Foucault (2010) contribui com o Movimento da Psiquiatria Italiana, escrevendo o artigo *A casa dos loucos*, destacando que não existia uma relação entre ele e Basaglia (2005), mas ressalta que havia possibilidade de um "nós" entre eles, por conta do trabalho desenvolvido, consequentemente uma ação poderia acontecer (FOUCAULT *apud* MUCHAIL, FONSECA e NETO, 2013, p. 209).

Com base nos escritos de Foucault (2010), Basaglia (2005) considerava que a psiquiatria sozinha não daria conta deste fenômeno que é a loucura. O louco possuía outras demandas que a psiquiatria não era capaz de satisfazer totalmente. O saber médico foi contra a tudo que superava a loucura, isto é, a tudo que estava além e que era consequência da institucionalização do louco em hospitais psiquiátricos: "De fato, só agora o psiquiatra parece redescobrir que o primeiro passo para o tratamento do doente é o retorno à liberdade, da qual até hoje ele mesmo o privara" (BASAGLIA, 2005, p. 24).

O espaço fechado em que o doente se encontrava durante muitos séculos, dava ao médico o poder de ser o vigilante e apaziguador em relação aos excessos que a loucura levava o doente. O autor reflete que, atualmente, o psiquiatra se dá conta de que a liberdade nos manicômios tem como consequência uma grande mudança do paciente com transtorno mental em relação a si mesmo, em relação à doença, em relação à percepção do mundo à sua volta. Toda essa transformação era castrada por conta de uma hospitalização do doente por longos períodos. Quando a pessoa se depara com uma mudança em relação à institucionalização, vê-se perdida emocionalmente, pois, no manicômio, perdera sua individualidade e sua liberdade, pois foi transformada em um simples objeto, por conta da doença e do internamento.

Em sua militância, Basaglia (2005) acreditava que o manicômio poderia ser transformado em lugar de cura, em um lugar terapêutico. Em 1961, na direção do Hospital em Gorizia, ele queria melhorar o atendimento aos internos. Mesmo querendo a melhoria do Hospital com humanização, o diretor não teve sucesso, pois somente com um atendimento humanizado não se realizariam grandes mudanças. Era necessária uma transformação mais profunda tanto no atendimento psiquiátrico quanto na visão da sociedade em relação à loucura. O autor faz uma crítica ao atendimento médico tradicional, pois o tratamento, até então dado aos doentes, considerava-os como mero objeto de estudo. A psiquiatria tinha uma posição em relação ao louco que era o seu isolamento com a internação que excluía e aprisionava.

> A ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, a condição permanente de estar à mercê dos outros, sem a mínima iniciativa pessoal, com seus dias fracionados e ordenado segundo horários ditados unicamente por exigências organizacionais que – justamente enquanto tais – não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionalizante sobre o qual se articula a vida do asilo. (BASAGLIA, 2005, p. 24-25)

Quando o interno chega ao asilo, deixa sua vida, seus projetos, seus relacionamentos, pois o internamento impede que ele viva sua vida, impedindo a realização de suas conquistas e de seu sonho. Ele passa a viver as regras do aprisionamento, o qual lhe restringe àquele espaço mínimo e a uma vida mínima que a doença lhe impõe e que quase nunca se reverte. Esse aprisionamento para o doente mental não surgiu de uma hora para outra, mas surgiu de uma necessidade que não se podia mais esperar, pois sua relação com o mundo à sua volta o tornara incapaz de

interagir socialmente por conta de sua doença. A pessoa perde sua liberdade por sua condição de anormal e essa liberdade pode ou não voltar como consequência da medicalização. Quando o doente percebe que tem a possibilidade da liberação, ele se descobre como cidadão com direito de ter uma vida digna. Nessa perspectiva, o médico precisa ser honesto e ter uma relação de igualdade com o doente, mesmo passando ou não por um despertar de seu sentimento de humanidade, não aceitando mais aprisioná-lo em local fechado onde não há esperança para ele. A "porta aberta" traz a sensação de se estar livre, mesmo estando institucionalizado, proporcionando ao doente uma esperança de poder ter uma visão humana em relação ao tratamento de que ele pode, possivelmente, ter de novo uma relação com os outros, pessoas do seu convívio social. A referida "porta aberta" pode se referir à um:

> Lugar de institucionalização e de alienação induzida, o Hospital Psiquiátrico corre, porém, o risco de transformar-se – com as novas medidas adotadas – em outro lugar de alienação, se for organizado como um mundo completo em si mesmo, no qual todas as necessidades são satisfeitas, como numa gaiola de ouro. (BASAGLIA, 2005, p. 31-32)

O lugar de alienação é explicitado na obra de Machado de Assis, *O alienista*, um conto, publicado entre 1881 e 1882, que faz uma crítica ao funcionamento dos hospitais psiquiátricos. Anos mais tarde, os grandes autores Basaglia (2005), Foucault (2010) e Goffman (1974), que foram denominados como poetas, na obra *O mesmo e o outro* (2013), dedicaram-se ao estudo do atendimento aos alienados com maior profundidade. Ressaltam que a psiquiatria nasce com o nome de alienismo, sendo a ciência que iria tratar dos alienados. A origem da palavra alienado é a mesma que tem a palavra alienígena, que significa estrangeiro, que está fora do mundo real. O doente mental é visto como um alienado, alguém que está fora do mundo real, aquela pessoa que não tem capacidade para se relacionar ou viver no mundo dos ditos normais; é denominado como o que não tem razão, que não sabe distinguir entre o certo e o errado, não podendo conviver no mesmo espaço, sendo um perigo para a sociedade; é confinado em um espaço restrito, com regras específicas impostas pelo sistema asilar, sendo tratado, não como pessoa humana, mas como nada ou como coisa (AMARANTE, 1995), num mundo paralelo, fechado em si mesmo: o universo dos loucos.

Souza (2004) faz uma análise sobre o tratamento em instituições, onde as pessoas são tratadas como coisas e que se não forem funcionais serão substituídas. Dentro do Colônia, hospital psiquiátrico em Barbacena, as substituições eram feitas tendo como modelo os campos de concentração, como reflete Basaglia *apud* Arbex (2013, p. 15): "Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como essa". A banalização da ética nesse contexto é gritante. As pessoas são vistas não simplesmente como coisas, mas como bichos ferozes com capacidade de matar. Quem são os loucos? São homens e mulheres que estão fora do hospício ou os que estão dentro? Tal imaginário construído em relação aos loucos e que simbolicamente foi selado na cultura social, passa a ser um desafio sua desconstrução, refletindo que se havia loucura dentro dos hospitais psiquiátricos, havia mais loucura, a pior, dentro das mentes daqueles que foram instituídos "cuidadores" dos que eram confinados em tal espaço.

A superlotação dos internamentos era comum no Hospital Colônia em Barbacena, que fora construído para receber, no máximo, 230 pessoas, mas depois de dois anos de inaugurado o total de internos passava do dobro, chegando a ter 4.000 internos na mesma época. Na estrutura asilar, Basaglia (2005) afirma que há uma superlotação no internamento e que os doentes são vetados de sair, mesmo que seja para fazer suas necessidades mais básicas, como se para ir ao banheiro tivesse que cumprir um protocolo de atendimento. Primeiro se tocava uma campainha para que o enfermeiro viesse para levar o doente para fazer suas necessidades. O autor ainda afirma que esse atendimento "burocrático" era tão demorado que não dava tempo, e o doente fazia suas necessidades antes que chegasse ao local apropriado. Essa atitude do doente era considerada uma falta de respeito para com a equipe que estava ali para "servi-lo" ou era uma consequência da doença. Esse retrato do espaço de internamento é desumano e se constitui uma violência em todos os sentidos, contribuindo para um novo adoecimento.

Basaglia (2005) aponta a exclusão do doente mental, a partir de uma visão sociopsiquiátrica. O autor refere-se ao

bode expiatório, como por exemplo, um membro da família ser sobrecarregado, recebendo toda a carga de problemas familiares. Nesse contexto, quem recebeu toda a carga emocional se torna excluído por causa do medo e alienação. A psiquiatria o alienou, etiquetando-o como alguém incapaz. Ele é excluído por aquele que o objetivou aquilo que não consegue dominar, isto é, exclui o outro que se encontra dentro de si mesmo. O autor expõe sobre a exclusão do outro, como uma negação do outro em si mesmo, criando no grupo excluído um estigma, onde o mal é desempenhado pelo excluído e, nesse contexto, o que exclui se sente diferenciado e se fortalece. O doente mental torna-se um excluído que nunca poderá opor-se àquele que o exclui, pois, seus atos serão considerados, na maioria das vezes, por causa da doença.

A psiquiatria teria o papel de mostrar seu ato médico e social ao revelar para o doente o que é a sua doença e o que a sociedade faz com ele ao excluí-lo: "[...] somente tomando consciência de ter sido excluído e recusado é que o doente mental poderá sair do estado de institucionalização a que foi induzido." (BASAGLIA, 2005, p.38) Quando é dada voz ao doente mental, ele consegue ver sua doença com toda sua aberração social, sendo possível perceber-se como ser humano que é passível de cura. Todo esse processo é uma desconstrução do estigma que foi enraizado na institucionalização do doente.

Basaglia (2005) destaca que a primeira coisa a se fazer em relação ao doente mental, o excluído, o institucionalizado, é fazer com que ele tenha um sentimento contrário ao poder que o aprisionou dentro de um manicômio. Essa atitude fará com que ele perceba-se como excluído e, ao perceber, seu estado emocional, que o manteve durante muito tempo alienado, fará com que gradativamente recuse-se a aceitar o aprisionamento. Outro fenômeno que ocorre em relação ao doente mental é que muitos sintomas que estavam ligados às estruturas que o aprisionavam desaparecem quando essas estruturas desmoronam-se, a ponto de ter um trabalho de separação entre o que seria fruto do internamento e fruto da doença inicial. Diante desse quadro, o autor indaga:

> Quais seriam então as perspectivas para um novo tipo de abordagem institucional para o doente mental? Desde já, poderíamos dizer que a nova instituição não deverá ser igual ao que foi tendendo, como finalidade maior, a salvaguardar os restos de um mundo privado, tão penosamente defendido pelo doente quando rudemente pisoteado pela instituição. (BASAGLIA, 2005, p. 85)

Não há possibilidade de haver um discurso sobre homogeneidade, nem de oferecer um atendimento humanizado, nem de desfrutar uma vida comunitária enquanto a instituição estiver pautada em papéis hierarquizados. Os papéis exercidos dentro da instituição asilar são fechados em si mesmos, exercendo suas atividades com seus limites em particular. Nesse contexto, o doente é coisificado e, diante desse quadro, o psiquiatra deve se posicionar. Se o tratamento oferecido ao doente estiver de acordo com o contexto da psiquiatria tradicional, continua-se a ver o doente como coisa, a oferecer um atendimento hierarquizado e controlador que sua atividade médica lhe impõe. Se porventura o psiquiatra estiver disposto a uma aproximação com o louco, terá que, primeiramente, entender o que o doente se tornou por conta de todo o processo desumano pelo qual passou. Nesse contexto, Basaglia (2005) lança o desafio para instituições que têm como objetivo a inclusão:

> Uma instituição que se pretende terapêutica deve tornar-se uma comunidade baseada na interação pré-reflexiva de todos os seus membros; uma instituição na qual a relação não seja a relação objetificante do senhor com o servo, ou de quem dá e quem recebe; na qual o doente não seja o último degrau de uma hierarquia baseada em valores estabelecidos de uma vez por todas pelo mais forte; na qual todos os membros da comunidade possam – mediante a contestação das recíprocas posições – reconstruir o próprio corpo e o próprio papel. (BASAGLIA, 2005, p. 89)

A reflexão que o autor faz, com base nas relações de poder, refere-se a algumas instituições em que a sociedade se organiza. Desumanizam-se suas relações com punição corporal, psicológica e social a quem não cumprisse as regras estabelecidas para manter a ordem institucional. O que é comum nessas instituições é a violência de quem está na posição de poder, de quem é o senhor das relações sobre quem está por baixo, quem é dominado. Essas instituições

têm divisões bem claras dos papéis, na divisão de quem é o servo e de quem é o senhor: "[...] servo e senhor, professor e aluno, empregador e trabalhador, médico e doente ou organizador e organizado" (BASAGLIA, 2005, p. 93).

O psiquiatra, dentro do contexto de atendimento ao doente, deve tomar consciência de como vivem os excluídos e de como vivem os que excluem. Corre-se o risco de se construir um papel ambíguo como "terapeutas" desconhecendo a demanda e suas necessidades solicitadas. Quem exerce poder e violência também se encontra na posição de excluído. É o oprimido que também é opressor. Quando se aceita a função de exercer o poder social, aceita-se também se comprometer com uma ação terapêutica, que, na prática, é um ato de violência, pois ele é controlado em suas reações diante do excludente.

> Atuar dentro de uma instituição da violência (mais ou menos mascarada) significa recusar o seu mandato social, dialetizando no campo prático esta negação: negar o ato terapêutico como prática de violência mistificada, aliando nossa tomada de consciência sobre o fato de sermos simples empreiteiros da violência (e, desta forma, excluídos) à tomada de consciência dos excluídos – a qual devemos estimular – sobre sua exclusão, evitando qualquer esforço no sentido de adaptá-los a essa exclusão. (BASAGLIA, 2005, p. 96)

O doente mental, também denominado louco, antes de qualquer denominação, é visto como uma pessoa sem direitos, estigmatizada, dominada por uma instituição e submissa aos donos do saber científico, isto é, ao corpo médico, que a faz excluída e a marginalizou. A sua exclusão da sociedade tem mais a ver com sua condição econômica do que propriamente com sua doença. Basaglia (2005) analisa quanto vale o doente mental em relação a sua internação, ao seu diagnóstico. O valor está ligado ao rótulo que recebeu quando internado, onde sofreu uma discriminação, sendo considerado escória da sociedade e tendo passado por um hospital psiquiátrico. Esse sujeito jamais será o mesmo, quando deixar a instituição fisicamente, pois esta jamais o deixará. Todo esse controle estará atuando, simplesmente, sobre aquele que, sem condição econômica, estará destinado a um ambiente destrutivo, marginalizante, que é o hospital psiquiátrico. A forma de abordar a questão da loucura mostra-nos que o problema em si já não é mais a doença, mas a relação que é estabelecida com ela. Nesta relação, o envolvido não é somente o louco, mas a equipe médica, a sociedade e seus familiares que o julgam e o excluem, delegando os seus cuidados ao médico. Basaglia (2005) ressalta a relação com o doente, afirmando que:

> Ora, de que tipo pode ser a relação com estes doentes, depois de registrarmos o que Goffman define com a "série de contingências de carreira" estranhas à doença? Na realidade, a relação terapêutica não age como uma nova violência, como uma relação política que vise à integração, no momento em que o psiquiatra – como delegatário da sociedade – tem o mandato de tratar dos doentes mediante atos terapêuticos cujo único significado é o de ajudá-los a adaptar-se à sua condição de "objetos de violência?" (BASAGLIA, 2005, p. 104)

Depois de muito tempo de institucionalização, o retrato do manicômio continua o mesmo, quase na sua totalidade. O tratamento desumano e autoritário ainda faz parte da vida dos internos, que em nome deles, Pinel reivindicava o direito a uma liberdade, que os fizessem cidadãos de direitos. A liberdade do louco foi descoberta pelo médico, que a mesma seria o primeiro passo para o tratamento do doente, visto que ele foi privado dessa liberdade por longos anos. Infelizmente, a necessidade do cárcere privado, isto é, da institucionalização em que o louco fora submetido, preso por muito tempo, requeria do psiquiatra apenas que ele fosse tutor e controlador das expressões que a doença poderia ter.

O psiquiatra, hoje, chega à conclusão de que a liberdade ou a abertura dos manicômios tem uma consequência extremamente positiva no tratamento do doente em relação ao situar-se, em relação à sua interação com a sociedade e sua relação com a própria doença, que foi anulada por sua condição de doente e o seu longo tempo num ambiente asilar. Felizmente, graças às tentativas de transformar o manicômio em um hospital, em que o doente possa receber um tratamento humanizado, agora o mesmo percebe-se não mais como uma pessoa submissa ao poder e violência de quem o tutela, mas como, mesmo objeto da doença, um doente que não mais aceita o olhar

distante do psiquiatra. Nesse contexto, o doente, mesmo sendo agressivo por conta da doença, vê-se como pessoa humana, tendo a possibilidade e esperança de não mais ser excluído, mas de fazer parte da vida social que antes lhes era negada. Basaglia (2005) traz um conceito de comunidade terapêutica que perpassa a todo tipo de atendimento e tratamento oferecido ao doente mental, ele afirma que:

> A comunidade terapêutica é um lugar no qual todos (e isso é importante) os seus componentes – doentes, enfermeiros e médicos – estão unidos num esforço total, onde as contradições da realidade representam o húmus de onde brota a ação terapêutica recíproca. É o jogo das contradições – dos médicos entre si, entre médicos e enfermeiros, entre enfermeiros e doentes, e entre doentes e médicos – que permite a continuidade de um processo de ruptura com uma situação a qual, de outro modo, poderia facilmente conduzir a uma cristalização dos papéis. (BASAGLIA, 2005, p. 115)

O autor ressalta que, em relação à sua posição como psiquiatra em se confrontar com a necessidade de escolher, em aceitar ser o que detém o poder e violência ou bater de frente radicalmente com esse problema que não pode ser aceito de maneira simplória com soluções fáceis. O autor continua afirmando que a escolha feita foi a de se manter ligado ao doente como consequência de uma relação que não podia ser impedida, em que os problemas em relação ao poder devem ser discutidos, abrindo espaço para o tema dominação tendo uma nova postura democrática do psiquiatra. Deve-se discutir tanto sobre o hospital como comunidade terapêutica, como sobre as novas diretrizes do atendimento psiquiátrico humanizado. (BASAGLIA, 2005).

Fazendo uma crítica à distância que há entre o atendimento psiquiátrico humanizado com a Reforma Psiquiátrica e a prática da mesma, o discurso continua o mesmo, muda-se o teor, mas o conteúdo continua o mesmo, isto é, as questões acerca da institucionalização e dominação do doente mental tem uma nova roupa, mas com velhos costumes. A pessoa acometida com sofrimento mental, continua a ser massa de manobra dentro de um regime asilar que destrói qualquer possibilidade de constituir-se num cidadão de direitos. Os novos modelos assistenciais, que só parecem ser o que deveriam ser, mas não são, fazem com que seus técnicos adotem um papel que revela uma superficialidade na eficiência profissional. Esses técnicos aceitam promover uma nova postura, mas que, na realidade, só reforça o sistema dominante que não se pode mudar, e que continua a dominar quem possui a doença.

A militância de Basaglia (2005) contribui para desinstitucionalização e extinção da maioria dos leitos psiquiátricos no Brasil. A Lei 180, de sua autoria, que foi aprovada na Itália, em 1978, extinguiu os manicômios substituindo-os por modelos assistenciais terapêuticos. Sua experiência com o Movimento da Psiquiatria Democrática influenciou o fechamento de hospitais psiquiátricos em Gorizia e Trieste, criando um novo atendimento às pessoas com sofrimento mental com novas técnicas de cuidado, servindo de inspiração para mudanças na abordagem em saúde mental ao redor do mundo, inclusive no Brasil.

CONCLUSÃO

Uma viagem fascinante, na companhia de pensadores como Foucault (2010), Goofman (1974) e Basaglia (2005). Uma imersão no universo do fenômeno da loucura através dos séculos. O desafio foi analisar as tentativas científico-filosóficas para compreender tal fenômeno e seus sujeitos, e o que levou a sociedade a adjetivá-los ora como "santos", ora como "desatinados", como profetas, que detinham os destinos dos demais em suas mãos/palavras, a interditados que nem mesmo sobre seus próprios destinos tinham qualquer controle.

A Reforma Psiquiátrica foi um marco para a extinção dos manicômios rompendo com o tratamento que confina o louco para um modelo que não mais estigmatiza, mas humaniza as relações entre médico e paciente. São novas maneiras de tratar, ampliando os espaços e possibilidades de atendimento em saúde mental. Os serviços substituti-

vos tornaram-se um referencial para emancipação da pessoa com transtorno mental, dando voz e vez e garantindo proteção e direitos através da Lei 10216/2001. São variados serviços substitutivos que têm o objetivo de atender a diversas demandas específicas. São os CAPS, Residências Terapêuticas e Programa de Volta Pra Casa. Felizmente muitas mudanças ocorreram no campo da saúde mental, mas a institucionalização do louco ainda é uma realidade hoje. O louco ainda é objeto de dominação em um tratamento desumano que gera ainda dependência hospitalar.

O estudo traz luzes sobre muitos questionamentos para compreensão do fenômeno da loucura, mas ainda há sombras, questões que não puderam ser respondidas satisfatoriamente. Sonhamos com uma sociedade em que o imaginário social da loucura construído no decorrer dos séculos possa ser desconstruído tendo um novo olhar em relação à saúde mental e consequentemente, uma sociedade baseada no conceito de alteridade, onde o louco seja cidadão de direitos com tratamento humanizado.

Referências

AMADO, Edna. A loucura entre nós: depoimento. [17 de maio, 2016]. [v.l.] **Águas de Março Filmes.** Entrevista concedida a Águas de Março. Disponível em: https://aloucuraentrenos.wordpress.com/2016/05/17/entrevista-com-edna-amado/. Acesso em 06/02/2017.

AMARANTE, P. D. de C. (coordenador). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995.

_____. **Rumo ao fim dos manicômios**. Reportagem, edição 164, setembro de 2006. Disponível em <http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios_imprimir.html>. Acesso em 17 fev. 2017.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração editorial, 2013.

BASAGLIA, Franco. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica** / Franco Basaglia; organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7. ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

FERREIRA, Marcelo Santana. **Polissemia do conceito de instituição**: diálogos entre Goffman e Foucault. **ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 1, 2012.

FOUCAUT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010ª

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 38 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010b.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro. Perspectiva, 2015.

MUCHAIL, Salma Tannus; FONSECA, Marcio Alves da; NETO, Alfredo Veiga. (Org.). **O mesmo e o outro**: 50 anos de História da loucura. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão**. 1ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.