

**BREVE HISTÓRIA DA LOUCURA,
MOVIMENTOS DE CONTESTAÇÃO
E REFORMA PSIQUIÁTRICA NA ITÁLIA,
NA FRANÇA E NO BRASIL**

***BRIEF HISTORY OF MADNESS,
MOVEMENTS OF CONTESTATION
AND PSYCHIATRIC REFORM IN ITALY, FRANCE AND BRAZIL***

Micheline Dayse Gomes Batista
Universidade Federal de Pernambuco

Resumo

A história e a cultura nos trazem referências ora positivas, ora negativas sobre a loucura e isso nos leva a pensar sobre a linha tênue que separa a saúde da doença. Em um momento temos uma ideia quase romântica da loucura, não muito distante daquela que associa a loucura à genialidade artística e/ou intelectual. Em outro momento, entretanto, a figura do louco aparece como a de alguém descontrolado e perigoso. Essa ideia deu origem à psiquiatria como ciência, no século XIX. Mas quando a loucura passou a ser uma patologia, um problema social? Que mudanças ocasionaram a transmutação da palavra loucura em alienação mental, depois em doença mental, até chegar ao sofrimento psíquico? Para tentar responder a essas perguntas, apresentamos uma breve história da loucura a partir de Foucault para em seguida abordar, ainda que rapidamente, os movimentos de contestação e a reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil.

Palavras-chave: loucura, Foucault, psiquiatria, reforma psiquiátrica.

Abstract

History and culture bring us references sometimes positive and sometimes negative about madness and this leads us to think about the fine line that separates the health of the disease. In a moment we have an almost romantic idea of madness, not far from what associates the madness of artistic genius and / or intellectualism. At another point, however, the individual appears crazy like someone uncontrolled and

dangerous. This idea gave rise to psychiatry as a science in the nineteenth century. But when did madness become pathology, a social problem? What changes caused the transmutation of the word madness in mental alienation, then mental illness, until you reach psychological distress? To try and answer these questions, we present a brief history of madness from Foucault and then a brief approach about the protest movements and psychiatric reform in Italy, France and Brazil.

Keywords: madness, Foucault, psychiatry, psychiatric reform.

Introdução

A história e a cultura, sobretudo a popular, nos trazem referências ora positivas, ora negativas sobre a loucura e isso nos leva a pensar sobre a linha tênue que separa a saúde da doença. Em um momento, ouvimos expressões cotidianas tais como “de médico e de louco todo mundo tem um pouco” (tradução no Brasil do título do filme norte-americano *The dream team*, de 1989, que virou peça de teatro), “sou louco por você”, “a multidão foi à loucura”, “fulano é louco de pedra” etc. Temos aí uma acepção quase romântica da loucura, não muito distante daquela que associa a loucura à genialidade artística e/ou intelectual. Basta lembrarmos-nos de nomes como Vincent van Gogh, Jean Michel Basquiat e Antonin Artaud, valorizados pelos seus dons artísticos; ou nomes como o filósofo Friedrich Nietzsche e o matemático John Forbes Nash, cuja biografia originou o filme *Uma mente brilhante* (*A beautiful mind*, 2001), entre tantos outros. Sempre existiu uma vasta literatura ambientada em torno da loucura, pelo menos desde Rei Lear, de Shakespeare, e *Dom Quixote de La Mancha*, de Cervantes, obras do início do século XVII que até hoje inspiram a realização de peças e filmes.

Em outro momento, entretanto, a figura do louco aparece como a de alguém desajustado, descontrolado e perigoso, capaz de cometer atos violentos e “insanos”. Foi essa ideia que deu origem à psiquiatria como ciência, no século XIX. Mas, quando a loucura passou a ser uma patologia, um problema social? Que mudanças ocorreram na sociedade que ocasionaram a transmutação da palavra loucura em alienação, depois em doença mental, até chegar ao transtorno ou sofrimento psíquico? Essas mudanças diminuíram ou acabaram com o preconceito, o estigma, a exclusão?

Para tentar responder a essas perguntas, vamos apresentar uma breve história da loucura a partir de Foucault e o contexto em que a psiquiatria se desenvolveu no Brasil, para em seguida abordar, ainda que rapidamente, os movimentos de contestação e a reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. Concluímos com uma pequena análise da situação atual do sistema

brasileiro de atenção à saúde mental, indicando alguns caminhos para pensarmos a questão da loucura na contemporaneidade.

Breve história da loucura: Foucault

Em *História da loucura*¹, Michel Foucault nos conduz por uma viagem em torno do que ele chama de “estrutura de exclusão” do fenômeno da loucura. Essa exclusão começa com o esvaziamento dos leprosários ao final da Idade Média, tidos como “lugares obscuros”, de segregação, cheios de “ritos que não estavam destinados a suprimi-la [a lepra], mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada” (Foucault, 2010, p. 6). Com a lepra controlada, esses espaços começam a ser utilizados para tratamento das doenças venéreas no fim do século XV. Logo, os leprosários também passam a ser usados para tratar todo tipo de doentes, inclusive loucos.

Foucault observa que a loucura, antes de ter sido “dominada” por volta da metade do século XVII, estava “ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença” (Foucault, 2010, p. 8). Naquele período, a loucura circulava livremente pelas ruas e era tema recorrente de diversas expressões artísticas, como peças de teatro e romances. Os loucos “conhecidos” eram tolerados, mas os loucos “estranhos”, com comportamentos desviantes e bizarros, incluindo os bêbados e os devassos, eram confinados em navios numa espécie de exílio ritualístico. Para o autor, a figura da Nau dos Loucos do século XV simbolizava a busca da razão, da purificação pela água. No livro, o que Foucault quer saber é: quando, a partir de que momento, a loucura começa a ser pensada como uma patologia e por que antes não era assim?

Com o internamento nos antigos leprosários, os portadores de doenças venéreas e os loucos passam a compartilhar um “espaço moral de exclusão”, antecipando o fim do “grau zero” da história da loucura, época em que “predominava uma indiferenciação entre loucura e razão” (Freitas, 2004, p. 77). Em um dado momento, teria havido uma ruptura entre a razão e a loucura, pela qual a razão, cerca de 150 anos antes do surgimento da psiquiatria, “se separa da loucura, esvazia a verdade da loucura para afirmar a si própria soberanamente” (Freitas, 2004, p. 78). Essa separação dará origem à “estrutura de exclusão” mencionada por Foucault, e teriam sido dois os seus estopins: a fundação do Hospital Geral de Paris por decreto (1656), inaugurando a “grande internação dos pobres”, e a libertação dos acorrentados de Bicêtre (1794).

1 História da loucura foi a tese de doutorado de Foucault, defendida em 1961 e publicada meses depois com seu título original, Loucura e desrazão: história da loucura na idade clássica (Cf. Freitas, 2004, p. 77).

O Hospital Geral tinha como objetivo recolher e “hospedar” os pobres de Paris, suprimindo a mendicância e a ociosidade. Pessoas de qualquer sexo, de qualquer idade, válidas ou inválidas, “doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis”, todos eram forçados a trabalhar como forma de “purificação”. O hospital era uma instituição sem caráter médico, apenas “uma espécie de entidade administrativa” semijurídica, com poder de julgar e executar, sem direito a apelações. Foucault observa que essas casas de internamento se espalharam por toda a Europa, especialmente na França, Alemanha e Inglaterra, muitas delas estabelecidas dentro dos muros dos antigos leprosários, e eram mantidas com dinheiro público.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento (Foucault, 2010, p. 6).

Para Foucault, então, a grande internação é “o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade” (Foucault, 2010, p. 114). A loucura passa a se distinguir das outras categorias. Chega um tempo em que a pobreza não precisa mais ser encarcerada, mas a loucura sim. Até que, em fins do século XVIII e no século XIX, surgem os asilos com valor terapêutico, e a loucura passa a ser definida como “alienação mental”, como proposto por Philippe Pinel, sendo integrada ao campo da Medicina. Na França, Pinel liberta os loucos de Bicêtre dos grilhões e defende sua reeducação através do controle social e, sobretudo, moral. Na Inglaterra, o principal responsável pela reforma, contemporaneamente a Pinel, é Samuel Tuke, que busca curar os doentes numa casa de campo, livre de grades e correntes.

Tuke não era médico e nem Pinel psiquiatra, tampouco houve um rompimento com a prática do internamento. Este teria sido apenas humanizado². O asilo abrigaria “o poder moral da consolação, da confiança, e de uma fidelidade dócil à natureza” pela disseminação de valores como religião (principalmente no Retiro de Tuke), família e trabalho (Foucault, 2010, p. 487). O tratamento de Pinel incluía métodos como banhos de água fria e camisa de força, o que, na visão de Foucault, apenas internalizava a ideia de julgamento e punição entre os doentes. Em *A água e a loucura*

² Cf. Frayze-Pereira, 1984.

(1963), o autor descreve como a hidroterapia era utilizada desde o século XVII: “fria, sob a forma de banhos, mas sobretudo duchas, ela curava a mania” (Foucault, 2006, p. 206). Nos casos graves, os pacientes ficavam de molho em banhos-infusões. Já na medicina asilar do século XIX, na época de Pinel, a água era o que impunha um controle exterior ao louco, que a partir do banho reconhece a autoridade do médico e se reconhece como doente.

Se o louco chega a se reconhecer como doente, é porque ele não foi totalmente destituído de suas faculdades mentais. Ainda restam lampejos de razão. Isso permitiria, por exemplo, o retorno a um estado “normal” após um acesso de loucura. Freitas (2004) vai argumentar que Foucault errou ao não reconhecer a importância da mania intermitente na gênese da psiquiatria, considerando todo tratamento realizado na instituição psiquiátrica como excludente. Ao estudar a mania intermitente, Pinel concluiria que é possível ter acesso ao alienado mental e reintegrá-lo à sociedade. “A partir de Pinel, a loucura pode ser tratada porque é possível ‘dialogar’ com o insensato” (Freitas, 2004, p. 88). A alienação seria um “episódio” na vida do sujeito, ainda que cíclico, do qual é possível sair através do tratamento.

Dessa forma, tanto para Pinel quanto para seu aluno Jean-Étienne Esquirol, o asilo era o melhor meio de garantir a segurança pessoal dos loucos e sua família, ao libertá-los de influências externas. Lugar de vigilância e de trabalho como principal meio de cura. É o trabalho que dignifica o homem e transforma o alienado em um ser útil e dócil. Esse modelo pineliano, sustentado no tripé isolar/conhecer/tratar, onde o hospital representa o principal espaço do saber-poder médico, até hoje tem seus críticos e defensores.

A loucura, os loucos e o hospício no Brasil

No Brasil, a loucura fazia parte do convívio social desde o século XVI até o início do século XIX. A partir desse ponto, começou a ser reconhecida como desordem e perturbação da paz social, passando a ser apropriada pelo discurso religioso (Vechi, 2004). Progressivamente, os loucos foram sendo retirados do contexto social e isolados nos porões das Santas Casas de Misericórdia e nas prisões públicas. Para os médicos da época, entretanto, essa situação não resolvia o problema da loucura. A segregação, a falta de higiene e de um tratamento físico e moral adequado tornavam a cura impossível. Os médicos, articulados com o então provedor da Santa Casa, José Clemente Pereira, começam a reivindicar a criação de um instrumento terapêutico específico para os loucos, o hospício³.

3 Cf. Machado, 1978, p. 428.

Assim, o Hospício de Pedro II é criado por decreto imperial em 1841, inspirado no modelo francês elaborado por Pinel e Esquirol. Fundado, de fato, em 1852, sua construção e administração, no Rio de Janeiro, ficaram a cargo da Santa Casa. Por isso mesmo, Vecchi (2004) observa que, apesar da existência de médicos nesse local, seu controle ainda permanecia objeto do discurso religioso. De acordo com Fonte (2011), até a proclamação da República (1889), outras instituições semelhantes seriam criadas em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886).

Somente na República é que a loucura é retirada do discurso religioso e encampada pelo discurso científico médico-psiquiátrico, propondo substituir o tratamento desumano e primitivo por valores humanitários. Viabiliza-se, assim, a implantação do projeto de medicalização da loucura e sua transformação efetiva em doença mental (Fonte, 2011). Na prática, há uma expansão da rede pública de hospitais psiquiátricos. O isolamento nessas instituições é justificado, em primeiro lugar, pela separação do louco em relação às causas da doença (principalmente a família), e, em segundo, pela possibilidade de intervenção terapêutica⁴. Não haveria cura sem isolamento.

Machado (1978) descreve como a concepção arquitetônica do Pedro II, por exemplo, foi pensada para regular a vida no hospício de modo a facilitar a vigilância pelos enfermeiros. “Tem a forma de um retângulo com um bloco central separando essas duas alas [masculina e feminina] laterais, cada uma contendo dois pátios internos” (Machado, 1978, p. 433). Essa divisão contempla a separação por classes e por estágio da doença (tranquilos e agitados, limpos e sujos, afetados por moléstias contagiosas etc.). O hospício também não pode ser lugar de ócio. O trabalho é terapêutico e deve ser a principal ocupação dos internos. “A norma do trabalho impera no hospício e se materializa em oficinas de costura, bordados, flores artificiais, alfaiataria, estopa, alcochoaria, escovas, móveis, calçados” (Machado, 1978, p. 440). Uma mão de obra barata e capaz de gerar renda para a manutenção do próprio hospício. Àqueles sem aptidão para essas atividades era prescrita a jardinagem ou o trabalho como servente em obras, refeitórios e enfermarias.

Para Foucault (2008, p. 121), o internamento do século XIX coincide com o momento em que a loucura é percebida como uma conduta irregular e anormal. Uma “desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre” (Foucault, 2008, p. 69). O hospital é lugar de diagnóstico e classificação, e o médico é aquele que pode dizer “a verdade da doença” e ao mesmo tempo produzi-la para, em seguida, dominá-la. É o alienista quem decide quem é “anormal”, como claramente exposto na

4 Cf. Machado, 1978, p. 430-431.

obra de Machado de Assis (1994). Na ficção, publicada em 1882, Simão Bacamarte constrói um edifício – a Casa Verde – para “agasalhar” todos os loucos de Itaguaí: o vaidoso, a supersticiosa, a indecisa, o bajulador – quase todos viram cobaias para seus estudos sobre a loucura. Nem a própria esposa, dona Evarista, escapa. Seus exageros ocasionam uma revolta popular, mas os revoltosos também acabam trancafiados. Entretanto, em um dado momento, Bacamarte conclui que 80% da população internada eram casos a “repensar”. Inverte, então, o critério de reclusão e passa a recolher a minoria: os simples, os sinceros, os leais etc.

Esse superpoder do médico que descreve a crise que ele mesmo provoca – o equivalente à descoberta de Pasteur de que o médico transmite a doença que devia curar – teria ocasionado, ainda segundo Foucault, uma crise na psiquiatria. É a psiquiatria que produz seu objeto, e não o descobre, como sustenta o discurso médico moderno. Tanto a alienação quanto a loucura seriam, portanto, produções discursivas da psiquiatria. A crise surge justamente quando o saber-poder do médico é colocado em xeque nesses e em outros termos. “Em todo caso, me parece que todos os grandes abalos que sacudiram a psiquiatria desde o fim do século XIX, essencialmente colocaram em questão o poder do médico” (Foucault, 2008, p. 123). É a partir dessa crise que se começa a falar em “despsiquiatrização” e em antipsiquiatrias, culminando, nos pós-guerra, com a eclosão de movimentos de contestação ao saber-poder psiquiátrico em diversos países do Ocidente, inclusive no Brasil, embora com algum atraso, nas décadas de 1960 e 1970, durante os anos de chumbo da ditadura militar (Alarcon, 2005).

Movimentos de contestação e a reforma psiquiátrica

Os hospitais psiquiátricos, caracterizados pelas internações em tempo integral e de longa duração, chegam à década de 50 do século XX superlotados, com funcionários insuficientes para atender à demanda e como alvos de denúncias de maus tratos. As críticas a esse modelo acabam por alavancar reformas no setor e nesse sentido dois grupos distintos ganham proeminência: a) os que defendiam a psiquiatria reformada, implicando a reformulação interna das instituições para que se tornassem, de fato, terapêuticas (a comunidade terapêutica, na Inglaterra, e a psicoterapia institucional, na França) e outros que propunham estender a psiquiatria ao espaço público (psiquiatria comunitária); e b) os que defendiam uma ruptura radical com a psiquiatria tal como se conhecia, dividindo-se entre a antipsiquiatria (Inglaterra, década de 1960) e aqueles que defendiam a Psiquiatria Democrática, como o italiano Franco Basaglia.

Basaglia propunha não somente a erradicação dos manicômios na Itália, o que começa a ocorrer a partir de 1973, como também a desconstrução dos saberes, práticas e discursos psiquiátricos. Para ele, tanto a família e a escola quanto as prisões e os manicômios são as “instituições da violência”: “a autoridade paterna é opressiva e arbitrária; a escola se baseia na chantagem e na ameaça; o empregador explora o trabalhador; o manicômio destrói o doente mental” (Basaglia, 2005, p. 91). Basaglia questiona os diagnósticos clínicos, enxergando neles um “profundo significado discriminatório”. Um esquizofrênico rico, internado em clínica particular, recebe um prognóstico diferente de um esquizofrênico pobre, encaminhado a um hospital psiquiátrico. O primeiro nunca é descontextualizado ou separado totalmente de sua realidade, o que facilita sua reinserção na sociedade. Os pobres seriam aqueles que já sofrem com a violência do sistema social que “os empurra para fora da produção, para a margem da vida associativa, até encerrá-los nos muros do hospital” (Basaglia, 2005, p. 91). Seriam esses os elementos de transtorno da sociedade. A exclusão dos loucos do mundo dos são só confirma e sanciona a validade das normas que a própria sociedade estabelece.

Nesse sentido, nossa ação atual tem de ser uma negação que, nascida como reviravolta institucional e científica, conduz à recusa do ato terapêutico como resolutivo de conflitos sociais, que não podem ser superados mediante a adaptação de quem os sofre. Os primeiros passos dessa reviravolta efetuaram-se, portanto, por meio da proposta de uma nova dimensão institucional que definimos, no início, como uma comunidade terapêutica (Basaglia, 2005, p. 104-105).

O problema para Basaglia, portanto, já não era a questão da doença em si, mas a relação que com ela se estabelecia. A negação da realidade manicomial passava pela negação de toda classificação nosológica. Além disso, seria preciso devolver a liberdade ao doente (liberdade como uma terapia em si). Ao assumir a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia, a partir de 1961, Basaglia introduz o conceito de comunidade terapêutica, sob influência dos ingleses David Cooper e Ronald Laing⁵. A ideia era transformar o manicômio em um hospital de tratamento de fato, uma etapa transitória no processo de cura, para que posteriormente fosse superado e substituído por um sistema alternativo de serviços. Segundo Passos (2009), as mudanças propostas eram vistas como ousadas e radicais demais por aqueles que ainda buscavam reafirmar a velha psiquiatria asilar.

5 Cf. Passos, 2009, p. 126-127.

Enquanto países europeus, como Inglaterra e França, tentavam, bem ou mal, fazer suas reformas na perspectiva de uma reorganização modernizadora, criando serviços alternativos, mas articulados aos hospitais, a desintitucionalização iniciada por Basaglia como mera experiência de comunidade terapêutica, circunscrita a um asilo nos confins do país, pouco a pouco se torna foco crescente de polêmica até abrir uma rachadura política decisiva no interior da corporação, quebrando sua organicidade histórica e expondo a miserável realidade da psiquiatria pública praticada no país. (Passos, 2009, p. 127)

A Lei Mariotti, de 1968, já previa que, na Itália, o internamento deveria ser voluntário ao invés de compulsório, a critério do psiquiatra. Entretanto, ainda de acordo com Passos (2009), essa microrreforma teria sido irrelevante para Basaglia, uma vez que a realidade italiana continuava “fortemente manicomial”, expondo o “atraso e isolamento” de uma psiquiatria ainda presa ao determinismo biológico do século XIX⁶. Em 1971, Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste, que finalmente é fechado em definitivo em 1977. Os adeptos da Psiquiatria Democrática conseguem que o prédio seja reocupado por outras instituições e organizações sociais, como universidade, escola e cooperativas, sendo substituído por “uma rede de novas e diversificadas estruturas de saúde mental na cidade” (Passos, 2009, p. 132).

No ano seguinte, o parlamento italiano aprova a Lei 180, conhecida como Lei Basaglia. A lei integrou a doença mental na legislação sanitária, o que para os adeptos da Psiquiatria Democrática retirava dela a condição de periculosidade particular. Outro avanço foi a regulamentação do *tratamento* obrigatório, não a internação, abrindo caminho para que esse tratamento fosse realizado em serviços territoriais, ao invés de hospitais. Estes, aliás, seriam progressivamente desativados. Elimina-se, também, a custódia da pessoa e de seus bens, e o direito constitucional ao voto é restituído aos doentes mentais⁷.

No caso da psiquiatria de setor, que tem início na França, em 1945, e em 1960 é incorporada como política oficial de saúde mental, a prioridade é o tratamento do doente em sua própria comunidade. Foram criadas equipes multidisciplinares compostas por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais para prevenir e tratar as doenças mentais sem muros ou confinamentos. O hospital estava lá apenas como coadjuvante, para auxiliar no tratamento. A reforma na França tinha como objetivo substituir o modelo excludente e isolacionista, baseado na repressão, pela emancipação do doente mental e sua reintegração à sociedade.

6 Cf. Passos, 2009, p. 126.

7 Cf. Passos, 2009, p. 132-133.

No Brasil, em 1978, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, ligado ao movimento de Reforma Sanitária, provocaria a derrocada da denominada “indústria da loucura”, numa época em que os hospitais privados se multiplicavam pelo país e, com eles, a precariedade nos serviços prestados à população (Fonte, 2011). A discussão da desinstitucionalização entra no meio acadêmico-intelectual. Já no final da década de 1980, articulados e influenciados pelo pensamento de Basaglia, técnicos de saúde, acadêmicos, militantes sociais e organizações comunitárias conseguem provocar o fechamento de alguns manicômios e a abertura dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Vários desses atores dão origem ao Movimento da Luta Antimanicomial, uma ação coletiva em prol de “uma sociedade sem manicômios”.

A década de 1990 vem para consolidar todo esse movimento através de mudanças promovidas nas áreas legislativa, jurídica e administrativa (Fonte, 2011). Fonte vai observar que são desse período as primeiras normas federais que regulamentam a implantação dos serviços de atenção diária, inspirados nas experiências dos primeiros CAPS, bem como as primeiras diretrizes para fiscalização e classificação dos hospitais. “Neste período, a Reforma Psiquiátrica efetivamente começou a se materializar em serviços extra-hospitalares, sejam intermediários ou substitutivos ao manicômio” (Fonte, 2011, s/p).

Ainda segundo Fonte (2011), desde o início da década de 2000, é possível detectar dois movimentos no Brasil: “a construção de uma rede de saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e a fiscalização e redução progressiva dos leitos psiquiátricos existentes” (Fonte, 2011, s/p). A reforma psiquiátrica foi consolidada como política oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, em Brasília. Essa política confere aos CAPS um papel estratégico na mudança de modelo. Um dos indicadores disso, diz a autora, é a alocação de recursos. “Se no final da década de 1990 os gastos hospitalares correspondiam a mais de 90% dos recursos do SUS para a saúde mental, no final de 2006, 56% destinavam-se aos gastos extra-hospitalares e 44%, aos gastos hospitalares” (Fonte, 2011, s/p).

Na visão da autora, essa inversão de prioridades indicaria uma diminuição na hegemonia institucional do hospital psiquiátrico. Os manicômios em condições precárias foram fechados. Além da expansão dos CAPS (em 2010 eram mais de 1,5 mil espalhados pelo país, de acordo com dados do Ministério da Saúde), é importante citar ainda a abertura de residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência e hospitais de semi-internação. De um modo geral, Fonte considera que a reforma psiquiátrica brasileira tem se apresentado como “positiva e bem sucedida”, ainda que persistam algumas desigualdades regionais.

A loucura na atualidade: caminhos e descaminhos

Os números trazidos por Fontes (2011), que mostram uma redução na proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e um aumento na proporção de recursos aplicados nos serviços extra-hospitalares, indicam que, de alguma forma, a reforma psiquiátrica brasileira está se consolidando. Dados mais recentes da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas revelam que a proporção dos gastos do SUS com hospitais psiquiátricos caiu de 75,24%, em 2002, para 29,44% em 2010 (Brasil, 2011). No mesmo período, os gastos com o Programa de Saúde Mental praticamente triplicaram, saltando de R\$ 619,29 milhões para R\$ 1,81 bilhão.

Todavia, essa consolidação significa dizer que a “estrutura de exclusão” mencionada por Foucault acabou? Vários autores acreditam que não. Vecchi (2004) argumenta que a iatrogenia, que favorece a conservação da clientela, produzindo um efeito inverso ao terapêutico, continuou vigente no discurso da desinstitucionalização. A desinstitucionalização da loucura não poderia se resumir ao mero processo de desospitalização. “Nesse sentido, essa noção apontaria penas para a mudança do locus de tratamento, isto é, dos grandes hospitais psiquiátricos para os serviços comunitários, como os hospitais-dia e os centros de atenção psicossocial” (Vecchi, p. 493). A rede, sem dúvida, aumentou: saímos de 424 CAPS, em 2002, para 1.650 em 2011, atingindo 68% de cobertura. Enquanto isso, no mesmo período, o Serviço Residencial Terapêutico evoluiu de 85 para 596 unidades apenas, sinal de que a expansão do número de residências não acompanha o ritmo de fechamento dos leitos. Entre 2002 e 2011 foram fechados 18.712 leitos psiquiátricos no país (Brasil, 2011).

A reforma, portanto, não pode ser entendida apenas como a melhora e a humanização dos serviços, mas sobretudo como uma mudança no discurso científico, em especial na noção do que é a doença mental. Essa noção continuaria invalidando a condição de sujeito autônomo, ainda que seja tratado como usuário “voluntário” do serviço e não mais como “paciente”. Fonte (2011, s/p) dirá também que “o fato de um serviço ser externo não garante sua natureza não manicomial e sua qualidade. A Reforma Psiquiátrica, em seus refluxos e ambiguidades, vem demonstrando certo coeficiente de ‘reinstitutionalização’”. Que reinstitucionalização seria essa? No caso do Brasil, seria a “CAPScização” do modelo assistencial, que coloca o CAPS no centro do sistema e das políticas públicas de saúde, produzindo novas institucionalizações, novas cronicidades. A loucura pulou os muros dos hospitais, mas com os CAPS pode ter entrado em outra espécie de prisão.

Outro aspecto que merece ser mencionado é o crescimento do

uso dos psicofármacos nos tratamentos terapêuticos, inclusive porque eles extrapolaram o campo da psiquiatria, estendendo-se também ao campo da cardiologia e da psicanálise. O cardiologista e o psicanalista também tratam algumas das novas doenças da nossa época, como a depressão, a neurose e a síndrome de pânico. Ainda segundo Fonte, os gastos federais nessa área vêm sofrendo um “aumento vertiginoso”. Os recursos destinados ao pagamento de medicações psicotrópicas saltaram de R\$ 35,8 milhões, em 2002, para R\$ 263,4 milhões em 2009. É quase todo o dinheiro que o governo aplica na rede CAPS.

Considerando que o sofrimento psíquico é hoje considerado um mal tão grave quanto o sofrimento físico (Dantas, 2008), o crescente uso de medicamentos revelaria ainda a cronicidade de alguns usuários, que precisam retornar constantemente ao sistema em busca de medicação. Para Tesser (2006), de um modo geral, a medicalização é o que transforma culturalmente as populações e é o que provoca uma diminuição da capacidade de enfrentamento das dores e doenças. A ação especializada do profissional de saúde, ao invés de promover a autonomia do doente, “destrói a autonomia, reivindicando a submissão, alimentando a dependência e a compulsão ao consumo” (Tesser, 2006, p. 67).

Fazendo uma “crítica da crítica” à assistência psiquiátrica na atualidade, Perrusi (2010) sustenta que a lógica asilar não acabou. Embora leitos psiquiátricos estejam sendo fechados, “a noção de ‘lógica asilar’, como tal, não se esgota no seu contexto empírico de origem, o ‘asilo’”, e por isso ainda pode ser percebida como prática em outras estruturas, como o próprio hospital psiquiátrico – que ainda consome cerca de 30% dos recursos do SUS com saúde mental – e até nos serviços extra-hospitalares. Para o autor, essa lógica, que nada mais é do que a lógica da tutela e do enquadramento moral, estaria ligada a todo o processo institucional da psiquiatria e seu fim significaria o fim da própria psiquiatria. Esse processo institucional envolveria, até mesmo, uma incapacidade de enquadrar cientificamente a doença mental.

Sem dúvida, o modelo CAPS vem tentando substituir a repressão do asilo pela readaptação social. Porém, o que constatamos é a permanência do preconceito e do estigma na comunidade. O louco continua sendo considerado alguém inferior, desacreditado, incapaz. Basaglia (2005, p. 123) já defendia que “uma comunidade que se pretenda terapêutica deve levar em conta essa realidade dúcplice – a doença e a estigmatização – a fim de poder reconstruir gradualmente a face do doente como era antes”. Obviamente, não se trata, aqui, de tentar corrigir um “defeito”, como um deficiente físico que se submete a uma cirurgia plástica ou um analfabeto que corrige sua educação (Goffman, 2004).

Caminhamos para o consenso de que a desinstitucionalização plena deveria contemplar uma reversão no secular processo de iatrogenia. “Esse discurso, assim, diferentemente dos demais, propõe a (re)invenção na forma de definirmos, olharmos, caracterizarmos, compreendermos a loucura” (Vechi, 2004, p. 494), sem restringi-la à ordem patológica. Segundo Vechi, a construção de uma nova noção científica em torno do tema possibilitaria a redefinição do que são as diferenças e do que é o sofrimento, “sem necessariamente fazer uso do viés do desvio, da incapacidade, da anormalidade, da periculosidade, da incompetência” (Vechi, 2004, p. 494). Conseqüentemente, haveria uma nova definição do que é a normalização terapêutica – não é porque eu sou diferente que preciso ser “normalizado”, existiriam graus de diferenças e de sofrimento. Mas não apenas isso. Essa redefinição poderia nos ajudar a construir um “novo lugar social” para o louco, e essa inclusão passa necessariamente pelo conceito de saúde e bem-estar mental.

Referências

- ALARCON, Sergio. Da reforma psiquiátrica à luta pela ‘vida não-fascista’. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, maio-agosto, 2005, p. 249-263. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n2/01.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2012.
- ASSIS, Machado de. O alienista. In: _____. **Obra Completa**, v. II. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994, p. 3-48.
- BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 91-149.
- BRASIL. Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental em dados 9**, ano VI, n. 9, jul. 2011.
- DANTAS, Marília Antunes. O sofrimento psíquico e as tensões da autonomia na sociedade de indivíduos. **Psicologia.pt – Portal dos Psicólogos**. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0422.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2012.
- FONTE, Eliane Maria Monteiro. As sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE SOCIOLOGIA, XXVIII., **Anais...**, Recife, 2011.
- FOUCAULT, Michel. A água e a loucura (1963). In: _____. **Problematização do sujeito: Psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Ditos e Escritos I. Org. Manoel Barros da Motta. Trad. Tradução de Vera Lúcia Avelar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 205-209.

_____. A casa dos loucos. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Org. e trad. Roberto Machado. São Paulo: Graal, 2008, p. 113-128.

_____. **História da loucura na idade clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Neto. 9. ed.. São Paulo: Perspectiva, 2010.

FRAYZE-PEREIRA, João A. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jan./abr. 2004, p. 75-91. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n1/04.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2012.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed.. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

MACHADO, Roberto. Aos loucos, o hospício. In: MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**. a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 423-443.

PASSOS, Izabel C. Friche. **Reforma psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2009.

PERRUSI, Artur. A lógica asilar acabou?: um estudo sobre as transformações na psiquiatria brasileira. In: FONTES, Breno Augusto Soto Maior; FONTE, Eliane Maria Monteiro da. **Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental**: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife: Ed. da UFPE, 2010, p. 71-112.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, jan./jun. 2006, p. 61-76. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a05v1019.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2012.

VECHI, Luís Gustavo. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 3, sept./dec. 2004, p. 489-495. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a11v09n3.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2012.

Recebido em 16/08/2013

Aprovado em 05/02/2014