

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA
TURMA XI**

NOYELLE NEUMANN DAS NEVES

**ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL: O
PAPEL DO ESTADO NA PROTEÇÃO DA COLETIVIDADE E DO INDIVÍDUO
CONTRA SI PRÓPRIO**

Monografia apresentada como requisito parcial
para obtenção do grau de especialista em
Sociologia Política na Universidade Federal do
Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Rodolfo Bodê de Moraes

**CURITIBA
2010**

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a todos que buscam, com seu trabalho, contribuir para uma realidade melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais e irmãos pelo estímulo à elaboração e conclusão deste trabalho, ao meu orientador pelo incentivo e disponibilidade em me orientar à distância e, aos amigos pelo indispensável apoio moral.

“Tirar um homem, que sequer cometeu um leve delito, de uma comunidade que ele escolheu para viver é uma violação evidente da liberdade e da justiça formal”.
(Adam Smith, *The Wealth of Nations*, 1776)

RESUMO

As medidas adotadas pelo Estado visam, por um lado, desenvolver a mão-de-obra e, portanto, a produção de riquezas e, por outro, assegurar uma força militar para a defesa de suas fronteiras. Quando as autoridades públicas investem no campo sanitário, elas buscam assegurar a paz social. Existe, desta forma, uma ambiguidade em sua ação, que assegura um dever de caridade, mas que responde também a uma preocupação de manutenção da ordem. O objetivo de polícia administrativa, que caracterizou as primeiras medidas destinadas aos doentes, explica que elas sejam particularmente atentatórias às liberdades individuais. Tais violações consistiam na exclusão da pessoa doente, considerada como perigosa. Domínio inicialmente regido pelo princípio da caridade, a saúde viu em seguida a aplicação do princípio da solidariedade. A assistência aos doentes é, assim, deslocada do âmbito das relações privadas para se tornar uma ação relevante ao poder público. Progressivamente aparece uma responsabilidade do Estado na saúde pública, surgindo um dever estatal não apenas de garantia da segurança, mas de proteção do indivíduo. Antes de ser tratada, a loucura era punida juntamente com os demais desvios sociais definidos a partir dos padrões morais que se tornaram dominantes a partir do século XVII. Com o advento da psiquiatria, a loucura passou a ser vista como uma doença e o confinamento como uma medida essencial no tratamento dos alienados. O fato de que estes sejam considerados como doentes constituiu uma nova justificação da privação de sua liberdade: o confinamento tornou-se não somente uma medida de proteção da sociedade, mas também do próprio indivíduo. No Brasil, o primeiro manicômio surgiu no Segundo Reinado, como instrumento de controle social, havendo, na época da ditadura militar, um aumento desenfreado do número de hospitais psiquiátricos particulares, em razão da privatização dos serviços de saúde. Com a Constituição Federal brasileira de 1988, passou a ser possível a adoção de diversas políticas de desinternação, culminando na lei 10.216/2001, que implantou uma reforma psiquiátrica no Brasil.

Palavras-chave: loucura; saúde mental; psiquiatria; políticas públicas; controle social; assistencialismo; proteção da coletividade; reforma psiquiátrica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1. O ESTADO E A SAÚDE.....	10
1.1 SAÚDE E PRESERVAÇÃO DA ORDEM PÚBLICA.....	13
1.1.1 A criação do hospital.....	19
1.2 DA CARIDADE À SOLIDARIEDADE.....	22
2 O ESTADO E A LOUCURA.....	32
2.1 ABORDAGEM DA LOUCURA ANTES DO SÉCULO XVIII.....	33
2.2 O SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA.....	38
2.2.1 O primeiro manicômio brasileiro.....	48
2.2.2 Consolidação do saber psiquiátrico no tratamento da loucura.....	51
2.3 HIGIENE PÚBLICA E MORALIDADE.....	56
2.3.1 Processo de urbanização e perspectiva higienista no controle da população no Brasil.....	60
2.4 BANALIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS NA DITADURA MILITAR, PRIVATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E SURGIMENTO DA INDÚSTRIA DA LOUCURA.....	64
2.5 TRATAMENTO NO PERÍODO DA REDEMOCRATIZAÇÃO E LUTA ANTIMANICOMIAL.....	70
2.6 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LEI 10.216/2001.....	76
2.6.1 Crítica à Reforma Psiquiátrica.....	88
3 SOBRE O DEVER ESTATAL DE PROTEÇÃO E AS LIMITAÇÕES DA LIBERDADE INDIVIDUAL.....	96
3.1 IMPOSIÇÃO DE MEDIDAS OBRIGATÓRIAS AO INDIVÍDUO PARA PROTEGER A COLETIVIDADE.....	97
3.2 RESTRIÇÕES PARA PROTEGER O INDIVÍDUO DE SI PRÓPRIO.....	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTOS CONSULTADOS.....	116

INTRODUÇÃO

“Via de regra, este tema é tratado como um problema médico, ou seja, como um problema de doença e tratamento e de políticas de saúde mental. Eu diria que esse é um problema relativo à dependência e à indesejabilidade do adulto, isto é, um *problema das relações político-econômicas e de poder entre seres produtivos e não produtivos*, entre estigmatizadores e estigmatizados, intrínseco à sociedade moderna”¹.

A saúde ocupa, nas sociedades industrializadas ocidentais, um lugar cada vez mais importante. A ciência médica lida com padrões de doença ligados intimamente às circunstâncias sociais existentes e os mecanismos de prevenção e cura estão, também, relacionados a fatores de natureza sócio-cultural.

Historicamente, as políticas de saúde – e as políticas de saúde mental mais do que as outras – têm sido formas sistemáticas de exclusão econômica e social de setores da sociedade. A doença sendo assimilada à pobreza e ao desvio de comportamento moral, as primeiras ações do Estado na área da saúde foram fundamentadas na caridade e assistência, passando, posteriormente, a serem políticas de controle social e de preservação da ordem pública.

No que diz respeito à “saúde mental”, a loucura não pode ser considerada somente em um aspecto patológico, visto que ela nem sempre foi considerada como uma doença. O que é possível constatar é que se trata de um fenômeno histórico-social, diretamente relacionado ao sistema de produção que lhe corresponda. A evolução do tratamento da loucura nas sociedades varia segundo a concepção desta, cada modo de produção criando seus próprios sistemas de punição de acordo com suas bases morais e sociais. No capitalismo, os manicômios foram instituídos como mecanismo de controle social e manutenção da ordem, sob a justificativa científica do tratamento dos internos.

As ações do Estado referentes à loucura, desta forma, nem sempre foram de natureza de políticas de saúde. Foi somente com advento do alienismo, da compreensão da loucura como uma doença e da sua conseqüente passagem a objeto da medicina, que as políticas estatais para o controle da loucura passaram a ser políticas de saúde mental. Na história das instituições que organizam, disciplinam e tentam reformar o comportamento do louco, o manicômio, com seu tratamento moral, é o primeiro a estabelecer um conjunto de práticas e um saber científico sobre a loucura.

Se a expressão saúde mental é incorporada ao discurso oficial em uma clara intenção preventista, a preocupação de que o discurso sobre a loucura funcione como um marco

¹ SZASZ, Thomas. **Cruel compaixão**. Campinas: Papirus 1994, p. 29.

normalizador sobre o comportamento das pessoas é muito anterior. Se o hospital é um espaço institucional de exclusão social da loucura, os saberes que sobre ele se constroem (como a psiquiatria, a psicanálise e a psicologia) são destinados a administrar a loucura antes que ela apareça socialmente. São formas de determinação e organização do espaço psíquico dos indivíduos enquanto componentes de uma sociedade. Assim, a loucura não está contida em um aparelho específico do Estado – o manicômio – e os saberes que se elaboram sobre ela não se destinam somente aos loucos.

Com o aparecimento das teorias solidaristas, tendo como ápice o Estado de Bem-Estar Social, os poderes públicos passam a ter um dever de proporcionar o bem-estar de seus cidadãos. Se, antes, a pobreza e a doença eram vistas como desvios de comportamento, a partir deste momento passam a ser tratadas como uma dívida da coletividade para com o sujeito.

Desta forma, o Estado não possui mais somente a missão de proteger seus membros garantindo a segurança e a ordem, mas também deverá protegê-los proporcionando um contexto social adequado, por meio de políticas públicas. Mais do que exercer o controle sobre a população, o Estado passa a assumir um dever de proteção, não somente do indivíduo perante a sociedade, mas do indivíduo em relação a si próprio; uma obrigação de cuidar, em um modelo paternalista, de se substituir à própria vontade do indivíduo e de violar sua liberdade individual, para seu próprio bem.

Encontra-se, sob este aspecto, uma outra justificação para a institucionalização dos doentes mentais, não mais somente de cunho técnico, mas também moral: o tratamento psiquiátrico visa proteger o indivíduo de si próprio. Trata-se de medidas de controle social sob o discurso da compaixão e da benevolência, para dispor dos indesejados da sociedade moderna capitalista: os adultos dependentes e improdutivos. Se em outras áreas da saúde busca-se o afastamento dos princípios da caridade e da assistência, para reforçar um discurso médico-científico, no que diz respeito à saúde mental a benevolência continua sendo uma das justificativas para a imposição de um tratamento ao doente.

Diante deste contexto, é possível colocar-se algumas questões, que orientaram o estudo neste trabalho, como: Qual o papel do Estado na proteção da coletividade e do indivíduo, em se tratando de saúde mental? Como as políticas públicas em saúde mental foram produzidas no Brasil, paralelamente ao desenvolvimento social?

Atualmente, o quadro da saúde mental no Brasil parece se alterar em um contexto neoliberal, com a substituição da punição por meio da internação em manicômios pelos programas terapêuticos. Porém, tal reforma deve ser vista de um ponto de vista crítico,

especialmente no que concerne à confusão entre desinternação e desinstitucionalização da pessoa com sofrimento psíquico. “Somente neste século – e somente de forma invejosa – é que deixamos de tratar os negros e as mulheres quase como crianças. Quem sabe, no próximo século, conferiremos igualmente e por inteiro, uma estatura humana aos doentes mentais. Se assim for, devemos desde logo considerar seriamente as *justificativas morais e políticas para as coerções e os pretextos psiquiátricos*”² [grifou-se].

Desta forma, o presente trabalho buscará analisar o desenvolvimento das políticas brasileiras em saúde mental, tendo como enfoque a relação entre Estado, saúde e a implicação do paternalismo estatal neste domínio. A proposição aqui feita é a de tentar axiomatizar o sistema que constitui uma “política da saúde mental” e de seguir suas transformações, estudando a evolução da concepção de loucura e o papel do Estado na proteção da coletividade e do indivíduo, para compreender as políticas adotadas atualmente.

Para tanto, este estudo foi dividido em três capítulos. Em um primeiro momento, tratou-se das relações entre o aparelho estatal e a saúde da população, buscando compreender os fundamentos para tal intervenção, tendo em vista que as políticas em questão são oficialmente designadas como políticas de saúde. No segundo capítulo, analisou-se o desenvolvimento da relação entre o Estado e a loucura, as políticas públicas em saúde mental e suas justificações, segundo o contexto social de cada época, para, em um terceiro capítulo, estudar-se o dever estatal de proteção do indivíduo, em detrimento mesmo de sua liberdade individual.

Este estudo foi confeccionado por meio de pesquisas bibliográficas e de legislação relacionada ao tema da saúde mental. A pesquisa bibliográfica foi realizada no Brasil e na França, sendo que a literatura originalmente em francês foi traduzida livremente pela autora, optando-se por incluir a versão original em notas de rodapé.

As expressões “loucos”, “insanos”, “alienados”, “doentes mentais” ou “pessoas portadoras de distúrbios mentais” serão consideradas neste trabalho como sinônimos, mesmo se elas designam acepções diferentes do fenômeno da loucura, que acentuam mais ou menos sua dimensão médica. Mesmo se a linha adotada no presente estudo não considera a loucura uma doença, dispensou-se o uso de aspas para se referir aos “doentes” mentais.

Com o presente trabalho, não se buscou apresentar uma solução concreta para o problema, mas, sim, analisar criticamente as verdades postas.

² SZASZ, Thomas. *Op. cit.*, p. 16.

1. O ESTADO E A SAÚDE

“A saúde é um conjunto de normas não somente sanitárias, mas também sociais, legais e morais”³.

A saúde e a fragilidade do homem perante a natureza são questões que há muito tempo preocupam o ser humano, fazendo com que o desenvolvimento da ciência tenha ocorrido de forma muito rápida e intensa, especialmente após o século XIX.

Para Sigmund Freud, uma das fontes sociais do sofrimento da humanidade é a fragilidade dos corpos humanos em face ao poder superior da natureza. Ele afirma:

Nunca dominaremos completamente a natureza, e o nosso organismo corporal, ele mesmo parte dessa natureza, permanecerá sempre como uma estrutura passageira, com limitada capacidade de adaptação e realização. Esse reconhecimento não possui efeito paralisador. Pelo contrário, aponta a direção para a nossa atividade. Se não podemos afastar todo sofrimento, podemos afastar um pouco dele e mitigar outro tanto; a experiência de muitos milhares de anos nos convenceu disso⁴.

A saúde é definida pela OMS (Organização Mundial de Saúde) como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doença”⁵. Em sentido mais abrangente, saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, liberdade, acesso e posse da terra, bem como do acesso aos serviços de saúde.

No que diz respeito à saúde mental, a OMS, em seu relatório sobre a saúde no mundo, do ano de 2001, especifica que não existe uma definição oficial. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias concorrentes afetam o modo como ela é definida⁶. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional, podendo incluir a capacidade de um indivíduo de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a capacidade de lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas. Admite-se, igualmente, que o conceito de saúde mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais⁷. O distúrbio mental pode surgir do desequilíbrio entre a relação do indivíduo com o seu meio (do local, sociedade,

³ GARRIGOU, Alain *apud* GRÜNDLER, Tatiana. *La santé publique face aux droits fondamentaux*. Tese de doutorado sob orientação de LOCHAK, Danièle. Universidade de Paris X, Nanterre, 2006, p. 133. No original: « *La santé est une affaire de normes non seulement sanitaires mais aussi sociales, légales et morales* ».

⁴ FREUD, Sigmund. *O mal estar da civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1997, p. 37.

⁵ OMS *apud* CORRÊA, Josel Machado. *O doente mental e o Direito*. São Paulo: Iglu, 1999, p. 29.

⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo*. Ano de 2001, p. 1. Disponível em <<http://www.who.int/whr/2001/chapter1/fr/index.html>> Acesso em: 25 jan 2010.

⁷ SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, 2010, p. 1. *Definição de saúde mental*. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>> Acesso em: 25 jan. 2010.

usos e costumes, ética e moral) ou pode ser devido a questões biológicas, como a má formação do feto, problemas no parto, carga genética ou, ainda, por maus cuidados após o nascimento da criança.

No Brasil, a Lei n. 8080/1990, também conhecida como a Lei do SUS (Sistema Único de Saúde), dispõe, em seu artigo 3º, que:

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; *os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.*

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de *bem-estar físico, mental e social* [grifou-se].

Desta forma, a saúde em seu sentido amplo é geralmente considerada como o estado de completo bem-estar físico e psíquico do indivíduo. Ela pode, também, ser vista como o *estado coletivo de uma dada população*. O conceito de saúde é retirado do campo apenas biológico e individual, para ser situado no interior das formas de organização social, que pode gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. As condições econômicas e sociais possuem efeito importante sobre a saúde e a doença. Os níveis de saúde da população expressam, portanto, a organização social e econômica do país.

Nesse caso, a saúde se substitui à *normalidade*: não se trata, do ponto de vista do Estado, de proteger individualmente a saúde dos seus cidadãos, mas de assegurar que a população da qual a gestão o compete é, em geral, em seu estado normal.

A saúde é em si mesma uma situação individual; porém, pelos fatores que a condicionam ou comprometem, pelos meios de restabelecê-la, ela aparece também como um fenômeno social especialmente desde que o estado sanitário – entendido estatisticamente – de uma sociedade constitui um elemento essencial característico desta sociedade. Os termos de saúde pública, empregados na Europa continental, ou saúde comunitária, utilizados nos países anglo-saxões, traduzem esta dimensão social dos problemas de saúde ⁸.

A saúde do indivíduo é, portanto, dependente dos meios colocados em prática pelos poderes públicos, para assegurar-se da normalidade do grupo ao qual ele pertence.

⁸ AUBY, Jean-Marie. *L'obligation à la santé*. In : *Annales de la Faculté de Droit de l'Université de Bordeaux, série juridique*, n. 1, 1955. Bordeaux : Imprimerie Bière, 1955, p. 1-13, 1981, p. 12. No original: « *La santé est en elle même une situation individuelle ; cependant, par les facteurs qui la conditionnent ou la compromettent, par les moyens de la rétablir, elle apparaît aussi comme un phénomène social d'autant plus que l'état sanitaire – entendu statistiquement – d'une société constitue un élément essentiel caractéristique de cette société. Les termes de santé publique utilisés en Europe continentale ou santé communautaire employé dans les pays anglo-saxons traduisent cette dimension sociale des problèmes de santé* ».

A ação pública em favor da saúde das populações cresceu com a constituição e o fortalecimento do Estado. Se os responsáveis públicos sempre tiveram que tentar defender seus habitantes contra as ameaças sanitárias que atingiam as populações, seu compromisso se faz mais intenso quando eles tomam consciência das implicações econômicas e militares derivadas da situação sanitária de um país.

“Estado”, no sentido mais amplo, é o conjunto de instituições vigentes e dominantes em uma sociedade, incluindo desde a família, a educação, até os tribunais, as forças armadas de uma nação. Em sentido mais restrito, Estado pode ser definido como o conjunto de aparelhos institucionais, repressivos e ideológicos. Todos estes aparelhos, ou seja, a escola, a prisão, o hospital, a política, a lei etc., têm seu papel na produção, reprodução e assimilação das políticas de saúde. As políticas de saúde do Estado podem ter formas tanto de inclusão como de exclusão de classes, de marginalização da apropriação social da riqueza produzida pelos grandes contingentes populacionais ⁹.

Desde sua constituição, o Estado se interessou ao campo sanitário. A simultaneidade da emergência do Estado moderno e de seu interesse pela saúde pode facilmente ser compreendida quando consideradas as ligações existentes entre um Estado e sua população: esta sendo um elemento de constituição indispensável daquele, juntamente com um governo soberano e um território, o Estado deve proteger sua existência, o que supõe de sua parte um engajamento em favor de sua saúde.

O Estado constituído deve se manter e, para isso, dispor de uma força armada que possibilite sua defesa, de forma a preservar a integridade de seu território e de sua soberania. Além disso, para sua manutenção, é necessária uma força de trabalho que assegure a produção de riquezas. Assim, o Estado volta sua atenção sobre a população de maneira que esta preenchesse as duas funções, militar e econômica, necessárias a sua perenidade ¹⁰. Tal interesse estatal pela saúde se concretizará institucionalmente ao longo do tempo.

O objetivo estatal era, portanto, de reforçar essa população da qual ele poderia tirar uma parte conseqüente de sua riqueza. O indivíduo era beneficiado apenas indiretamente pelas medidas adotadas e aplicadas, não sendo sua finalidade em si ¹¹.

⁹ LUZ, Madel Therezinha. A história de uma marginalização: política oficial de saúde mental. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 3. reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 87.

¹⁰ CHEVALLIER, Jacques. *La résurgence du thème de la solidarité*. In: CHEVALLIER, Jaques (Org). *La solidarité: un sentiment républicain?* Paris: PUF, 1992, p. 111.

¹¹ GRÜNDLER, Tatiana. *Op. Cit.*, p. 37.

Essa etapa é determinante porque ela corresponde a uma instrumentalização da saúde das populações a serviço do Estado; o elo então estabelecido entre saúde pública e Estado explica que aquela constitui uma necessidade durável e insuperável para este.

Assim, com a consciência da importância da população, o Estado vai se interessar a esta entidade e, portanto, a sua saúde. Agindo em favor da saúde das populações, o Estado assegura uma das suas principais missões: a proteção da segurança física de seus cidadãos, proteção que constitui a finalidade de base do contrato social e que é, conseqüentemente, a razão de sua existência.

Logo, políticas de saúde podem ser definidas como o “conjunto de formas de intervenção concretas na sociedade que o Estado aciona para equacionar o problema das condições sociais da existência de grandes camadas populacionais; daquelas que dependem, para sua sobrevivência, apenas de sua capacidade de trabalhar”¹². Em termos mais claros, é a “maneira como o Estado conduz o problema das condições de vida das classes trabalhadoras”¹³.

A sociedade é composta de diversas “classes”, com interesses sociais diversos, que vivem sob as mesmas relações sociais, delas sofrendo os mesmos efeitos, embora pertençam a diferentes segmentos sociais. Esse conjunto social é majoritário, mas a população não é um conjunto homogêneo, uma “comunidade”, mas um composto social diversificado de classes e camadas sociais, em que as necessidades e os interesses econômicos, políticos e sociais são diversos. Assim, torna-se nítida a importância, para a própria sobrevivência da sociedade, da forma política como o Estado trata as condições de vida da população, de sua saúde.

1.1 SAÚDE E PRESERVAÇÃO DA ORDEM PÚBLICA

Na época em que o Estado ainda não existia na sua forma moderna, os responsáveis da coisa pública, as autoridades das cidades, conduziam ações sanitárias locais, destinadas a proteger a população contra doenças e epidemias. O conteúdo essencial de tais intervenções, pela falta de conhecimentos científicos e médicos, e pelo perímetro de ação geograficamente limitado, consistia em excluir as pessoas infectadas, seja expulsando-as ao exterior dos muros

¹² LUZ, Madel Therezinha. *Op. cit.*, p 86.

¹³ *Idem.*

das cidades, seja mantendo-as em seu interior, mas colocando-as à parte do resto da sociedade¹⁴.

Na Idade Média, teve início uma política de assistência à iniciativa da Igreja Católica que, por causa da tradição cristã da caridade, organiza o acolhimento e ajuda dos marginais: os indigentes, órfãos, doentes. Em razão disso, a Igreja arrecadava fundos que permitiam dar suporte aos necessitados e criar locais de acolhimento, em particular as chamadas “Santas Casas de Misericórdia”¹⁵.

Neste período, surge certa confusão entre os doentes em sentido estrito e as pessoas que apresentam riscos à sociedade; ambos são rejeitados e frequentemente tratados de uma maneira próxima. Os doentes foram agrupados a outras pessoas excluídas, como mendigos e vagabundos, ou seja, diversas categorias de pobres. Tal fato levou à assimilação destes dois tipos de população, que poderiam se sobrepor: os pobres estando constantemente doentes enquanto que os doentes se encontravam também em um estado de necessidade.

A fome, a pobreza e a miséria, “se não eram idênticas à morte, à doença e ao sofrimento crônico, eram, como seus inseparáveis companheiros – o preconceito, a ignorância e a estupidez – fontes inesgotáveis de seu aparecimento”¹⁶.

As primeiras ações em benefício das pessoas desfavorecidas, eventualmente porque elas foram vítimas de uma doença, são, pois, fundadas na caridade. Elas possuem um caráter essencialmente privado, na medida em que possuem como autor e como beneficiário o indivíduo. Trata-se de um “comércio entre o rico e o pobre em benefício das duas partes”¹⁷, o pobre recebendo a esmola e o rico tendo a salvação como recompensa, por meio da doação. O “infeliz [...] pode ser instrumentalizado como um meio privilegiado para o rico de exercer a virtude cristã suprema, a caridade, e o permitindo também de promover sua salvação”¹⁸.

Todavia, a dimensão social não era totalmente ausente desta ação, uma vez que a preocupação com a paz social justifica certa seletividade na esmola. A miséria não era somente vista como a consequência do pecado original, mas também como uma causa

¹⁴ GRÜNDLER, Tatiana. *Op. Cit.*, p. 22.

¹⁵ CAMBERLEIN, Philippe. *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*. 2. ed. Paris: Dunod, 2005, p. 7.

¹⁶ NEUMANN, Salomon *apud* CORRÊA, Josel Machado. **O doente mental e o Direito**. São Paulo: Iglu, 1999, p. 30.

¹⁷ CASTEL, Robert. *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. Paris: Fayard, 1995, p. 47. No original: « commerce entre le riche et le pauvre au bénéfice des deux parties ».

¹⁸ *Idem*. No original: « malheureux [...] peut être instrumentalisé en tant que moyen privilégié pour le riche d'exercer la veru chrétienne suprême, la charité, et lui permettre ainsi de faire son salut ».

eventual de pecados futuros, tais como o alcoolismo, a preguiça, a ociosidade ou a inveja, suscetíveis de perturbar a ordem social ¹⁹.

Por isso, uma distinção entre duas categorias de pobres foi estabelecida e justificava um tratamento diferenciado: aqueles que se submetem a tal estado como consequência de uma inaptidão ao trabalho, de um lado, e, de outro, aqueles cujo estado de necessidade era apresentado como revelador de uma atitude pecadora. Somente deveria ser socorrido aquele que em nenhum caso escolheu estar à margem da sociedade (exceto os casos de voto de pobreza e de desapego aos bens materiais, em apologia à pobreza de Cristo, que eram valorizados).

Os “verdadeiros” ou os “bons pobres” eram aqueles que não poderiam ser responsabilizados por seu estado, por exemplo, aquele resultado de uma doença. Desta forma, a doença era uma justificativa aceitável para a marginalização e, conseqüentemente, da ajuda prestada ²⁰.

A exclusão do “mau pobre” está presente ao longo dos séculos XIV e XV. A vagabundagem foi objeto de medidas rigorosas como o banimento, o trabalho forçado, o enclausuramento ou a deportação às colônias, no século XVIII.

Com o advento dos Estados absolutistas, que se constituíram dos séculos XIV a XVIII, estes se definem como um Estado protetor cuja primeira tarefa consiste no estabelecimento da segurança.

As teorias do contrato social, apesar de suas diferenças fundamentais, são unânimes sobre o fato de que a busca da segurança é o determinante essencial de aceitação pelos homens da alienação de uma parte de seus direitos e liberdades, a fim de formar um Estado soberano e, portanto, protetor. Qualquer que seja a concepção escolhida de estado de natureza, essas teorias defendem que é a situação de insegurança que o caracteriza e que conduz os homens a concluírem tal contrato.

A ascensão do capitalismo e a Revolução Industrial conduziram ao empobrecimento do proletariado e a desagregação das famílias rurais pelo êxodo rural ²¹. A brutal concentração de terras expulsou camponeses para as cidades, onde ocorreu o processo de urbanização às voltas das indústrias modernas.

Uma desconfiança, para não dizer medo, existia em relação aos pobres. Tal receio foi ampliado pela idéia de que os pobres poderiam constituir vetores de transmissão de doenças.

¹⁹ MOLLAT, Michel. *Les pauvres au Moyen Âge*. Paris: Hachette, 1978, p. 240.

²⁰ GRÜNDLER, Tatiana. *Op. Cit.*, p. 91.

²¹ BERNARDET, Philippe; DOURAKI, Thomaïs; VAILLANT, Corinne. *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe*. Collection *Études, recherches et actions en santé mentale en Europe*. Paris: Éditions Érès, 2002, p. 15.

A pobreza provocava e favorecia a propagação de epidemias, sendo nefasta à saúde da população. Ela era vista como causa de insalubridade e existia uma vontade de “impedir o espetáculo público de um corpo socialmente desvalorizado [...] o corpo ‘sujo’ ou ‘doente’ do ‘mendigo bêbado’”²².

“Porque ela evoca a fome, o frio, a doença, o abandono [...], a pobreza [...] é constantemente conotada pejorativamente”²³.

A escassez de mão-de-obra qualificada para o trabalho industrial era ocasionada pelas altas taxas de mortalidade nas nascentes metrópoles (decorrentes das péssimas condições sanitárias nos bairros proletários) e pela falta de cultura da massa expulsa do campo para o trabalho nas manufaturas. Nesse contexto, a ociosidade e a vagabundagem eram compreendidas como causas de destruição de mão-de-obra qualificada para o trabalho assalariado.

“Na Inglaterra, [...] [é possível] identificar as estreitas relações originárias entre a *centralização do poder que acompanhou o nascimento dos Estados absolutistas* e a *‘liberação’ da força de trabalho camponesa que acompanhou a mercantilização das terras*, e a *proteção originária que lhes foi dada aos pobres*”²⁴ [grifou-se]. Legislação preocupada explicitamente com a nova questão da ordem e do disciplinamento do trabalho, deu lugar também a um tipo pioneiro de assistencialismo que, não apenas difundiu-se pela Europa, mas se manteve presente como uma marca que atravessa a história inglesa²⁵.

Com a perda de influência da Igreja e o processo de laicização dos poderes públicos, o Estado foi progressivamente levado a agir para garantir a paz social.

Seguindo o pensamento de Michel Foucault:

O controle social passa não somente pela justiça, mas por uma série de poderes laterais (as instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas, pedagógicas; a gestão dos corpos e a *instituição de uma política da saúde; os mecanismos de assistência, as associações filantrópicas e os patrocinadores* etc.)²⁶. [grifou-se].

Esses processos disciplinares responderam a uma conjuntura histórica. A população havia aumentado nos últimos duzentos anos e um novo modo de produção, o capitalismo, estava sendo implantado e expandia-se. Com a Revolução Industrial e o desenvolvimento de tecnologias, os processos disciplinares passaram a ser muito utilizados a fim de racionalizar o comportamento humano. Em especial, no âmbito das indústrias, a disciplina e o controle rígido a que eram

²² FROMENT, Jean-Charles *apud* GRÜNDLER, Tatiana. *Op. Cit.*, p. 97. No original: « *empêcher la mise en scène publique d'un corps socialement dévalorisé [...]) le corps 'sale' ou 'malade' du 'clochard-ivrogne' ».*

²³ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1995, p. 46. No original: « *Parce que elle évoque la faim, le froid, la maladie, l'abandon [...], la pauvreté [...] est le plus souvent connotée péjorativement.* »

²⁴ FIORI, José Luis. Estado do Bem-Estar Social: padrões e crises. **Instituto de estudos avançados da Universidade de São Paulo**. Disponível em <www.iea.usp.br/artigos> Acesso em: 17 jan. 2010, p. 2.

²⁵ *Ibidem*, p. 3.

²⁶ REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005, p. 29.

submetidos os trabalhadores tinham como finalidade a maior produtividade no menor espaço de tempo possível.

As técnicas disciplinares coordenam esses processos, o que a administração monárquica, falha e dispendiosa, não deu conta de fazer. Elas aumentam a eficácia e o lucro da produção, ajustando-os ao aumento populacional. “O próprio crescimento econômico capitalista como que demandava procedimentos de submissão das forças e dos corpos; a isto Foucault chamou de ‘anatomia política’, realizável por instituições e aparelhos diversos, dispensando contratos e/ou normas para sua realização”²⁷.

A representação dominante do pobre ou do doente era a do indivíduo potencialmente instigador de desordem social. Tal suspeita aumentou com o grau de marginalização destas pessoas. A política empregada pelos poderes públicos refletia esta discriminação estabelecendo uma espécie de hierarquia entre as diferentes categorias de pobres, da qual depende o escopo da sua assistência. Um dos objetivos consistia em evitar as perturbações à ordem pública a fim de proteger o restante da população.

“Não é o povo que queremos excluir, mas sim esta multidão confusa, essa multidão de vagabundos os quais não se pode recorrer nem ao domicílio nem à família [...] essa multidão que a lei tem como objetivo afastar”²⁸.

A presença de mendigos na via pública era frequentemente percebida como um incômodo aos outros cidadãos.

Os mendigos perseguiram os transeuntes nas ruas, nos passeios. Eles se situavam nas portas das igrejas, penetravam nas casas, assediavam os comerciantes, ofereciam aos olhares o espetáculo terrível das feridas e enfermidades verdadeiras ou falsas, cansando os viajantes com seus infortúnios e, em todos os lugares, apresentavam um espetáculo chocante de uma miséria abjeta no seio das riquezas e da abundância, da ociosidade e vagabundagem, no meio da mais ativa indústria e da civilização mais perfeita²⁹.

O doente era, pois, encarado como uma pessoa contra a qual convém proteger a sociedade; ele era visto como perigoso, sem que o risco sanitário fosse necessariamente apontado.

²⁷ ARAÚJO, Inês Lacerda. **Foucault e a crítica do sujeito**. Curitiba: UFPR, 2001, p. 79.

²⁸ THIERS, Adolphe *apud* GRÜNDLER, Tatiana. *Op. Cit.*, p. 95. No original: « *C'est pas le peuple que nous voulons exclure, c'est cette multitude confuse, cette multitude de vagabonds dont on ne peut pas saisir ni le domicile, ni la famille [...] c'est cette multitude que la loi a pour but d'éloigner* ».

²⁹ COMITI, Vincent-Pierre. **Histoire du droit sanitaire en France**. Collection *Que sais-je?* Paris: PUF, 1994, p. 19-20. No original: « *Les mendiants poursuivaient les passants dans les rues, dans les promenades. Ils assiégeaient les portes des églises, pénétraient dans les habitations, rançonnaient les marchands, offraient aux regards le spectacle pénible de plaies et d'infirmités vraies ou feintes, fatiguaient les voyageurs de leurs infortunes et partout enfin, présentaient le spectacle choquant d'une misère abjecte au sein des richesses et de l'abondance, de l'oisiveté et du vagabondage, au milieu de la plus parfaite industrie et de la civilisation la plus parfaite* ».

O sociólogo francês Robert Castel explica a escolha da opção repressiva pela idéia de que a existência destas populações instáveis, disponíveis para todas as aventuras, representa uma ameaça para a ordem pública ³⁰. O medo que suscitavam os pobres cresceu com o aumento do nível de marginalidade. O pobre era uma categoria suficientemente grande, que agrupava diversas situações que possuíam em comum apenas o fato de estarem no estado de necessidade. A miséria era frequentemente considerada como a mãe dos crimes.

Logo, era importante para a segurança e tranquilidade públicas diminuir o número de vagabundos e de acabar com a desordem, que destrói a moral e o amor pelo trabalho.

É de interesse público prevenir as desordens e os infortúnios aos quais seriam conduzidos um grande número de homens sem recursos que, amaldiçoando as leis das quais nunca sentiram os benefícios, poderiam, pelo excesso da miséria, serem levados de um momento a outro a servir empreitadas dos inimigos da ordem pública ³¹.

Assim, era expresso o receio da situação de carência causada pela doença ou pela pobreza, como forma de marginalização e causa de desordem social, prejudicial à coletividade como um todo.

O estudo das principais regulamentações a objeto sanitário adotadas nos séculos XVIII e XIX mostra como as preocupações de ordem sanitária eram secundárias com relação aos outros objetivos de polícia administrativa ³². O doente era visto como uma ameaça para a sociedade, não tanto por ser uma via de contágio prejudicial à saúde pública, mas por ser perigoso para os bens e para as pessoas.

A análise das primeiras medidas de escala, adotadas em matéria sanitária, permite constatar certa confusão entre os diversos componentes tradicionais da ordem pública, em particular, entre salubridade e segurança públicas. Tal fato é devido à concepção social da doença e mais precisamente do doente, que não era afirmada pelo mundo médico. Restam ainda, nesta época, traços da representação medieval da doença, vista como uma punição divina, o que explica a rejeição das pessoas afetadas, que fazem a sociedade correr perigo.

Os interesses de saúde pública coincidem, portanto, com os interesses de segurança pública. O doente sendo perigoso para a sociedade, era preciso, em primeiro lugar, protegê-la afastando o perigo e, somente em um segundo momento, se interessar ao destino dele.

³⁰ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1995, p. 133.

³¹ GRÜNDLER, Tatiana, *Op. Cit.*, p. 95-6. No original: « *Il est de l'intérêt public de prévenir les desordres et les malheurs où seraient conduits un grand nombre d'hommes sans ressources qui, maudissant les lois dont ils n'auraient jamais senti les bienfaits, pourraient, par l'excès de leur misère, être entraînés d'un moment à l'autre à servir les entreprises des ennemis de l'ordre public* ».

³² *Ibidem*, p. 88.

Nessa época, a saúde pública não era o objetivo essencial nem único das intervenções sanitárias: ela era um meio utilizado para preservar o bem da sociedade, em seu sentido amplo. A intervenção dos poderes públicos se concretizou, então, por uma atividade de polícia. A influência da ordem pública era tão importante que excedia o simples domínio da salubridade pública, para se estender de fato a todos os seus componentes, a saúde sendo, deste modo, *apenas um objetivo entre outros igualmente perseguidos por medidas relevantes da polícia administrativa.*

É, com efeito, porque as considerações sanitárias se juntaram aos objetivos tradicionais de polícia administrativa, que as primeiras medidas, ditas de higiene pública, são adotadas. Mas, esta confusão entre a salubridade, de um lado, e a moralidade e segurança, de outro, pôde explicar também o pouco esforço sanitário de tais medidas, uma vez que se tratava apenas de um objetivo suplementar da ação pública empregada.

1.1.1 A criação do hospital

A ação em favor da saúde das populações e a assistência social foram historicamente ligadas, pois repousam sobre uma percepção não diferenciada dos pobres e dos doentes. Ademais, ambas visavam à proteção da sociedade contra os distúrbios eventuais ocasionados pelas pessoas marginalizadas. Tal fato explica que as questões sanitárias podiam ter uma gestão comum, como demonstram certas instituições que portavam traços desta relação ³³.

Diferentes estruturas encarregadas de questões sociais e sanitárias foram marcadas por tal objetivo. Porém, o primeiro historicamente que ilustrou esta ligação entre assistência e saúde pública foi o hospital. Com efeito, se esta instituição é hoje verdadeiramente médica, ela foi, no passado, antes de tudo um local de abrigo dos indesejados, de pessoas excluídas, respondendo às suas necessidades além do simples aspecto médico, até então pouco desenvolvido.

Na França, em 1656, o rei Luiz XIV fundou um Hospital Geral, em reação à grande quantidade de marginais que existiam no país e, em 1662, um edito real o estendeu para cada cidade do reinado. Estes hospitais, criados inicialmente também de forma caridosa e mantenedora dos valores cristãos da caridade aos miseráveis, eram lugar de confinamento de

³³ CAMBERLEIN, Philippe. *Op. Cit.*, p. 30.

todos os tipos de excluídos: mendigos, libertinos, párias, prostitutas, sodomitas e, óbvio, loucos³⁴.

O hospital era uma “casa destinada a receber todos os infelizes, vítimas da idade (crianças abandonadas, idosos pobres), do infortúnio ou de doenças”³⁵. Com efeito, existiam diferentes tipos de hospitais que recebiam populações variadas: os mais antigos, as “Santas Casas”, que se inseriam na família caridosa da Idade Média, eram mantidos por ordens religiosas e acolhiam os doentes pobres; a Grande Ala dos pobres era destinada aos pobres válidos. De seu lado, o Hospital Geral, “concretiza a execução de uma política de tratamento do desemprego e da mendicância pelo confinamento e por trabalhos forçados”³⁶ e *não assegurava função médica alguma*, exceto, em algumas ocasiões, tratar de um de seus pensionistas doentes. Ele era um local de confinamento de populações excluídas, respondendo assim a uma missão prioritariamente de polícia.

A ausência de objetivo sanitário nas estruturas hospitalares resultava claramente da natureza das prestações que nelas eram oferecidas. Tratava-se principalmente de proporcionar alojamento e alimentação: “o hospital é um local de abrigo onde é possível comer, mas onde o tratamento não é o essencial”³⁷. Um outro elemento revelador é o fato de que o corpo de funcionários era constituído de religiosos, e não de médicos.

A assistência não era, todavia, ausente de tais estruturas, que não respondiam somente a um objetivo de polícia. Na medida de sua gestão e financiamento, tais estabelecimentos não eram públicos. Os hospitais continuaram sob tutela da Igreja e se mantinham graças aos religiosos, que são seus funcionários, e aos recursos majoritariamente constituídos de doações. Mesmo no fim do século XIX, a contribuição do Estado era ínfima em matéria de assistência. Os donativos privados restavam ainda a principal fonte de financiamento do hospital³⁸.

O Hospital Geral era, assim, visto como o meio de “prevenir eventuais perturbações à ordem pública” graças ao suporte aos pobres, sendo sua tarefa a de impedir “a mendicância e a ociosidade como causas de todas as desordens”³⁹.

³⁴ BAILLE, Yves; LECA, Antoine. *La détérioration mentale: droit, histoire, médecine et pharmacie. Actes du colloque interdisciplinaire d'Aix-en-Provence. 7-8 juin 2000. Aix-en-Provence: Presses Universitaires d'Aix-Marseille-PUAM, 2002, p. 17-8.*

³⁵ IMBERT, Jean. *L'histoire des hôpitaux en France*. Toulouse: Privat, 1982, p. 9.

³⁶ COMITI, Vincent-Pierre., *Op. Cit.*, p. 19.

³⁷ *Ibidem*, p. 21. No original: « *l'hôpital est un lieu d'abri où on peut manger, mais où les soins ne sont pas l'essentiel* ».

³⁸ CAMBERLEIN, Philippe. *Op. Cit.*, p. 25.

³⁹ FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004, p. 63.

A lógica da aproximação entre o sanitário e o social era interessante: ela levava em consideração o papel desempenhado pelos serviços de assistência na difusão da informação sanitária.

Antes da reunião do serviço de higiene pública encarregado de prevenir e impedir a propagação de doenças com aquele da assistência pública que porta socorro às pessoas doentes e necessitadas, o primeiro parte do Ministério do Comércio e o segundo do Interior. [...] Ora, em geral, *os primeiros doentes vítimas de doenças contagiosas foram levados aos hospitais*. São, portanto, os serviços hospitalares, os quais dependem da assistência pública, que fornecerão as primeiras informações em caso de invasão de doenças. *A assistência pública, distribuindo ajuda aos indigentes e aos necessitados, contribui assim [...] eficazmente a impedir a propagação de epidemias*, objetivo justamente perseguido pelo serviço de higiene pública⁴⁰ [grifou-se].

O local de confinamento que era o Hospital Geral foi vivamente contestado na Revolução Francesa como um “símbolo mesmo da crueldade e do arbitrário do poder absoluto”⁴¹. A esta crítica vinda dos filósofos, se juntou uma oposição de ordem médica, baseada no fato que tais estruturas poderiam se configurar prejudiciais à saúde pública em razão às promiscuidades dos “pensionistas”, que favorecia a transmissão de doenças. Tal realidade demonstra que o caráter das considerações médicas em tais instituições era, até então, secundário.

A medicalização do hospital, de fato, começou com a criação dos hospitais militares. A preocupação de tratar se concretizou no século XVIII pela criação de estabelecimentos reservados aos marinheiros doentes⁴². No começo do século seguinte, os hospitais militares fixados são verdadeiros hospitais no sentido moderno do termo, ou seja, centros de saúde. É também desta época que data a distinção entre o hospício destinado ao acolhimento de crianças abandonadas, idosos e indigentes, e o hospital provedor de tratamentos⁴³.

O processo de surgimento dos hospitais e do tratamento da saúde no Brasil seguiu a mesma lógica dos países europeus ocidentais e dos Estados Unidos. Os primeiros hospitais brasileiros surgiram no período da colonização, a partir das duas grandes instituições operantes no Brasil-

⁴⁰ Debates parlamentares referentes à lei de 1902 *apud* GRÜNDLER, Tatiana, *Op. Cit.*, p. 98. No original: « *Avant la réunion du service de l'hygiène publique chargé de prévenir et d'empêcher la propagation de maladies et celui de l'assistance publique qui porte sur les secours aux personnes malades ou nécessiteuses, le premier relevait du ministère du Commerce, le second de l'Interieur.[...] Or, en général, les premiers malades atteints de maladies contagieuses sont portés dans les hôpitaux; ce sont donc les services hospitaliers, lesquels dépendent de l'assistance publique, qui fourniront les premiers renseignements en cas d'invasion de maladies. L'assistance publique, en distribuant des secours aux indigents et aux nécessiteux, contribue ainsi [...] très efficacement à empêcher la propagation des épidémies* ».

⁴¹ IMBERT, Jean. *Op. Cit.*, p. 25. No original: « *symbole même de la cruauté et de l'arbitraire du pouvoir absolutiste* ».

⁴² STRAUS, Robert *apud* NUNES, Everardo Duarte. Straus: as duas sociologias médicas. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 2007, p. 468.

⁴³ GRÜNDLER, Tatiana. *Op. Cit.*, p. 100.

colônia: a Igreja, por meio das Santas Casas, e o exército, principal representante do Estado português.

A Santa Casa de Misericórdia da cidade de Santos foi o primeiro hospital fundado do país, e a primeira das Américas. Inaugurada em 1543, quando a cidade de Santos ainda era o povoado de Enguaguaçu, recebeu inicialmente o nome de Hospital de Todos os Santos:

Esse hospital foi o primeiro instalado no Brasil e a sua existência assume uma importância capital na história da cidade e da própria colonização portuguesa, embora não pareça a muitos, visto que, com ele, se criou a confiança do imigrante ante a ameaça dos perigos e dos males tropicais, o qual até então estivera sem a garantia de uma assistência efetiva em favor de sua vida, necessária à tranquilidade dos que partiam e ao sossego dos que ficavam no reino na expectativa do triunfo dos pais, dos irmãos ou dos filhos, que para tão longe seguiam embalados na esperança de voltar um dia ⁴⁴.

Em 1727 começou a funcionar o primeiro serviço hospitalar militar do Rio de Janeiro, no Morro de São Bento, que daria origem ao Hospital Real Militar, em 1768.

1.2 DA CARIDADE À SOLIDARIEDADE

Como já analisado anteriormente, as primeiras intervenções sociais e sanitárias relevaram-se de iniciativa privada, frequentemente sustentada pela idéia de um dever moral em prol dos desfavorecidos. Tais ações de natureza caridosa começaram a receber um conteúdo político, sob a influência das teorias solidaristas.

Com o advento da Revolução Francesa e a noção do contrato social do filósofo iluminista Jean-Jacques Rousseau, a pobreza passa a ser vista não mais como um vício, mas como um débito da sociedade para com um de seus membros, que abriu mão de sua liberdade para ter direito à proteção e assistência ⁴⁵. Depois de ter constituído um dever moral, a ação em favor dos doentes tornou-se uma obrigação da coletividade.

Os fundamentos da assistência se transformam no século XVIII, com a expansão progressiva da idéia de um dever da sociedade neste domínio. Tal evolução resultou na emergência de obrigações jurídicas ao encargo dos poderes público, se traduzindo inicialmente por uma mudança terminológica.

Constata-se, a partir do referido século, o desejo de diversos autores em tomar distância da palavra “caridade”. Tal fato faz parte de um fenômeno que ultrapassa a simples questão

⁴⁴ LICHTI, Fernando Martins; SANTOS, Francisco Martins dos. **História de Santos e poliantéia santista**. vol. 1. São Vicente: Caudex Ltda., 1986, p. 139.

⁴⁵ CAMBERLEIN, Philippe. *Op. Cit.*, p. 8.

terminológica: trata-se de definir uma nova relação entre o Estado e os indivíduos, em particular os mais desfavorecidos ⁴⁶.

Com efeito, é no século das luzes que a palavra “benevolência” passa a ser preferida à “caridade”, excessivamente marcada por suas origens cristãs. São Tomás de Aquino falava de benevolência como “um dos efeitos exteriores” que se conecta ao ato da caridade. Mas, são principalmente os filósofos do século XVIII que se servem do termo “benevolência” e que operam sua substituição. Assim, Voltaire escreve que as Santas Casas de Misericórdia, encarregadas de cuidar dos doentes indigentes, são “monumentos de benevolência”. “*E o Estado deve praticar a virtude da benevolência. A benevolência substituirá a caridade; a caridade tira sua força da piedade [...]; a benevolência procede do amor do homem*” ⁴⁷. [grifou-se]

Ainda no mesmo século aparece igualmente a noção de “fraternidade”, termo que prevaleceu na Revolução Francesa.

Os redatores da Constituição [francesa] colocaram as medidas de ajuda em favor dos diversos tipos de pobres sob a égide de conceitos outros que a caridade e a esmola, excessivamente enraizados, segundo eles, na tradição da Igreja Católica, [mas] se eles recorreram à fraternidade, o risco foi, de seus pontos de vista, que a ruptura não fosse suficientemente consumada com as noções [invocadas] e que supostamente relevavam da simples e boa vontade privada. Também preferem falar de ajuda, benevolência, ou até mesmo assistência, [...] todas noções julgadas compatíveis com o que se esperava do caráter público em termos de dívida e de obrigação ao encargo de toda a sociedade ⁴⁸.

O período revolucionário marca, nesse aspecto, uma reviravolta: a caridade torna-se um conceito ultrapassado; caminha-se em direção ao reconhecimento de um dever da sociedade ⁴⁹.

É preciso, todavia, ressaltar que a aceitação de um dever da sociedade não se fez sem dificuldade, sendo que alguns autores se mostraram particularmente reservados sobre essa idéia. Porém, outros, como Montesquieu, o defendem: “o Estado deve a todos os cidadãos uma subsistência assegurada, comida, uma roupa adequada e um gênero de vida que não seja contrário à sua saúde” ⁵⁰.

A passagem à noção de fraternidade não parece, entretanto, marcar uma verdadeira ruptura. Ela corresponde mais a um sentimento do que a uma obrigação legal. Se a liberdade e a igualdade são direitos, em sentido estrito, a fraternidade é algo ligado à benevolência e ao amor, dependendo

⁴⁶ GRÜNDLER, Tatiana. *Op. Cit.*, p. 164.

⁴⁷ PAPPAS, John. *Le XVIII^e siècle, de la charité à la fraternité*. In: GANDON, Odile. *La charité, l'amour au risque de sa perversion*. Paris: Autrement, 1993, p. 67.

⁴⁸ DAVID, Marcel *apud* GRÜNDLER, Tatiana. *Op. Cit.*, p. 164. No original: « *Les rédacteurs de la Constitution tiennent à placer les mesures d'aide en faveur de diverses sortes de pauvres sous l'égide de concepts autres que la charité, l'aumône, trop enracinées à leurs yeux, dans la tradition de l'Église catholique [mais] s'ils avaient eu recours à la fraternité, le risque eût été, de leur point de vue, que la rupture ne fût pas suffisamment consommée avec les notions [évoquées] et qui étaient censées relever du simple et bon vouloir privé. Aussi, préférèrent-ils parler de secours, de bienfaisance voire assistance [...] toutes notions jugées compatibles avec ce qu'on attendait du caractère public en termes de dette et d'obligation à charge de la société toute entière* ».

⁴⁹ CAMBERLEIN, Philippe. *Op. Cit.*, p. 10.

⁵⁰ MONTESQUIEU, Charles de. *De l'esprit des lois*. Paris: Librairie de Firmin Didot Frères, 1844, p. 368. No original: « *L'État doit à tous les citoyens une subsistance assurée, la nourriture, un vêtement convenable et un genre de vie qui ne soit pas contraire à sa santé* ».

mais da moral que da legislação: ela não pode ser decretada. É preciso reconhecer, entretanto, que sua inscrição na moeda republicana marca uma vontade crescente de engajamento da coletividade⁵¹.

Esta evolução, iniciada com a fraternidade, é ampliada e concretizada no final do século XVIII e no século seguinte pela solidariedade, que alguns apresentam como sua versão laica e racional.

O termo solidariedade apareceu oficialmente em 1804 na língua francesa, em um sentido restrito próximo ao da palavra latina *solidum* que era empregada pelos juristas romanos para designar o vínculo existente entre os devedores de um mesmo credor. A solidariedade, como doutrina, data do final do século XIX e forma, de certo modo, uma teoria intermediária entre o liberalismo e o socialismo⁵².

Na segunda metade do século XIX, as descobertas do cientista francês Louis Pasteur tiveram um papel determinante nas teorias da saúde. A revelação da existência de micróbios e de vírus – ligações invisíveis, porém reais, entre os homens criando, independente de suas vontades, interdependências – conferiu a um grande número de doenças uma dimensão não mais somente individual, mas igualmente social.

Após o destaque dos vínculos físicos entre os homens, a medicina apareceu cientificamente como devendo ser considerada não mais no plano individual, mas populacional, tendo como consequências uma responsabilidade política. O corpo médico teve que admitir que, além da simples relação com o doente, a atividade médica possui uma dimensão coletiva; além da prática clínica, ela se inscreve em um raciocínio de saúde pública⁵³.

A partir deste momento, sabe-se, de forma científica, que a saúde do indivíduo não pode mais ser tratada de maneira isolada. A consequência lógica é a necessidade de agir sobre a população como um todo e de privilegiar a prevenção em face das consequências potencialmente estendidas da ocorrência de uma doença. Quanto à liberdade individual, presença do micróbio a redefiniu: ninguém possui o direito de contaminar os outros.

No século XVIII a população emerge como um problema econômico e político: “os governantes perceberam que não estão lidando simplesmente com sujeitos nem com um ‘povo’, mas com uma ‘população’, com seus fenômenos específicos e variáveis próprias: natalidade, mortalidade, expectativa de vida, fertilidade, estado de saúde, frequência de doenças, formas de alimentação e de *habitat*”⁵⁴.

⁵¹ PAPPAS, John. *Op. Cit.*, p. 68.

⁵² CLÉMENT, Élisabeth *et al.* ***La pratique de la philosophie de A à Z***. Paris: Hatier, 2000, p. 422

⁵³ BOURGEOIS, Léon. ***Solidarité: l'idée de solidarité et ses conséquences sociales. Latresne: le Bord de l'eau***, 2008, p. 57.

⁵⁴ FOUCAULT, Michel. ***Histoire de la sexualité. Tome 1: la volonté de savoir***. Paris: Gallimard Nrf, 1977, p. 36. No original: « *Les gouvernants s'aperçoivent qu'ils n'ont affaire simplement à des sujets, ni même à un 'peuple' mais à une 'population', avec ses phénomènes spécifiques, et des variables propres : natalité, morbidité, durée de la vie, fécondité, état de santé, fréquence de maladies, forme d'alimentation et d'habitat* ».

Para compreender este novo *status* dado à população como massa, a análise do filósofo francês Michel Foucault sobre a biopolítica* é particularmente interessante. Ele mostra que, na segunda metade do século XVIII, uma nova técnica de poder, além do disciplinar, aparece: ela não se endereça mais ao corpo individual, mas à massa global. Enquanto o poder disciplinar é um poder sobre o corpo, sobre o modo de individualização, o biopoder é massificador: ele se endereça ao homem enquanto espécie. Passa-se, pois, de certa forma, do objeto-indivíduo ao objeto-população.

No século XIX, desenvolve-se a idéia de que a população é algo além da simples soma de habitantes de um país, ou seja, que a soma das partes. Ela é um todo que apresenta qualidades próprias⁵⁵.

“A biopolítica lida com a população, e esta como um problema político”⁵⁶. A natureza dos fenômenos também se altera: “eles se tornam pertinentes somente no nível da massa. São fenômenos aleatórios e imprevisíveis se vistos individualmente, mas que apresentam, em nível coletivo, constantes de fácil ou previsível estabelecimento”⁵⁷.

A prova da influência da saúde do indivíduo sobre a dos outros portou uma dupla consequência: ela impôs certos deveres ao indivíduo de forma que ele não cause danos aos demais; ela obriga igualmente o Estado de proteger a coletividade. O indivíduo é devedor da sociedade, o que se traduz, no plano da saúde, por obrigações suscetíveis de serem sancionadas pelo poder público. Deveres serão impostos aos indivíduos com o objetivo de não prejudicar terceiros. Esta preocupação foi determinante na adoção de medidas sanitárias no século XIX⁵⁸.

Além das implicações sobre o indivíduo – em termos de obrigação – essas descobertas fundam uma nova responsabilidade do Estado, permitindo o nascimento do que se chamará “saúde pública”, disciplina mais ambiciosa que a “higiene pública” e que supõe um engajamento mais profundo do Estado.

Os teóricos se interessam, em consequência, a esta “solidariedade natural”. O homem político e prêmio Nobel da Paz, Léon Bourgeois, principal teórico solidarista, escreve que o homem

* Por “biopolítica”, termo utilizado por Michel Foucault em suas obras, entender estilo de governo que regulamenta a população através do “biopoder”, ou seja, da aplicação e impacto do poder político sobre todos os aspectos da vida humana.

⁵⁵ QUETELET, Adolphe. *Physique sociale: ou essai sur le développement des facultés de l’homme*. Bruxelas: Académie royale, 1997, p. 100.

⁵⁶ FOUCAULT, Michel. *Il faut défendre la société*. Cours au Collège de France 1976. Paris: Gallimard Seuil, 1997, p. 219. No original: « *La biopolitique a affaire à la population, et la population comme problème politique* ».

⁵⁷ *Idem*. No original: « *Ils ne deviennent pertinents qu’au niveau même de la masse. Ce sont des phénomènes qui sont aléatoires et imprévisibles, si on les prend donc en eux-mêmes, individuellement, mais qui présentent, au niveau collectif, des constantes qu’il est facile, ou en tout cas possible, d’établir* ».

⁵⁸ COMITI, Vincent-Pierre. *Op. Cit.*, p. 31.

“vive e sua saúde nunca deixa de ser ameaçada pelas doenças dos outros homens cujas vidas, em contrapartida, são ameaçadas pelas doenças que ele mesmo contrairá”⁵⁹.

A noção de higiene pública já insistia no caráter público e se distinguia da higiene dita privada, pois não se limitava a prescrever comportamentos que o indivíduo deveria seguir a fim de conservar sua saúde, mas levava em conta os deveres das autoridades públicas em face da população, a dimensão política sendo agregada à concepção moral tradicional⁶⁰.

O modelo de saúde pública se distingue na medida em que ele é baseado na interação entre os indivíduos e entre o homem e o meio em que vive⁶¹. Tal modelo compreende, pois, uma dimensão preventiva, excluída do modelo anterior.

As descobertas pasteurianas marcaram, portanto, uma ruptura na apreensão de questões sanitárias. Conferiram à saúde pública seu fundamento científico, ao passo que as teorias solidaristas ofereceram-lhe seu fundamento jurídico-político.

O princípio da solidariedade foi particularmente defendido e desenvolvido no final do século XIX, por Léon Bourgeois, na sua teoria do solidarismo, a qual Émile Durkheim deu uma expressão teórica e sociológica completa. O solidarismo não se contenta em afirmar a obrigação de solidariedade entre os indivíduos. Essa teoria considera a solidariedade como um fato primitivamente social, um dado primitivo da sociedade e, não como um estado resultante da ação de agentes morais individuais⁶².

Ela parte de uma idéia de interdependência entre os membros de um grupo social, idéia que funda uma nova maneira de considerar as relações entre o indivíduo e sua sociedade. Sua contribuição essencial diz respeito à reformulação, no plano teórico, das relações dos homens entre si, por um lado, e daquelas entre o Estado e os indivíduos, de outro.

Durkheim, em sua obra *De la Division du Travail Social*, buscou encontrar uma explicação para a solidariedade social na sociedade moderna, embora tenha tratado da divisão do trabalho. Procura caracterizar os dois tipos ideais de solidariedade: a mecânica, encontrada nas sociedades menos desenvolvidas, e a orgânica, típica das sociedades industriais, onde predomina a divisão de trabalho⁶³.

Como Durkheim irá assinalar no prefácio da segunda edição deste livro, de 1902, o principal motivo que este trabalho levanta é aquele das relações entre a personalidade individual e a solidariedade social. Pergunta o sociólogo: ‘O que explica o fato que, na medida em que se torna mais autônomo, o indivíduo torna-se mais intimamente dependente da sociedade? Como pode ele ser pessoalmente mais desenvolvido e ao mesmo tempo mais socialmente dependente?’ Esta era uma pergunta que

⁵⁹ BOURGEOIS, Léon. *Op. Cit.*, p. 21. No original: « vit, et sa santé est sans cesse menacée par les maladies des autres hommes dont, en retour, la vie est menacée par les maladies qu’il contractera lui-même ».

⁶⁰ LORIOL, Marc. *L’impossible politique de santé publique en France*. Ramonville Saint-Agne: Érès, 2002, p. 106.

⁶¹ GRÜNDLER, Tatiana, *Op. Cit.*, p. 171.

⁶² *Idem*.

⁶³ NUNES, Everardo Duarte. O Suicídio: reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jan-mar, 1998, p. 9.

Durkheim já havia formulado em seu primeiro curso, ministrado em 1887-1888, intitulado Solidariedade Social, no qual questionava a natureza da própria solidariedade social ao perguntar ‘quais são as fronteiras que unem os homens uns aos outros?’⁶⁴.

O professor Jacques Chevallier identifica as consequências práticas da passagem da caridade à solidariedade em termos de direitos e deveres:

Com a doutrina solidarista, o tema da solidariedade [...] vai ser [...] erguido como motor da evolução social e colocado no centro da ação pública. [...] Ela parte do ‘fato natural’ de interdependência e de solidariedade para construir uma teoria de direitos e de deveres sociais: do simples fato de viver em sociedade, cada um se encontra endividado com relação aos seus semelhantes, mas também aos seus antepassados, de uma ‘dívida’ a qual ele deve cumprir escrupulosamente, tendo em vista o ‘contrato’ de associação sobre o qual repousa a própria existência da sociedade⁶⁵.

Tal mecanismo deve ser precisado: a solidariedade impõe ao indivíduo um dever legal ao encontro dos outros. Ele nasce devedor da sociedade e, em virtude de uma espécie de contrato retroativo consentido, uma obrigação – não mais somente moral, como era o caso da caridade, mas de natureza jurídica – lhe incumbe. Existe, em retorno, um dever da sociedade para com seus membros de intervir em seu favor⁶⁶.

A natureza desses deveres evolui e, portanto, desse ponto de vista, as mudanças terminológicas não são aleatórias. Elas traduzem, na linguagem, a evolução das idéias e das realidades jurídicas e sociais.

A assistência torna-se, assim, no fim do século XIX, uma obrigação de natureza jurídica da sociedade e também do indivíduo. Ela rompe, pois, com a ação caridosa voluntária – desprovida de garantia para os beneficiários – e de dimensão individual – ou seja, de amplitude forçosamente reduzida. As teorias relativas à solidariedade marcam assim uma reviravolta no que concerne a natureza da obrigação da coletividade em relação aos seus membros⁶⁷.

Léon Bourgeois resume esta evolução de termos e de sentido: “ao dever moral de caridade, formulado pelo cristianismo, e à noção já mais precisa, mas ainda abstrata e desprovida de sanções, da fraternidade republicana, ela [a solidariedade] substitui uma obrigação semi-contratual, tendo, como se diz em Direito, uma causa e podendo, na sequência, ser submetida a sanções [...]”⁶⁸.

⁶⁴ NUNES, Everardo Duarte. *Op. Cit.*, 1998, p. 9.

⁶⁵ CHEVALLIER, Jacques. *Op. Cit.*, p. 113. No original: « Avec la doctrine solidariste, le thème de la solidarité [...] va être [...] érigé moteur de l'évolution sociale et placé au coeur de l'action publique. [...] elle part du 'fait naturel' de l'interdépendance et de la solidarité pour construire une théorie des droits et des devoirs sociaux : du seul fait qu'il vit en société, chacun se trouve redevable, par rapport à ses semblables mais aussi à ses ancêtres, d'une 'dette' dont il est tenu de s'acquitter scrupuleusement, compte tenu du 'quasi-contrat' d'association sur lequel repose l'existence même de la société ».

⁶⁶ *Idem.*

⁶⁷ PAPPAS, John. *Op. Cit.*, p. 68.

⁶⁸ BOURGEOIS, Léon. *Op. Cit.*, p. 71. No original: « au devoir moral de charité qu'a formulé le christianisme, et à la notion déjà plus précise, mais encore abstraite et dépourvue de sanction de la fraternité républicaine, elle substitue une obligation quasi-contractuelle, ayant, comme on dit en droit, une cause et pouvant, par suite, être soumise à certaines sanctions ».

Essa evolução de idéias esteve na origem de certas concretizações: o novo princípio da solidariedade constitui, de fato, o fundamento de diversas leis e a ação sanitária e social aparece, então, como um objeto privilegiado da aplicação da teoria solidarista. Tal teoria foi, deste modo, determinante na emergência dos direitos sociais, ditos de segunda geração que, em oposição às liberdades públicas reconhecidas na Declaração francesa de Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, supõem uma intervenção dos poderes públicos.

As noções de direitos e deveres, de liberdade do indivíduo e de intervenção do Estado foram transformadas:

[...] elas tendem a se mitigar em sua oposição para dar lugar a um novo conceito, este da solidariedade. [...] É preciso pensar em gerar a sociedade como um todo. É preciso avaliar os riscos sociais para opor-lhes o espírito da prospectiva. E o fim do século XIX se caracteriza de forma geral por um intenso movimento legislativo que traduzia o novo intervencionismo do Estado que deriva das obrigações da sociedade em virtude do princípio da solidariedade, em particular no campo sanitário ⁶⁹.

Não se trata, porém, de uma obrigação de resultado em cargo da coletividade, mas, sim, de um dever de implementar, em todos os domínios, condições a um contexto social favorável para o desenvolvimento da saúde de cada indivíduo.

O papel do Estado evolui, de fato, neste momento de forma substancial: as premissas do intervencionismo que se desenvolverá após a Segunda Guerra Mundial, com o Estado de Bem-Estar Social, já estão postas.

A função social do Estado é uma fórmula doutrinária que relaciona a condição instrumental do Estado ao compromisso com o bem comum ou interesse coletivo e, principalmente, com a dignidade da pessoa humana. Para tanto, o Estado deve respeitar, valorizar e envolver a sociedade como um todo, atendendo ao bem comum e concretizando as condições sanitárias, sociais, políticas e econômicas necessárias à saúde física e psíquica das pessoas ⁷⁰.

No Brasil, como consequência da assimilação das teorias solidaristas, a Constituição Federal de 1988 explicita, no artigo 3º, inciso I, que: “Art. 3º Constituem *objetivos fundamentais* da República Federativa do Brasil: I – construir uma sociedade livre, justa e solidária”; [grifou-se].

E, em seu artigo 6º, dispõe que: “Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” [grifou-se].

⁶⁹ SOLOMON-BAYET, Claire *apud* GRÜNDLER, Tatiana, *Op. Cit.*, p. 170. No original: « elles tendent à s'estomper dans leur opposition pour céder la place à un nouveau concept, celui de la solidarité [...] il faut penser à gérer la société tout entière. Il faut évaluer les risques sociaux pour leur opposer l'esprit de prévoyance. Et la fin du XIX^e siècle se caractérise de façon générale par un intense mouvement législatif traduisant le nouvel interventionnisme de l'État qui découle des obligations de la société en vertu du principe de solidarité, en particulier dans le champ sanitaire »

⁷⁰ CORRÊA, Josel Machado. *Op. Cit.*, p. 31.

A obrigação jurídica estatal no campo da saúde está expressa nos artigos 196 e 197 da Constituição brasileira, sendo a assistência à saúde livre à iniciativa privada:

Art. 196. A saúde é *direito de todos e dever do Estado*, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação [grifou-se].

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Tal obrigação aparece, também, na Lei n. 8.080/1.990. O artigo 2º, *caput*, dispõe que a saúde é um direito fundamental do ser humano, *devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício*. Especificando o âmbito de atuação do Estado para a garantia da saúde, o parágrafo primeiro do já referido artigo, prevê que:

“Art. 2º. [omissis]

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Entretanto, o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade como um todo, como afirmado no parágrafo segundo do artigo 2º da referida lei, reflexo das teorias solidaristas. Por ser uma questão de interesse público, também é dever da sociedade, como um todo, reivindicar seus direitos, exigir maior eficiência do Estado e participar ativamente da luta por uma melhor condição social. Portanto, as pessoas e as famílias também devem zelar por melhores condições de saúde.

A função social requer cooperação social, mobilização solidária dos componentes da sociedade, sustentando, verificando e participando do dever de agir e da ação do Estado, que não é concebido como uma dádiva; a função social pressupõe uma conveniente administração da oposição entre a atividade livre e regulada da sociedade e entre a atividade autoritária e social do Estado ⁷¹.

Desta forma, o aparelho estatal colocado em ação não possui mais somente a função controle social e de manutenção da ordem, mas passa a cumprir o dever de proteger o indivíduo. Tal dever se justifica, em primeiro lugar, pois o papel primeiro do Estado é

⁷¹ PASOLD, César Luiz *apud* CORRÊA, Josel Machado. *Op. Cit.*, p. 31-2.

promover a segurança de seus membros e, em segundo lugar, em consequência do princípio da solidariedade.

2. O ESTADO E A LOUCURA

A loucura nem sempre foi entendida como sinônimo de doença mental. Sua definição e tratamento não foram sempre de competência médica e as políticas adotadas pelo Estado para lidar com ela não foram, desde o início, políticas da área da saúde.

Apesar de esta noção ser predominante atualmente, um estudo mais aprofundado pode comprovar que a loucura tem sido encarada por cada sociedade de forma diferente, sofrendo alterações com o decorrer do tempo e com o advento de novas instituições.

Nas palavras do professor da faculdade de Medicina de Marseille, Yves Baille:

É possível dizer que o louco é aquele que é diferente, mais ou menos diferente, mas diferente de mim; eu, que vivo em um grupo, bem adaptado a ele, do qual eu respeito às regras de vida e de pensamento; neste grupo, que reivindica a normalidade e que sabe manter a razão. Eu faço parte deste grupo, que me dá segurança enquanto o outro, o louco, ao contrário, me incomoda e me dá medo⁷².

Para compreender a loucura como um fenômeno histórico-social, a evolução de seu conceito e das respectivas formas de lidar com ela, é preciso ter em mente que a concepção de loucura é determinada segundo os *padrões ético-morais de cada sociedade* e, principalmente, de acordo com sua *base material de produção e reprodução da vida*.

Conforme Georg Rusche e Otto Kirchheimer, cada sistema de produção tende a criar formas punitivas correspondentes às suas relações, determinando o que deve ou não ser punido ou excluído.

*“Todo sistema de produção tende a descobrir formas punitivas que correspondem às suas relações de produção. É, pois, necessário pesquisar a origem e a força dos sistemas penais, o uso e a rejeição de certas punições e a intensidade das práticas penais, uma vez que elas são determinadas por forças sociais, sobretudo pelas forças econômicas e, conseqüentemente, fiscais”*⁷³ [grifou-se].

Segundo o psiquiatra italiano Franco Basaglia:

A identificação do doente mental como o excluído social que pagou o preço da tranquilidade de nossa existência permitiu-nos dar um passo à frente no sentido de identificar o *denominador comum a todos os excluídos*, dedicando-nos à pesquisa da relação entre o excluído e aquilo que o exclui. Nessa pesquisa, tornou-se evidente que *o que ocorria na instituição psiquiátrica era comum a todas as outras instituições sobre as quais nossa sociedade funda seu sistema: cada instituição vê-se*

⁷² BAILLE, Yves; LECA, Antoine. *Op. Cit.*, p. 15. No original: « *On peut dire que le fou c'est celui qui est différent, plus ou moins différent, mais différent de moi; moi qui vit dans un groupe, bien adapté à ce groupe, dont je respecte les règles de vie et de pensée; dans ce groupe qui revendique la normalité et qui sait garder raison. Je fais partie de ce groupe qui me rassure tandis que l'autre, le fou, au contraire m'inquiète et me fait peur* ».

⁷³ RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. **Punição e estrutura social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan ICC, 2004, p. 20.

*encarregada de institucionalizar aqueles que lhe são confiados, sejam elas instituições psiquiátricas, ou pedagógicas, familiares, punitivas etc.*⁷⁴.

Desta forma, a loucura não é um ente puramente *biológico*, em sua dimensão psíquica, nem puramente *sociológico*, produto do meio social. “Ela é, antes de tudo, construção política e teórica, institucional e científica”⁷⁵.

2.1 ABORDAGEM DA LOUCURA ANTES DO SÉCULO XVIII

Historicamente, a alienação mental é vista, inicialmente, como um estado de desordem caracterizado pela “agitação, o excesso, o rompimento, o perigo [que] ameaça toda sociabilidade”⁷⁶.

Embora já existissem algumas instalações especiais para o recolhimento de lunáticos antes do século XVII, como, por exemplo, na Grécia Antiga, na Inglaterra medieval e nas sociedades islâmicas, essas eram providências isoladas para se cuidar de algumas poucas pessoas indesejadas. Não existiam casos de acordos institucionais servindo ao propósito de encarcerar pessoas categorizadas como dementes⁷⁷.

Na Antiguidade, o louco era considerado como insano, ou seja, aquele que não sabe controlar suas paixões, que não busca a sabedoria e que recusa a lei divina. O insano era aquele que se opunha ao sábio⁷⁸.

Na Idade Média – sob o modo de produção feudal – a loucura era identificada a partir de padrões essencialmente religiosos e tratada de forma tolerante e complacente. Neste período tem-se, no início, a “Idade de Ouro” da loucura e, depois, o horror, com as perseguições e morte dos loucos pela Inquisição⁷⁹.

Durante dez séculos, os homens viveram com o medo de guerras, fome e epidemias, buscando reconforto no cristianismo. De fato, os cinco primeiros séculos da Idade Média deram uma chance aos “espíritos perturbados”. Os insanos não violentos, mais ou menos débeis, com seus discursos incoerentes e suas excentricidades, eram aceitos. Eles eram

⁷⁴ BASAGLIA, Franco. **A Instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p. 314.

⁷⁵ LUZ, Madel Therezinha. *Op. cit.*, p. 89.

⁷⁶ CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991, p. 26.

⁷⁷ SZASZ, Thomas. **Cruel compaixão**. Campinas: Papirus, 1994, p. 166.

⁷⁸ BAILLE, Yves; LECA, Antoine. *Op. Cit.*, p. 17.

⁷⁹ *Idem.*

imagens familiares, acessíveis da loucura; o louco presente na vida quotidiana, a tradição exigia que fossem mantidos com as famílias, nas suas cidades. Os “furiosos” eram acorrentados, seja nos seus domicílios, seja em casas de força, mas aqueles que não eram perigosos restavam integrados na sociedade ⁸⁰.

Cada cidade se responsabilizava por seus próprios loucos. “São escorraçados apenas os estrangeiros, aceitando cada cidade tomar conta apenas daqueles que são seus cidadãos. Com efeito, é possível encontrar na contabilidade de certas cidades medievais as subvenções destinadas aos loucos, ou donativos feitos em favor dos insanos” ⁸¹.

“Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos” ⁸².

Os estrangeiros eram expulsos ou entregues a marinheiros ou mercadores, para que os levassem para longe. Algumas cidades mais importantes, centros de grande circulação, passagem e feiras – como Nuremberg, na Alemanha – recebiam muitos loucos, que ali eram abandonados pelos peregrinos. Em razão disso, foram criadas prisões ou casas para encarcerá-los. “Esses loucos são alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não são tratados: são pura e simplesmente jogados na prisão” ⁸³.

Neste período, com base na lógica da caridade pregada pela Igreja, surgem as chamadas “Santas Casas de Misericórdia”, já analisadas anteriormente. Tais estabelecimentos eram destinados a acolher os indigentes, pobres e doentes, porém não eram locais para abrigar os loucos ⁸⁴.

Na segunda metade da Idade Média, as coisas mudaram radicalmente com a aparição da demonomania: o louco passa a ser um instrumento do demônio. É o início da penalização da loucura: polícia e justiça vão se ocupar dos insanos. A Inquisição, criada para lutar contra a heresia, levou à fogueira inúmeros loucos, que reconheciam, eles próprios, sua possessão demoníaca. O louco não é mais aceito pelos seus, mas ainda não é considerado como um doente ⁸⁵.

⁸⁰ BAILLE, Yves; LECA, Antoine. *Op. Cit.*, p. 17.

⁸¹ FOUCAULT, Michel. *Op. Cit.*, 2004, p. 10.

⁸² *Ibidem*, p. 9.

⁸³ *Ibidem*, p. 11.

⁸⁴ BAILLE, Yves; LECA, Antoine. *Op. Cit.*, p. 18.

⁸⁵ BAILLE, Yves; LECA, Antoine. *Op. Cit.*, p. 18.

“Quando o povo acreditava que a vida eterna era mais importante que a breve jornada de vida terrena, torturar a pessoa possuída para melhorar a qualidade da vida dela após a morte era considerado um ato de caridade. Daí a longa história da coerção clerical legal”⁸⁶.

No século XVII, a loucura passa a ser ligada a uma experiência ética e à valorização moral da Razão cartesiana: “sou um ser racional, portanto sou humano”. A loucura, não sendo racional, não é mais considerada um fenômeno humano. Estava aberta a possibilidade histórica para um sem número de atrocidades cometidas contra os “loucos”.

Entre os séculos XIV a XVIII, ocorreu a centralização do poder com o advento dos Estados absolutistas, definidos como um Estado protetor, cuja primeira tarefa consiste no estabelecimento da segurança.

O poder real passa a interferir na administração da loucura. Na França, por meio das *lettres de cachet* (cartas que serviam a transmitir uma ordem real), o rei determinava a internação dos loucos nos hospitais gerais e a sequestração de seus bens. “Esta ordem era outorgada por intermédio do ministro da Casa Real, por iniciativa da autoridade pública ou por iniciativa das famílias. Desta forma, quando um insano perturbava a ordem pública, os servidores [...] podiam solicitar uma ordem de internação ao rei. Eles podiam até apoderar-se do louco, mas a sequestração provisória só passava a ser legal após a obtenção da *lettre de cachet*”⁸⁷.

A partir da Renascença até o advento da Revolução Francesa, seguindo a tendência filantrópica iniciada pela Igreja Católica, foram criados na Europa estabelecimentos de assistência, os asilos, destinados aos pobres e doentes⁸⁸.

Surgem, na Inglaterra, os primeiros hospícios, que eram de caráter privado. “Os primeiros hospícios não eram hospitais, mas sim a casa dos mantenedores, que recebiam poucos homens e mulheres dementes (geralmente um ou dois) como hóspedes ou pensionistas; [...] os mantenedores, que possuíam ou operavam esses hospícios privados, eram religiosos, principalmente sacerdotes”⁸⁹.

O negócio com lunáticos deve ser entendido em termos econômicos e sociais. A iniciativa satisfazia as necessidades existenciais dos familiares dos lunáticos e as necessidades econômicas dos organizadores que forneciam o serviço. [...] A prática da hospitalização mental involuntária começou, pois, como um empreendimento privado, capitalista⁹⁰.

⁸⁶ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 170.

⁸⁷ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 23.

⁸⁸ CAMBERLEIN, Philippe. *Op. Cit.*, p. 7.

⁸⁹ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 170.

⁹⁰ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 171.

Na França, no século XVII, surgem os Hospitais Gerais, locais criados inicialmente de forma mantenedora dos valores cristãos da caridade aos miseráveis. Estes hospitais, já estudados anteriormente, eram lugares de confinamento de todos os tipos de excluídos, desde os pobres, os marginalizados, os doentes até os insanos ⁹¹. Posteriormente, essas casas voltadas ao amparo da pobreza, passaram a ter um caráter disciplinador e repressor de todo e qualquer tipo de ociosidade.

Tal intervenção possuiu outras preocupações além do simples amparo aos pobres. Seguindo a linha da análise de Michel Foucault*, as principais preocupações referiam-se à *ordem pública* (controlar o movimento dos vagabundos e mendigos), a uma *concepção moral* (o infortúnio e a pobreza são a contrapartida do vício e do pecado, os quais é preciso combater) e um *aspecto sanitário* (assegurar o alojamento e os cuidados dos internos) ⁹².

O Hospital Geral não tinha vocação de tratamento, tratava-se de uma estrutura na qual eram confinados aqueles que perturbavam a ordem e a moral. Essa intervenção seguia, porém, uma idéia de caridade e preservação da ordem social; a loucura não era ligada à noção de doença.

“Os direitos do indivíduo eram praticamente inexistentes na França do século XVII. Eles eram seguramente inexistentes para as massas não-proprietárias francesas. Por isso, para se prender a plebe em ‘hospitais gerais’ não era necessário o pretexto da insanidade como doença” ⁹³.

Nesta época não havia um perfil definido do “louco” internado. Pelo contrário, são recolhidos ao internato desde profanadores até pessoas com comportamentos anti-sociais dos mais variados, passando por cristãos avarentos até agitadores em geral.

A punição da loucura, que se confunde nessa época com a punição da pobreza e da ociosidade, ocorre de uma maneira geral nas instituições criadas durante o período de ascensão do capitalismo industrial. “A idéia dominante era, portanto, a de que o louco é uma pessoa improdutiva, que não trabalha, sendo, desta forma, um ser não-sociável; ele deve,

⁹¹ BAILLE, Yves; LECA, Antoine. *Op. Cit.*, p. 17-8.

* Foucault realizou um profundo estudo sobre o tema da loucura em sua tese de doutorado intitulada *Folie et Déraison*, publicada sob o título *Histoire de la Folie à l'Âge Classique* (História da Loucura na Idade Clássica). Nesta obra, o objetivo do autor não é o de fazer uma história do enclausuramento e do asilo, mas, sim, *do discurso que constitui os loucos como objeto de saber*, isto é, da relação entre razão e desrazão que autoriza a primeira a produzir um discurso sobre a segunda.

⁹² CAMBERLEIN, Philippe. *Op. Cit.*, p. 7-8.

⁹³ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 169.

assim, ser excluído e encarcerado com os outros não-sociáveis, ou seja, os criminosos, desempregados e mendigos”⁹⁴.

Com o advento da Revolução Francesa, os Hospitais Gerais, que eram criticados pelos revolucionários como um símbolo da crueldade e do absolutismo arbitrário, foram reorganizados com base nos ideais de fraternidade⁹⁵. As autoridades públicas passaram a ser responsáveis pela assistência aos necessitados e os loucos foram confiados aos alienistas.

A idéia dos direitos nasce associada à *razão* (característica comum a todos os homens sãos, entendida como a capacidade de deduzir os direitos e obrigações) e à *maioria* (porque, dotados de razão, todos os homens são iguais, têm possibilidade de acesso às mesmas verdades e, por isso, a vontade geral pode ser expressa pela maioria)⁹⁶. Foi com base na razão natural que se montou a concepção do contrato social.

Deste modo, os “alienados”, como o próprio nome diz, estão fora, não só da razão, mas do contrato que define os comportamentos aceitos entre os homens. Os loucos não são culpados, porque perderam a razão, mas não podem participar do jogo social porque não se comportam segundo suas regras e são uma ameaça à tranquilidade daqueles que as seguem.

Sobre o pano de fundo da sociedade contratual instaurada pela Revolução Francesa, o louco é uma marca. Insensato, ele não é sujeito de direitos; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de “servir”, não entra no circuito regulado das trocas, essa “livre” circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que aquele ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediram as leis⁹⁷. “Ilha de irracionalidade, ele deve ser administrado, porém, segundo normas diferentes das que designam o lugar às pessoas ‘normais’ e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional”⁹⁸.

A loucura apareceu como um desafio à sociedade nascida da queda do Antigo Regime, e a sociedade o aceitou porque estava em jogo a credibilidade de seus princípios e do equilíbrio de seus poderes. “Negócios burgueses e sérios de ordem, de justiça, de administração, de finanças, de disciplina, de polícia e de governo, nos quais o *patos* da

⁹⁴ BAILLE, Yves; LECA, Antoine. *Op. Cit.*, p. 18. No original : « *ce qui domine c'est que le fou est une personne improductive, qui ne travaille pas et donc qui est un être asocial. Il doit être exclu et enfermé avec les autres asociaux c'est à dire les criminels, les débauchés et les mendiants* ».

⁹⁵ GRÜNDLER, Tatiana. *Op. Cit.*, p. 100.

⁹⁶ CARVALHO NETO, Joviniano Soares de. Política para a loucura: uma questão de cidadania e poder. **Cadernos do CEAS**, Salvador, n. 175, p. 57-62, maio/jun. 1998, p. 175.

⁹⁷ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 19.

⁹⁸ *Idem.*

loucura seria propriamente deslocado”⁹⁹. Os debates em que o louco era objeto só colocaram em cena os “responsáveis” encarregados de controlá-lo.

A questão moderna da loucura surge da ruptura de um equilíbrio tradicional de poderes, mais precisamente do desmoronamento da antiga base da legitimidade política. Sob o Antigo Regime, a administração real, o aparelho judiciário e a família repartiam entre si o controle dos comportamentos não conformes, de acordo com procedimentos tradicionalmente regulados. Com a abolição das *lettres de cachet* [ou seja, da participação da administração real], uma peça essencial do dispositivo desaparece bruscamente, arruinando todo o edifício¹⁰⁰.

Ainda,

A postura revolucionário-reformista, romantizada por Rousseau e assumida por Robespierre, expressa fielmente o princípio impulsor da benevolência coletivista para com a humanidade como massa, e da hostilidade para com o indivíduo, como agente moral. ‘O inimigo comum’, declarou Rousseau, “é o interesse particular de cada homem”. Não é por coincidência que *a psiquiatria moderna tem sua origem na “liberação” mitificada do paciente mental, por Philippe Pinel, durante a Revolução Francesa*¹⁰¹ [grifou-se].

A partir desta perspectiva, se fundamentou e institucionalizou a exclusão dos alienados, principalmente no século XIX¹⁰². Mesmo que este século tenha conhecido a expansão do poder médico, as considerações de polícia visando à proteção da sociedade marcaram a abordagem dominante da loucura. A vontade de proteger a sociedade contra tal ameaça marca as políticas adotadas, que proporcionam a exclusão dos loucos. Tais medidas de exclusão são legitimadas pela medicina alienista, que vê no asilo um local de tratamento adaptado a essa patologia.

2.2 O SURGIMENTO DA PSIQUIATRIA

Os alienados eram confinados nos Hospitais Gerais, onde se misturavam com outras populações igualmente excluídas, como os vagabundos ou os doentes contagiosos. Porém, no século XIX, tal medida tradicional irá mudar parcialmente de finalidade. Ela não visa mais unicamente preservar a sociedade da desordem causada pelos loucos, mas também passa a ter a finalidade de lhes proporcionar “tratamento”.

⁹⁹ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 22.

¹⁰⁰ *Ibidem*, p. 10.

¹⁰¹ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 24.

¹⁰² *Idem*.

A psiquiatria asilar surgiu nos países industrializados da Europa e América do Norte para responder às necessidades dos meios desfavorecidos urbanos. “O pacote de providências como um todo foi exigido pelo caráter político da sociedade inglesa do século XVII, onde, pela primeira vez na história, um povo se dedicava a honrar os valores da liberdade e da propriedade”¹⁰³.

“A desadaptação dos antigos aparelhos de controle, a reorganização da justiça, a racionalização da administração, os começos de uma urbanização selvagem, o desbloqueio do mercado do trabalho etc., impuseram, nos diferentes países ocidentais, uma reestruturação da política da assistência que propiciou fórmulas bem próximas [entre eles]”¹⁰⁴.

Com a ascensão do capitalismo e a Revolução Industrial, e seus efeitos já analisados no capítulo anterior, a escassez de mão-de-obra qualificada para o trabalho industrial passa a ser apontada como o principal motivo para o tratamento da loucura na Idade Clássica. Esta refletia um padrão de conduta muito similar à ociosidade e à vagabundagem, que ocasionavam a destruição de mão-de-obra qualificada para o trabalho assalariado.

A medicalização da loucura e a infantilização do insano eram e são necessárias para *reconciliar a devoção da sociedade aos ideais de liberdade e responsabilidade individual com seu desejo de livrar-se de certos indivíduos problemáticos, por meios outros que não aqueles propiciados pela lei criminal. A idéia de insanidade como uma condição a exigir o recolhimento da pessoa demente foi inventada por aqueles que dela necessitavam*, os membros da classe dominante da sociedade inglesa do século XVII¹⁰⁵ [grifou-se].

As instâncias de controle aparecem, segundo Michel Foucault, para gerir a racionalização e a rentabilidade do trabalho industrial pela vigilância do corpo da força do trabalho. “Para que um certo liberalismo burguês tenha sido possível no nível das instituições, foi preciso, no nível do que eu chamo de micro-poderes, um investimento muito mais forte dos indivíduos, foi preciso organizar o esquadramento dos corpos e dos comportamentos”¹⁰⁶.

É a formação da sociedade capitalista, isto é, a necessidade de controlar os fluxos e a repartição espacial da mão-de-obra, levando em consideração necessidades da produção e do mercado de trabalho, que torna necessária uma verdadeira *ortopedia social*, para a qual o desenvolvimento da política e da vigilância das populações são os instrumentos essenciais¹⁰⁷.

Explica-se também o abandono do tratamento “cordial” para com a miséria, resquício do período medieval: era necessário treinar estes sujeitos para o trabalho proletário, ensinando-lhes o valor da disciplina, da sincronicidade, do cumprimento de tarefas e horários. Com isso “proletariava-se” à força os sujeitos ociosos e, a partir da condenação moral e da

¹⁰³ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 163.

¹⁰⁴ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 272.

¹⁰⁵ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 164.

¹⁰⁶ FOUCAULT, Michel *apud* REVEL, Judith. *Op. Cit.*, p. 31.

¹⁰⁷ REVEL, Judith. *Op. Cit.*, p. 29.

perseguição da mendicância, impunha-se a todos os demais o medo da punição representada pelos regimes disciplinares.

A existência de uma ampla classe de dependentes adultos que demandam assistência governamental representa um problema aborrecido para a sociedade. *Se o cidadão modelo de uma sociedade de livre mercado é produtivo, a tendência é desprezar o adulto capaz e não produtivo como um desviante.* Não é de se estranhar que a obsessão pelo trabalho, tanto como necessidade econômica quanto como símbolo de virtude, tenha dominado os debates sobre temas assistenciais até o final do século XIX. A tendência economicamente motivada da sociedade, a excluir o pobre ocioso da ala dos adultos normais (os cidadãos), foi reforçada pela tradicional exclusão dos “infantes, idiotas e insanos” do corpo político. Uma vez que infantes, idiotas e insanos não poderiam sustentar a si próprios, nem se engajarem nos contratos de vínculo, tiveram que ficar sob a tutela de adultos competentes. Era tentador juntar o pobre ocioso a esse grupo ¹⁰⁸ [grifou-se].

Assim, é possível constatar que, a partir do Renascimento – com a ascensão do capitalismo mercantil – até a Idade Clássica – entendida como período de desenvolvimento e consolidação do capitalismo industrial – a loucura passa a ser identificada como uma das formas de incapacidade para o trabalho assalariado.

A prisão e o manicômio, como instituições que passam a exercer controle sobre o indivíduo, são a forma que convém à nova situação econômica e social que se inicia em fins do século XVII. A hipótese de Foucault é a de que, “com o aumento populacional e a expansão do capitalismo, ocorre um mecanismo de ajuste realizado por inúmeras técnicas e dispositivos incidindo sobre o corpo” ¹⁰⁹.

O que se passou entre o fim da Renascença e o apogeu da era clássica não é, portanto, apenas uma evolução de instituições: é uma alteração na consciência da loucura; são os asilos de internamento, as casas de força e de correição que doravante representam essa consciência ¹¹⁰. [grifou-se].

Segundo psiquiatra húngaro e professor da Universidade de Siracusa, em Nova York, Thomas Szasz, “a modernidade é mãe de gêmeos. Um deles é a ciência, a tecnologia e o governo limitado. O outro é o adulto fisicamente capaz, mas improdutivo – e os esforços dos homens produtivos para controlá-lo e sustentá-lo” ¹¹¹. Inicialmente, os membros desta nova classe de dependentes foram rotulados como indigentes e tratados por meio das leis de pobreza e dos asilos para pobres. Gradualmente, o esforço para enfrentar a dependência adulta se misturou à nova pseudociência da psiquiatria e levou à internação dos adultos dependentes nos hospitais mentais.

A Europa do século XVII deu início à prática da internação como forma de isolamento dos indivíduos que a sociedade considerava personagens não absorvidos no cotidiano pela aristocracia e burguesia. *A medicina só*

¹⁰⁸ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.* p. 40-1.

¹⁰⁹ ARAÚJO, Inês Lacerda. *Op. Cit.*, p. 75-6.

¹¹⁰ FOUCAULT, Michel. *Op. Cit.*, 2004, p. 123.

¹¹¹ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 31.

*se apropriou da insanidade a partir do século XIX, época em que homens de ciência como Pinel e Esquirol consolidaram a psiquiatria como responsável pelos alienados*¹¹² [grifou-se].

Inicialmente buscou-se a “correção” da loucura sendo que, posteriormente, novas formas de dominação foram impostas pela “medicalização da sociedade”, através da implementação de tecnologias de vigilância e controle das classes subalternas nas sociedades industriais e pós-industriais. Os manicômios possuíam, nesse contexto, uma função de “prevenção geral”: prevenir os indivíduos que, se não forem produtivos nem se enquadrarem no sistema, serão punidos (ou então “tratados”).

O surgimento da psiquiatria como especialidade da medicina se deu no século XVIII, e sua consolidação no início do século XIX, no auge do positivismo científico e da influência da recente identificação da bactéria por Louis Pasteur.

“Jean Tenon, influente teórico das Humanidades, onde se incluía a Medicina de então, aplicou aos portadores de transtornos mentais a mesma máxima aplicada às bactérias: “é preciso isolar para conhecer e conhecer para intervir”. Estava fundado o hospício e com ele a Psiquiatria”¹¹³ [grifou-se].

No conhecimento médico da loucura, como em outros domínios, o século XIX marcou uma virada essencial. O primeiro médico a se consagrar exclusivamente aos alienados, na França, é Philippe Pinel.

Pinel e seu discípulo Jean-Étienne-Dominique Esquirol, nesse contexto, propuseram o “tratamento moral”, que vai suprimir as correntes e estudar as doenças do espírito, marcando o início da psiquiatria clínica. Com o tratamento moral, Pinel e Esquirol lançam as bases da psicoterapia e vão defender a criação dos asilos¹¹⁴. Dizem que a “casa de alienados é um instrumento de cura para aplicação do tratamento moral”¹¹⁵.

Michel Foucault relata tal episódio em uma das imagens trazidas em sua *História da Loucura na Idade Clássica*:

Pinel levou-o [Couthon, que estava a procura de suspeitos para a guilhotina] logo para a seção dos agitados, onde a visão dos alojamentos impressionou-o de modo penoso. Quis interrogar todos os doentes. Da maioria deles, recolheu apenas injúrias e palavras grosseiras. Era inútil prolongar por mais tempo o inquérito. Virando-se para Pinel: ‘Cidadão, será que você não é mesmo um louco, por querer libertar semelhantes animais?’. Pinel respondeu com calma: ‘Cidadão, *tenho certeza de que esses alienados são tão intratáveis somente porque são privados de ar e liberdade*’¹¹⁶.

¹¹² HIDALGO, Luciana. Eletrochoques, penas e pincéis. *Revista de História da Biblioteca Nacional*. São Paulo, ano 1, n. 2, p. 18-23, ago. 2005, p. 21.

¹¹³ ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS Abrasco, 2001, p. 169.

¹¹⁴ BAILLE, Yves; LECA, Antoine. *Op. Cit.*, p. 19.

¹¹⁵ *Idem*. No original: « *la maison d’aliénés est un instrument de guérison pour appliquer le traitement moral* ».

¹¹⁶ FOUCAULT, Michel. *Op. Cit.*, 2004, p. 460.

Na França, entrou em vigor em 1838 a lei sobre os alienados, que consolida a intervenção psiquiátrica na loucura. Tal legislação, que influenciou a grande maioria das leis do mesmo gênero criadas em outros países da Europa, traduzia no plano jurídico duas visões do alienado: pessoa doente e pessoa potencialmente perigosa para a coletividade. Na exposição de motivos de tal lei existe uma crítica ao sistema anterior, que “tratava apenas dos perigos dos quais os loucos furiosos poderiam representar à segurança pública”, constatando que tal sistema “não se ocupava da proteção que era devida ao infortúnio da pessoa alienada e das condições necessárias ao seu tratamento”, concluindo que “o hospital geral era, para o alienado uma prisão” ¹¹⁷.

Segundo o sociólogo Robert Castel, “é necessário, ao mesmo tempo, que esse organograma técnico esteja em simbiose com as opções políticas, de tal sorte que o fato de aceitar a proposição técnica pareça como um meio de realizar a opção política” ¹¹⁸. Nesse sentido, o discurso proferido pelo Ministro do Interior francês, quando da promulgação da lei francesa que instituiu os manicômios, esclarece sobre a justificação política de aceitação da proposição técnica apresentada pelos alienistas:

Vários motivos diferentes podem comandar, como já se observou, que a pessoa portadora de alienação mental seja colocada num estabelecimento destinado a esse serviço: *o interesse da segurança pública*, comprometida pelo perigo de violências, incêndios etc.; *o interesse da segurança de terceiros*, dos parentes, das pessoas próximas, cuja vida pode estar ameaçada por causa da monomania; *o interesse da própria existência do doente*, ameaçado pelas tentativas de suicídio, às quais um terço dos alienados está sujeito; *o interesse dos costumes públicos* que podem ser ofendidos pelo espetáculo de alienados, de idiotas, vagando nos lugares públicos; enfim, *o interesse tão sagrado do tratamento do próprio alienado* cujo sucesso, para trazer a cura, exige as precauções em questão: *o princípio do isolamento foi proclamado pela ciência como base de todos os tratamentos dos alienados* ¹¹⁹ [grifou-se].

Assim, conforme afirma Castel, nesse período de pós-revolução francesa, “pela primeira vez, todos os elementos que irão constituir, até hoje, as bases [da problemática moderna da loucura] de seu encargo social e de seu status antropológico são dados em conjunto” ¹²⁰. Segundo Castel, tais elementos são quatro.

O primeiro deles é o *contexto político do advento do legalismo*, o contexto de ruptura com a antiga base de legitimação do poder e do arbítrio real, proporcionados pela Revolução Francesa. “A nova orientação, desde a queda do Antigo Regime, é fazer passar o máximo de práticas de reclusão,

¹¹⁷ Exposição de motivos e projeto de lei sobre os alienados, apresentado pelo Ministro do Interior à Câmara dos Deputados a 06 de janeiro de 1837. Tal projeto resultará na lei de 30 de junho de 1838.

¹¹⁸ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 193.

¹¹⁹ DE GASPERIN, Adrien *apud* CASTEL, Robert.. *Op. Cit.*, 1991, p. 193-4.

¹²⁰ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 9.

da jurisdição real para a autoridade judiciária, tendência que prepara a tentativa de fazer garantir, pela interdição, todas as reclusões de alienados”¹²¹.

O segundo elemento seria o *surgimento de novos agentes*, ou seja, as instâncias encarregadas de preencher o vazio causado pela abolição da participação real no controle da loucura, que passam a ser a justiça, as administrações locais e a medicina¹²².

A *atribuição do status de doente ao louco* aparece como sendo o terceiro elemento que passa a fazer parte da questão da loucura: “As modalidades do encargo da loucura não devem mais ser homogêneas às que continuam a controlar os criminosos, os vagabundos, os mendigos e outros ‘marginais’, o louco é reconhecido na sua diferença a partir das características do aparelho que vai tratá-lo daí por diante”¹²³.

O quarto e último elemento base para a compreensão da loucura, apresentado por Castel, é a *constituição de uma nova estrutura institucional*, ou seja, os manicômios, novos hospitais indicados especificamente para o tratamento dos loucos:

No momento em que esta instituição [os hospitais] está marcada pelo descrédito atribuído aos lugares de segregação, dos quais, a administração real e a Igreja tinham feito os instrumentos de sua política de neutralização dos seus indesejáveis e dos seus inimigos; no momento também em que um movimento geral de desinstitucionalização da assistência desordena o antigo complexo hospitalar juntamente com as bastilhas do absolutismo político. A imposição do “estabelecimento especial” (ou asilo) como “meio terapêutico” supõe, portanto, a reconquista, pela nova medicina, de uma face da velha organização hospitalar carregada do ódio do povo e do desprezo dos espíritos mais esclarecidos¹²⁴.

Desta forma, “o louco que surge como problema na ruptura revolucionária vai ser dotado, no fim do processo, do *status* completo de alienado: completamente medicalizado, isto é, integralmente definido como enquanto personagem social e tipo humano pelo aparelho que conquistou o monopólio de seu encargo legítimo”¹²⁵.

“A síntese asilar apresentou uma coerência extraordinária, sendo cada uma de suas partes construída em relação às outras a partir da matriz comum da internação”¹²⁶.

Conforme o teórico anarquista russo Piotr A. Kropotkin, “desapareceram as correntes, mas os manicômios – essa outra forma de prisão – subsistiram; e dentro deles se desenvolveu um sistema tão mau quanto o das correntes”¹²⁷.

Segundo Thomas Szasz: “desde a bem sucedida reforma realizada por Pínel, instituindo a prisão psiquiátrica como liberação, cada avanço psiquiátrico tem consistido de

¹²¹ *Ibidem*, p. 25.

¹²² *Ibidem*, p. 9.

¹²³ *Idem*.

¹²⁴ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 10-1.

¹²⁵ *Ibidem*, p. 11.

¹²⁶ *Ibidem*, p. 12.

¹²⁷ KROPOTKIN, Piotr Alekseevich. As prisões. In: TRAGTENBERG, Maurício (Org.). **Kropotkin**: seleção e apresentação de textos. Porto Alegre, L&PM, 1987, p. 97.

uma celebração desavergonhada do poder ilimitado do psiquiatra sobre o paciente”¹²⁸. Continua afirmando: “um dos aspectos mais irônicos da história psiquiátrica é que os maiores opressores do paciente mental – Philippe Pinel, Eugen Bleuler, Karl Menninger – são oficialmente venerados como seus mais compassivos protetores”¹²⁹.

Uma avaliação fundada na competência técnica vai impor, a certos grupos de “marginais”, *um estatuto que terá valor legal embora seja constituído a partir de critérios técnico-científicos e não de prescrições jurídicas inscritas em códigos*. Um processo de corrosão do direito por um saber (ou por um pseudo-saber, mas essa não é a questão), a subversão progressiva do legalismo por atividades de perícia, constituem uma das grandes tendências que, desde o advento da sociedade burguesa, opera os processos de tomada de decisão que engajam o destino social dos homens¹³⁰ [grifou-se].

Constitui-se, então, um novo campo de especialistas que afirmavam a loucura como uma doença de fundo orgânico, “invisível” aos olhos dos leigos, e a “cura” como o objetivo do tratamento. “A ruptura entre o normal e o patológico sobre a qual repousava uma tal operação deve ser lida nos dois sentidos: os ‘loucos’ eram completamente loucos e os ‘normais’ completamente normais”¹³¹.

As práticas de normalização se aperfeiçoaram e o resultado foi a criação de “disciplinas” como a psicologia e a psiquiatria. Uma das teses mais polêmicas de Foucault é a de que o desbloqueamento epistemológico das ciências humanas, especialmente das ciências com o radical “psi”, deveu-se aos dispositivos disciplinares¹³².

Então, em razão desta concepção positivista, a loucura passa a ser encarada como um objeto da medicina.

O asilo da era positivista, aquele pelo qual se glorifica Pinel por sua fundação, não é um livre campo de observação, de diagnóstico e de terapêutica; é um espaço judiciário onde se é acusado, julgado e condenado e do qual não se é libertado senão pela versão desse processo na profundidade psicológica, ou seja, pelo arrependimento. *A loucura será punida no asilo, mesmo sendo inocentada fora dele*. Por muito tempo, e até nossos dias pelo menos, ela está aprisionada em um mundo moral¹³³ [grifou-se].

Segundo Pierre Billouet, a terapêutica moderna não provém de uma generosidade humanista aliada a uma curiosidade positivista. A modernidade distingue o louco do criminoso, mas é o medo inspirado pelos internos que move os médicos do hospital geral¹³⁴.

¹²⁸ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 25.

¹²⁹ *Ibidem*, p. 283.

¹³⁰ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 19-20.

¹³¹ CASTEL, Robert. 1991. *Op. Cit.*, p. 20.

¹³² ARAÚJO, Inês Lacerda. *Op. Cit.*, p. 84.

¹³³ FOUCAULT, Michel. *Op. Cit.*, 2004, p. 496.

¹³⁴ BILLOUET, Pierre. **Foucault**. Coleção Figuras do Saber. São Paulo: Estação Liberdade, 2003, p. 31.

Diferentemente daquilo que a ciência burguesa positivista afirma, a ascensão da loucura como objeto de estudos da medicina não representa um “progresso da humanidade”, mas uma *alteração de superestrutura*, nos termos marxistas, principalmente no que tange ao desenvolvimento do modelo capitalista, que veio substituir o velho modo de produção feudal.

Em algum momento entre a Reforma e a Revolução Francesa, esta racionalização de aperfeiçoamento [do comportamento do indivíduo com relação à sociedade] secularizou-se. O erro deixou de ser o afastamento da religião (iconoclasia, heresia) para tornar-se afastamento da razão (irracionalidade, insanidade); os doutores do divino que diagnosticavam o erro foram substituídos pelos doutores da medicina que diagnosticam a loucura; a conversão religiosa à força foi transformada em tratamento psiquiátrico involuntário; o Estado teológico foi substituído pelo Estado terapêutico¹³⁵.

“Vejo nossas práticas psiquiátricas estatais-institucionais não como técnicas médicas especializadas para o tratamento de doenças mentais, senão como *procedimentos socialmente aceitos para dispor dos indesejados*, semelhantes às práticas sociais do passado de segregar os pobres em asilos, encarcerar devedores em prisões e exilar em colônias os epiléticos”¹³⁶ [grifou-se].

Com a criação do manicômio e do confinamento terapêutico, foi reforçada a exclusão do doente mental, pois a medicalização torna impossível qualquer comunicação autêntica entre o sujeito conhecedor (o médico) e o objeto conhecido (o doente mental). “O estatuto de objeto será imposto desde logo a todo indivíduo reconhecido como alienado; a alienação será depositada como uma verdade secreta no âmago de todo conhecimento objetivo do homem”¹³⁷.

O comportamento não convencional deve ter existido desde que seres humanos começaram a viver em sociedade. A psiquiatria começa quando as pessoas deixam de interpretar esse comportamento em termos religiosos e existenciais e passam a interpretá-lo em termos médicos. *A fraqueza fatal da maioria das historiografias psiquiátricas está na falha dos historiadores em darem peso suficiente ao papel da coerção em psiquiatria e em reconhecer que o tratamento de loucos nada tem a ver com a cura*¹³⁸ [grifou-se].

Ao assumir para si como objeto científico a “doença mental”, as ciências médicas tomam também o papel de produção da verdade: loucura passa a ser aquilo que a Psiquiatria diz que ela é.

Sobre o saber-poder inerente à psiquiatria, cabe a menção, a título ilustrativo, aos escritos do poeta francês Antonin Artaud*, destinado aos seus médicos:

¹³⁵ SZAZS, Thomas. *Op. Cit.*, p. 14.

¹³⁶ SZAZS, Thomas. *Op. Cit.*, p. 31.

¹³⁷ FOUCAULT, Michel. *Op. Cit.*, 2004, p. 457.

¹³⁸ SZAZS, Thomas. *Op. Cit.*, p. 162.

* Antonin Marie-Joseph Artaud, além de poeta e dramaturgo, foi ator de teatro e cinema. Entretanto, viveu marginalizado e incompreendido, passando por sucessivos tratamentos e pelas mãos de vários psiquiatras e psicanalistas durante toda sua vida. Sempre abominou a psiquiatria e os hospícios, escrevendo diversas críticas a estas instituições (como sua *Carta aos Médicos-Chefes dos Manicômios* e *Van Gogh: o suicidado da sociedade*) Foi internado em um hospital psiquiátrico pela primeira vez aos dezenove anos. Porém, na época da II Guerra Mundial, passou pela parte mais dolorosa de sua vida, eis que durante nove anos consecutivos permaneceu internado em diversos hospícios, nos quais passou fome, esteve na beira da morte e foi submetido

A credulidade dos povos civilizados, dos sábios, dos governos, adorna a psiquiatria de não sei que luzes sobrenaturais. O processo da vossa profissão já recebeu seu veredicto. Não pretendemos discutir aqui o valor da vossa ciência nem a duvidosa existência das doenças mentais. Mas para cada cem supostas patogenias nas quais desencadeia a confusão da matéria e do espírito, para cada cem classificações das quais as mais vagas ainda são mais aproveitáveis, quantas são as tentativas nobres de chegar ao mundo cerebral onde vivem tantos dos vossos prisioneiros? [...] Não nos surpreendemos com vosso despreparo diante de uma tarefa para a qual só existem uns poucos predestinados. *No entanto nos rebelamos contra o direito concedido a homens – limitados ou não – de sacramentar com o encarceramento perpétuo suas investigações no domínio do espírito.* [...] *Os loucos são as vítimas individuais por excelência da ditadura social;* em nome dessa individualidade intrínseca ao homem, exigimos que sejam soltos esses encarcerados da sensibilidade, pois *não está ao alcance das leis prender todos os homens que pensam e agem* [...] Que tudo isso seja lembrado amanhã pela manhã, na hora da visita, quando tentarem conversar sem dicionário com *esses homens sobre os quais, reconheçam, os senhores só tem a superioridade da força*¹³⁹ [grifou-se].

Desta forma, enquanto na Idade Média (modo de produção feudal, com forte influência dos dogmas da Igreja Católica) a loucura era vista de forma tolerante num primeiro momento, e associada com a própria visão do demônio, num segundo momento; no Renascimento (ascensão do capitalismo mercantil e início das reformas protestantes) a loucura passa a ser isolada, e seu tratamento vai paulatinamente passando da caridade para o regime disciplinar do trabalho assalariado, próprio do capitalismo industrial nascente.

Nas palavras de Foucault: “o louco do período barroco erra de cidade em cidade, o louco da era clássica perde esta liberdade infeliz no confinamento, o louco da era moderna é medicalizado”¹⁴⁰. “A era clássica perde a proximidade da loucura que erra no mundo excluindo os loucos na internação; a era moderna perde a vigília clássica da loucura medicalizando a desrazão”¹⁴¹.

“O século XIV privilegiou a experiência dialética da loucura: mais que qualquer outra época, essa mostrou-se sensível ao que podia haver de indefinidamente entre a razão e a razão da loucura. [...] Os séculos XIX e XX, pelo contrário fazem incidir todo o peso de sua interrogação sobre a consciência analítica da loucura”¹⁴².

Nesse sentido,

“[...] o enclausuramento não dava a ver senão o paradoxo de um conhecimento que joga contemporaneamente com a exclusão (espacial) e com a inclusão (discursiva), a figura do hospital

a sessões de eletrochoque. Em 1946, um grupo de intelectuais, entre os quais André Breton, Jean-Paul Sartre, Pablo Picasso, Albert Camus e Simone de Beauvoir, mobilizou-se para garantir sua subsistência. Artaud morreu em março de 1948, num quarto na clínica de Ivry, nos arredores de Paris. (WILLER, Cláudio *in* ARTAUD, 1986, p. 7-14)

¹³⁹ ARTAUD, Antonin. Carta aos médicos-chefes dos manicômios. *In*: WILLER, Cláudio (Org. e trad.). **Escritos de Antonin Artaud**. 3 ed. Porto Alegre: L&PM, 1986, p. 30-1.

¹⁴⁰ FOUCAULT, Michel *apud* BILLOUET, Pierre. *Op. Cit.*, p. 22.

¹⁴¹ *Ibidem*, p. 25.

¹⁴² FOUCAULT, Michel. *Op. Cit.*, 2004, p. 171.

permite integrar a maneira pela qual, a partir do começo do século XIX, o poder passa a gerir a vida (sob a forma de biopoderes)”¹⁴³ [grifou-se].

Porém, a estabilidade relativa do conjunto não exclui os conflitos, as tensões, as crises, as derrapagens nem os reequilíbrios e as mudanças. O interesse pelas colônias agrícolas, no final do século XIX, por exemplo, abriu uma brecha para a supremacia absoluta do manicômio. Todavia, apesar de algumas crises, um século mais tarde, a instituição ainda permanecia de pé. “Elas [as crises] podem até marcar um novo início, propiciando um novo alento a uma organização cansada. Assim, o triunfo do organicismo, no fim do século XIX, fundou pela segunda vez a permanência asilar”¹⁴⁴.

Assim, a loucura passa a ser um objeto da Psiquiatria e, portanto, de políticas voltadas para a área de saúde. O confinamento é uma medida essencial no tratamento dos alienados e, o fato de que o alienado seja considerado como uma pessoa doente constitui uma nova justificação a sua privação de liberdade: a internação torna-se não somente uma medida de proteção da sociedade, mas também do *próprio indivíduo*.

2.2.1 O primeiro manicômio brasileiro

A loucura é registrada desde os primeiros séculos de colonização*, mas só vem a ser objeto de intervenção específica por parte do Estado a partir da chegada da Família Real, no início do século XIX.

O primeiro manicômio brasileiro foi inaugurado na época do II Reinado, sob o nome de *Hospício Pedro II*, e tinha como sede o prédio em que atualmente se situa a Universidade Federal do Rio de Janeiro, no bairro da Urca, naquela capital¹⁴⁵.

Antes da criação do hospício Pedro II, os doentes mentais eram trancafiados dentro de suas casas ou andavam livremente pelas ruas, sem qualquer tipo de assistência. Eram encontrados em

¹⁴³ REVEL, Judith. *Op. Cit.*, p. 63.

¹⁴⁴ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 13.

* A existência de doentes mentais no Brasil desde o primeiro século de colonização pode ser comprovada através de registros feitos pela Visitação que o Santo Ofício de Lisboa enviou para o Brasil no final do século XVI. Segundo o historiador Ronaldo Vainfas, a Inquisição tratava a loucura como possível atenuante de heresias, definindo-a como “enfermidade do miolo”, frenesi, doença de aluados ou lunáticos. Neste ponto, não se afastava muito do que popularmente se dizia dos loucos, nem do que diziam os médicos da época, que praticamente desconheciam as doenças mentais. (VAINFAS, Ronaldo, 2005, p. 25)

¹⁴⁵ ENGEL, Magali Gouveia. Um palácio para guardar doidos. **Revista de História da Biblioteca Nacional**. São Paulo, ano 1, n. 2, p. 33-35, ago. 2005, p. 33.

toda parte, ora nas ruas, entregues à própria sorte, ora nas prisões e casas de correção, em asilos de mendigos ou, ainda, nos porões das Santas Casas de Misericórdia¹⁴⁶.

“Trancafiar os dementes era a solução possível para quem habitasse casarões senhoriais, com criados discretos e dedicados. Para a maioria das famílias, porém, os loucos eram mantidos livres, em convivência com a vizinhança ou entregues à própria sorte”¹⁴⁷.

Muitos dos doentes mentais que vagavam pelas ruas eram conhecidos pela população local, sendo que vários ganhavam notoriedade e até apareciam em algumas peças de teatro: “Ao mesmo tempo que podiam ser objeto de riso, prestavam-se às persistentes metáforas políticas e às críticas sociais encenadas pelas grandes sociedades carnavalescas em seus préstitos anuais”¹⁴⁸.

Neste período, em razão da ascensão do pensamento liberal burguês na Europa, como já analisado, passou a ser legitimado o aprisionamento das pessoas que não tinham capacidade para constituir mão-de-obra. O enclausuramento passou a ser uma medida policial destinada a dar trabalho aos que não podem viver sem ele. “O confinamento procede da idéia burguesa, presente sob a monarquia e depois sob a república, de que a virtude é uma questão do Estado”¹⁴⁹.

Em um paradigma liberal, no qual estava se formando a sociedade capitalista e a necessidade de efetivar um controle social, justificou-se o discurso de que havia a necessidade de um local destinado a reunir os loucos.

Nesse contexto, o Imperador Dom Pedro II, possuindo interesse em se manter alinhado às tendências européias – eis que buscou durante seu governo a modernização do Brasil e sua projeção no cenário internacional – criou, através de um decreto imperial de 18 de julho de 1841, o primeiro manicômio brasileiro, inaugurado em 1852. O novo asilo deveria representar o progresso da ciência, aliado aos princípios humanistas da caridade, simbolizando a modernização¹⁵⁰.

Esta instituição foi a primeira do gênero na América Latina e tinha a capacidade para trezentos e cinquenta internos, tendo sido inspirada no modelo asilar francês através da reabilitação dos alienados – o que o diferenciava dos hospitais gerais, que eram apenas locais de maus-tratos e torturas¹⁵¹. Os poucos pensionistas particulares tinham boas instalações, inclusive um quarto mobiliado, com conforto, além de um criado à sua inteira disposição. Mas, o quadro geral era bem diferente¹⁵².

Importante ressaltar que a proposta de reabilitação não era, ainda, uma assistência médica psiquiátrica propriamente dita. Esta instituição era vinculada à Santa Casa de Misericórdia e “estaria

¹⁴⁶ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 3. reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 74.

¹⁴⁷ CUNHA, Maria Clementina Pereira. Hospício a céu aberto. **Revista de História da Biblioteca Nacional**. São Paulo, ano 1, n. 2, p. 27-32, ago. 2005, p. 27-8.

¹⁴⁸ *Ibidem*, p. 29.

¹⁴⁹ BILLOUET, Pierre. *Op. Cit.*, p. 28.

¹⁵⁰ ENGEL, Magali Gouveia. *Op. Cit.*, p. 34.

¹⁵¹ ROSATO, Cássia. Violência, saúde mental e direitos humanos. **Revista Direitos Humanos**. Recife, ano 4, n. 8, p. 44-52, dez. 2004, p. 46.

¹⁵² AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Op. Cit.*, p. 75.

embasada ainda pelo viés religioso [e pela noção de caridade] através de rituais que supostamente aliviarão o sofrimento psíquico dos alienados”¹⁵³.

A Santa Casa da Misericórdia era uma notável e complexa confraria de caridade regida por compromissos de atribuições entre seus membros construídas pela Coroa Portuguesa no Brasil, como em todas as vilas e cidades de Portugal e das regiões ultramarinas por ela colonizadas. Concentrava todas as obras de assistência, abrangendo o atendimento nos hospitais, a assistência aos presos pobres, a coleta de doações de esmolas, a concessão de dotes às órfãs pobres, a criação de crianças abandonadas, os serviços funerários e além de ser igualmente, executora de testamentos. Assim, ela desfrutava de grande prestígio social, poder econômico e político.

No momento em que a loucura passa a ser reconhecida como “desordem, perturbação da paz social, obstáculo ao crescimento econômico”, a luta dos médicos recebeu o apoio decisivo de José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Este articulou a criação do hospício ao seu projeto de viabilização de recursos para a construção do hospital para alienados da Corte¹⁵⁴.

Nesta época, só havia um médico no Hospício de Pedro II, que era o próprio diretor, doze enfermeiros, treze irmãs de caridade (encarregadas das enfermarias, salas de trabalho, rouparia, cozinha e despensa) além de uma média de cinquenta órfãs domiciliadas no hospício para ajudar as irmãs na enfermaria de mulheres. Isso foi possível porque a Santa Casa da Misericórdia administrava, também, o Recolhimento das órfãs. *As freiras foram consideradas capazes de cumprir a função de assistir aos loucos, não pelos médicos, mas pelo Estado e pela opinião pública ainda relutante em reconhecer o poder terapêutico da medicina mental. O médico não tinha um poder efetivo sobre a instituição e estava subordinado às decisões administrativas da Santa Casa, sendo que o controle da instituição permanecia objeto do discurso religioso praticado na Santa Casa de Misericórdia*¹⁵⁵ [grifou-se].

O tratamento dado aos doentes mentais nos hospitais gerais era muito criticado; porém, a rotina do novo manicômio não era muito diferente:

“Entre os meios repressivos autorizados estavam a privação de alimentos, o uso de colete de força e os banhos de emborcação, que, ao lado de certos meios curativos empregados (por exemplo, a aplicação de sanguessugas no ânus), certamente constituíam verdadeiras torturas físicas. Os abusos desses procedimentos levaram muitos internos à morte”¹⁵⁶.

Logo, com a concretização do pensamento capitalista, os internamentos em razão da necessidade de controle da população passaram a ser a regra, havendo, por consequência, no Brasil, a criação de um hospital que desse conta destas atribuições, além de representar a modernização do País.

¹⁵³ ROSATO, Cássia. *Op. Cit.*, p. 46.

¹⁵⁴ LIMA, Jorgina Tomaceli de Sousa. **O início da assistência à loucura no Brasil**. Disponível em <<http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br>> Acesso em: 11 dez. 2009, p. 2.

¹⁵⁵ *Ibidem*, p. 4.

¹⁵⁶ ENGEL, Magali Gouveia. *Op. Cit.*, p. 34.

2.2.2 Consolidação do saber psiquiátrico no tratamento da loucura

Na segunda metade do século XIX, começou a ser estabelecida no Brasil uma nova corrente da Medicina, chamada *alienismo*, desenvolvida por médicos da Europa e já analisada neste trabalho. Esta corrente propunha encarar a loucura como uma doença e, não mais, como um problema de espírito ¹⁵⁷. “A separação e a classificação dos doentes passa a ser elemento essencial para a cura” ¹⁵⁸.

Tal mudança de paradigma implicava a substituição da caridade – que informava a antiga noção de assistência aos necessitados e permitia que os loucos permanecessem em suas casas ou nas ruas – pelo chamado “confinamento terapêutico”. Protegia-se, assim, a sociedade e o doente, pois a loucura tinha, segundo a medicina da época, um temível potencial de contágio ¹⁵⁹.

Com as teses alienistas, o asilo tornou-se um local de tratamento, não constituindo mais apenas um local de acolhimento de pessoas indesejadas, que deveriam ser excluídas da sociedade para não perturbá-la. A ambição do isolamento, a partir do século XIX e das descobertas de Philippe Pinel, não é somente de proteger a sociedade dos alienados, mas, também, de criar um ambiente favorável à sua cura. Ao objetivo tradicional de polícia, acrescentou-se a finalidade médica.

Inicia-se, pois, um processo de “medicalização” da loucura, que consiste na apropriação do louco pelo saber-poder da medicina psiquiátrica.

Para entender o conceito moderno de doença mental, é necessário focar as origens radicalmente diferentes das profissões médica e psiquiátrica. A medicina se iniciou com pessoas doentes procurando alívio para seu sofrimento. A psiquiatria se iniciou com os familiares de pessoas problemáticas buscando alívio para o sofrimento deles, causado pelo (mau) comportamento do parente. Diferente do médico comum, o primeiro psiquiatra, chamado médico de loucos, tratava pessoas que não queriam ser seus pacientes e cujas indisposições se manifestavam pela estimulação dos ressentimentos dos parentes ¹⁶⁰.

A consolidação e a legitimação da psiquiatria no período do final da monarquia e início do regime republicano no Brasil foram retratadas pelo escritor realista Machado de Assis, em seu conto intitulado *O Alienista*, publicado entre o final de 1881 e início de 1882. O conto relata a história de um médico, o doutor Simão Bacamarte, que, ao retornar após uma estadia na Europa, constrói o primeiro manicômio da pequena cidade de Itaguaí e passa a internar todas as pessoas que possuem qualquer tipo de desvio de conduta.

Daí em diante foi uma coleta desenfreada. Um homem não podia dar nascença ou curso a mais simples mentira do mundo, ainda aquelas que aproveitassem ao inventor ou divulgador, que não fosse logo metido na

¹⁵⁷ CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Op. Cit.*, p. 29.

¹⁵⁸ ARAÚJO, Inês Lacerda. *Op. Cit.*, p. 76.

¹⁵⁹ CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Op. Cit.*, p. 29.

¹⁶⁰ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 163.

Casa Verde. Tudo era loucura. Os cultores de enigmas, os fabricantes de charadas, de anagramas, os maldizentes, os curiosos da vida alheia, os que põem todo o seu cuidado na tafularia, um ou outro almotacé enfunado, ninguém escapava aos emissários do alienista¹⁶¹.

A proposta centralizadora do personagem machadiano era em tudo “semelhante aos projetos vitoriosos dos alienistas do final do século XIX, que advogavam a reunião de todos os ‘vesânicos’, agora doentes, em uma mesma instituição, como forma de possibilitar o controle exclusivo da loucura pelos seus poucos especialistas e o desenvolvimento da ciência”¹⁶².

Segundo o professor Paulo Amarante,

A leitura de ‘O Alienista’, de Machado de Assis, merece de nossa parte bem mais que uma justa admiração. É uma obra que requer um estudo profundo, pois trata de um retrato vivo e perspicaz do processo de psiquiatrização e patologização do louco no Brasil, em meados do século XIX. No conto, Simão Bacamarte, ao voltar da Europa, com o entusiasmo e a euforia que são característica de todos os alienistas, procura levar a cabo a missão que tem para com a humanidade¹⁶³.

Da criação do Asilo de Pedro II até a proclamação da república, os médicos não pouparam críticas ao hospício, excluídos que estavam de sua direção e inconformados com a ausência de um projeto assistencial científico. Reivindicavam o poder institucional que se encontra nas mãos da Provedoria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, assim como da Igreja, com a ativa participação da Irmandade São Vicente, pertencentes aos setores mais conservadores do clero¹⁶⁴.

Em sua grande maioria, os alienistas compartilhavam dos ideais positivistas e republicanos e aspiravam a um reconhecimento por parte do Estado, ou seja, legal, que legitimaria e autorizaria uma intervenção mais ativa no campo da doença mental e assistência psiquiátrica. O hospício deveria ser medicalizado, tendo em sua direção o poder médico para contar com uma organização embasada por princípios técnicos. Isso se torna necessário para que se alcance respeitabilidade pública – da qual até o momento a medicina mental carece devido ao estado em que se desenvolve a psiquiatria no Hospício Pedro II – e para que o hospício se torne um local de produção de conhecimento¹⁶⁵.

Com a proclamação da república, muitas reivindicações dos psiquiatras foram atendidas. De um lado porque o asilo, nos moldes arcaicos do Pedro II, assemelhava-se às instituições despóticas, filhas do absolutismo político e incompatíveis com o ideário liberal veiculado nos meios republicanos. De outro, porque, sob a égide de uma nova ordem social que então se constitui, a psiquiatria deve partir para atuar no espaço social, onde se estruturam as doenças mentais, e não se limitar apenas aos muros do asilo¹⁶⁶.

¹⁶¹ MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria. **O alienista**. São Paulo: Scipione, 1990, p. 59.

¹⁶² CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Op. Cit.*, p. 30.

¹⁶³ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Op. Cit.*, p. 73.

¹⁶⁴ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Op. Cit.*, p. 75.

¹⁶⁵ *Idem*.

¹⁶⁶ *Ibidem*, p. 76.

“Na medida em que diminuiu o poder do clero, cresceu o do médico de loucos e a coerção teológica foi substituída pela coerção psiquiátrica” ¹⁶⁷.

A concepção médica oficializou-se em uma ideologia de Estado, embasada na idéia de uma ciência fechada e inquestionável. *A razão e a disciplina eram instrumentos indispensáveis à nova ordem que se pactuava para controlar uma sociedade sem senhores ou escravos* ¹⁶⁸ [grifou-se].

Uma das primeiras medidas do novo regime foi separar o Hospício da Santa Casa (por meio do Decreto n. 142, de 11 de janeiro de 1890), passando a ser chamado *Hospício Nacional de Alienados*, e criar a Assistência Médico-Legal aos Alienados (pelo Decreto n. 206, de 15 de fevereiro de 1890), *primeira instituição pública de saúde estabelecida pela República*. Eram os primeiros passos para a ampliação e a especialização do espaço asilar ¹⁶⁹.

No âmbito da assistência, são criadas as duas primeiras colônias de alienados, que são também as primeiras da América Latina ¹⁷⁰. Criadas como tentativa de resolver o problema da superlotação no hospício, foram denominadas Colônia de São Bento e do Conde de Mesquita. Ambas se situavam na Ilha do Galeão, atual Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, e se destinavam ao tratamento de alienados indigentes do sexo masculino.

Longe do centro urbano, são locais onde os pacientes ficariam encarregados de trabalhos agrícolas e artesanais. “O trabalho, valor decisivo na formação social burguesa, passa a merecer uma função nuclear na terapêutica asilar” ¹⁷¹.

Logo após, foram criadas as colônias de Juqueri, em São Paulo, e de Vargem Alegre, no interior do Estado do Rio de Janeiro. Mais tarde, foram inauguradas no Rio de Janeiro a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, para mulheres indigentes, a Colônia de Jacarepaguá e, foram iniciadas as obras do manicômio judiciário.

Esse conjunto de medidas caracterizou a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que teve como objetivo a implantação do modelo de colônias de assistência aos doentes mentais. Tal modelo asilar de colônias inspirou-se em experiências européias, baseadas na prática da aldeia de Gheel, na Bélgica, para onde os doentes eram levados para receber uma cura milagrosa e conviverem com a população ¹⁷².

João Carlos Teixeira Brandão, primeiro diretor, tanto da Assistência Médico-legal aos Alienados quanto do Hospício Nacional dos Alienados, caracteriza sua gestão com a ampliação dos asilos. Criou a primeira cadeira de Psiquiatria para estudantes de medicina (que é também a primeira cadeira clínica especializada), assim como a primeira escola de enfermagem, sistematizando assim a formação de profissionais para a especialidade ¹⁷³.

Outra conquista fundamental da medicina psiquiátrica no Brasil foi a aprovação do Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que reorganizava a assistência aos alienados, garantindo ao psiquiatra o monopólio do conhecimento e da intervenção sobre a loucura. Esta primeira lei federal

¹⁶⁷ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 171.

¹⁶⁸ CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Op. Cit.*, p. 29-31.

¹⁶⁹ ENGEL, Magali Gouveia. *Op. Cit.*, p. 34.

¹⁷⁰ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Op. Cit.*, p. 75.

¹⁷¹ *Idem.*

¹⁷² *Idem.*

¹⁷³ *Idem.*

de assistência psiquiátrica brasileira se traduzia na busca por mais recursos financeiros para a manutenção dos alienados. Importante ressaltar que “já estava em jogo interesses de diferentes segmentos em prol de questões políticas e econômicas, culminando na necessidade do Estado legislar sobre a loucura”¹⁷⁴.

No início do século XX, os hospícios se proliferaram por todo o país e o alienismo viu sua abrangência fortalecida no Brasil. As famílias entregavam seus doentes mentais com um misto de vergonha e alívio e, a mudança de atitude é rápida e impressionante após o aparecimento do “asilamento científico” no país. A constituição de um campo de especialistas, a afirmação da loucura como uma doença de fundo orgânico, a sua invisibilidade para os leigos, a “cura” como um objetivo e, sobretudo, a abrangência ilimitada da noção médica da loucura desvinculada de suas manifestações exteriorizadas e associada a comportamentos indesejáveis, faziam parte da nova realidade brasileira¹⁷⁵.

Nas palavras da socióloga, professora do Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro, Madel Luz:

O problema da exclusão de determinados setores sociais da nova ordem que se constrói. E aqui não falo somente do *operário, do pequeno comerciante empobrecido, do lavrador expulso de suas terras, do escravo sem lugar na cidade*. Falo também da *mulher, do intelectual tradicional que não consegue se ajustar à nova hegemonia, do artista refratário à ordem progressista*. Todos são *potenciais pacientes dessas novas instituições*. Eles são os excluídos das decisões da nova ordem (Lembrem-se que a maioria não poderia nem mesmo votar)¹⁷⁶ [grifou-se].

Segundo a professora Magali Gouveia Engel, enquanto o Hospício Dom Pedro II internou seis mil e quarenta indivíduos em cinquenta anos, o Hospital Nacional de Alienados recolheu, entre janeiro de 1890 a novembro de 1894, três mil, duzentas e uma pessoas. Tal fato demonstra que a instituição republicana era muito mais eficiente no exercício do controle social.

“Os indivíduos cujas ações ou pensamentos eram considerados de alguma forma perigosos à ordem estabelecida constituíam o principal alvo das internações. [...] A experiência da internação permanecia sendo trágica. O hospício não tratava nem curava, apenas excluía: à dor da loucura somava-se a dor da reclusão”.¹⁷⁷

Desde então, o que se viu foi a ampliação do discurso médico, a “medicalização da sociedade” – concomitante à “panoptização da sociedade”, na terminologia de Foucault, desenvolvida em sua obra *Vigiar e Punir*, que é a ampliação dos discursos médico e penal também para os sujeitos não-institucionalizados, implementando assim o modelo de vigilância, que predomina os dias atuais, e que é mais eficiente que as tecnologias de punição – e do controle das populações a partir da ciência.

¹⁷⁴ ROSATO, Cássia. *Op. Cit.*, p. 46.

¹⁷⁵ CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Op. Cit.*, p. 29-31.

¹⁷⁶ LUZ, Madel Therezinha. *Op. Cit.*, p. 92.

¹⁷⁷ ENGEL, Magali Gouveia. *Op. Cit.*, p. 35.

2.3 HIGIENE PÚBLICA E MORALIDADE

Além de representar uma ameaça para a ordem pública, o doente era percebido como uma ameaça à moralidade da sociedade, tendo em vista a imputação de certas doenças a comportamentos reprovados pela moral, como a prostituição e o alcoolismo.

Os séculos XVIII e XIX se caracterizam pela coincidência das regras morais e políticas adotadas em nome da higiene pública. “É preciso que a higiene aspire a aperfeiçoar a natureza humana geral”¹⁷⁸, sendo o indivíduo apenas um meio a serviço de um objetivo que visa, na realidade, a sociedade como um todo.

A partir do momento em que o Estado passa a investir no campo da saúde pública, este é tomado por uma visão amplamente moral. A moral pública determina o compromisso dos poderes públicos no domínio sanitário assim como a forma e os objetivos de tal intervenção. A relação entre higiene e moral pública é feita para justificar medidas fundadas em uma “higiene moral”.

É possível distinguir dois tipos de influência da moral sobre a ação pública sanitária. Em primeiro lugar a do movimento higienista, que se dá por missão transformar os indivíduos para melhorar a sociedade. Trata-se, pois, de modificar os comportamentos individuais de forma a lhes tornar conforme ao que é “bom” para a sociedade. As “cruzadas morais”, que são uma constante na história da saúde pública, reforçam esta idéia de que as intervenções públicas na esfera sanitária não são desprovidas de considerações morais. Uma visão simplista da sociedade, em termos de bem e mal, funda a ação sanitária.

Em segundo lugar, a moral pública influencia as formas que toma essa ação. Com efeito, as intervenções sanitárias estigmatizam certas populações já rejeitadas, pois impressionam a moral pública, sem que tal fato seja justificado do ponto de vista epidemiológico.

A lógica higienista presente nas primeiras medidas de saúde pública do século XIX é fundada em uma visão específica da relação entre o indivíduo e a coletividade. A finalidade é social, mas para atingi-la, é preciso atingir o indivíduo. A este serão impostos certos comportamentos, de forma a proteger a sociedade, considerada como um todo. “Os homens

¹⁷⁸ CABANIS, Pierre-Jean-Georges. *Rapports du physique et du moral de l'homme*. Paris: L'Harmattan, 2006, p. 356-7.

que se mantêm limpos, assim como aqueles que se dedicam ao trabalho, são, na sua maioria, bons cidadãos e bons pais de família”¹⁷⁹.

Assim, “não há dúvidas sobre o caráter moral do higienismo, se o entendermos como a promoção de um sistema de valores, jamais explicitado, que implementa um mecanismo de inclusão/exclusão, designando, com toda certeza (pois se trata de um discurso que se pretende científico) o Bem e o Mal, distinguindo os comportamentos virtuosos e os condenáveis”¹⁸⁰.

A higiene pública é globalizante: ela busca operar uma transformação da sociedade, mas se realiza pelas ações sobre os indivíduos ou grupos de indivíduos e comporta, portanto, uma lógica intrínseca de segregação. O movimento higienista constitui uma ruptura com relação à abordagem que até então prevalecia no campo da gestão coletiva da saúde. Esta tomava forma da exclusão, ou seja, afastamento dos indivíduos perigosos para a saúde da coletividade; paralelamente, uma outra perspectiva conduziu a ver nestas doenças um fenômeno social. O movimento higienista busca, desta forma, a *lutar contra elas agindo sobre os comportamentos individuais vistos como sendo a causa*.

Com efeito, as “legislações higienistas” do século XIX são estigmatizantes, visam às pessoas cujos comportamentos são considerados como perigosos, a fim de incitá-los, ou mesmo obrigá-los, a modificar seu comportamento para seu próprio bem e, sobretudo, pelo bem da coletividade. Elas se referem, então, a grupos específicos de indivíduos, como os alienados, as prostitutas e os alcoólatras¹⁸¹.

Os poderes públicos se baseiam cada vez mais, nesta época, no saber médico, que começa a se organizar. Os médicos são associados à decisão como peritos, papel então institucionalizado com a criação de comitês consultivos de higiene pública, nos quais quase metade eram médicos.

Então, “é em nome de um corpo científico, de um saber médico, que os médicos vão se atribuir o direito de prescrever o encorajar certos tipos de comportamentos individuais”¹⁸². Eles desejam que a palavra médica encontre respaldo jurídico. A realização desta filosofia

¹⁷⁹ GRÜNDLER, Tatiana. *Op. Cit.*, p. 135. No original: « les hommes qui se tiennent propres, comme ceux qui s'adonnent au travail, sont presque tous de bons citoyens et de bons pères de famille ».

¹⁸⁰ MASCARELLO, Myriam. *L'exemple de la lutte contre le tabagisme en France: le cas de la loi Evin*. In: MALET, Émilie (dir). *Santé publique et libertés individuelles*. Colloque ADAPes. Collection Tirer Profit. Paris: Éditions Passages, 1993, p. 184-5. No original: « le caractere moral de l'higienisme de fait plus aucun doute si on entend par là la promotion d'un système de valeurs, jamais explicité, qui met en branle un mécanisme d'inclusion/exclusion, désignant à coup sûr (puisque ce discours se veut scientifique) le Bien et le Mal, distinguant du même coup les comportements vertueux et les comportements coupables ».

¹⁸¹ COMITI, Vincent-Pierre. *Op. Cit.*, p. 34.

¹⁸² MASCARELLO, Myriam. *Op. Cit.*, p. 183. No original: « c'est au nom d'un corpus scientifique, d'un savoir médical que les médecins vont s'arroger le droit de proscrire ou d'encourager certains types de comportements individuels ».

repousa na ligação de complementaridade entre o médico, que identifica os comportamentos a serem seguidos, e o legislador, que está em posição de impô-los por meio da norma.

Para que haja uma realização sanitária, é preciso um aumento das competências das profissões médicas e dos responsáveis públicos. Falava-se à época de “higiene pública”, o que denota a transformação das questões, analisadas anteriormente como fazendo parte unicamente da esfera individual, em problemas de dimensão social.

Tal fato confirma a análise do sociólogo Marc Lorient, segundo a qual a construção social de um problema considerado, no início, como relevante somente de escolhas individuais, passa por diversas etapas: primeiramente, o surgimento de um novo problema de saúde, descoberto pelos médicos, sobre o qual se conduz, em um segundo tempo, uma empreitada moral que busca popularizar uma nova norma sanitária e, enfim, a fase de institucionalização finaliza o processo ¹⁸³.

Tal esquema pode ser, por exemplo, aplicado à questão do alcoolismo, que se tratava da principal preocupação da época: visto em sua origem como um simples comportamento individual, relevando a moral privada (embriaguez), em seguida passa-se a estabelecer uma relação entre esse fenômeno e a pobreza. O alcoolismo ultrapassa a esfera puramente privada, uma vez que é favorecido pelas condições sociais de existência do indivíduo. O contexto marcado pelas teorias da degeneração permitiu que uma cruzada antialcoolismo se realizasse. Tal cruzada foi possível por três fatores: a consolidação do poder médico, a entrada na política de médicos sensibilizados a este problema e uma percepção negativa pela classe dominante das classes populares as quais se imputava a consumação de álcool ¹⁸⁴.

É possível se falar de uma espécie de “empreendedor moral”, que visa impor uma moral virtuosa, para se referir àqueles que “empreendem uma cruzada para reformar as morais. Não somente eles pensam que os outros devem se comportar bem, mas também *que é de seu interesse se comportar assim*” ¹⁸⁵ [grifou-se]. Trata-se de uma “forma de aproximação de uma classe dominante face àqueles que ocupam uma posição menos favorecida na estrutura econômica e social”, assim, “*ajudar aqueles que estão abaixo a melhorar sua situação é um objetivo típico das cruzadas morais*” ¹⁸⁶.

¹⁸³ LORIENT, Marc. *Op. Cit.*, p. 106.

¹⁸⁴ GRÜNDLER, Tatiana. *Op. Cit.*, p. 138-9.

¹⁸⁵ BECKER, Howard S. *Outsiders: études de sociologie de la déviance*. Trad. M. Chapoulie e J.-P. Briand. Paris: Éditions AM Métailié, 1985, p. 171. No original: « *ceux qui entreprennent une croisade pour réformer les mœurs. Non seulement ils pensent que les autres doivent bien se conduire, mais également qu'il est le leur intérêt de se conduire ainsi* ».

¹⁸⁶ BECKER, Howard S. *Op. Cit.*, p. 173. No original: « *le mode d'approche de la classe dominante vis-à-vis de ceux dont la position économique et sociale est moins favorable. Aider ceux qui sont en dessous d'eux à améliorer leur statut est un objectif typique des croisades morales* ».

Desta forma, “a medicina pode se analisar como uma empresa da moral na medida em que *ela vai distinguir aquilo que, nos comportamentos sociais, é normal ou patológico*”¹⁸⁷. Seu instrumento consiste em uma tentativa de dirigir a opinião em uma luta: transformar as normas morais em normas jurídicas. Deste modo, suas ações são orientadas para o poder público, que possui o poder de codificá-las.

Tais movimentos partem do princípio que é preciso uma intervenção exterior ao indivíduo, de forma a lhe impor uma modificação de comportamento. Nota-se que existe certo paradoxo no fato de *não se ter confiança no indivíduo pra realizar a escolha de seu comportamento, mas ao mesmo tempo ele é considerado como único responsável por ele*.

O discurso sanitarista encarrega o indivíduo de preservar a sua saúde, que ele deve gerar da mesma forma que um empresário gera seu capital. Ele corresponde a uma tendência da saúde pública, que consiste em individualizar a saúde e a isolar de seu contexto geral. Tal fato conduz à formação julgamentos morais sobre os indivíduos e à estigmatização de certos grupos em função de seus supostos comportamentos¹⁸⁸.

As cruzadas morais são, pois, um mecanismo frequentemente empregado no domínio sanitário, com o fim de colocar a saúde pública em evidência. Tal discurso não se contenta em informar e mostrar a necessidade de adotar certo comportamento, conforme as finalidades médicas, mas aporta um julgamento impregnado de moralismo sobre as atitudes individuais. E, os poderes públicos parecem se interessar muito mais aos temas sanitários que são relacionados à moral pública.

Existem, ainda nos dias atuais, resquícios do pensamento higienista no tratamento da loucura, segundo o qual o indivíduo deve ser coagido a alterar seu comportamento para seu próprio bem.

2.3.1 Processo de urbanização e perspectiva higienista no controle da população no Brasil

¹⁸⁷ *Ibidem*, p. 139. No original: « *la médecine peut s’analyser comme une entreprise de morale dans la mesure où elle va distinguer ce qui, dans les comportements sociaux, relève du normal ou du pathologique* ».

¹⁸⁸ MASCARELLO, Myriam. *Op. Cit.*, p. 184.

As preocupações com a saúde coletiva brasileira, especificamente a partir da década de 1880, atingem o auge das preocupações com duas áreas da saúde pública: a área das *epidemias* – febre amarela, tifo, varíola, entre outras – e a da *loucura* ¹⁸⁹.

A medicina sanitária do final do século XIX, baseada no higienismo das cidades, também era convergente com a prática da psiquiatria, que tinha o objetivo de moralização dos indivíduos. “Como se iniciava um processo de urbanização, existia uma forte preocupação do Estado com a necessidade de se ter um maior controle da população” ¹⁹⁰.

Da mesma forma, a idéia de uma “epidemia de loucura” se espalha no Brasil, o que fez com que as internações e o confinamento dos doentes mentais fossem aceitos de forma pacífica pela população. “Numa perspectiva higienista e com fortes aspectos de controle da população, instala-se no Brasil o tratamento de doentes mentais através das chamadas instituições totais” ¹⁹¹.

A preocupação higienista se concentra nos centros urbanos*, especialmente nas importantes cidades portuárias da época: Recife, Salvador e, principalmente, a capital da República, o Rio de Janeiro. Além da lógica econômica, tal foco se explica pelo interesse político de preservar da doença a sede do Poder. As populações urbanas expostas às epidemias e à doença mental comprometem não só o bom andamento da economia, dos negócios de exportação, mas do próprio equilíbrio do Estado.

Nesta época, os loucos e também os aleijados, doentes, mendigos, negros, infestavam as ruas das cidades, tornando-as sombrias e inseguras. Além disso, havia o nascente proletariado “amontado em cortiços, casas de cômodos e malocas, armazenando em si, pronto para disseminar os germes da doença e da morte e, no entanto, necessário para movimentar as alavancas da indústria” ¹⁹².

Neste contexto, existe algo em comum entre as epidemias e a loucura, o que pode explicar porque passam a ser um problema de saúde pública: ambas são “doenças” interclasses, ou seja, afetam e destroem contingentes de camadas sociais diversas.

Porém, se a doença mental ou viral ameaça a todos, não os atinge do mesmo modo, nem na mesma proporção. Para alguns, ela é somente uma *ameaça*; para outros, a grande maioria, é uma certeza que raramente pode ser evitada. “Mas, o fato de atingir essa maioria a transbordou, a doença transpirou dos escuros cortiços para a claridade dos salões, do quarto trancado para a publicidade das ruas, atingindo setores sociais inteiros” ¹⁹³, e o Estado teve que responder institucionalmente, com táticas aplicáveis aos diversos setores sociais.

O auge do pensamento higienista brasileiro se deu no governo do paulista Rodrigues Alves, que teve como sua maior preocupação restaurar a cidade do Rio de Janeiro, que havia sofrido um crescimento populacional desordenado no século XIX. O presidente entregou a tarefa da

¹⁸⁹ LUZ, Madel Therezinha. *Op. Cit.*, p. 89-90.

¹⁹⁰ ROSATO, Cássia. *Op. Cit.*, p. 47.

¹⁹¹ *Ibidem*, p. 45.

* Não significa que não houvesse doença no meio rural, pois se sabe das terríveis condições de vida dos escravos, vítimas de doenças como a tuberculose, o ainhum, o beribéri, a ancilostomíase e outras verminoses que eram endêmicas. Porém, a saúde desta força de trabalho não era preocupação explícita do Estado. (LUZ, Madel Therezinha. *Op. Cit.*, p. 90)

¹⁹² LUZ, Madel Therezinha. *Op. Cit.*, p. 91.

¹⁹³ LUZ, Madel Therezinha. *Op. Cit.*, p. 91.

reurbanização ao prefeito da cidade, Pereira Passos, e o saneamento ficou por conta do médico sanitarista Oswaldo Cruz.

As políticas de saúde sanitárias, inclusive o que se poderia chamar de sanitarismo mental, atacam o meio ambiente social durante meio século, procurando combater, no espaço urbano, a promiscuidade, que engendra o contágio da epidemia e do vício, *procurando reorganizar o espaço amontado dos “pobres”, inclusive reconstruí-lo para dele excluir os contaminados, criando do mesmo um sistema de registros e um esboço de vigilância epidemiológica da doença física e mental*¹⁹⁴

O início das grandes campanhas sanitaristas promovidas pelo Estado também levou à criação de hospitais públicos de porte, principalmente na capital. Vários desses hospitais eram dedicados a especialidades desde sua criação. Era o caso do Hospital de Isolamento de São Paulo, inaugurado pelo poder público em 1880, em pleno combate a um surto de varíola. O hospital assumiria, anos depois, o nome do sanitarista Emílio Ribas, afirmando-se como centro de referência no combate a moléstias infecto-contagiosas. Nove anos depois da criação do Hospital de Isolamento, começava a funcionar no bairro carioca do Caju, o Hospital São Sebastião, instituição pública também especializada no tratamento de doenças infecciosas.

No ano de 1923, Gustavo Riedel fundou a Liga Brasileira de Higiene Mental, cristalizando o movimento higienista em saúde mental. A carta dos princípios da Liga constitui um programa de intervenção no espaço social, com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas. “Através da Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria coloca-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção”¹⁹⁵.

Com o movimento da eugenia, o asilo passa a contar com uma nova ideologia que o fortalece: a psiquiatria passa a pretender a constituição de coletividades sadias e deve operar a reprodução ideal do conjunto social que se aproxima de uma concepção modelar da natureza humana; um espaço eugênico, asséptico, de normalidade.

Os manicômios prolongaram, ao longo do século XX, a vocação experimental para a aplicação de métodos como o eletrochoque (criado como terapia em 1928), a lobotomia (intervenção cirúrgica no cérebro, método criado pelo português Egas Moniz, em 1936, que lhe rendeu o prêmio Nobel de Medicina, em 1945) e os neurolépticos (remédios desenvolvidos a partir da década de 1950)¹⁹⁶.

“Além dos castigos, das algemas, dos banhos e massagens, vieram tratamentos ainda mais ferozes: retirar certas partes do cérebro, produzir convulsões com eletrochoques, deixar sem alimento, remover cirurgicamente dentes, amídalas, úteros etc.”¹⁹⁷.

Este modelo de tratamento baseado na segregação e no isolamento de pessoas foi reforçado com a chegada de Getúlio Vargas ao poder. O Decreto n. 24.559 de 1934 fortificava a necessidade

¹⁹⁴ *Ibidem*, p. 92-3.

¹⁹⁵ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Op. Cit.*, p. 78.

¹⁹⁶ HIDALGO, Luciana. *Op. Cit.*, p. 21.

¹⁹⁷ MENNINGER, Karl *apud* SZASZ, Thomas, *Op. Cit.*, p. 304.

de afastamento de pessoas que pudessem perturbar a ordem social, tendo em vista a periculosidade e a incapacidade civil deste grupo. Ainda, o Presidente teria classificado “a questão da saúde mental como caso de polícia e ordem pública”¹⁹⁸.

O sistema manicomial é ampliado em um regime autoritário, tendo em vista que a necessidade de controle da população aumenta. Não é por acaso que o Presidente chamou a questão da saúde mental para o Estado, já que os mecanismos de poder devem ser ampliados e fortificados.

*A sociedade disciplinar, a sociedade militarizada, corresponde à utopia de todo governante, que é ter sob estrito controle, cada indivíduo inteiramente governável. Para tal, lança mão da vigilância, da norma e do exame. No lugar da arquitetura triunfal dos palácios, passa a funcionar o modelo arquitetônico das jaulas e da prisão, que possibilitam vigiar cada um particularmente a partir de um posto central. Qualquer falha é imediatamente detectada e anotada. Vigiar favorece o processo produtivo: o modo como o operário trabalha, sua prontidão, zelo, aptidão, conduta, fica tudo facilmente controlável. Favorece o processo pedagógico [...] todas as funções disciplinares são também pedagógicas*¹⁹⁹ [grifou-se].

A psiquiatria torna-se mais poderosa e o asilamento mais freqüente. Em meados da década de 1940, o Hospício Nacional de Alienados é transferido da Praia Vermelha para o Engenho de Dentro, onde conta com novas instalações, ampliação de vagas e modernos centros cirúrgicos para as promissoras lobotomias²⁰⁰.

Até meados dos anos 1950, muitos hospitais psiquiátricos nos moldes asilares foram fundados no Brasil e mantiveram sua hegemonia no tratamento de doenças mentais. Neste período, com o aparecimento dos primeiros neurolépticos, fortalece-se o processo de psiquiatrização.

Durante décadas, a internação e o tratamento asilar eram a única política de saúde mental brasileira; esta política era exclusivamente de responsabilidade estatal e se resumia à criação e manutenção dos manicômios.

Houve um aumento da população internada nestes estabelecimentos. O antigo Hospício Dom Pedro II, que tinha, como já mencionado, capacidade para trezentos e cinquenta pacientes, chegou a contar com três mil internos em 1939²⁰¹. Mesmo levando em conta o crescimento populacional, o aumento no número de internos foi extremamente significativo.

Desta forma, no século XX, não se fala mais de insano nem de alienado, mas de doente mental. Trata-se da “medicalização” da loucura: o doente mental é um doente como qualquer outro, um doente que sofre, e a medicina deve se ocupar dele²⁰².

É possível perceber uma vontade política particular que tende a reforçar a abordagem médica não somente do problema mental, mas também e mais amplamente das dificuldades relacionais características ao mundo moderno²⁰³.

¹⁹⁸ ROSATO, Cássia. *Op. Cit.*, p. 47.

¹⁹⁹ ARAÚJO, Inês Lacerda. *Op. Cit.*, p. 77.

²⁰⁰ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Op. Cit.*, p. 78.

²⁰¹ ROSATO, Cássia. *Op. Cit.*, p. 47.

²⁰² BAILLE, Yves; LECA, Antoine. *Op. Cit.*, p. 16.

²⁰³ BERNARDET, Philippe *et al*, *Op. Cit.*, p. 7.

Os manicômios se tornaram, de fato, no início do século XX, locais de confinamento onde são mantidos aqueles que a sociedade não quer ver circular livremente. As condições de internamento são péssimas, o que vai durar, globalmente, até a metade deste século ²⁰⁴. Pode-se ter como exemplo a chamada *extermination douce* ou “extermínio sutil” durante a Segunda Guerra Mundial, quando houve cerca de quarenta mil mortes nos hospitais psiquiátricos franceses ²⁰⁵.

2.4 BANALIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS NA DITADURA MILITAR, PRIVATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E INDÚSTRIA DA LOUCURA

As internações psiquiátricas brasileiras chegaram ao seu auge na época da ditadura militar, a partir da década de 1960. Tal fato está intimamente ligado à questão do controle social já antes mencionada, e a relação do Estado totalitário, da ditadura, com o aumento dos mecanismos disciplinares de controle da população. Isto porque:

“[...] a sociedade disciplinar exerce um domínio e constrangimento sobre o corpo tomado individualmente para dele extrair o máximo de utilidade e docilidade. A prisão o faz e também o exército, a escola, as fábricas, os hospitais, que funcionam como máquinas poderosas para esquadriñar, desarticular e compor as forças corporais”.²⁰⁶

Neste momento histórico, houve uma séria mudança na política de saúde de forma geral, por meio do Ministério da Previdência e Assistência Social:

“Com o objetivo de maior racionalidade e expansão da cobertura de atendimento à população, houve a privatização dos serviços públicos de saúde, através do financiamento e da contratação de estabelecimentos privados para prestar estes serviços” (grifou-se).²⁰⁷

Com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões, foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e o Estado passa a comprar serviços do setor privado. Ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia, no setor de saúde, pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. “A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria”²⁰⁸.

Ocorreu, portanto, um aumento desenfreado de instituições psiquiátricas, corroborado pela falta de planejamento e acompanhamento adequados por parte do Estado – parte contratante destes serviços. Neste aspecto reside o início da “indústria da loucura”, tendo em vista que a lógica privada funciona de acordo com princípios diversos da lógica estatal.

Em razão deste grande crescimento das instituições psiquiátricas e da ausência de controle eficaz, os critérios para as internações foram sendo distorcidos e, muitas vezes, foram realizados internamentos de pessoas que não se encontravam em crise, somente para o repasse de verbas, ou por motivos políticos, como ocorria com os presos da ditadura.

²⁰⁴ *Ibidem*, p. 20.

²⁰⁵ *Idem*.

²⁰⁶ ARAÚJO, Inês Lacerda. *Op. Cit.*, p. 76.

²⁰⁷ ROSATO, Cássia. *Op. Cit.*, p. 47.

²⁰⁸ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Op. Cit.*, p. 79.

Conforme os relatos de Austregésilo Carrano Bueno, membro do Movimento da Luta Antimanicomial e ex-representante dos usuários do sistema psiquiátrico no Conselho Nacional de Saúde (órgão do Ministério da Saúde), em 1964 havia, no Brasil, setenta e nove hospícios; já no ano de 1985, no final do período ditatorial, o número de hospitais psiquiátricos era quatrocentos e cinquenta e três, sendo que apenas dez por cento eram públicos²⁰⁹.

Tal fato demonstra que a psiquiatria atuava em parceria com a ditadura militar. “Os militares financiavam a construção e toda a infra-estrutura para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, desde que essas instituições aceitassem as pessoas que eram contra, ofendiam ou ameaçavam os olhares dos valores do regime militar”²¹⁰. “Muitos brasileiros desapareceram, foram inutilizados, torturados e mortos dentro dos hospícios nacionais, na sua maioria hospitais particulares”²¹¹.

“No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase cem mil leitos remunerados pelo setor público além de cerca de vinte mil leitos estatais”²¹².

Ocorrendo um enorme aumento no número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos, chegou-se ao ponto de a Previdência Social destinar noventa e sete por cento do total dos recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar²¹³.

Dos anos 1970 até o início dos anos 1990, de acordo com dados do Ministério da Saúde, ocorriam, em média, seiscentas mil internações por ano nos hospitais psiquiátricos brasileiros²¹⁴.

Além disso, a privatização foi um dos principais motivos que, posteriormente, comprometeu a Previdência Social do Brasil, nas décadas de 1970 e 1980²¹⁵.

Este modelo privatizante (em todo o setor de saúde, e não apenas no subsector da saúde mental) é de tal forma tão violento, concentrador, fraudulento e ganancioso, que contribui com parcela significativa de responsabilidade para a crise institucional e financeira da Previdência Social que se deflagra no início dos anos 80²¹⁶.

Em virtude de existirem muitos hospitais pertencentes à rede privada, fato aliado aos interesses da indústria farmacêutica, o tratamento passou a ser visto como um meio de obtenção de lucro. Isto ocorre porque a iniciativa privada opera por princípios diferentes dos da administração pública, como, por exemplo, o da prevalência do interesse público sobre o particular.

Tendo como exemplo a clínica particular Anchieta, em Santos, cuja intervenção será analisada posteriormente, pôde-se perceber que “o quadro de pessoal era ínfimo e havia uma

²⁰⁹ BUENO, Austregésilo Carrano. **Canto dos malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001, p. 170.

²¹⁰ *Idem*.

²¹¹ *Idem*.

²¹² CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de lei n. 3.657, de 12 de setembro de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília. Disponível em <<http://www2.camara.gov.br/internet/proposicoes>> Acesso em: 25 mar. 2008, p. 2.

²¹³ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Op. Cit.*, p. 80.

²¹⁴ BUENO, Austregésilo Carrano. *Op. Cit.*, p. 170.

²¹⁵ ROSATO, Cássia. *Op. Cit.*, p. 48.

²¹⁶ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Op. Cit.*, p. 80.

ausência quase total de profissionais de nível médio e superior. [...] Em compensação, dez pessoas trabalhavam nas áreas de faturamento, escritório e contabilidade”²¹⁷.

Além disso:

A falta de funcionários era suprida em parte por cerca de trinta e cinco pacientes que trabalhavam como ‘laborerápicos’ na limpeza da instituição. Mas isto não estava inserido em qualquer plano terapêutico para que o paciente recompusesse a sua vida. Era apenas uma economia de recursos para a instituição, que ao invés de pagar mais funcionários, fazia os doentes trabalharem e ainda recebia por isso. Como pagamento, estes pacientes, geralmente alcoólatras, recebiam um maço de cigarros por dia e uma bandeja ‘especial’ de comida²¹⁸.

Numa sociedade capitalista, a vantagem econômica é o principal objetivo dos empresários. Conforme o jurista Fábio Ulhôa Coelho,

Os bens e serviços de que todos precisamos para viver – isto é, os que atendem às nossas necessidades de vestuário, alimentação, saúde, educação, lazer etc. – são produzidos em organizações econômicas especializadas e negociadas no mercado. Quem estrutura essas organizações são pessoas vocacionadas à tarefa de combinar determinados componentes (os “fatores de produção”) e fortemente estimuladas pela possibilidade de ganhar dinheiro, muito dinheiro, com isso. São os empresários²¹⁹.

O conceito de empresário é definido, no artigo 966 do Código Civil brasileiro. Segundo este artigo, empresário é o “profissional que exerce atividade econômica organizada para a produção ou circulação de bens ou serviços”. Destacam-se, neste conceito, as noções de profissionalismo, atividade econômica organizada e produção ou circulação de bens ou serviços.

A partir destas noções, é possível entender os hospitais psiquiátricos pertencentes à rede privada como *empresas hospitalares*. A lógica dos manicômios privados é muito semelhante à lógica das demais empresas da iniciativa privada.

Austregésilo Carrano Bueno, ao retomar as situações precárias nas quais viveram os pacientes desde a época da ditadura militar, afirma que:

Esse caos, que podemos chamar de “holocausto psiquiátrico brasileiro”, apresenta um histórico que nos prova que os únicos beneficiados foram os donos dos hospitais psiquiátricos particulares – os *empresários da loucura* – hoje ricos e com suas famílias milionárias. Essas fortunas psiquiátricas foram conquistadas graças às falcatruas econômicas, ao confinamento, à dor, ao sangue e à morte de milhares de cidadãos brasileiros²²⁰.

²¹⁷ CAPISTRANO FILHO, David. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Hucitec, 1995, p. 100.

²¹⁸ *Idem*.

²¹⁹ COELHO, Fábio Ulhôa. **Manual de Direito Comercial**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2005, p. 3.

²²⁰ BUENO, Austregésilo Carrano. *Op. Cit.*, p. 171.

Porém, a indústria da loucura envolve questões mais complexas que somente a obtenção de lucro por parte dos proprietários dos hospitais e dos laboratórios pela manutenção dos leitos psiquiátricos – que possuem as maiores taxas de ocupação em relação às outras doenças.

O *lobby* hospitalar-psiquiátrico fica evidente no corporativismo existente nas questões de morte dentro de manicômios. Em consulta à Corregedoria do Conselho Federal de Medicina, a mesma informou não existir nenhum caso de cassação de registro profissional médico envolvendo mortes em hospitais psiquiátricos ²²¹.

Nos casos de mortes, os laudos, em geral, têm como desfecho o suicídio ou são atribuídas a outros pacientes, que são inimputáveis. Ou seja, é construída uma verdade de que não existem responsáveis por estes óbitos. Porém, esquece-se de que o hospital é o responsável pelos cuidados das pessoas que ali se encontram, ou, caso contrário, não haveria razão para sua existência ²²².

Um exemplo desta impunidade é o caso de Damião Ximenes Lopes, que foi morto no ano de 1999 em uma clínica psiquiátrica particular conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), em Sobral, no estado do Ceará, em razão de maus-tratos sofridos. Foram interpostas ações judiciais no âmbito cível e penal, e o caso foi submetido pela família da vítima à Corte Interamericana de Direitos Humanos, em San José da Costa Rica. A referida Corte condenou o Estado brasileiro, no ano de 2006, e somente em 2010 o Tribunal de Justiça do Estado do Ceará condenou civilmente a clínica e seus responsáveis à indenizar a família, mas até os dias atuais não houve punição no âmbito penal *.

O corporativismo resta claro, também, pelas represálias que sofrem as pessoas e entidades que denunciam a realidade nos hospícios. Um grande exemplo trazido pela psicóloga Cássia Rosato é o da ação movida pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) contra o Conselho Federal de Psicologia, pela publicação do livro *A Instituição Sinistra*. Também, a Federação move ação contra o Ministério da Saúde em função de portarias que constaram no Plano Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares em Psiquiatria (PNASH) ²²³.

Além desses exemplos, há o caso da proibição de comercialização do livro *Canto dos Malditos*, de autoria de Austregésilo Carrano Bueno, e da proibição judicial de que o autor realizasse entrevistas mencionando o nome das instituições e dos médicos psiquiatras *.

²²¹ ROSATO, Cássia. *Op. Cit.*, p. 50.

²²² *Idem*.

* Este caso resultou na *primeira condenação do Brasil na referida Corte regional*, em julho de 2006. A CIDH, em sua decisão, foi clara ao afirmar que “houve uma falha das autoridades estatais quanto à devida diligência, ao não iniciar imediatamente a investigação dos fatos, o que impediu inclusive a oportuna preservação e coleta da prova e a identificação de testemunhas oculares”. Ainda: “O Estado não proporcionou aos familiares de Ximenes Lopes um recurso efetivo para garantir o acesso à justiça, a determinação da verdade dos fatos, a investigação, identificação, o processo e, se for o caso, a punição dos responsáveis e a reparação das consequências das violações. O Estado tem, por conseguinte, responsabilidade pela violação dos direitos às garantias judiciais e à proteção judicial” (trecho da sentença *Ximenes Lopes versus Brasil*, 2006, p. 65-8).

²²³ ROSATO, Cássia. *Op. Cit.* p. 50.

* Bueno passou cerca de quatro anos de sua adolescência internado em instituições psiquiátricas e, vinte anos depois, publicou o livro *Canto dos Malditos*, com o fim de denunciar as violências que sofreu. Ao falecer, Austregésilo Carrano possuía todas as suas contas correntes bloqueadas por penhora judicial, para o pagamento das condenações nos processos movidos por seus médicos.

Um outro aspecto que legitima a indústria da loucura é o fato de que o manicômio é um ambiente, em si, propício à concentração e perversão do poder. Na linha de Foucault e de Goffman**, toda instituição fechada (asilos, orfanatos, prisões, hospitais) possui esta tendência. Quanto maior for o isolamento, maior a desigualdade de força e poder, a coação externa para o ingresso, a dificuldade de sair dela ²²⁵. Segundo Castel, “a relação funciona sempre sobre a base de um desnível fundamental entre duas personagens das quais, uma possui o saber e o poder e representa a norma” ²²⁶.

Kropotkin escreveu que: “os homens são sempre homens e não é possível dar a um indivíduo uma partícula de autoridade sem corrompê-lo. E mais abusará dela e menos escrúpulos terá quanto mais limitada for sua esfera de ação” ²²⁷ [grifou-se].

Goffman explica que o aspecto central das instituições totais é a ruptura das barreiras que separam importantes esferas da vida do indivíduo. Na sociedade moderna, o indivíduo dorme, brinca e trabalha em locais diferentes, com diferentes pessoas, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. Nas instituições totais, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local, e sob uma única autoridade. Cada fase da atividade diária é realizada na companhia de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas. O controle das necessidades humanas pela organização burocrática de grupos completos de pessoas é o fato básico das instituições totais ²²⁸.

Outra questão que colabora com a manutenção e crescimento da indústria da loucura é o fato de que muitas pessoas são internadas por familiares ou interessados por motivos financeiros ou pessoais, sem haver uma real necessidade de internamento. Desta forma, ocorre uma *banalização* das internações psiquiátricas.

Diversas são as denúncias de pessoas que são internadas à força, como se loucas fossem, para resolução de conflitos familiares, como herança, gravidez não desejada, drogas, alcoolismo, e outras formas de opressão que não podem ser resolvidas pela psiquiatria.

Muitas são internadas por ex-cônjuges e companheiros que desejavam ficar com a guarda dos filhos ou não dividir o patrimônio, ou por parentes para resolver problemas de herança. Também existem as internações provocadas para o levantamento de valores previdenciários aos curadores. Todos são casos que são possíveis se houver artimanha médico-legal e conluio com médicos e peritos ²²⁹.

Um exemplo trazido pelo professor do Departamento de Ciência Política da Universidade Federal da Bahia, Joviniano Soares de Carvalho Neto, é o da filha do Presidente Jânio Quadros, deputada federal que foi internada por ter denunciado a conivência do genitor com os corruptos na Prefeitura.

** Erving Goffman, sociólogo canadense e teórico da Escola de Chicago, realizou seus estudos acerca das instituições totais na mesma época que Michel Foucault, tendo publicado sua obra *Manicômios, prisões e conventos* no ano de 1961.

²²⁵ CARVALHO NETO, Joviniano Soares de. *Op. Cit.*, p. 60.

²²⁶ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 271.

²²⁷ KROPOTKIN, Piotr Alekseevich. *Op. Cit.*, p. 97.

²²⁸ GOFMANN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003, p. 17-8.

²²⁹ CARVALHO NETO, Joviniano Soares de. *Op. Cit.*, p. 60.

“No Brasil da cidadania menos regulada, a maioria absoluta das mais de seiscentas mil internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes”²³⁰.

Diante deste quadro, pode-se dizer que, com a banalização das internações, o lucro das empresas hospitalares e da indústria farmacêutica aumentou, sem que houvesse qualquer preocupação com as condições em que o paciente se encontra ou acerca da efetividade do tratamento, em razão do corporativismo inerente a estas relações.

2.5 TRATAMENTO NO PERÍODO DA REDEMOCRATIZAÇÃO E LUTA ANTIMANICOMIAL

A crise institucional e financeira da Previdência Social levou o Estado a adotar medidas racionalizadoras e disciplinadoras do setor privado, ao lado de medidas que visaram reorganizar o setor público.

Assim, é implantado o processo de co-gestão entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social e também é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), este último responsável pela elaboração de um plano de reorientação da assistência psiquiátrica [...]. No decorrer deste processo, surgem as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) [...] ²³¹.

No final da década de 1970 e início dos anos 1980, com o fim da ditadura militar, surge no Brasil um movimento influenciado pelas novas tendências psiquiátricas européias, que contestavam o paradigma psiquiátrico hegemônico das instituições totais, locais nos quais os internos são separados da sociedade levando uma vida fechada e formalmente administrada.

Esse movimento foi influenciado por pensadores europeus como Michel Foucault, Robert Castel, Franco Basaglia, Thomas Szaz e pelo canadense Erving Goffman, integrantes de uma nova corrente, chamada “antipsiquiatria”, que surgiu no período pós-guerras.

Após as duas Grandes Guerras, ou seja, na constituição e amadurecimento das democracias norte-americana e européias, os Estados Modernos passaram a se responsabilizar oficialmente pelos chamados problemas sociais. Os desdobramentos que se seguiram à reestruturação dos países europeus e redefinição das políticas sociais nos Estados Unidos representam fontes importantes de propostas de mudanças nas formas do ordenamento social.

A Europa se encontrava imersa em um ambiente marcado por duas guerras, no qual um debate intenso de redefinição da política, da economia e uma reorganização institucional e ética se impunham. Seria nesse clima que a situação dos hospitais psiquiátricos provocaria a comoção da

²³⁰ CÂMARA DOS DEPUTADOS, *Op. Cit.*, p. 2.

²³¹ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Op. Cit.*, p. 80.

sociedade, tendo sido muitas vezes comparados aos campos de concentração. O processo americano parece mais diretamente ligado à necessidade de redefinição do papel do Estado na regulação capital-trabalho. Tal discussão é aflorada com a crise de 1929, mas vai ganhar força em termos de mudança da assistência da população na década de 1960, durante o governo Kennedy ²³².

Nesse momento, os intelectuais adquiriram um espaço crescente na organização e administração da vida social que se torna, cada vez mais, gerida segundo critérios científicos. As manifestações revolucionárias de maio de 1968*, que contestavam as formas conservadoras de poder, conduziram à crítica da medicalização dos conflitos da vida quotidiana e foram um dos movimentos que denunciou o uso da psiquiatria para fins políticos²³³.

“Marxistas, psicanalistas, progressistas sacudiram os velhos alienistas que chamavam um doente de alienado e que praticavam a exclusão em sã consciência” ²³⁴.

Os antipsiquiatras consideravam a psiquiatria como uma nova Inquisição, sendo que os psicotrópicos substituíram a camisa-de-força e os médicos psiquiatras passam a ser os encarregados pela sociedade “normalizadora”, de vigiar a fronteira entre a razão e a loucura, em nome da manutenção de uma ordem moral ²³⁵. Os hospitais psiquiátricos passaram a ser vistos como instrumentos de alienação social, visto que os doentes eram excluídos da sociedade civil burguesa.

Os estabelecimentos concebidos pelo Estado para dar suporte aos doentes mentais se revelaram produtores de alienação na medida em que tais doentes eram retirados da sociedade. Essa sociedade, naturalmente segregativa, somente pode tolerar o doente mental em seu meio ao preço de uma normalização deste. “O psiquiatra se tornou, portanto, o gestor da loucura e os estabelecimentos psiquiátricos, públicos ou privados, instrumentos de alienação mental” ²³⁶.

A internação em manicômios não produziu resultados efetivos na recuperação de pacientes, exercendo muito mais uma função de controle social. Na maioria dos casos, o estado dos doentes mentais foi agravado dentro destas instituições totais, em razão das práticas abusivas cometidas e do isolamento que o internamento provoca. Os manicômios, que foram criados sob o discurso de “tratamento”, na verdade se configuraram em casas de reclusão que contribuía para aumentar a marginalização dos doentes, afastando-os do convívio familiar e social e, com isso, impedindo-os de exercer seus direitos de cidadãos. “A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o

²³² BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. 3. reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 171.

* Alguns filósofos e historiadores entendem essa rebelião como o acontecimento revolucionário mais importante do século XX. Teve início com uma série de greves estudantis em algumas universidades em Paris. A tentativa do governo do general Charles de Gaulle de esmagar as greves com mais ações policiais, levou a uma escalada do conflito que culminou numa greve geral de estudantes e trabalhadores, com ocupações de fábricas em toda a França, às quais aderiram dez milhões de obreiros, aproximadamente dois terços dos trabalhadores franceses.

²³³ BERNARDET, Philippe *et al*, *Op. Cit.*, p. 7.

²³⁴ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 14.

²³⁵ BAILLE, Yves; LECA, Antoine. *Op. Cit.*, p. 16.

²³⁶ RAPPARD, Philippe. *La folie et l'État: aliénation mentale et aliénation sociale*. Toulouse: Privat Éditeur, 1981, p. 7. No original: « *Le psychiatre est alors devenu le gestionnaire de la folie et les établissements psychiatriques publics ou privés les instruments de l'aliénation mentale* ».

início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, digna e ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais”²³⁷.

Como bem ilustra Artaud:

Sabe-se – não se sabe o suficiente – que os hospícios, longe de serem asilos, são pavorosos cárceres onde os detentos fornecem mão-de-obra gratuita e cômoda, onde os suplícios são a regra, e isso é tolerado pelos senhores. O hospício de alienados, sob o manto da ciência e da justiça, é comparável à caserna, à prisão, à masmorra²³⁸.

Na prática, significava dar início ao processo de desinstitucionalização, ou seja, acabar com os hospitais psiquiátricos como única terapêutica para aqueles que não deram conta de seu sofrimento psíquico. “Tinha-se como proposta a substituição definitiva do paradigma psiquiátrico pelo paradigma psicossocial e não somente uma segunda abordagem de tratamento”²³⁹.

Nos anos 1970, no contexto dos movimentos de redemocratização, surgiram no Brasil intensos debates que questionavam a atenção em saúde mental. Intelectuais e setores da sociedade civil articularam movimentos e reflexões de críticas à abordagem da loucura e sua relação com as instituições, os saberes e a sociedade. Despontaram no cenário nacional grupos de estudos que iriam protagonizar a crítica ao modelo clássico da psiquiatria e a construção de projeto de reforma psiquiátrica no Brasil.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) surgiu como uma manifestação dos trabalhadores na área da saúde mental, na defesa dos direitos fundamentais e pela inclusão dos doentes mentais²⁴⁰. O projeto deste Movimento assume um caráter marcado pela crítica ao saber psiquiátrico e as diferentes forças envolvidas no movimento de reforma buscavam a construção de um novo modelo assistencial, enfatizando, sobretudo, os serviços extra-hospitalares.

Formado nos últimos anos da década de 1970 e assumido enquanto um movimento social em 1987, o MNLA buscou, embora com fragilidade, romper as amarras do corporativismo, levando a questão da loucura à sociedade civil. Foi desta forma que a realidade dos maiores manicômios do País – a Colônia Psiquiátrica Juqueri, em São Paulo, a Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, e o Barbacena, em Minas Gerais – foi, pela primeira vez, apresentada fora de seus muros²⁴¹.

A grande crítica feita à psiquiatria não se encontrava somente no âmbito da falência terapêutica, mas, principalmente, no conjunto das questões sociais, tendo como base a *exclusão* do doente mental e a *cidadania*.

“Neste cenário, o conceito de cidadania é, pois, uma palavra-chave fundamental, na medida em que percorre os níveis anteriores e que, devido à natureza do estatuto de alienação mental, ao

²³⁷ CÂMARA DOS DEPUTADOS, *Op. Cit.*, p. 2.

²³⁸ ARTAUD, Antonin. *Op. Cit.*, p. 30.

²³⁹ ROSATO, Cássia. *Op. Cit.*, p. 48.

²⁴⁰ FERNANDES, Daniel Augusto. **A cura da loucura ou a loucura da cura: psicanálise e o movimento antimanicomial**. Disponível em: <www.geocities.com/daftm/loucura.html> Acesso em: 04 mar. 2005, p. 1.

²⁴¹ COMISSÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL (Paraná). Saúde mental: novas formas de assistência. **Cadernos Ministério Público do Paraná**, Curitiba. n. 3, p. 214-17, abr. 2000, p. 214.

louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos”²⁴².

O professor Carvalho Neto ressaltou que “a Campanha Antimanicomial [...] permitiu levantar algumas questões que vão muito além da discussão sobre a manutenção e extinção dos manicômios”²⁴³. Segundo ele, o Movimento da Luta Antimanicomial possui grande importância, pois fez emergir, além da crítica da validade terapêutica dos hospitais psiquiátricos e a emergência e a defesa da maior eficácia dos serviços alternativos, as denúncias dos interesses espúrios (como lucros, soluções de conflitos patrimoniais e familiares) e dos abusos por eles gerados no atual sistema de internação e interdição e, a percepção dos hospícios como o maior reduto do poder absoluto e das perversões na sociedade, um espaço de poder mais opressivo que as prisões²⁴⁴. Além de denunciar as condições precárias dos hospícios, tal Movimento buscou apresentar alternativas ao tratamento de até então, visando a inclusão do doente mental e a preservação de sua dignidade.

Várias terapias alternativas abriram brechas nos tratamentos ortodoxos utilizados em hospícios em todo o mundo, em especial movidas pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, a partir dos anos 1960²⁴⁵. O médico italiano trabalhou com a idéia da incapacidade da psiquiatria isoladamente, enquanto campo do conhecimento, de dar conta da questão da loucura. Além disso, demonstra a inadequação do hospital psiquiátrico enquanto dispositivo da intervenção técnica e defende o direito dos portadores de transtornos mentais de terem cidadania reconhecida, de opinar no tratamento e negar-se a se submeter a procedimentos violentos.

“Precursor do movimento conhecido como psiquiatria democrática, Basaglia denunciou a perversa configuração do poder no asilo tradicional”²⁴⁶. Ele desenvolveu, juntamente com médicos, psicólogos, sociólogos, enfermeiros e os próprios pacientes, um trabalho de recuperação dos asilados de hospitais psiquiátricos nas cidades de Gorizia e Trieste, na Itália.

Basaglia e sua equipe provocaram uma mudança no hospital psiquiátrico onde atuavam. Contestaram a condição em que se encontravam os manicômios e realizaram diversas mudanças na instituição. Iniciaram por eliminar, na medida do possível, as práticas violentas de tratamento, substituindo-as por outras mais humanas e coletivas, como passeios em grupo, reuniões para que os pacientes conversassem sobre os seus problemas e, com isso, recuperassem suas identidades.

Anos antes, no Brasil da década de 1940, no antigo hospício Dom Pedro II, a médica psiquiatra Nise da Silveira desenvolveu um trabalho precursor que demonstrou que os doentes mentais – mesmo possuindo deficiências ou terem passado por surtos nos quais perdem a razão – possuem uma compreensão da realidade.

“Ali, a doutora Nise driblou práticas psiquiátricas cruéis, ousando enfrentar a psicose em vez de oprimi-la. O viés que encontrou foi o de atividades artísticas em ateliê, que acabariam resultando na criação do Museu de Imagens do Inconsciente”²⁴⁷.

²⁴² *Idem.*

²⁴³ CARVALHO NETO, Jovinião Soares de. *Op. Cit.*, p. 57.

²⁴⁴ *Idem.*

²⁴⁵ HIDALGO, Luciana. *Op. Cit.*, p. 21.

²⁴⁶ HIDALGO, Luciana. *Op. Cit.*, p. 21.

²⁴⁷ *Ibidem*, p. 23.

No mesmo sentido está o texto explicativo da exposição *Imagens do Inconsciente*, que teve como curador Luiz Carlos Mello – que trabalhou ao lado da psiquiatra durante vinte e sete anos*:

“Contrária aos conceitos até então adotados em hospícios, a médica buscou, nas atividades que trabalham a expressividade, uma alternativa para tratar a loucura sem utilizar os procedimentos convencionais da época, como as sessões de eletrochoques, o coma insulínico e as intervenções cirúrgicas – lobotomias”²⁴⁸.

Nas palavras de Artaud: “sem insistir no caráter perfeitamente genial das manifestações de certos loucos, na medida da nossa capacidade de avaliá-las, afirmamos a legitimidade absoluta da sua concepção de realidade e de todos os atos que dela decorrem”²⁴⁹.

Tal trabalho coloca em questionamento os limites entre a insanidade e a genialidade, a loucura e a produção artística, como foi o caso de alguns artistas e pensadores que foram marginalizados ao longo de suas vidas por serem considerados loucos e internados em manicômios. Cita-se como exemplo, além do já mencionado poeta francês Antonin Artaud, o pintor holandês Vincent Van Gogh*, o escritor brasileiro Lima Barreto**, assim como o pintor norueguês Edvard Munch, a escultora francesa Camille Claudel e, o imperador alemão Ludwig II*** da Baviera.

A luta antimanicomial condena, portanto, a segregação, por ferir os direitos ao livre arbítrio e à convivência social, e nega o isolamento como instrumento terapêutico, paradigma essencial à manutenção dos hospícios. Desta forma, a partir de todos estes elementos, restou claro que a inclusão dos doentes mentais na sociedade, a ampliação do convívio social, era inerente aos seus

* Inicialmente, os ateliês eram voltados às diversas linguagens artísticas, incluindo a música, o teatro, o artesanato, a pintura e a xilogravura, entre outros. Porém, pintura e modelagem assumiram posição de destaque no tratamento. Com a grande produção dos pacientes, surgiu a idéia de reunir essas obras em um museu. Em 1952, o Museu de Imagens do Inconsciente foi inaugurado. No início da década de 1950, alguns críticos de arte se negaram a reconhecer o trabalho feito pelos pacientes. Porém, na mesma época, o paciente Fernando Diniz ganhou o prêmio *hors concours* em uma mostra em Paris.

²⁴⁸ MUSEU OSCAR NIEMEYER (Curitiba). **Imagens do Inconsciente**. Disponível em <<http://www.museuoscarniermeyer.org.br/exposicoes/inconsciente.htm>>. Acesso em: 14 dez. 2005.

²⁴⁹ ARTAUD, Antonin. *Op. Cit.*, p. 31.

* Van Gogh foi interno de um hospício na França em 1888, após um desentendimento com seu grande amigo – o pintor Gauguin – que resultou no famoso corte de sua orelha esquerda. Após seu retorno para Arles, também na França, foi perseguido e discriminado pela população local, que o temia e se assustava à sua vista. Seu irmão Théo o convenceu a entrar no Asilo de Saint-Paul de Mausole, em Saint-Rémy, onde passou cerca de dois anos. Depois de sair de Saint-Rémy, o pintor muda-se para Auver-sur-Oise, onde vive em uma pensão sob os cuidados do psiquiatra Paul-Ferdinand Gachet, até sua morte (RUPRECHT, Pierre *in* VAN GOGH, Vincent, 2002, p. 13-9). O próprio Van Gogh escreveu, em uma de suas cartas a Théo, que “ele [o dr. Gachet] me parece na verdade tão doente e perturbado quanto você e eu” (VAN GOGH, Vincent, 2002, p. 378).

** Lima Barreto foi um dos pacientes do hospício Dom Pedro II nos anos de 1919-20 e, como resultado desta terrível experiência escreveu o livro *Diários do Hospício*, no qual chama o hospital de “cemitério dos vivos”. Na época da internação, apesar de já ter publicado seu romance mais conhecido, o *Triste Fim de Policarpo Quaresma*, foi levado ao hospital psiquiátrico pela polícia e registrado como indigente. Sua classificação como tal revela como o escritor configurava o ponto de interseção dos clichês no manicômio: pobre, mulato, alcoólatra e louco. Durante o período do internamento, as referências literárias, como Dostoiévski e Miguel de Cervantes, foram utilizadas como meio de superar o sofrimento (HIDALGO, Luciana 2005, p. 21).

*** O rei Ludwig II, pouco interessado pelas questões políticas de seu império, destacou-se como incentivador de artes e música e amante da arquitetura, tendo construído os famosos castelos da região da Baviera. Por motivos políticos, foi considerado louco e deposto. Isolado no castelo de Berger, para ser “tratado”, foi encontrado misteriosamente morto afogado em 1886, aos 40 anos. Um filme sobre sua biografia foi realizado pelo diretor italiano Luchino Visconti, em 1972.

direitos fundamentais, sendo a melhor forma de garantir o princípio da dignidade da pessoa humana, em contraposição ao tratamento degradante a que eram submetidos nos manicômios.

Entretanto, no fim da década de 1990, os gastos com internação na área de psiquiatria representavam a terceira maior despesa da saúde, sendo que, grande parte do tratamento era terceirizada ²⁵⁰.

2.6 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A LEI 10.216/2001

A obrigação do Estado para com a saúde da população foi manifestada pela primeira vez no ordenamento jurídico brasileiro na Constituição Federal de 1988 ²⁵¹. De acordo com os artigos 196 a 200 da Constituição brasileira, a saúde passa a ser um direito de todos e um dever do Estado, devendo ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas.

Conforme José Afonso da Silva, o tema não era de todo estranho ao Direito Constitucional brasileiro, eis que, nas Constituições anteriores, era dada competência à União para legislar sobre defesa e proteção à saúde. Mas, ainda segundo este mesmo autor, esta disposição tinha sentido de organização administrativa de combate às endemias e epidemias. Com a nova Constituição, a concepção é diferente: trata-se de um direito do homem ²⁵².

As mudanças no campo da saúde mental dificilmente poderiam ter sido realizadas antes da Constituição de 1988. Isso ocorre porque, além de assegurar direitos fundamentais a todas as pessoas, como os direitos da personalidade e o direito à saúde, a nova Carta abre a brecha para o surgimento de uma nova categoria de direitos, os direitos do paciente, trazida pela legislação infraconstitucional. Assim, o doente mental passou a poder ser visto não mais como um mero objeto de tratamento, mas como um cidadão, sujeito de direitos.

Além disso, a Constituição trouxe uma descentralização administrativa e um conseqüente fortalecimento do poder estadual e municipal, o que possibilitou que mudanças ocorressem em âmbito local. Deste último momento, destacam-se as tendências à descentralização, a municipalização das ações de saúde, a participação de setores representativos da sociedade na formulação e gestão do sistema de saúde, processos estes que estão em curso na própria construção da democracia ²⁵³.

Apesar de todas as dificuldades estruturais e políticas, a rede psiquiátrica pública demonstrou, a partir do início dos anos 80, ser capaz de propor e sustentar novos modelos de atendimento em saúde mental, que levem em conta os direitos e a liberdade dos pacientes. Todos os planos e políticas, entretanto [...], não têm feito outra coisa senão “disciplinar” e “controlar” a irrefreável e poderosa rede de manicômios privados, impedindo de fato a

²⁵⁰ ENGEL, Magali Gouveia. *Op. Cit.*, p. 35.

²⁵¹ CORRÊA, Josel Machado. *Op. Cit.*, p. 27.

²⁵² SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional positivo**. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2003, p. 307-8.

²⁵³ AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Op. Cit.*, p. 80.

formulação para a rede pública, de planos assistenciais modernos e eficientes ²⁵⁴.

As discussões no plano teórico avançaram muito com o Movimento da Luta Antimanicomial. Aliadas a estas discussões houve, também, diversas conquistas na esfera prática. O grupo formado pelos trabalhadores em saúde mental nos anos 70 ganhou força e legitimidade. A partir de 1989, os membros do Movimento assumiram a coordenação da política de saúde mental de vários municípios.

Tal fato implicou na formulação e na mobilização pela aprovação do projeto de lei n. 3.657/89, de autoria do deputado federal Paulo Delgado, que prescrevia a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e que, futuramente, daria origem à lei federal n. 10.216/2001.

Desde então, diversos Estados formularam projetos de orientação semelhantes, como, por exemplo, o Estado do Paraná, que, em 1995, teve aprovada a Lei n. 11.189/95, que “dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cidadãos com transtorno mental”.

Em seu artigo 1º, a lei paranaense esclarece que “com fundamento em transtorno mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal nos termos do art. 5º, inciso LIV, da Constituição Federal”.

O artigo 2º, desta mesma lei, determina que:

O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.

Além das conquistas no plano legislativo, muitos municípios efetivamente implantaram a rede de trabalhos substitutivos ao tratamento manicomial, comprovando, assim, a eficácia do tratamento proposto pelo MNLA.

Um grande exemplo de sucesso na implantação de programa de saúde mental alternativo à internação em manicômios é o da cidade de Santos, Estado de São Paulo. Em 1989, a Prefeitura de Santos, ao inspecionar a Casa de Saúde Anchieta, se deparou com uma situação de calamidade.

A população tinha no Anchieta um símbolo da repressão e da violência, tanto que as mães, quando um filho fazia alguma molecagem, ao invés de dizerem “não faça isso que a bruxa vem te pegar!”, falavam “não faça isso senão te levo pro Anchieta!”. A decadência daquela instituição se manifestava de várias formas e pouco a pouco a Casa de Saúde converteu-se em casa de horrores ²⁵⁵.

²⁵⁴ CÂMARA DOS DEPUTADOS, *Op. Cit.*, p. 2.

²⁵⁵ CAPISTRANO FILHO, David. *Op. Cit.*, p. 99.

O hospital possuía excesso de pacientes, falta de higiene, de acompanhamento médico adequado etc.

Pior do que a ausência de uma infra-estrutura mínima era a utilização de tratamentos que, há décadas, já haviam sido banidos até mesmo das piores instituições que tratavam doentes mentais. Alguns dos recursos utilizados pela casa para “acalmar” seus pacientes estariam melhor numa sala de torturas do que numa pretensa casa de saúde. [...] Os eletrochoques não eram utilizados terapêuticamente, mas como punição. Vários fármacos também eram ministrados com fins disciplinares, principalmente através de misturas de diversos psicofármacos, chamados “coquetéis” ou “sossega-leão”. [...] De janeiro de 86 a abril de 89 houve 50 mortes no Anchieta²⁵⁶.

Diante daquela realidade, a Prefeitura decretou a imediata intervenção no hospital. Nas palavras do médico sanitarista David Capistrano Filho, secretário de saúde e higiene do município na época, posteriormente eleito prefeito de Santos:

Em 1989, pela primeira vez era possível fazer alguma coisa. É que a Constituição Federal, que havia sido promulgada em 5 de outubro de 1988, ampliara a competência legal dos municípios para este tipo de fiscalização. A Carta de 88 é marcadamente descentralizadora e incorporou muitos dispositivos de fortalecimento da autonomia do poder local, o que ainda não havia sido assimilado nos meses seguintes à promulgação da Constituição²⁵⁷.

A reação da população, que poderia ter sido de repulsa, foi de apoio à ação da Prefeitura. O impacto da intervenção gerou um movimento de aglutinação em torno da questão da saúde mental, reunindo familiares dos doentes, técnicos da área, além de pessoas não-qualificadas tecnicamente, mas que queriam prestar seus serviços à comunidade, como artistas, professores e demais cidadãos. A partir dessa rede de recursos humanos, estruturou-se um programa para dispensar o uso do manicômio da cidade.

“A opinião pública tinha uma relação dúbia com a Casa de Saúde Anchieta. A cidade sabia o que acontecia lá dentro, mas não admitia isso. Os muros altos do Anchieta não serviam apenas para manter os loucos lá dentro. Serviam também para escondê-los da sociedade e dar a ilusão de que se desconhecia o que se passa lá dentro”²⁵⁸ [grifou-se].

O programa de saúde mental do município de Santos, embora inspirado no trabalho de Franco Basaglia e sua equipe, buscou respostas para as especificações da realidade brasileira. A primeira linha de trabalho foi a criação de uma rede alternativa ao manicômio, tendo sido criados Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS). Com a implantação do Programa de Saúde Mental, houve um processo de liberação gradual dos doentes que estavam em condições de receber acompanhamento fora da instituição: dos quinhentos e trinta e um pacientes existentes em 1989,

²⁵⁶ *Ibidem*, p. 100-1.

²⁵⁷ *Ibidem*, p. 102.

²⁵⁸ *Ibidem*, p. 105-6.

menos de oitenta, considerados crônicos ou originários de outros municípios, permaneciam internados em 1992.

A segunda linha de ação procurou oferecer condições para os doentes mentais viverem em sociedade, usufruindo plenamente seus direitos de cidadania. Foi realizado um trabalho global com a comunidade, preparando-a para aceitar estas pessoas com suas particularidades, desmistificando a aura que as cercava.

Neste contexto, o projeto que mais chamou a atenção da mídia e contribuiu para a criação de uma opinião tolerante em relação à loucura foi o Projeto Tamtam. Este promovia oficinas de bijuterias, estampanaria, marcenaria, elétrica, mecânica, papelaria, pintura, teatro e, o mais conhecido, programa de rádio, que foi ao ar pela primeira vez a 5 de novembro de 1990, pela Rádio Universal, com a participação dos doentes mentais.

Uma experiência interessantíssima, implantada cerca de dois anos após a intervenção na Casa de Saúde, foi a convivência entre pacientes crônicos há mais de dez anos e meninos de rua. Foi um encontro de vítimas da exclusão e da mesma supressão da possibilidade de viverem seus afetos: uns por serem considerados loucos insensíveis incapazes de manifestarem sentimentos, outros pela situação de abandono e miséria em que vivem.

Segundo David Capistrano Filho:

Foi uma experiência extremamente positiva, embora tenha gerado muita polêmica na cidade, pois falava-se que os meninos estariam ameaçados em sua convivência com loucos. *Essa reação deixou clara a hipocrisia de uma parcela da sociedade: estava convicta de que a convivência com doentes mentais iria prejudicar os meninos (mesmo sabendo que a experiência se fazia sob controle e orientação de técnicos especializados), mas não reclamava quando os meninos estavam nas ruas, abandonados e com suas vidas em perigo*²⁵⁹ [grifou-se].

Por óbvio, a experiência de Santos também enfrentou diversas dificuldades, como o fechamento de leitos psiquiátricos sem a criação de trabalhos alternativos na mesma proporção, a falta de funcionários, equipamentos, lentidão no atendimento etc. Um grande problema encontrado foram os pacientes que se tornaram crônicos em razão do processo de atendimento baseado exclusivamente na internação. Pelo tempo que estes pacientes viveram em hospitais, tornou-se impossível retirá-los e implantar uma nova forma de tratamento.

Além de Santos, outros municípios também possuem experiência de organização de serviços alternativos de saúde mental, como os municípios de Quixadá/CE e Campinas/SP.

As denúncias dos maus-tratos e abusos sofridos pelos pacientes dentro dos manicômios chamaram a atenção da sociedade para o problema da psiquiatria brasileira. Em 1998, o Movimento da Luta Antimanicomial denunciou, por intermédio da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, a existência de trinta mil covas em cemitérios psiquiátricos clandestinos, todas com cinco ou seis esqueletos.

A impunidade pelos maus-tratos e mortes ocorridas dentro dos manicômios era o fato que mais causava preocupação nos membros do MNLA:

²⁵⁹ CAPISTRANO FILHO, David. *Op. Cit.*, p. 113.

“Ninguém foi responsabilizado, e nunca sequer falou-se em indenizações para algum sobrevivente ou familiar! Não existem indenizações ou punições psiquiátricas, no Brasil, por erros e crimes psiquiátricos. Isso é um absurdo! O judiciário brasileiro permanece calado, cego, mudo e inoperante”²⁶⁰.

Em 2001 foi promulgada no Brasil a Lei Federal n. 10.216, que redirecionou o tratamento dos transtornos mentais para serviços comunitários em substituição à internação, ou seja, instituiu uma reforma no sistema brasileiro de tratamento de doentes mentais.

A partir da promulgação da lei federal n. 10.216/2001 (e de leis estaduais, como a Lei n. 11.189/95 no Estado do Paraná), aquilo que eram experiências pontuais e isoladas se tornaram política do Estado brasileiro para a saúde mental, cabendo à administração pública iniciar os trabalhos de reorganização do sistema manicomial vigente até então.

Antes de 2001, o sistema de saúde mental era ainda regulado pelo já mencionado Decreto-Lei n. 24.559 de 1934, intitulado “Lei Geral dos Psicóticos”. Este decreto permitia a interdição do doente mental e seu tratamento por isolamento e encarceramento.

Em 1989, o deputado do PT de Minas Gerais, Paulo Delgado, apresentou o projeto de lei n. 3.657/89, que visava uma reforma no sistema manicomial brasileiro. Na justificação do projeto, foi alegado que:

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais. Seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer. Em todo o mundo a desospitalização é um processo irreversível, que vem demonstrando ser o manicômio plenamente substituível por serviços alternativos mais humanos, menos estigmatizantes, menos violentos, mais terapêuticos. [...] A inexistência de limites legais para o poder de seqüestro do dispositivo psiquiátrico é essencial a sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção. [...] Propõe-se aqui o fim desse processo de expansão, que os mecanismos burocráticos e regulamentos não lograram obter, e a construção gradual, racional, democrática, científica, de novas alternativas assistenciais²⁶¹.

Em um documento oficial de divulgação, o Ministério da Saúde expressou seu apoio ao projeto de lei:

Por que o Ministério da Saúde aprovou o projeto? Porque a Lei da Reforma Psiquiátrica preenche uma grave lacuna legal. A lei federal sobre saúde mental é de 1934, um período sombrio para as instituições democráticas, que desembocou na ditadura do Estado Novo. Essa velha legislação apresenta uma visão autoritária sobre o tratamento. Por isso, é incompatível com o pressuposto ético de que o doente mental é um cidadão – e como tal deve ser tratado. Com base nesse princípio, o novo texto destaca os direitos do paciente²⁶².

²⁶⁰ BUENO, Austregélio Carrano. *Op. Cit.*, p. 172.

²⁶¹ CÂMARA DOS DEPUTADOS, *Op. Cit.*, p. 1-2.

²⁶² MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Informe saúde**, ano V, n. 107, abr. 2001..

Este projeto tramitou durante doze anos no Congresso Nacional até ser sancionado, em virtude da grande negociação entre o governo, a Federação Brasileira de Hospitais e as diversas instituições e grupos civis que formam o Movimento da Luta Antimanicomial.

A proposta inicial do projeto de lei previa claramente a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos. Entretanto, na tramitação ocorreram diversas substituições que culminariam em uma lei mais branda e focada nos direitos das pessoas com transtornos psíquicos. Foi o consenso possível, e ainda assim representou uma conquista para a população brasileira em uma seara tão corporativista ²⁶³.

Então, em 06 de abril de 2001, foi aprovada a Lei 10.216, que determina um tratamento mais humanitário para os doentes mentais, com a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição pela assistência aberta e, institui parâmetros que regulam a internação compulsória das pessoas portadoras de transtornos psíquicos.

Segundo Pedro Gabriel Godinho Delgado, coordenador da área técnica de saúde mental no Ministério da Saúde, “o texto aprovado constitui o resultado final de um longo ciclo de debates no Congresso, especialmente no Senado, onde várias redações substitutivas foram apresentadas” ²⁶⁴.

Conforme Álvaro Ricardo de Souza Cruz, “a lei federal n. 10.216/2001 substituiu o isolamento do portador de deficiência mental do grupo social pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. O portador de transtorno mental recuperou uma série de direitos essenciais à sua dignidade humana” ²⁶⁵.

Este texto legislativo re-direciona a política de saúde mental no Brasil, através do encaminhamento da população para serviços extra-hospitalares ou comunitários, a proibição de internação em instituições asilares, dentre outras medidas e direitos.

O parágrafo único do artigo 2º desta Lei elenca os direitos da pessoa portadora de transtorno mental. Entre estes direitos estão o de ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração, ter a presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade de sua internação, entre outros.

O artigo 3º prevê que é responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

De acordo com a lei, a internação possui três tipos de modalidades: a voluntária, a involuntária e a compulsória, na forma do artigo 6º e incisos. Importante ressaltar que, segundo o artigo 4º, “a internação, em qualquer das suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” [grifou-se].

²⁶³ ROSATO, Cássia, *Op. Cit.*, p. 49.

²⁶⁴ DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. In: **Saúde Mental: campo, saberes e discursos**, Rio de Janeiro: IPUB, 2001, p. 284.

²⁶⁵ CRUZ, Álvaro Ricardo de Souza. **O direito à diferença: as ações afirmativas como mecanismos de inclusão social de mulheres, negros, homossexuais e pessoas portadoras de deficiência**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005, p. 193.

Com relação ao tratamento, a Lei dispõe que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio e que, o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

O parágrafo 3º do artigo 4º veda a internação de doentes mentais em manicômios. Veja-se:

Art. 4º. [omissis]

§ 1º. O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º. O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º. É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Com relação à internação involuntária, os hospitais que realizarem internação contra a vontade do paciente deverão encaminhar comunicação aos setores competentes do Ministério Público Estadual. Uma normativa mínima, com o modelo de formulários para a notificação foi enviada pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais, para distribuição aos pólos de emergência ou serviços de internação psiquiátrica.

Os serviços comunitários a que se refere a lei estão definidos em um documento elaborado pelo Conselho Estadual de Saúde do Paraná. Existem as ações de saúde mental na comunidade, unidade básica de saúde, ambulatório de saúde mental, Núcleo/Centro de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), hospital-dia, leito psiquiátrico em hospital geral e hospital psiquiátrico.

As ações de saúde mental na comunidade se processam na vida cotidiana, através do relacionamento entre as pessoas, na família, amizade, vizinhança, igreja, trabalho, escola etc.

Para os municípios ou regiões com menos de cinquenta mil habitantes, são previstos serviços de saúde mental de menor complexidade. Conta-se muitas vezes com o trabalho de uma equipe mínima da Unidade de Saúde.

Ambulatório de saúde mental é um serviço especializado que pode funcionar ligado ou não a uma Unidade Básica de Saúde. Tem por objetivo o tratamento, a reabilitação e reinserção social, como também a promoção da saúde mental. Visa atingir a população em geral, destacando-se com o tratamento de crianças e adolescentes. Deve contar com uma equipe pouco mais complexa que a da Unidade de Saúde.

O NAPS/CAPS é um serviço de maior complexidade que o Ambulatório especializado. É intermediário entre o hospital e o ambulatório. Destina-se ao atendimento de doentes mentais crônicos, psicóticos, na maioria das vezes egressos de hospital psiquiátrico e que necessitam de uma assistência extra-hospitalar intensiva.

O hospital-dia desenvolve programas de atenção de cuidados específicos, visando substituir a internação integral. O paciente frequenta o serviço diariamente.

O estabelecimento de leitos em hospital geral oferece uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, depois de esgotadas todas as possibilidades de serviço extra-hospitalar. No Paraná, existem duas Regionais de Saúde que possuem este tipo de serviço: as cidades de Irati e de Guarapuava.

Após analisar todos estes aspectos, é possível perceber que, segundo Juliana Garcia Pacheco – mestre em psicologia pela UNB e voluntária do Instituto de Convivência e de Recriação do Espaço Social (Inverso) em Brasília – “a nova lei abre caminho para a reforma da rede de atendimento psiquiátrico, quebrando a lógica da indústria da loucura”²⁶⁶.

Outro passo importante para a Reforma Psiquiátrica foi o Programa *De Volta para Casa*, regulamentado pelo Ministério da Saúde e criado pela Lei Federal n. 10.708/2003, cujo objetivo é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dos pacientes que tenham mais de dois anos de internação. Os egressos são beneficiados com uma bolsa de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais) para estimular a assistência extra-hospitalar, conforme seu artigo 2º, parágrafo primeiro, podendo tal valor ser reajustado pelo Poder Executivo conforme a disponibilidade orçamentária.

O benefício é concedido pelo período de um ano, podendo ser renovado caso a pessoa não esteja ainda em condições de se reintegrar completamente à sociedade. Este programa é uma medida de apoio às famílias dos pacientes; estas famílias necessitam de assistência psicológica e social para que possam conviver com o doente e auxiliar em seu tratamento sem a necessidade de interná-lo em um hospital psiquiátrico.

O governo brasileiro instituiu, também, o Núcleo Brasileiro de Saúde Mental e Direitos Humanos, por meio da portaria Interministerial Ministério da Saúde e Secretaria Especial de Direitos Humanos (MS/GM) n. 3.347, de 29 de dezembro de 2006.

Segundo a mencionada portaria, este núcleo, composto por instituições governamentais, universitárias e por membros da sociedade civil, é uma iniciativa do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Direitos Humanos e visa ampliar os canais de comunicação entre o Poder público e a sociedade, por meio da constituição de um mecanismo para o acolhimento de denúncias e o monitoramento externo das instituições que lidam com pessoas com transtornos mentais.

Além disso, o núcleo possui como objetivo fiscalizar a legalidade dos atos praticados pela administração pública e pela iniciativa privada no que diz respeito à interface saúde mental e direitos humanos, exigir condições adequadas de internação, custódia e detenção, contribuir para o aperfeiçoamento e a ampliação dos mecanismos de promoção e proteção dos direitos e para o aprimoramento das legislações e normas capazes de garantir o direito integral à saúde de toda a sociedade, entre outros.

Segundo dados do Conselho Federal de Psicologia, a conjuntura da saúde mental no Brasil em 2004, três anos após a promulgação da Lei Federal n. 10.216/2001, era a seguinte:

²⁶⁶ PACHECO *apud* ENGEL, Magali. *Op. Cit.*, p. 35.

O quadro atual da saúde mental no país revela pouca mudança. Enfrentamos ainda a existência de cerca de 60.000 (sessenta mil) leitos. Destes, cerca de 80% (oitenta por cento) pertencem a uma rede privada conveniada que consome quase meio bilhão de reais por ano dos recursos do SUS. Deste total, cerca de 20.000 (vinte mil) leitos estão ocupados por pacientes moradores. Este é o retrato mais perverso da psiquiatria. São pessoas completamente abandonadas pela família e pela sociedade, sem nenhuma perspectiva de vida e que representam individualmente, em termos de custo ao Estado, cerca de R\$ 1.000,00 (mil reais) por mês, repassados diretamente para estas instituições asilares ²⁶⁷.

Depois de analisar o histórico do sistema manicomial brasileiro, é possível perceber que, do ponto de vista legislativo, o Brasil avançou muito no campo da saúde mental.

O MNLA brasileiro conseguiu não só inserir no país um novo debate sobre o tratamento da saúde mental, mas também, na prática, contribuiu na efetivação de políticas de inclusão, demonstrando que o doente mental é capaz de viver em sociedade e quebrando o paradigma da exclusão. Exerceu grande influência na aprovação de leis, denunciou diversos abusos ocorridos nos manicômios e implantou novas práticas no tratamento que reforçam sua importância na luta pela efetivação dos direitos fundamentais dos pacientes psiquiátricos.

Apesar de todas as mudanças positivas já ocorridas na área da saúde mental no Brasil, é preciso analisar a reforma psiquiátrica que está sendo implantada de uma forma crítica, tanto no que diz respeito à sua efetivação na prática quanto ao próprio modelo de reforma proposto.

A situação em diversos estabelecimentos de saúde mental continua precária e maus-tratos em clínicas continuam sendo denunciados, como o caso da Associação Filantrópica Tia Leoni, denunciado em 2007, na cidade de São José dos Pinhais, região metropolitana de Curitiba/PR.

Os sessenta e dois internos desta associação passavam os dias trancados dentro de três quartos, que eram sujos, sem as mínimas condições de higiene e onde um balde era usado como banheiro. Uma ação da Vigilância Sanitária, Ministério Público, Guarda Municipal e polícias Civil e Militar fechou a instituição, acusada de cárcere privado, maus-tratos e desrespeito ao Estatuto do Idoso.

No que diz respeito à implementação prática da reforma, não obstante a nova diretriz trazida pela Lei 10.216/2001, é possível perceber que a extinção dos hospitais psiquiátricos tem se dado de forma lenta e abaixo do necessário ²⁶⁸. Além disso, a Rede de Trabalhos Substitutivos aos manicômios não está sendo implantada da forma como deveria: os hospitais psiquiátricos sendo fechados, os hospitais gerais se negam a dar tratamento a essas pessoas, alegando não possuir infraestrutura e pessoal devidamente preparado, e os pacientes ficam sem ter para onde ir.

Ademais, muitos dos centros e residências implantados são pertencentes à iniciativa privada. Neste contexto, mesmo com a criação de serviços de saúde mental abertos, as empresas hospitalares permanecem atuantes no quadro da saúde mental, seja por alteração do serviço oferecido (implantação de CAPS particulares conveniados ao SUS) seja pela criação de centros dentro dos muros de seus manicômios.

²⁶⁷ SYDOW; MENDONÇA *apud* ROSATO, Cássia, *Op. Cit.*, p. 49.

²⁶⁸ *Idem.*

Assim, não se deve desconsiderar o fato de que a lógica privada da indústria da loucura se apropriou da reforma psiquiátrica, fato que contribuiu para que ela fosse implementada no Brasil. O lucro torna-se mais fácil para as empresas hospitalares no contexto da reforma, pois não precisam mais disputar pelo orçamento, como no sistema anterior. Outro fator é o de que, no contexto neoliberal, a desinstitucionalização apresenta-se menos onerosa ao Estado do que o sistema asilar tradicional.

A política social brasileira é caracterizada atualmente pela variedade e descentralização dos programas voltados para as populações carentes. Tais programas não têm tido sucesso em diminuir grau de desigualdade de renda no país. Existem diversas características da política social no Brasil que poderiam ser responsáveis pela sua baixa efetividade. Entre essas deficiências está a participação do setor privado na prestação dos serviços públicos e o papel que o Estado exerce nessa transferência de competências ²⁶⁹.

Quando os serviços essenciais são prestados publicamente, os custos tendem a ser maiores e a eficiência menor. Há menos flexibilidade no que tange à necessidade de contratação e redução de funcionários, de investimentos para os quais não existe orçamento, entre outros entraves que fazem com que a crise na produção e prestação de tais serviços aumente.

A questão que realmente importa aos beneficiários é a qualidade do serviço prestado. No que diz respeito à reestruturação das políticas sociais, as críticas à ineficiência do Estado levaram a um movimento de redução do setor público. Tanto no campo liberal-conservador quanto no campo progressista, têm aumentado as tendências à privatização e à maior participação do setor privado, principalmente em nome da qualidade do serviço e da eficiência das políticas públicas.

Conforme Sônia Miriam Draibe, os liberais defendem a privatização em sentido estrito, no qual setor privado é sinônimo de mercado. Os progressistas, por seu lado, insistem em um reforço do setor privado não-lucrativo ou propõem mecanismos que combinam o financiamento público da produção e do consumo com operações de distribuição, que envolvem o mercado ²⁷⁰.

Essa definição mais ampla de privatização diz respeito a uma diminuição do investimento e gasto estatal, passando pela eliminação do papel produtivo e distributivo do Estado, abrangendo, inclusive, restrições em suas atividades regulatórias e de gestão. *Nesse sentido, a insuficiência ou falência das agências públicas existentes faz com que os demandantes de determinado serviço cada vez mais se dirijam ao setor privado – lucrativo ou não – havendo, portanto, a privatização do serviço. Assim, não há propriamente redução das atividades públicas, mas a sua precariedade conduz àqueles que possuem capacidade de pagamento a comprarem, no setor privado, o serviço que necessitam.*

Segundo Ricardo Paes de Barros e Mirela de Carvalho, se por um lado, no setor público, os custos tendem a ser maiores e a eficiência menor, por outro a produção do setor privado com ou sem

²⁶⁹ DRAIBE, Sônia Miriam. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: **Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas**. cap I. Brasília: IPEA/IPLAN, 1990, p. 37.

²⁷⁰ DRAIBE, Sônia Miriam. *Op. Cit.*, p. 37.

fins lucrativos levanta a necessidade de regulamentação para a garantia de preços baixos e qualidade elevada dos serviços prestados ²⁷¹.

Desta forma, a discussão do problema recai sobre a necessidade de reestruturação das políticas sociais. O que está em debate não é simplesmente a privatização no seu sentido estrito, mas a mudança nas relações entre o Estado, o setor privado e a sociedade civil, sobre o qual está embasado o Estado de Bem-Estar Social. É preciso reestruturar as relações entre Estado e setor privado lucrativo e não-lucrativo na produção e distribuição de bens e serviços sociais, eis que tal reforma acorda com mudanças na vida social.

Apesar de possuir um discurso prioritário e recorrente, os princípios constantes na lei 10.216/2001 têm tido sua aplicabilidade muito reduzida e os recursos financeiros destinados à reforma não estão sendo direcionados para onde deveriam.

O discurso governamental afirma a necessidade de extinção dos hospitais psiquiátricos. Porém, se for observado o repasse financeiro para estas instituições, percebe-se que, ainda, oitenta por cento de todo o orçamento do SUS, relativo à saúde mental, continua sendo encaminhado para os manicômios, sendo que oitenta por cento destes estabelecimentos pertencem à rede privada. Neste sentido, “não há como se efetivar uma política de saúde condizente com a Reforma Psiquiátrica e com as prerrogativas do SUS sem a mudança de diretriz e sem o investimento financeiro necessário” ²⁷².

O desejo do governo neoliberal de reduzir os custos na área de saúde, aliado com os interesses dos empresários da loucura, representam um obstáculo ao apoio popular à reforma. “O sucateamento dos serviços de saúde faz os familiares, com razão e/ou com o estímulo dos proprietários dos hospitais, se alarmarem mais ainda” ²⁷³.

Para o vice-presidente do Conselho Federal de Psicologia (CFP), Marcus Vinícius de Oliveira, “há mais de quatro anos o Ministério da Saúde não promove a avaliação preventiva dos hospitais psiquiátricos, que obriga que eles estejam de acordo com as regras do próprio SUS, e os pacientes não têm poder para brigar e se defender, são frágeis na sua condição de expressão e visibilidade. Se o governo desenvolvesse uma política ativa de fiscalização, já diminuiria essa incidência”. Na avaliação do vice-presidente, o governo federal privilegiou a expansão da rede de serviços alternativos aos manicômios, mas foi pouco eficiente no desmonte da estrutura manicomial. “O governo descuidou de uma coisa fundamental: manter o arrocho e a política agressiva no fechamento dos antigos hospitais psiquiátricos. Ainda existem no Brasil mais de 40 mil leitos nos hospitais psiquiátricos, que sabidamente matam e violam os direitos humanos dos pacientes”.

Conforme constatou a jornalista Érica Busnardo, “a família nem sempre consegue dar a assistência adequada. Faltam tempo, recursos e habilidade para cuidar do paciente. A solução acaba sendo a procura por internamento” ²⁷⁴. Segundo o Ministério Público do Estado do Paraná,

²⁷¹ BARROS, Ricardo Paes de; CARVALHO, Mirela de. **Desafios para a política social brasileira**. Brasília: IPEA, 2003, p. 78.

²⁷² ROSATO, Cássia. *Op. Cit.*, p. 51.

²⁷³ CARVALHO NETO, Joviniano Soares de. *Op. Cit.*, p. 59.

²⁷⁴ BUSNARDO, Érica. Reforma psiquiátrica tem lado cruel. **Gazeta do Povo**, Curitiba, p.4, 27 mar. 2006.

atualmente, só no Centro Psiquiátrico Metropolitano, em Curitiba, a espera pelo leito chega a ser de quatro a seis meses, e quarenta por cento dos pedidos não são atendidos²⁷⁵.

Ademais, nem todos os antigos internos dos hospitais psiquiátricos voltam para as casas de suas famílias, mesmo porque nem todos têm familiares conhecidos. “Alguns pacientes internados há mais tempo não têm nem sequer nomes conhecidos – ganharam suas atuais identidades dentro dos hospitais em que passaram a maior parte de suas vidas internados”²⁷⁶. Em razão disso, estes pacientes passam a viver perambulando pelas ruas sem atendimento nem condições de viver com autonomia.

Tais erros na aplicação da lei 10.216/2001 contribuem para que a população não seja favorável à implantação reforma psiquiátrica no Brasil. Baseada no senso comum, com fundamento nesses problemas, encara a reforma como uma mera extinção dos manicômios, sem a criação de outro serviço que possa prestar assistência aos ex-internos, sendo, portanto, contrária à reforma.

2.6.1 Crítica à Reforma Psiquiátrica

“Um concílio é um encontro com a história no decorrer do qual os próprios clérigos fazem o diagnóstico da crise, convidam os fiéis a de novo desposar o mundo, a transformar completamente os ritos, porém, para permanecer fiel ao espírito da doutrina. *Acolher as mudanças exteriores, mas com a condição de poder reinterpretá-las na lógica do dogma e sob a autoridade de seus intérpretes qualificados*”²⁷⁷.

No que diz respeito ao modelo de reforma proposto, é importante salientar que a reforma psiquiátrica não deve se reduzir apenas a uma proposta de “humanização do tratamento” da loucura.

A partir das críticas dos anos 1960, as tentativas de reformas irão se orientar seguindo direções divergentes. Uma delas, adotada no sistema brasileiro e implantada atualmente, se dedica a recompor o espaço asilar a fim de torná-lo um meio verdadeiramente médico. O manicômio começa a ser percebido como o era o Hospital Geral pelos primeiros alienistas: indiferenciação e superpopulação reintroduzem o amontoamento, a promiscuidade e a justaposição de categorias heterogêneas de reclusos. Com a mesma implicação: a impossibilidade de medicalizar populações que representam diferentes classes de doenças já que, em última instância, possuem um único traço em comum que é o fato de estarem enclausuradas²⁷⁸.

A fim de reconstruir grupos suscetíveis de serem tratados à parte, é necessário começar por transportar certo número deles para outro lugar. É preciso desembaraçar os asilos dos crônicos, dos senis, dos indigentes que nele se introduzem, dos epiléticos, dos alcoólatras, dos alienados criminosos etc. Portanto, dissociar, enfim, a medicina científica da assistência, só guardando os “verdadeiros” doentes que, então, poderão receber tratamento intensivo.

²⁷⁵ *Idem.*

²⁷⁶ *Idem.*

²⁷⁷ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 14.

²⁷⁸ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 266.

Esta inspiração conduziu à criação dos “serviços abertos” nos hospitais psiquiátricos, ao desenvolvimento dos serviços neuro-psiquiátricos nas faculdades, até a tendência de criação de novos “setores” em hospitais comuns. Essas tentativas correspondem a uma vontade de medicalização no sentido técnico da palavra: a alienação é uma doença quase como qualquer outra, que deve ser tratada através de meios que se aproximem, na medida do possível, dos da medicina comum, em lugares que se assemelhem o mais possível aos hospitais que tratam de outras doenças. Trata-se, portanto, de romper com o caráter “especial” da prática asilar, a fim de re-situar a psiquiatria no âmbito da medicina ²⁷⁹.

Todavia, a dualidade medicina-assistência se prolonga, pois, não podendo tratar todas as populações a serem atendidas segundo um esquema médico mais exigente, a medicina deverá abandoná-las para outras instâncias de encargo: serviços especializados por um lado, estabelecimentos de abrigo do outro ²⁸⁰.

Entretanto, a instituição que está em discussão em uma verdadeira reforma psiquiátrica não é o manicômio em si, mas a própria definição de loucura – não como uma doença psíquica, mas como existência-sofrimento do sujeito em relação ao corpo social. O objetivo maior desta reforma deveria ser fazer com que a sociedade revisse os padrões historicamente definidos enquanto comportamentos anti-sociais, classificados como patologias.

Se cada uma das *dimensões* da problemática da saúde mental foi profundamente modificada (ou está em vias de transformação), sua *articulação* continua muito bem a circunscrever quase tudo o que se faz nesse domínio.

Profissionais, que se multiplicaram, continuam atuando em instituições que, por sua vez, desarticularam códigos teóricos que se refinaram e tecnologias que se diversificaram, em direção a populações, cujo número aumentou e cujas características se tornaram mais sutis. É muita novidade. Mas não é o bastante para invalidar a hipótese de *que um mesmo aparelho de dominação pudesse, por meio de sua modernização, remover seus prestígios, estender seu domínio e multiplicar seus poderes* ²⁸¹ [grifou-se].

“A psiquiatria reformada torna-se uma instituição difusa no tecido social, sem transformar ou rever os paradigmas que haviam criado o asilo. Embora a internação não ocorresse mais em macroinstituições, o doente continuou a viver sem condições para o exercício dos direitos” ²⁸².

É preciso falar de *desinstitucionalização* do indivíduo, e não somente de *desinternação*, uma vez que, no atual modelo proposto, o paciente é desinternado, mas continua institucionalizado.

Por esta razão, reforma psiquiátrica não é sinônimo de humanizar o tratamento, como tem sido feito no Brasil e em diversos outros países ocidentais, como a França e os Estados Unidos.

No Brasil, diversos CAPS foram instalados dentro dos hospitais psiquiátricos, que estão fazendo parte da nova rede de trabalhos substitutivos. No sistema atual, o paciente não está mais

²⁷⁹ *Ibidem*, p. 267.

²⁸⁰ *Ibidem*, p. 268.

²⁸¹ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 14.

²⁸² BARROS, Denise Dias. *Op. Cit.*, p. 174.

asilado, mas continua a voltar incessantemente ao hospital, mantendo sua dependência desta instituição.

A desmontagem recaiu sobre as grandes estruturas hospitalares, e a ênfase dos centros assistenciais voltou-se para a prevenção de uma população considerada de risco. Desta forma, alargou-se o raio da ação técnica e não se buscou criar soluções capazes de responder à demanda que já existia. Resultou deste processo a constituição de uma população que passa a girar de uma instituição a outra (situação conhecida como *revolving door*) e onde nenhum serviço assume a assistência global das necessidades do paciente. *Isto não quer dizer que o manicômio esteja morto, ele persiste, às vezes mais limpo, modernizado ou humanizado. O manicômio alimenta a necessidade de sua própria reprodução [...]. Em sua suposta capacidade de circunscrever o contágio da doença mental, termina por ser o lugar da contaminação, isto é, da lógica e da cultura que é a aceitação da violência*²⁸³ [grifou-se].

O manicômio, enquanto instituição total, contém em si a idéia de loucura como fenômeno não-humano, que deve ser isolado, e, se possível, banido da sociedade. O manicômio deve ser extinto não somente por ser local de tratamento desumano (o que poderia ser resolvido com a simples melhora na condição das internações), mas porque é um espaço incompatível com o desenvolvimento da subjetividade do indivíduo.

“As instituições são, no plano concreto, confirmação e consequência da criação artificial desse ente abstrato, doença mental, intimamente relacionada à noção de irrecuperabilidade”²⁸⁴. “Essas instituições representam a parcela visível de uma cultura que impõe a cisão entre a saúde e a doença, retirando do grupo social o poder sobre o curso da vida ao delegar apenas aos técnicos [...] sua definição, as formas de sua consolidação no tecido social e, portanto, seu destino”²⁸⁵.

O MNLA trouxe à discussão a crítica do tratamento, que é uma consequência do problema: a própria loucura. Porém, *a solução apresentada não representa uma verdadeira reforma*. “Desenhar esse novo mapa das sujeições por meio da reorganização da assistência, do trabalho social, do encargo e da tutelarização, deveria ser o último objetivo de uma avaliação da atual medicina mental”²⁸⁶.

No contexto atual, ela torna o controle social apenas mais sutil, não acabando com esta lógica. Pode-se falar de uma passagem do “punir” ao “vigiar”, usando a terminologia de Foucault. O novo discurso trata-se de “uma transformação profunda das formas de imposição do poder dominante. Seus agentes poderiam ser os operadores da instauração dos novos dispositivos de controle, manipuladores-manipulados numa renegociação geral entre as instâncias de normalização”²⁸⁷.

Da mesma forma que se comparou o manicômio à prisão, é possível comparar a rede de trabalhos substitutivos à implantação das penas alternativas em substituição às penas restritivas de

²⁸³ BARROS, Denise Dias. *Op. Cit.*, p. 173.

²⁸⁴ *Ibidem*, p. 190.

²⁸⁵ *Ibidem*, p. 191.

²⁸⁶ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 15.

²⁸⁷ *Idem*.

direitos: a lógica de ambas é que *o controle deve continuar existindo, porém de forma mais “humana” e menos onerosa para o Estado.*

O papel mais “orientador”, persuasivo, desses novos discursos e práticas, *não está menos ligado, entretanto, ao Estado que o discurso/prática psiquiátrico asilar.* Se um tem um aspecto mais dominantemente repressivo, os outros têm um aspecto positivo de *organizadores do espaço psíquico da sociedade, indispensável ao assentamento consensual da dominação. Seu papel é muito mais estratégico face à hegemonia que a repressão excludente do hospital* ²⁸⁸ [grifou-se].

Conforme Robert Castel, “um sistema é dito ‘ultrapassado’ quando não tem mais defensores. Mas é frequentemente porque seus antigos operadores simplesmente se deslocaram, e começaram a fazer outra coisa que, todo o resto permanecendo igual, poderia não ser tão diferente”. “É porque os mesmos profissionais que segregavam integram, que os que excluía normalizam” ²⁸⁹.

“Por exemplo, a internação já não tem muitos adeptos: o “isolamento terapêutico” do século XIX parece suficientemente grosseiro para que a segregação social que ele opera possa ser-lhe identificada sem muita dificuldade – sobretudo para aqueles que deixam de praticá-lo. Ao contrário, o encargo psicanalítico ou o comportamento behaviorista encontrarão muito mais defensores” ²⁹⁰.

“As mesmas funções podem realizar-se através de práticas totalmente renovadas, monopólios do mesmo tipo podem perpetuar-se, interesses idênticos podem introduzir-se” ²⁹¹.

Seguindo esta lógica, em vez de pretender que a medicina mental fez sua revolução [...], faremos, mais prudentemente, a hipótese de que ela efetua o seu *aggiornamento* [ou sua atualização]. Em primeiro lugar, porque, metáfora por metáfora, a simbólica religiosa convém mais ao tipo de respeitabilidade de uma profissão médica. Mas, sobretudo porque, pelo menos até o presente, *os sumo-sacerdotes da psiquiatria tudo fizeram para guardar o controle das mudanças* ²⁹² [grifou-se].

“Não se trata, portanto, de criar alternativas, mas de desconstruir o manicômio, substituindo-o na prática e desconstruindo, ao mesmo tempo, o contágio cultural em termos das teorias e valores a ele vinculadas” ²⁹³.

A desinternação nem é um triunfo, nem uma falha médica, mas *simplesmente o resultado da implementação das políticas psiquiátricas, politicamente corretas, predominantes, de acordo com as quais os pacientes mentais crônicos, uma vez devidamente sedados com drogas neurolépticas, podem ser legitimamente desalojados dos hospitais mentais.* [...] A futilidade das reformas psiquiátricas é inerente aos termos-chave do vocabulário psiquiátrico. A linguagem da doença mental nos faz buscar a etiologia dessa doença putativa [...] e também o tratamento desta temível doença [...] cada um parecendo eficaz, apenas para se revelar depois inútil

²⁸⁸ LUZ, Madel Therezinha. *Op. Cit.*, p. 94.

²⁸⁹ CASTEL, Robert. *Op. Cit.*, 1991, p. 12.

²⁹⁰ *Idem.*

²⁹¹ *Ibidem*, p. 14.

²⁹² *Idem.*

²⁹³ BARROS, Denise Dias. *Op. Cit.*, p. 178.

e prejudicial. Finalmente, *a linguagem da doença mental nos faz procurar por lugares próprios em que possamos recolher o paciente mental*, que nós devidamente constatamos ser o hospício particular, o hospital mental estatal, o centro comunitário de saúde mental, o hospício geral, o abrigo intermediário – cada um aclamado como o mais humano e o efetivamente mais terapêutico local para o propósito a que se destina, apenas para ser logo desacreditado como inadequado e nocivo²⁹⁴ [grifou-se].

Um outro ponto importante a ser analisado é a “atribuição cada vez maior que a sociedade faz aos saberes especializados para que estes encontrem as soluções de problemas, paradoxos e/ou contradições da vida e da convivência”²⁹⁵.

O relatório da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, sobre saúde no mundo, revela que, em 2001, cerca de quatrocentos e cinquenta milhões de pessoas sofriam de transtornos mentais, sendo que poucas recebem o tratamento básico adequado. Os transtornos mentais representam quarenta por cento das causas de incapacitação e acumulam um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos. Em 2001, o país possuía cinquenta e cinco mil leitos ocupados. Trinta por cento deles, dezesseis mil e quinhentos, *para doentes que não precisavam de internação*²⁹⁶.

É importante a conscientização de que os problemas humanos são problemas a serem resolvidos, e não contornados pela psiquiatria em substituição a políticas públicas de inclusão social. O que deve ocorrer é uma mudança cultural para se evitar a “psiquiatrização” dos conflitos sociais, conflitos inerentes à vida moderna e que podem levar a tratamentos psiquiátricos sem necessidade e que tem levado aos abusos cometidos contra tais pacientes.

A resposta do médico na peça *Macbeth*, de William Shakespeare, é a seguinte: “Nesse ponto, o paciente/ deve prescrever seu próprio remédio”²⁹⁷. Essa resposta deixa as pessoas perturbadas e entregues aos seus próprios recursos, para que administrem suas vidas problemáticas da melhor forma que puderem.

A posição ambígua da sociedade, que se escandaliza, mas se mobiliza pouco com as denúncias, pode ser explicada por Michel Foucault:

Se as normas jurídicas são poderosas de fato, se há igualmente dominação e exploração de classe, o maior responsável pela multiplicação de seus efeitos no corpo social são as tecnologias disciplinares embutidas em cada relação social, onde funcionam a normalização, o exame, a vigilância, a sanção. *A própria sociedade investe nessas disciplinas. A justificativa é a de que assim operam o equilíbrio e a ordem. Mas sobre as diferenciações que eles instauram, a sociedade se cala*²⁹⁸ [grifou-se].

No que diz respeito à relação entre os loucos e suas famílias, Thomas Szasz explica:

²⁹⁴ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 295.

²⁹⁵ BARROS, Denise Dias. *Op. Cit.*, p. 176.

²⁹⁶ STOLF, Elton Diego. Saúde mental: o flagelo da lei e da bioética. Apresentado na **5ª Jornada de Iniciação Científica das Faculdades Integradas Curitiba**, Curitiba, 3 abr. 2004, p. 3.

²⁹⁷ SHAKESPEARE, William *apud* SZASZ, Thomas, *Op. Cit.*, p. 179.

²⁹⁸ FOUCAULT *apud* ARAÚJO, Inês Lacerda. *Op. Cit.*, p. 79.

A crença de que cada pai ama apaixonadamente seu filho e não deseja nada mais do que ser capaz de tomar conta dele é uma ficção e uma auto-ilusão modernas. [...] Muitos adultos não apreciam estar meramente na companhia de uma criança pequena. A maioria das pessoas se sente da mesma forma não inclinada a tomar conta de um adulto portador de insanidade, isto é, de uma pessoa que é egoísta e autocentrada, exigente e dependente, excessivamente feliz ou infeliz, por vezes até ameaçadora ou violenta. [...] *Para negar essa embaraçada falta de amor por seu afim lunático, as pessoas sobrecarregadas por um parente louco o chamam agora de “ser amado”, especialmente quando se valem de um psiquiatra para se livrarem dele*²⁹⁹ [grifou-se].

Assim, se a posição mesmo de famílias de doentes é ambígua (esperando a cura, falando em internações temporárias, enquanto não perdem a esperança e pedindo o isolamento, o afastamento do problemático), para a maioria dos que se consideram sãos, o objetivo maior pode ser mesmo o isolamento, o afastamento do perigo da ação imprevisível, irresponsável, incontrolável.

O sistema de hospital mental resiste porque *preenche importantes necessidades pessoais e sociais*. Ele segrega e sustenta dependentes adultos – que embaraçam, sobrecarregam e perturbam suas famílias e a comunidade. Ele encarcera e incapacita infratores problemáticos – que embaraçam, sobrecarregam e perturbam os sistemas judiciais e penais. E, o que é mais importante, ele desempenha essas funções por meio de sanções da lei civil – de maneira a agradar e a pacificar as consciências de políticos, de profissionais e da maioria dos indivíduos. Portanto, *não apenas não existe interesse popular em abolir as intervenções psiquiátricas involuntárias, mas, ao contrário, existe uma intensa pressão – especialmente por parte dos pais dos pacientes mentais, do Judiciário e da mídia – para reforçar a instituição psiquiátrica*³⁰⁰ [grifou-se].

Ainda:

Substituir a prática de internar pessoas como pacientes mentais pela prática de tratá-las como pessoas responsáveis iria exigir um metamorfose semelhante na opinião popular e profissional. *As pessoas teriam que aceitar que a hospitalização mental involuntária é contraproducente, pois priva o sujeito da dignidade e da liberdade, exime-o de responsabilidade pelo seu comportamento e impede-o de aprender pelo sofrimento quais as conseqüências de suas ações egoístas ou desavisadas*³⁰¹ [grifou-se].

A exclusão das pessoas que possuem sofrimento mental dentro do modo de produção capitalista se dá, como já analisado, porque elas não são suficientemente produtivas para o capital. Algumas destas pessoas podem até ser um pouco produtivas, mas nunca atingirão o patamar cem por cento para o sistema, e a razão principal é o critério da imprevisão.

A única forma de inclusão possível no capitalismo é por meio do trabalho, da produtividade e da renda. Por mais que existam alternativas propostas pela economia solidária, cooperativismo e geração de renda para a inclusão das pessoas com sofrimento mental, a inclusão social jamais se dará de forma total e plena dentro do sistema atual.

²⁹⁹ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 162-3.

³⁰⁰ *Ibidem*, p. 299.

³⁰¹ SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 307.

Desta forma, a luta pela superação da visão preconceituosa e segregacionista do sofrimento mental é, no fim das contas, a luta pela superação da própria sociedade burguesa e do modo de produção capitalista; como analisado no início deste capítulo, cada sistema encara a loucura de acordo com seus padrões próprios e encontra formas diferentes de lidar com ela. A solução para que se possa fazer uma verdadeira reforma resta, ainda, uma estratégia utópica.

3. SOBRE O DEVER ESTATAL DE PROTEÇÃO E AS LIMITAÇÕES DA LIBERDADE INDIVIDUAL

“Toda obrigação sanitária, por mais moderada e aceitável que ela pareça ser, comporta consequências e implicações frequentemente ameaçadoras”³⁰².

A idéia predominante nos países de democracia ocidental é que a saúde de um povo é de responsabilidade social, cabendo ao Estado proteger e assegurar-lá a seus membros, e à sociedade gerar, cumprir e exigir os dispositivos legais que lhe possibilitem exercitar sua participação nas ações estatais, especialmente no que tange ao desempenho da função social.

Como visto anteriormente, com a passagem da caridade à solidariedade, o Estado passa a ter uma obrigação de promover os direitos sociais de seus cidadãos e a saúde passa a figurar entre seus deveres. A concepção de que as condições econômicas e sociais têm um efeito significativo sobre a saúde e a doença comprova a importância histórica que teve, e que ainda tem, a intervenção estatal na área da saúde, mesmo em um modelo neoliberal.

O fato de que a saúde, como um direito, passa a integrar a lógica da ordem pública impõe aos poderes públicos a necessidade de ter em perspectiva não somente o interesse da coletividade, mas também o do indivíduo, de forma mais imediata.

As exigências de saúde, sob a ótica do dever dos poderes públicos e da sociedade na sua proteção, justificam certas violações a liberdades individuais, como a integridade do corpo humano e o consentimento do paciente. Tal ocorrência pode ser observada, por exemplo, no caso da internação involuntária ou compulsória do doente mental, que será analisada com mais precisão posteriormente.

Sob esse aspecto, segundo o professor francês Jean-Marie Auby, pode-se falar não somente da existência de um direito à saúde, mas de uma espécie de “obrigação à saúde”, obrigação de estar sadio, de se submeter a tratamento, em nome do interesse da coletividade ou de seu próprio, o que representa um conflito entre a liberdade individual e o interesse social.

Se o Estado acreditou poder reconhecer aos indivíduos um direito à saúde que vá ao encontro de seu interesse, ele não foi até o ponto de fazer deste direito uma liberdade. Bem ao contrário, ele foi levado a impor, sob a cobertura ostensiva de um direito fundamental, uma série de obrigações que limitam o titular desse direito

³⁰² AUBY, Jean-Marie. *Op. Cit.*, 1955. p. 13. No original: « toute obligation sanitaire, si modérée et acceptable qu'elle puisse paraître, comporte des prolongements et des implications souvent menaçants »

nas opções que comportam o exercício e que vão às vezes até transformar o direito em obrigação ³⁰³ [grifou-se].

No caso da proteção da saúde, esta pode ser garantida em seu plano coletivo ou individual. Assim, percebe-se que as limitações da liberdade do indivíduo podem se impor por duas justificativas: para garantir a proteção da coletividade de uma possível ameaça sanitária e, a proteção do próprio indivíduo, por meio da imposição, mesmo contra sua vontade, de condutas que visariam seu interesse.

3.1 IMPOSIÇÃO DE MEDIDAS OBRIGATÓRIAS AO INDIVÍDUO PARA PROTEGER A COLETIVIDADE

Como já analisado, a doença constitui uma afronta ao poder do Estado e diminui a situação econômica e militar de uma sociedade. Sendo a saúde entendida como estado coletivo de uma dada população, as restrições aos direitos individuais pela imposição de certos atos médicos se justificam pela proteção do interesse público. *Trata-se de participar da melhora da saúde de cada um de forma que a coletividade, composta da soma de indivíduos, usufrua de uma melhor saúde.*

A dimensão coletiva do direito à saúde prevalece sobre seu aspecto individual, o que implica que restrições pesem sobre o indivíduo. A saúde da coletividade dependendo da saúde de cada um, esta é controlada e certos atos médicos são impostos aos indivíduos por razões de saúde pública.

Neste domínio, os beneficiários são ora a coletividade ora o sujeito, porém o devedor é necessariamente o sujeito. Assim, a saúde dos outros estando em questão, o indivíduo não dispõe mais da sua liberdade de escolha. Mesmo que o respeito da integridade física e psíquica seja reconhecido a todo indivíduo, esta regra vai de encontro às restrições de saúde pública: entre uma liberdade individual e uma obrigação coletiva, a escolha é feita em favor da última.

³⁰³ AUBY, Jean-Marie. *Op. Cit.*, 1955, p. 3. No original: « Si l'État a cru pouvoir reconnaître aux individus un droit à la santé qui va dans le sens de son intérêt, il n'est pas allé jusqu'à faire de ce droit une liberté. Bien au contraire, il a été amené à imposer, sous le couvert ostensible d'un droit fondamental, une série d'obligations qui limitent le titulaire de ce droit dans les options que comporte son exercice et qui vont parfois jusqu'à transformer le droit en devoir ».

Segundo o professor Georges Morange, “uma autoridade pública deve, para que suas decisões sejam legais, perseguir uma finalidade [legítima] de polícia”³⁰⁴. Em outras palavras, é permitido legalmente limitar o exercício de uma liberdade quando esta teria como efeito a violação aos direitos de terceiros ou à ordem pública – entendida como o mínimo de paz social sem a qual as liberdades viriam a desaparecer.

Tais limitações são clássicas e adquiridas desde muito tempo no Direito Administrativo (no qual a proteção da ordem pública, finalidade da polícia administrativa, permite de limitar as liberdades individuais), na Lei Penal (quando suas manifestações são consideradas como atentatórias à paz social e à proteção dos direitos de terceiros) e também em Direito Privado (a autonomia da vontade, que funda a liberdade contratual e a força obrigatória dos contratos, é, todavia, apenas consagrada sob reserva de ausência de perturbação à ordem social).

Existem diversas medidas ligadas à política sanitária de prevenção, que comportam entraves à livre determinação dos indivíduos. Nesse sentido, pode-se usar como exemplo o caso da vacinação obrigatória.

A imunização coletiva contra as doenças graves necessita que uma grande parte da população seja vacinada. Por isso, em alguns países, o legislador escolheu a via da vacinação obrigatória, e não facultativa. Tendo em vista o efeito coletivo da vacinação, impor tal ato preventivo parece o melhor meio de preservar a saúde da coletividade. A lógica da obrigação é: *compelir todo indivíduo a submeter-se a um atentado físico para evitar-lhe o mal, mas também para evitar o mal aos outros*; ou seja, atingir o corpo de cada um no interesse de todos³⁰⁵.

Um outro exemplo de medidas sanitárias atentatórias à liberdade individual, sob a justificativa do bem comum, são as internações psiquiátricas involuntárias. Tais internações pretendem possuir um caráter sanitário, pois visam o tratamento do indivíduo. Além de possuir vocação para a proteção da saúde individual, as internações psiquiátricas possuem, também, um caráter coletivo.

A internação do indivíduo sem seu consentimento pode se dar, no sistema psiquiátrico brasileiro, de duas formas. Segundo o parágrafo único do artigo 6º da lei n. 10.216/2001:

³⁰⁴ MORANGE, Georges. *Réflexions sur la notion de sécurité publique: à propos d'une prescription contestée de la police de la circulation – l'obligation du port de la ceinture de sécurité*. In: **Recueil Dalloz Sirey**, 8^e. cahier, chronique n.VII, p. 61-66, 1977, p. 63. No original: « une autorité publique doit, pour que ses décisions soient légales, poursuivre, en les adoptant, un but de police ».

³⁰⁵ GRÜNDLER, Tatiana. *Op. Cit.*, p. 293.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I – [omissis];

II - internação *involuntária*: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação *compulsória*: aquela determinada pela Justiça.

Durante um curto período, logo após a descoberta da bactéria por Louis Pasteur, houve a idéia de que a loucura era contagiosa, o que justificou o isolamento para a proteção da saúde da coletividade; no entanto, tal noção não perdurou por muito tempo, sendo invalidada cientificamente, não é mais aplicada. Deste modo, as internações involuntária e compulsória são resultantes do pedido de terceiros ou de determinação judicial, mas não são fundamentadas no potencial de contágio ou em uma ameaça sanitária.

A intervenção do Estado é justificada, portanto, no dever que lhe incumbe de manter a ordem pública. *Quando uma doença puder levar a pessoa que foi atingida a realizar atos perigosos para os outros, é justificado não somente colocar o paciente fora de perigo, mas também obrigá-lo a receber o tratamento médico adequado*³⁰⁶. Daí resulta o pretense caráter sanitário de tais medidas.

O Estado se preocupou, antes de tudo, em garantir a segurança pública e, de forma incidente, impôs aos “doentes” uma obrigação sanitária. A vontade de proteger a sociedade justificou a imposição de tratamento aos indivíduos.

Logo, no que diz respeito ao interesse da coletividade, o que está em jogo no atual sistema de saúde mental *não é a noção de doença, mas sim a de periculosidade* da pessoa com sofrimento psíquico.

Raramente os pacientes portadores de câncer ou infarto são discriminados por terem tais doenças. Ao contrário, freqüentemente recebem afeto, apoio e visitas dos amigos e parentes. Enquanto que os portadores de psicose maníaco-depressiva ou esquizofrenia são rejeitados por alguns familiares e excluídos socialmente. Raramente são visitados por amigos. O rótulo na psiquiatria gera um isolamento cruel e injusto³⁰⁷.

Agressividade, violência e imprevisibilidade são atributos historicamente associados à loucura. “A armadilha histórica que aprisionou os insensatos e posteriormente os impediu de

³⁰⁶ AUBY, Jean-Marie. *Op. Cit.*, 1955, p. 7.

³⁰⁷ CURY, Augusto. **O futuro da humanidade**: a saga de Marco Polo. Rio de Janeiro: Sextante, 2005, p. 122.

participar da vida social e, portanto, de exercer sua cidadania vincula-se ao pressuposto da periculosidade a eles aplicado”³⁰⁸.

A justificativa é proteger a sociedade de um indivíduo potencialmente perigoso, devendo este, pelo fato de representar uma ameaça aos demais como “consequência” da sua doença, ser privado de suas liberdades individuais em benefício do interesse geral. Ressalte-se que, neste caso, o indivíduo, mesmo não representando uma ameaça de fundo sanitário para a população, deve ser submetido a “tratamento”, ou seja, uma medida de saúde, em prol da coletividade.

O artigo 5-1, alínea “e”, da Convenção Européia de proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais, texto que data de 1950, dispõe que:

Artigo 5 – Direito à liberdade e à segurança

1. Toda pessoa possui direito à liberdade e à segurança. Ninguém pode ser privado de sua liberdade, salvo nos casos a seguir e seguindo os trâmites legais:

[omissis]

e) se se tratar da detenção regular de uma pessoa suscetível de propagar uma doença contagiosa, de um alienado, de um alcoólatra, de um toxicômano ou de um vagabundo;

Encontram-se presentes neste texto, ainda em vigor, todas as figuras ameaçadoras para a sociedade contra as quais os poderes públicos tentaram proteger desde que se engajaram na questão sanitária. O risco que pesa sobre a sociedade figura ainda nas entrelinhas do texto europeu: este é sanitário em se tratando do doente e do contágio, mas é ligado à segurança pública no que concerne ao alienado, ao alcoólatra e a ao toxicômano, que são também considerados como pessoas doentes. A inserção do vagabundo na lista que figura no texto europeu revela ainda a lógica histórica que prevaleceu sobre os riscos de perturbações à segurança pública.

Tal equação, louco = perigoso, “termina por justificar (*em nome do risco que não se pode correr*) a exclusão e a segregação, portanto, a punição do adoecimento”³⁰⁹. [grifou-se]

A definição e as classificações de doença mental partem de pressupostos de irrecuperabilidade, incurabilidade e imprevisibilidade (historicamente anteriores à internação, à segregação e à institucionalização) jamais questionados nem explicitados pelo saber

³⁰⁸ BARROS, Denise Dias. *Op. Cit.*, p. 177.

³⁰⁹ BARROS, Denise Dias. *Op. Cit.*, p. 177.

médico-psiquiátrico ³¹⁰. A condenação moral e a privação da liberdade pessoal precederam à discussão sobre o fenômeno da loucura. Loucura passou a ser sinônimo de doença mental em um processo histórico – elucidado por Foucault e já analisado neste trabalho – mas que continua a se reproduzir e a embasar o saber psiquiátrico. “Por isso, mesmo quando separado de outras formas de periculosidade social, [o louco] deveria permanecer internado” ³¹¹.

Como ficou definido por Foucault e Castel, o processo que levou à definição de periculosidade social está no plano da ordem pública e não está vinculado à natureza do sofrimento psíquico.

“A imagem do doente mental vem freqüentemente associada a comportamentos violentos e agressivos, mas as práticas antimanicomiais têm demonstrado como os estereótipos da periculosidade e da incompreensibilidade do doente mental encobrem ou impedem que a situação de sofrimento seja superada” ³¹².

Para “humanizar” esta restrição de liberdades, impõe-se que a obrigação a qual o indivíduo será submetido deve ser suficiente de forma a oferecer a proteção desejada, mas não deve ser excessiva para não configurar uma violação inútil das liberdades individuais.

Porém, “a periculosidade evidenciada na transgressão da sempre associada doença (único objeto da psiquiatria) deve ser relida hoje, para se tornar compreensível através de todas as passagens que levam à crise e aos comportamentos que desencadeiam os sistemas sociais de emergência” ³¹³.

A relação entre doença mental e comportamentos violentos se configura uma imagem distorcida da realidade empírica. Dados relativos à reforma psiquiátrica italiana demonstraram que, diferentemente do que se esperava, a manutenção de doentes mentais em liberdade não desencadeou as instâncias de controle social ³¹⁴.

Todas as pesquisas feitas com amostras suficientemente vastas indicam que entre os doentes mentais não estão presentes porcentagens de infrações violentas, incluindo homicídios, mais elevadas que na população em geral (...). É claro que a relação entre esses dois fenômenos (homicídio e doença mental) é difusamente interpretado de maneira distorcida, com tendência a se sobrepor os dois fenômenos. Isto é facilitado pelo fato do doente mental ser erroneamente considerado como pessoa perigosa e que, por outro lado, existe no homem uma tendência em não

³¹⁰ *Ibidem*, p. 189.

³¹¹ *Idem*.

³¹² BARROS, Denise Dias. *Op. Cit.*, p. 180-1.

³¹³ *Ibidem*, p. 181.

³¹⁴ *Ibidem*, p. 185.

reconhecer no homicida motivações que poderiam estar presentes e a procurar, portanto, nas interpretação psicopatológica, um destaque e separação nítida de um ato que pode implicar identificações profundas carregadas de angústia ³¹⁵ [grifou-se].

Uma vez definido que a relação não seria com a doença, mas com a pessoa que sofre, não seria possível trabalhar com base em critérios pré-definidos, generalizadores e igualmente válidos para todos, ou, para a mesma pessoa em situações diversas.

Assim, as reações estatais materializadas nas internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias apresentam resquícios das primeiras intervenções na saúde das populações, que possuíam como objetivo principal o controle e a preservação da ordem, a partir do falso pressuposto de periculosidade aplicado à pessoa com sofrimento psíquico. É possível, deste modo, perceber um retorno ao apelo à saúde para a proteção da ordem pública.

3.2 RESTRIÇÕES PARA PROTEGER O INDIVÍDUO DE SI PRÓPRIO

“Prejudicar pessoas a pretexto de ajudá-las é um dos passatempos favoritos da humanidade” ³¹⁶.

O Estado também exerce seu papel na proteção da saúde em seu âmbito individual, ou seja, a garantia da saúde de cada cidadão em particular. Neste caso, a relação é exclusivamente entre o Estado e o sujeito, estando em jogo o interesse do indivíduo, sem relação com o aspecto coletivo da saúde.

Os princípios da autonomia e do respeito à vida privada são limites relativamente importantes quando questões de saúde pública estão em causa. O princípio da autonomia presume o sujeito apto a fazer escolhas que o comprometam, a definir o que é bom para seu prazer e necessário aos seus interesses. Assim, o Estado se faria menos prescritivo e diretivo, deixando as preferências e escolhas individuais se singularizarem. Seu objetivo é garantir ao indivíduo as condições necessárias ao livre desenvolvimento de sua personalidade ³¹⁷.

Todavia, entre os valores primordiais da sociedade atual, a saúde, especialmente a saúde mental, está quase no topo. A maior parte das pessoas acredita não apenas que a saúde

³¹⁵ GATTI, Uberto; TRAVERSO, Giovanni Battista. *apud* BARROS, Denise Dias. *Op. Cit.*, p.185.

³¹⁶ SZASZ, Thomas, *Op. Cit.*, p. 21.

³¹⁷ ROMAN, Diane. *À corps défendant: la protection de l'individu contre lui-même. Recueil Dalloz*, p. 1284-91, 2007, p. 1285.

mental seja um requisito para a felicidade, mas que apenas aquele que é mentalmente sadio pode dedicar-se com proveito para a busca da felicidade. Impedida pela doença, especialmente a mental, de empenhar-se nessa perseguição, *a pessoa doente precisa receber ajuda profissional para que possa sair em busca da felicidade.*

“Essa fé terapêutica – que é realmente uma reencarnação da fé na salvação através da graça – protege o indivíduo moderno e secularizado dos perigos que ele mais teme, isto é, da doença e a morte”³¹⁸.

O medo de enlouquecer sempre perturbou o ser humano. O fato de perder o juízo, não discernir a realidade, desorganizar o pensamento, romper com a consciência de si mesmo e do mundo angustia milhões de pessoas de todas as eras e todas as sociedades³¹⁹.

Sendo a saúde encarada como um dos valores essenciais à condição humana, ela é consagrada como um direito fundamental, um direito personalíssimo dotado de características como a inalienabilidade, irrenunciabilidade, inextinguibilidade, imprescritibilidade e intransmissibilidade. A super-idealização da saúde encoraja intervenções clínicas e gera tratamentos médicos e psiquiátricos coercitivos.

Na grande maioria das situações envolvendo a saúde, a regra de proteção é a da *indisponibilidade de si mesmo*. Multiplicam-se as prescrições que tendem a proteger a pessoa contra as conseqüências de sua imprudência. Desta forma, a saúde não é uma liberdade e comporta uma série de obrigações que limitam o titular desse direito nas opções de seu exercício, transformando-o muitas vezes em um dever.

À luz de tal regra, vê-se que o indivíduo não pode dispor de sua saúde da forma como achar conveniente nem de recusar o tratamento médico em algumas situações. Não existe um direito geral a dispor de seu próprio corpo, mas somente esferas residuais de liberdade como, por exemplo, a de recusar um tratamento médico com a condição de não colocar sua própria vida em perigo.

A jurisprudência afirma a possibilidade mesmo de o hospital ignorar a recusa do doente, quando esta coloque sua vida em risco. Um dos diversos exemplos de proteção da pessoa contra si própria são os vários casos de doentes que recusam determinado tratamento médico em nome de suas convicções religiosas ou que invocam uma dimensão qualitativa da vida.

³¹⁸ SZASZ, Thomas, *Op. Cit.*, p. 297.

³¹⁹ CURY, Augusto. *Op. Cit.*, p. 51.

Outro exemplo, analisado e debatido pelo professor Georges Morange, é a obrigatoriedade do uso do cinto de segurança, medida que visa preservar a vida somente do indivíduo destinatário da norma administrativa e cujo desrespeito não traz consequências a terceiros nem à coletividade ³²⁰. Colocar a própria vida em risco não seria um direito da pessoa?

Buscando proteger o indivíduo até mesmo de si próprio, não se estaria negando a ele o direito se alienar? ³²¹

Ainda, tendo em vista que tal fenômeno ultrapassa limites geográficos, pode-se citar o caso *Pretty contra Reino-Unido*, perante a Corte Européia de Direitos Humanos. Neste caso, a referida Corte recusou o pedido de eutanásia, formulado por uma pessoa vítima de uma doença incurável, pela necessidade de proteger as pessoas vulneráveis. Na decisão: “a interdição da eutanásia foi concebida para preservar a vida protegendo-se as pessoas fracas e vulneráveis – especialmente aquelas que *não estão em condição de tomar decisões com conhecimento de causa* – contra os atos que visam colocar fim à vida ou ajudar a finalizá-la” ³²² [grifou-se].

Assim, a pessoa não detém um direito a ser protegida, direito o qual ela poderia dispor ou renunciar. Ela será protegida pelo Estado independentemente de sua vontade.

Se o profissional se recusa a respeitar a visão que o cliente tem de seu mundo, ou se o cliente se recusa a colaborar com o profissional, os dois chegam a um impasse que só pode ser resolvido de duas formas. Ou o profissional deve abandonar o cliente, ou *o Estado deve conferir ao profissional o poder, e na verdade impor-lhe a obrigação de coagir o cliente a aceitar a ajuda, da forma como o Estado a define*. Hoje, deixar à própria sorte alguém oficialmente considerado como “carente de ajuda profissional” (ainda que legalmente capaz) é tido como um ato insensível, desumano, talvez até como negligência profissional ³²³ [grifou-se].

Segundo a professora Diane Roman, a recusa de deixar certas pessoas disporem de si próprias é sintomática ³²⁴. Nesse sentido:

³²⁰ MORANGE, Georges. *Op. Cit.*, p. 61-6.

³²¹ DENQUIN, Jean-Marie. *Sur les conflits de libertés*. In: *Services public et libertés: mélanges offerts au professeur Robert-Édouard Charlier*. Paris: Éd. Émile-Paul, p. 545-561, 1981, p. 555.

³²² Trecho da sentença CEDH, *Pretty c. Reino-Unido*, 29 abr. 2002, Rec. 2002-III.

³²³ SZASZ, Thomas, *Op. Cit.*, p. 13.

³²⁴ ROMAN, Diane. *Op. Cit.*, p. 1285.

As sociedades modernas são super-protetoras. Elas buscam trazer felicidade ao indivíduo, sob sua demanda. Porém, existe o risco de que venham a exceder tal demanda, fazendo o indivíduo feliz, em primeiro lugar, sem seu pedido e, em seguida, apesar dele. Os sistemas de prevenção coletiva são certamente um poderoso meio de desenvolver liberdades concretas. Mas, possuem seu lado negativo: ninguém é livre para escapar à Seguridade Social ³²⁵.

No que diz respeito à saúde mental, o fundamento da internação involuntária ou compulsória não é somente proteger a coletividade de um indivíduo potencialmente perigoso, como analisado anteriormente, mas também (e principalmente) *configura-se uma obrigação de tratamento, um atentado à sua liberdade individual para seu próprio bem*.

Sendo a loucura vista como uma doença, o indivíduo deve ser tratado para seu próprio interesse, mesmo que tal tratamento seja praticado contra sua vontade. No tratamento involuntário busca-se, *além de tratar a doença do indivíduo, protegê-lo de si próprio*, de atitudes imprudentes que possa cometer contra sua integridade física em razão da crise mental que sofre. Assim, é de seu interesse ser confinado em manicômios.

A expressão “portador de deficiência” associa-se, na psicologia de massas, à idéia de incapacidade, de dependência, de pedinte e de mendicância. O deficiente é aquele que a sociedade considera digno de pena, o inútil e inválido, que necessita da ajuda dos outros, não tendo identidade própria ³²⁶.

“A questão é que a pessoa que está fisicamente doente pode receber cuidados sem a necessidade de ser submetida a um controle social coercitivo, mas o assim chamado doente mental não pode ser tratado dessa forma, uma vez que ele (acertadamente) rejeita o papel de paciente” ³²⁷.

Segundo a previsão legal, a internação involuntária do doente mental somente terá fim somente por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento (art. 8º, §2º, da lei 10.216/2001). Assim, o indivíduo *é obrigado a permanecer no hospital e a receber o tratamento médico adequado até que a sua melhora seja tecnicamente constatada* ou que seu responsável legal requeira.

³²⁵ DENQUIN, Jean-Marie. *Op. Cit.*, p. 554. No original: « *Les sociétés modernes sont super protectrices. Elles cherchent à faire le bonheur de l'individu – sur sa demande. Mais le risque existe toujours qu'elles en viennent à excéder celle-ci et qu'elles fassent son bonheur d'abord sans lui, puis malgré lui. Les systèmes de prévention collective sont certes un puissant moyen de développement des libertés concrètes. Mais ils ont leur revers: nul n'est libre d'échapper à la Sécurité sociale* ».

³²⁶ CRUZ, Álvaro Ricardo de Souza. *Op. Cit.*, p. 96.

³²⁷ SZASZ, Thomas, *Op. Cit.*, p. 165.

Em toda sociedade, há certas pessoas que são indesejadas. Sua identidade varia conforme a época e o lugar. [...] Hoje [...] os mais indesejados são os usuários de drogas, os pacientes mentais crônicos e os desamparados. Agora, cada político e cada psiquiatra proclamam sua determinação em ajudar essas pessoas, enumerando todos os mecanismos coercitivos do governo, numa cruzada terapêutica contra a doença e contra aquilo que, supostamente, a torna indesejada. O que políticos e psiquiatras realmente querem dizer é que sua obrigação é a de conduzir – e a dos contribuintes é a de custear – campanhas exorbitantemente caras para salvar as vítimas, que são vistas como objetos imperfeitos, destituídos de direitos e de responsabilidades. [...] Assim, embora possamos institucionalizar o auxílio às vítimas de desastres naturais, não podemos institucionalizar o auxílio às “vítimas” dos desastres pessoais³²⁸ [grifou-se].

“Como é que as pessoas justificam a dominação coercitivo-paternalista de um adulto pelo outro? Tipicamente, apelando para o axioma moral-religioso segundo o qual somos os protetores dos nossos irmãos”³²⁹. A herança do cristianismo e os resquícios da caridade ainda estão presentes na moral da sociedade atual.

Na Antiguidade, coagir esse alguém teria sido considerado uma intromissão nada nobre, inadequada para o tipo de relacionamento entre seres livres. Os filósofos gregos e romanos duvidavam da compaixão, sendo a razão, por si só, o guia certo da conduta. A deusa romana da Justiça é uma mulher de olhos vendados: sua virtude é a indiferença, não a compaixão. “Os estóicos viam a compaixão e a inveja nos mesmos termos: pois o homem que se condói do infortúnio de outro também se aflige com a prosperidade do outro”³³⁰.

Entretanto, “nosso mundo é um mundo cristão e é à cristandade que devemos as bases morais de algumas das mais importantes instituições. Mas existe uma face obscura no monoteísmo cristão – bem como no judaísmo e islamismo. Se existe um Deus e se Ele é um ser perfeito e, como tal, perfeitamente benevolente, então é correto coagir aqueles que rejeitam a Sua vontade, para o próprio bem deles”. Santo Agostinho é tido como um dos primeiros a articular o dever cristão de perseguir os hereges, para o bem deles. Deus, que coage, é um pai amoroso. O homem, que é coagido, é um filho rebelde³³¹.

Na antiguidade pré-cristã, coagir uma pessoa que proferiu ofensas contra a Cidade do Homem era considerado como justificado pela sua própria ofensa. Ele era

³²⁸ *Ibidem*, p. 27.

³²⁹ *Ibidem*, p. 13.

³³⁰ ARENDT, Hannah *apud* SZASZ, Thomas, *Op. Cit.*, p. 23.

³³¹ *Ibidem*, p. 13.

punido, não para se aprimorar, mas para aprimorar a sociedade. No mundo cristão, coagir a pessoa que ofendeu a Cidade de Deus era justificado pela preocupação para com a sua própria alma. Ele era instado a se aperfeiçoar, não simplesmente para proteger a sociedade. Assim se originou a autorização para o uso da força terapêutica ³³².

Independentemente dos nomes ou diagnósticos atribuídos a dependentes adultos, a maior parte dos esforços pós-Iluminismo para remediar essa condição tem se baseado no interesse do próprio benfeitor, travestido de filantropia.

“Pelo simples fato de um homem dedicar-se a esforços conscientes para tornar outras pessoas mais felizes e melhores do que são, esse homem afirma conhecer melhor que eles quais são os elementos necessários que constituem a felicidade e a bondade. Em outras palavras, ele se arvora em seu guia e superior” ³³³.

A relação médico-paciente é paternalista, fundada no princípio da benevolência para com aquele que está em estado de fraqueza, por sua doença ou ignorância. O doente é como uma criança, que o médico suporta, protege e descarrega da responsabilidade da decisão; o doente, a seu turno, confia no médico como uma criança em seus pais ³³⁴.

Nessa relação, a ação do médico deve ser orientada no sentido de uma moral do Bem, uma obrigação moral de caridade para com aquele que sofre, que não é fundada na vontade deste, mas em algo exterior: existe uma obrigação moral de se substituir ao paciente para poder fazer o bem a ele. Assim, a busca de um consentimento do doente pode parecer contrária ao princípio da benevolência, podendo até mesmo se configurar como um mal, uma recusa ao compromisso moral e uma fuga à responsabilidade.

No modelo do liberalismo político anglo-saxão, ao contrário, faz-se da vontade individual o fundamento do contrato social; o Estado possui poder de apreciação e intervenção somente quando um terceiro está em jogo. A máxima é: “cada um é o melhor juiz daquilo que afeta somente a si próprio”. Nas palavras de Alexis de Tocqueville:

Em tudo o que diz respeito aos deveres dos cidadãos entre eles, ele [o indivíduo] tornou-se sujeito. No que diz respeito apenas a ele próprio, ele continuou sendo o mestre: ele é livre, e deve prestar contas de suas ações apenas a Deus. Daí a máxima que o indivíduo é o melhor e único juiz de seu interesse particular e que a

³³² *Ibidem*, p. 14.

³³³ STEPHEN, J.F *apud* SZASZ, Thomas, *Op. Cit.*, p 16.

³³⁴ RAMEIX, Suzanne. *Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients? In: LOUZOUN, Claude ; SALAS, Denis (dir.). Justice et psychiatrie: normes, responsabilité, éthique.* Paris: Érès, p. 65-75, 1998, p. 65.

sociedade só possui o direito de dirigir suas ações quando se sentir lesada por ela ou quando precisar de assistência. Essa máxima é universalmente admitida nos Estados-Unidos ³³⁵.

Por outro lado, o modelo bastante paternalista europeu continental, que influenciou o pensamento brasileiro, vê o indivíduo como membro de uma coletividade, como cidadão, que se compromete a respeitar a vontade da maioria e, qualquer um que recusar a obedecer à vontade geral será impedido por todas as forças; ou seja, nas palavras de Jean-Jacques Rousseau, “ele será forçado a ser livre”:

Assim, portanto, para que o pacto social não seja apenas uma forma vazia, ele contém tacitamente o compromisso, que somente pode conferir força aos demais, segundo o qual aquele que se recusar a obedecer à vontade geral será impedido por todas as instâncias: *o que significa apenas que ele será forçado a ser livre*; porque essa é a condição dada a cada Cidadão pela sua Pátria, que o garante de toda dependência pessoal; condição que faz o artifício e o jogo da máquina política, que torna legítimos os compromissos civis, que de outro modo seriam absurdos, tirânicos e sujeitos aos maiores abusos ³³⁶ [grifou-se].

Segundo o professor George Morange, a noção de segurança pública pode ser entendida como “sendo a segurança de terceiros, a segurança daqueles com quem o destinatário da norma de polícia pode se encontrar em contato; o que não exclui a possibilidade, para a norma em questão, de assegurar, além disso, de alguma maneira, a *segurança do próprio destinatário*” ³³⁷ [grifou-se]. Assim, a autoridade pública pode visar, no

³³⁵ TOCQUEVILLE, Alexis de. *De la démocratie en Amérique. Livre I*. Paris: Gallimard, 1993, p. 118-9. No original: « dans tout ce qui concerne les devoirs des citoyens entre eux, il est devenu sujet. Dans tout ce qui ne regarde que lui-même, il est resté maître : il est libre, et ne doit rendre compte de ses actions qu'à Dieu. De là cette maxime que l'individu est le meilleur comme le seul juge de son intérêt particulier et que la société n'a le droit de diriger ses actions que quand elle se sent lésée par son fait, ou lorsqu'elle a besoin de son concours. Cette maxime est universellement admise aux États-Unis ».

³³⁶ ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Du contrat social*. Paris: Flammarion, 2001, p. 60. No original: « Afin donc que le pacte social ne soit pas un vain formulaire, il renferme tacitement cet engagement qui seul peut donner de la force aux autres, que quiconque refusera d'obéir à la volonté générale y sera contraint par tout corps : ce qui ne signifie autre chose sinon qu'on le forcera d'être libre ; car telle est la condition qui donnant chaque Citoyen à la Patrie le garantit de toute dépendance personnelle ; condition qui fait l'artifice et le jeu de la machine politique, et qui seule rend légitimes les engagements civils, lesquels sans cela seraient absurdes, tyranniques, et sujets aux plus énormes abus ».

³³⁷ MORANGE, Georges. *Op. Cit.*, p. 63. No original: « étant la sécurité des tiers, la sécurité de ceux avec lesquels le destinataire de la prescription de police pourra se trouver en contact; ce qui n'exclut pas la possibilité, pour la prescription en cause, d'assurer en outre, en quelque sorte, la sécurité du destinataire lui-même ».

estabelecimento de normas, a assegurar a segurança somente do seu destinatário, excluindo qualquer outra pessoa.

Assim, se a ordem jurídica pretende assegurar o respeito dos valores fundamentais, ela pode proibir ou impor certos comportamentos, mesmo que estes não atinjam terceiros. Desta forma, se certa visão do Homem conduz a tornar insuportável a disposição ou desaparecimento de um membro da sociedade, torna-se possível passar por cima da vontade individual e proteger o indivíduo apesar dela.

A noção de autonomia no sentido político, segundo Rousseau, e no sentido moral, segundo o filósofo alemão Immanuel Kant, influenciaram toda a concepção deste modelo paternalista. O cidadão autônomo de Rousseau, ou o sujeito moral de Kant, somente podem ser pensados em sua autonomia enquanto agentes racionais que desejam o universal: produzindo suas próprias leis, o homem se libera das leis da natureza e da lei divina, mas para se submeter às obrigações de sua razão legislativa e universalizante. O exercício da liberdade consiste, portanto, em criar e respeitar os deveres universais como *membro da humanidade* (nesse sentido, Kant fala do dever em conservar a própria vida e da interdição moral do suicídio)³³⁸.

Assim, um ser autônomo não pode racionalmente desejar aquilo que não é universal: ser autônomo é ser moral e, ser moral é desejar o universalizante.

Tal concepção de autonomia implica que algumas pessoas, apesar das aparências, não são autônomas: aquele que recusa a transfusão sanguínea por convicções religiosas, que recusa qualquer alimentação em razão de greve de fome, o morador de rua que recusa ir para alojamentos sociais ou qualquer pessoa viciada em drogas, não é autônomo, pois sua conduta não é universalizante.

Já no pensamento anglo-saxão, o fundamento da autonomia não é a filosofia iluminista, mas uma concepção muito mais antiga e individualista de liberdade como uma *independência negociada*, presente desde a Magna Carta de 1215, que afirma o direito ao *habeas corpus*. A concepção britânica e norte-americana do poder político nas relações com a liberdade das pessoas é individualista e liberal.

A autonomia do sujeito é concebida, portanto, como a liberdade individual de possuir preferências singulares; as condições de realização de tais preferências se efetivam através da negociação com os outros indivíduos, que também possuem suas preferências, sem que uma

³³⁸ RAMEIX, Suzanne. *Op. Cit.*, p. 68.

autoridade soberana crie ou imponha uma única visão de bem comum. A autonomia anglo-saxã não é, portanto, ligada ao universal³³⁹.

Na filosofia política inglesa, a propriedade do próprio corpo é um direito natural fundamental. Segundo Thomas Hobbes, autor da primeira grande teoria do contrato social, em sua obra *O Leviatã*, de 1651, nem todos os direitos naturais são alienáveis ao Estado, em particular o direito à vida. Para John Locke, em seu *Segundo Tratado sobre o Governo Civil*, de 1690, a propriedade do próprio corpo é também um direito natural³⁴⁰.

No entanto, ao se refugiar por detrás de uma igualdade formal que justifica tal autonomia, tal modelo esquece a fragilidade da pessoa: a armadilha do modelo liberal é a indiferença.

Na concepção paternalista, o homem não é proprietário de seu corpo e a autonomia dos cidadãos se dá pela participação ao exercício do poder legislativo, afirmação coletiva dos princípios universais e atemporais. Há nesse modelo uma representação simbólica do cidadão como um “membro” de um outro corpo: o corpo político, ou seja, o Estado, que será, por sua vez, seu proprietário.

Nesse sistema, o valor primeiro não é a liberdade, mas outros imperativos como a dignidade, a ordem política etc. Porém, quando é invocada a proteção da dignidade humana para impor um comportamento ao indivíduo, percebe-se que, “a noção de dignidade não é mais sinônimo de liberdade, mas de obrigação, esta de respeitar a parte de humanidade que existe em todo homem, incluindo si próprio. Em todas as hipóteses, o sujeito deve agir sob uma representação do ser humano que se impõe a ele”³⁴¹.

Uma ordem pública de proteção fundada nesta forma não protege somente os interesses privados, mas, com base no interesse geral, concentra-se em que uma igualdade real seja procurada. E é justamente porque a recusa emana de um vulnerável, como a do doente de ser tratado, que ela pode ser rejeitada.

Diferentemente do modelo liberal, que corre o risco à indiferença do vulnerável, o problema de tais justificativas é o *excesso de benevolência*, opondo o racional ao infantilizado cuja palavra e vontade são consideradas como insignificantes. A noção de vulnerabilidade evolui de forma a proteger o vulnerável não somente de um terceiro, mas de protegê-lo de si mesmo.

³³⁹ RAMEIX, Suzanne. *Op. Cit.*, p. 69.

³⁴⁰ *Ibidem*, p. 71.

³⁴¹ ROMAN, Diane. *Op. Cit.*, p.1289. No original: « la notion de dignité n'est plus synonyme de liberté mais d'obligation, celle de respecter la part d'humanité qui est en tout homme, y compris en soi. En toutes hypothèses, le sujet doit agir au regard d'une représentation de l'être humain qui s'impose à lui ».

Assim, a vulnerabilidade do doente mental, resultante da sua ausência de autonomia, leva o Estado a assumir obrigações adicionais para preservar a segurança do louco contra um comportamento atentatório a sua vida, integridade física e dignidade.

O princípio da fraternidade justifica que limitações sejam impostas à livre disposição de si mesmo desde que houver a necessidade de proteger dois imperativos: a vida humana e a igualdade social ³⁴².

A promessa de curar pessoas doentes contra sua vontade – especialmente pessoas cuja enfermidade não é compreendida, ou que podem, de fato, nem estarem doentes – está coberta de perigos, que todos parecem determinados a negar.

A despeito das horrendas mutilações feitas pelos psiquiatras da Alemanha nazista e da União Soviética, continuamos a venerar o psiquiatra coercivo-compassivo. Na verdade, não existe um interesse popular – ou mesmo um apoio profissional para uma psiquiatria despida de poder político. Ao contrário, *aprimorar o outro pela coerção, em nome da saúde mental, tornou-se um traço característico de nossa era*³⁴³ [grifou-se].

Ainda, conforme C.S. Lewis:

*Dentre todas as tiranias, a que é sinceramente exercida para o bem de suas vítimas pode ser a mais opressiva. [...] Ser “curado” contra a vontade, e curado de estados que podemos não considerar como doença é ser nivelado junto com aqueles que ainda não atingiram a idade da razão, ou os que jamais chegarão a atingi-la; é ser classificado como infantil, imbecil e até mesmo como bicho. [...] Pois se o crime e a doença devem ser considerados como a mesma coisa, depreende-se daí que qualquer estado mental que nossas autoridades decidam chamar de “doença” pode ser tratado como crime; e curado compulsoriamente [...] Ainda que o tratamento seja doloroso, ainda que leve a vida toda, ainda que seja fatal, será apenas um lamentável incidente; a intenção foi puramente terapêutica*³⁴⁴ [grifou-se].

³⁴² *Ibidem*, p. 1290.

³⁴³ SZASZ, Thomas, *Op. Cit.*, p. 25.

³⁴⁴ LEWIS, C.S. *apud* SZASZ, Thomas. *Op. Cit.*, p. 28.

“Esta famosa questão da ‘escolha da sociedade’, da qual tanto se fala, é obscurecida pela confusão que conduz, em um Estado que se diz liberal, à adoção de soluções que são, logicamente, próprias ao Estado totalitário”³⁴⁵.

A sociedade liberal é aquela que reconhece a cada um de seus membros o direito de agir livremente, quão perigoso possa ser seu comportamento para si próprio, à condição de tal comportamento não crie qualquer risco para os outros membros da sociedade. É o princípio fundamental que exprimem os artigos 4 e 5 da Declaração de direitos de 1789 [...] O Estado totalitário, que se pretende um fim em si mesmo, e que considera cada um de seus membros como estando a serviço de tal fim, poderá, no entanto, conforme sua própria lógica, proibir qualquer conduta, mesmo sem repercussão possível para terceiros, que será de natureza à constituir uma violação à vida ou à saúde de seu autor porque tal violação será, para ele, um defeito³⁴⁶ [grifou-se].

Para concluir, nas palavras de Thomas Szasz:

Há muito venho sustentando que devemos abandonar a infantilização dos pacientes da área de saúde mental e o coercivo paternalismo psiquiátrico que o acompanha, e passar a conferir os mesmos direitos, impor as mesmas responsabilidades a estes pacientes, como fazemos com os outros pacientes portadores ou não de doenças físicas. Acredito que devemos relevar o paternalismo coercitivo, tendo-o como moralmente legítimo, apenas no caso de crianças (pequenas) e de pessoas legalmente declaradas incapazes [ou seja, adultos portadores de retardamento mental severo ou que ficaram temporariamente ou permanentemente inconscientes, delirantes ou demenciados por acidente ou por doença] [...] Nunca podemos esquecer que os adultos – mesmo os imaturos, irracionais ou insanos – não são crianças. [...] Ao invés de apregoar o chavão que diz que a doença mental é como qualquer outra doença, nossa política de saúde mental se baseie no princípio de que adultos têm direitos e responsabilidades que não são afetados muito menos anulados por diagnósticos psiquiátricos. Na prática,

³⁴⁵ MORANGE, Georges. *Op. Cit.*, p. 65. No original: « Ce fameux problème du choix de la société, dont on parle tant, est obscurci par la confusion d'esprit qui conduit, dans un État qui se veut libéral, à adopter les solutions qui sont, logiquement, celles de l'État totalitaire ».

³⁴⁶ *Idem*. No original: « La société libérale est celle que reconnaît à chacun de ses membres le droit d'agir librement, si périlleux que puisse être son comportement pour lui-même, à la condition que ce comportement ne crée aucun risque pour les autres membres de la société. C'est ce principe fondamental qu'expriment [...] les arts. 4 et 5 de la Déclaration des droits de 1789. [...] L'État totalitaire, qui se veut une fin en soi, et qui considère chacun de ses membres comme étant au service de cette fin, pourra, par contre, conformément à sa propre logique, proscrire tout comportement, même sans répercussion possible sur les tiers, qui serait de nature à porter atteinte à la vie ou à la santé de son auteur car une atteinte serait, pour lui, une perte de substance »

significaria tratar a pessoa com diagnóstico psiquiátrico como um agente moral, *de quem se espera que lide com seus problemas e que obedeça as leis. Se ela pedir ajuda, oferecemo-nos para ajudá-la em termos aceitáveis para ela e para nós. Se não, deixamo-a em paz. E se ela infringe a lei, tratamo-la como gostaríamos de ser tratados*³⁴⁷ [grifou-se].

Desta forma, “impedindo cada vez mais o indivíduo de assumir os riscos que concernem somente a ele próprio, destrói-se nele todo espírito de iniciativa, que constitui, porém, a base da sociedade liberal”³⁴⁸, e vê-se o enfraquecimento do seu senso de responsabilidade.

³⁴⁷ SZASZ, Thomas, *Op. Cit.*, p. 16-7 e 30.

³⁴⁸ MORANGE, Georges. *Op. Cit.*, p. 65. No original: « en empêchant de plus en plus l'individu de prendre les risques qui le concernent tout seul, on brise en lui tout esprit d'initiative, cet esprit d'initiative sur lequel repose, pourtant, pour l'essentiel, le ressort de la société libérale ».

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Tive esperanças de ver a mais certa de todas as reformas, talvez a única correta: parar de fazer o mal”³⁴⁹.

Após a análise feita neste trabalho, foi possível concluir que a intervenção estatal na área da saúde mental e no controle da loucura passou por dois momentos importantes, denominados, cada um em sua época, como “reformas”.

A primeira delas deu-se após a Revolução Francesa, na destruição revolucionária dos equilíbrios tradicionais entre os poderes, sendo o momento em que a medicina mental se constituiu, para suprir as carências do novo modelo, em harmonia com a nova concepção burguesa da legitimidade. A medicina mental tornou-se uma peça de um aparelho centralizado de poder. Antes de sua inscrição no organograma oficial da distribuição do poder, e mesmo depois, ela conquistou seu lugar ao sol por meio de iniciativas arrojadas e de tentativas empíricas.

Entretanto, a internação nos manicômios não produziu resultados efetivos na recuperação dos pacientes: o estado dos doentes mentais vinha sendo agravado dentro destas instituições totais, em razão das práticas abusivas cometidas e do isolamento que o internamento provocava. Os manicômios, constituídos sob o discurso da humanização do tratamento da loucura, embasado em um saber científico, na verdade se configuraram em casas de reclusão que contribuíram para aumentar a marginalização dos doentes, afastando-os do convívio familiar e social, tão abusivas e perversas quanto o criticado sistema anterior dos Hospitais Gerais.

A segunda reforma psiquiátrica veio como uma crítica a esta situação, com as teorias da antipsiquiatria e a novas propostas de tratamento aberto. Os aparelhos de controle transformaram suas técnicas autoritário-coercitivas em intervenções persuasivo-manipuladoras.

O fato de que o manicômio não é um meio integralmente terapêutico, que o mandato do psiquiatra não é inteiramente médico ou que o psicanalista não trata somente com o inconsciente, causou impacto. Porém, certos elementos desta crítica foram superados, em certa medida porque as políticas de saúde mental se aperfeiçoaram e se adaptaram a ela. Atualmente, o limiar da crítica deve ser um pouco mais elevado; lutar contra os processos de

³⁴⁹ BURKE, Edmund *apud* SZASZ, Thomas, *Op. cit.*, p. 283.

sujeição e de expropriação desenvolvidos pela medicina mental exige uma consciência precisa sobre o modo de ação dessas novas tecnologias “brandas”.

As tecnologias atuais se automatizaram melhor, os códigos teóricos se refinaram, os dispositivos institucionais tornaram-se mais sofisticados: não encontraremos mais a transparência do século XIX. As relações de dominação na sociedade contemporânea são mais complexas e nos falta distância para objetivá-las. Se a antiga política da assistência parece, hoje em dia, um tanto ingênua, é porque ela dizia explicitamente o que tinha por função dissimular: a diferença entre as classes.

Atualmente, não se escreve mais assim nem se procede mais dessa forma; não existem mais indigentes nem ricos, mas parceiros sociais que dividem, entre si, os benefícios da expansão. A nova “assistência social” rompe, portanto, os vínculos que ainda existiam entre a antiga caridade e a beneficência pública. Essa última assistia populações desmunidas realçando os signos visíveis de sua dependência, reproduzindo, assim, a separação entre as classes. De agora em diante, trata-se de ajudar todos os parceiros, cada qual em função de seu lugar, evidentemente, a permanecerem no circuito da produção-consumo, reconstituindo a estrutura sócio-econômica em sua totalidade. Compreende-se, portanto, o interesse político dos modos de controle que dissimulam as rupturas, a fim de manter a continuidade entre diferenças qualitativas.

O alienismo e seu modelo de internação representaram uma versão medicalizada da concepção segregativa da assistência. Por sua vez, as novas tecnologias abertas correspondem a uma concepção participativa da integração.

A psiquiatria é efetivamente uma ciência política, já que ela respondeu a um problema de governo: permitiu administrar a loucura. Entretanto, ela deslocou o impacto diretamente político do problema para o qual propunha solução, transformando-o em questão “puramente” técnica. Se existe repressão, esta se deve ao seguinte: com a medicina, a loucura passou a ser “administrável”, no sentido de reduzir ativamente toda a sua realidade às condições de sua gestão em um quadro técnico.

As políticas de saúde mental devem ser entendidas como uma estratégia de controle social, como uma instauração de dispositivos práticos por responsáveis bem intencionados, e não como imposição brutal de um aparelho coercitivo. De fato, é importante ressaltar que seus agentes não são ingênuos gozadores nem imprudentes usurpadores, mas, sim, técnicos sofisticados. Os primeiros alienistas eram jovens de boa vontade, ambiciosos, frequentemente pobres e com idéias “sociais”. Eram seduzidos por uma teoria que aliava o aparente rigor de

uma ciência e as grandes aspirações da filantropia. Nisto não havia nada de maquiavélico nem de desonroso.

As duas “reformas psiquiátricas” se pretenderam como revoluções na humanização do tratamento da loucura, o que não se configurou como verdade. Apresentaram respostas politicamente práticas, elaboradas em um contexto histórico preciso, em relação a uma problemática social concreta. Entretanto, conforme diz Robert Castel, “não se pode marcar hora para daqui a um século para ver como andarão as coisas”³⁵⁰.

³⁵⁰ CASTEL, Robert, *Op. cit.*, 1991, p. 12.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E DOCUMENTOS CONSULTADOS

Obras:

ARAÚJO, Inês Lacerda. **Foucault e a crítica do sujeito**. Curitiba: UFPR, 2001.

AUBY, Jean-Marie. *Le droit à la santé*. Paris: PUF Thémis, 1981.

BARROS, Ricardo Paes de; CARVALHO, Mirela de. **Desafios para a política social brasileira**. Brasília: IPEA, 2003.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BAILLE, Yves; LECA, Antoine. *La détérioration mentale: droit, histoire, médecine et pharmacie. Actes du colloque interdisciplinaire d'Aix-en-Provence. 7-8 juin 2000*. Aix-en-Provence: Presses Universitaires d'Aix-Marseille-PUAM, 2002.

BECKER, Howard S. *Outsiders: études de sociologie de la déviance*. Trad. M. Chapoulie e J.-P. Briand. Paris: Éditions AM Métailié, 1985.

BERNARDET, Philippe; DOURAKI, Thomaïs; VAILLANT, Corinne. *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe. Collection Études, recherches et actions en santé mentale en Europe*. Paris: Éditions Érès, 2002.

BILLOUET, Pierre. **Foucault**. Coleção Figuras do Saber. São Paulo: Estação Liberdade, 2003.

BOURGEOIS, Léon. *Solidarité: l'idée de solidarité et ses conséquences sociales*. Latresne: Le Bord de l'eau, 2008.

BUENO, Austregésilo Carrano. **Canto dos malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CABANIS, Pierre-Jean-Georges. *Rapports du physique et du moral de l'homme*. Paris: L'Harmattan, 2006.

CAMBERLEIN, Philippe. *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*. 2. ed. Paris: Dunod, 2005.

CAPISTRANO FILHO, David. **Da saúde e das cidades**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade de ouro do alienismo. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

_____. *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. Paris: Fayard, 1995.

CLÉMENT, Élisabeth *et al.* **La pratique de la philosophie de A à Z**. Paris: Hatier, 2000.

COELHO, Fábio Ulhôa. **Manual de Direito Comercial**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

COMITI, Vincent-Pierre. *Histoire du droit sanitaire en France*. Collection Que sais-je? Paris: PUF, 1994,

CORRÊA, Josel Machado. **O doente mental e o Direito**. São Paulo: Iglu, 1999.

CRUZ, Álvaro Ricardo de Souza. **O direito à diferença**: as ações afirmativas como mecanismos de inclusão social de mulheres, negros, homossexuais e pessoas portadoras de deficiência. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.

CURY, Augusto. **O futuro da humanidade**: a saga de Marco Polo. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

DEUTSCH, Claude; DUTOIT-SOLA, Martine. *Usagers de la psychiatrie: de la disqualification à la dignité : l'avocacy pour soutenir leur parole*. Paris: Éditions Érès, 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. *Histoire de la sexualité*. Tome 1: la volonté de savoir. Paris: Gallimard Nrf, 1977.

_____. *Il faut défendre la société*. Cours au Collège de France 1976. Paris: Gallimard Seuil, 1997.

_____. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

FREUD, Sigmund. **O mal estar da civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

GOFMANN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

IMBERT, Jean. *L'histoire des hôpitaux en France*. Toulouse: Privat, 1982.

LICHTI, Fernando Martins; SANTOS, Francisco Martins dos. **História de Santos e poliantéia santista**. vol. 1. São Vicente: Caudex Ltda., 1986.

MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria. **O alienista**. São Paulo: Scipione, 1990.

MOLLAT, Michel. *Les pauvres au Moyen Âge*. Paris: Hachette, 1978.

MONTESQUIEU, Charles de. *De l'esprit des lois*. Paris: Librairie de Firmin Didot Frères, 1844.

LORIOU, Marc. *L'impossible politique de santé publique en France*. Ramonville Saint-Agne: Érès, 2002.

PUSCHKINE, Alexander S. *La roussalka*. Trad. Henri Thomas. Paris: Éd. du Seuil, 1947, p. 18-9.

QUETELET, Adolphe. *Physique sociale: ou essai sur le développement des facultés de l'homme*. Bruxelas: Académie royale, 1997.

RAPPARD, Philippe. *La folie et l'État: aliénation mentale et aliénation sociale*. Toulouse: Privat Éditeur, 1981.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. *Du contrat social*. Paris: Flammarion, 2001.

RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto. **Punição e estrutura social**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan ICC, 2004.

SMITH, Adam. *The Wealth of Nations*. Londres: Penguin, 1987, p. 245.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional positivo**. 22. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

SZASZ, Thomas. **Cruel compaixão**. Campinas: Papirus, 1994.

TOCQUEVILLE, Alexis de. *De la démocratie en Amérique*. Livre I. Paris: Gallimard, 1993.

Artigos:

ALVES, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. *In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001, p.167-176.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. *In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.* 3. reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 73-81.

ARTAUD, Antonin. Carta aos médicos-chefes dos manicômios. *In: WILLER, Cláudio (Org. e trad.). Escritos de Antonin Artaud.* 3 ed. Porto Alegre: L&PM, 1986.

AUBY, Jean-Marie. *L'obligation à la santé.* *In: Annales de la Faculté de Droit de l'Université de Bordeaux*, série juridique, n. 1, 1955. Bordeaux : Imprimerie Bière, 1955, p. 1-13.

BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. *In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.* 3. reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 171-195.

BARROS, Nelson Filice de; NUNES, Everardo Duarte. Sociologia, medicina e a construção da sociologia da saúde. *Revista Saúde Pública.* São Paulo, 2009, p. 169-75.

BUSNARDO, Érica. Reforma psiquiátrica tem lado cruel. *Gazeta do Povo*, Curitiba, p.4, 27 mar. 2006.

CARVALHO NETO, Joviniano Soares de. Política para a loucura: uma questão de cidadania e poder. *Cadernos do CEAS*, Salvador, n. 175, p. 57-62, maio/jun. 1998.

CHEVALLIER, Jacques. *La résurgence du thème de la solidarité.* *In: CHEVALLIER, Jaques (Org). La solidarité: un sentiment républicain?* Paris: PUF, 1992, p. 111-35.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. Hospício a céu aberto. *Revista de História da Biblioteca Nacional.* São Paulo, ano 1, n. 2, p. 27-32, ago. 2005.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma psiquiátrica. *In: Saúde Mental: campo, saberes e discursos*, Rio de Janeiro: IPUB, 2001.

DENQUIN, Jean-Marie. *Sur les conflits de libertés.* *In: Services public et libertés: mélanges offerts au professeur Robert-Édouard Charlier.* Paris: Éd. Émile-Paul, 1981, p. 545-561.

DRAIBE, Sônia Miriam. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. *In: Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas.* cap I. Brasília: IPEA/IPLAN, 1990, p. 1-66.

ENGEL, Magali Gouveia. Um palácio para guardar doidos. **Revista de História da Biblioteca Nacional.** São Paulo, ano 1, n. 2, p. 33-35, ago. 2005.

FERNANDES, Daniel Augusto. **A cura da loucura ou a loucura da cura:** psicanálise e o movimento antimanicomial. Disponível em: <www.geocities.com/daftm/loucura.html> Acesso em: 04 mar. 2005.

FIORI, José Luis. Estado do Bem-Estar Social: padrões e crises. **Instituto de estudos avançados da Universidade de São Paulo.** Disponível em <www.iea.usp.br/artigos> Acesso em: 17 jan. 2010.

HIDALGO, Luciana. Eletrochoques, penas e pincéis. **Revista de História da Biblioteca Nacional.** São Paulo, ano 1, n. 2, p. 18-23, ago. 2005.

KROPOTKIN, Piotr Alekseevich. As prisões. *In:* TRAGTENBERG, Maurício (Org.). **Kropotkin:** seleção e apresentação de textos. Porto Alegre, L&PM, 1987.

LIMA, Jorgina Tomaceli de Sousa. **O início da assistência à loucura no Brasil.** Disponível em <<http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br>> Acesso em: 11 dez. 2009.

LUZ, Madel Therezinha. A história de uma marginalização: política oficial de saúde mental. *In:* AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** 3. reimpr. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 85-95.

MASCARELLO, Myriam. *L'exemple de la lutte contre le tabagisme en France: le cas de la loi Evin.* *In:* MALET, Émilie (dir). **Santé publique et libertés individuelles.** Colloque ADAPes. Collection Tirer Profit. Paris: Éditions Passages, 1993, p. 177-86.

MORANGE, Georges. *Réflexions sur la notion de sécurité publique: à propos d'une prescription contestée de la police de la circulation – l'obligation du port de la ceinture de sécurité.* *In:* **Recueil Dalloz Sirey**, 8^e. cahier, chronique n.VII, 1977, p. 61-66.

NUNES, Everardo Duarte. **O Suicídio:** reavaliando um clássico da literatura sociológica do século XIX. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jan-mar, 1998, p. 7-18.

_____. Straus: as duas sociologias médicas. **Revista Saúde Pública.** São Paulo, 2007, p. 467-71.

PAPPAS, John. *Le XVIII^e siècle, de la charité à la fraternité.* *In:* GANDON, Odile. **La charité, l'amour au risque de sa perversion.** Paris: Autrement, 1993, p. 66-86.

RAMEIX, Suzanne. *Du paternalisme des soignants à l'autonomie des patients? In: LOUZOUN, Claude ; SALAS, Denis (dir.). Justice et psychiatrie: normes, responsabilité, éthique.* Paris: Érès, 1998, p. 65-75.

ROMAN, Diane. *À corps défendant: la protection de l'individu contre lui-même. Recueil Dalloz,* 2007, p. 1284-91.

ROSATO, Cássia. Violência, saúde mental e direitos humanos. **Revista Direitos Humanos.** Recife, ano 4, n. 8, p. 44-52, dez. 2004.

STOLF, Elton Diego. Saúde mental: o flagelo da lei e da bioética. Apresentado na **5ª Jornada de Iniciação Científica das Faculdades Integradas Curitiba,** Curitiba, 3 abr. 2004.

VAINFAS, Ronaldo. Heréticos e lunáticos. **Revista de História da Biblioteca Nacional.** São Paulo, ano 1, n. 2, p. 24-26, ago. 2005.

Documentos consultados:

BRASIL. Constituição Federal de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

_____. Decreto n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a assistência a alienados. **Coleção de Leis do Brasil,** 31 de dezembro de 1903.

_____. Decreto n. 24.559, de 03 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. **Coleção de Leis do Brasil,** 31 de dezembro de 1934.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial,** Brasília, 20 de setembro de 1999.

_____. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial,** Brasília, 09 de abril de 2001.

_____. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial,** Brasília, 11 de janeiro de 2002.

_____. Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial**, Brasília, 01 de agosto de 2003.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Projeto de lei n. 3.657, de 12 de setembro de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília. Disponível em <<http://www2.camara.gov.br/internet/proposicoes>> Acesso em: 25 mar. 2008.

COMISSÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL (Paraná). Saúde mental: novas formas de assistência. **Cadernos Ministério Público do Paraná**, Curitiba. n. 3, p. 214-17, abr. 2000.

GRÜNDLER, Tatiana. *La santé publique face aux droits fondamentaux*. Tese de doutorado sob orientação de LOCHAK, Danièle. Universidade de Paris X, Nanterre, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Informe saúde**, ano V, n. 107, abr. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria interministerial n. 3.347, de 29 de dezembro de 2006. Institui o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental. **Diário Oficial**, Brasília, 28 de fevereiro de 2007.

MUSEU OSCAR NIEMEYER (Curitiba). **Imagens do Inconsciente**. Disponível em <<http://www.museuoscarniemeyer.org.br/exposicoes/inconsciente.htm>>. Acesso em: 14 dez. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo**. Ano de 2001. Disponível em <<http://www.who.int/whr/2001/chapter1/fr/index.html>> Acesso em: 25 jan 2010.

PARANÁ. Lei n. 11.189, de 09 de novembro de 1995. Dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares, de cidadãos com transtornos mentais. **Diário Oficial**, Curitiba, 10 de novembro de 1995.

SAN JOSÉ DA COSTA RICA, Corte interamericana de direitos humanos. CDH-12.237/102. **Ximenes Lopes versus Brasil**, 04 jul. 2006.

SECRETARIA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ. **Definição de saúde mental**. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>> Acesso em: 25 jan. 2010.