

A Desinstitucionalização é Desospitalização ou Desconstrução?

INTRODUÇÃO

O termo desinstitucionalização, criado pelos americanos, designa os processos de *alta* dos pacientes psiquiátricos e de reinserção na comunidade, que tiveram início nos EUA há mais ou menos 30 anos. No entanto, na reorganização da sociedade européia do segundo pós-guerra, surgiram movimentos de reforma da psiquiatria, produzindo diversos desdobramentos e significados da noção de desinstitucionalização. Significa, portanto, esclarecer um lugar no interior da reflexão do que representam as instituições da violência, as instituições totais; debate que se iniciou com a Europa do pós-guerra e nos EUA nas décadas de 50/60.

Durante esse período, surgiram propostas alternativas ao manicômio, seguindo a idéia de que o doente mental poderia ser tratado mais eficazmente em serviços na comunidade, descentralizados, do que em instituições fechadas e isoladas dos centros urbanos. A psiquiatria pública adota como critério a noção da continuidade do tratamento, onde haveria três grandes momentos para a intervenção: na prevenção, tratamento e reabilitação. Contudo, dentro destes critérios que dominavam a

política social no campo da saúde mental, duas posições disputavam uma hegemonia: o modelo da segregação e internação e o da intervenção territorial. Mas, a *desinstitucionalização* constituirá a escolha política e teórica desta última e que, por sua vez, apresentava-se com duas estratégias de *enfrentamento* do manicômio: a criação no território de serviços assistenciais, deslocando a ênfase no hospital e a posição segundo a qual seria necessário começar do interior do manicômio, criar as condições de sua desmontagem.

Mas, para compreender a história da psiquiatria européia desta segunda metade do século XX é preciso contextualizá-la no interior da história da constituição do Estado do Bem-Estar Social (e das políticas do Welfare State), que realizam uma passagem fundamental do custodialismo ao assistencialismo; dentro da afirmação do Estado Social e do seu papel na política e na regulação social. Em outras palavras, o Estado inicia um processo de centrar em si um complexo de funções de administração e distribuição de recursos e assistência. Deverá gerir os problemas sociais que a crise capitalista havia produzido ou agigantado. O Estado Assistencial se legitima apenas enquanto é capaz de resolver os

Denise Dias Barros é docente do curso de Graduação em Terapia Ocupacional da FMUSP.

problemas que uma determinada sociedade produziu em seu interior. A Assistência torna-se um empreendimento social, é reorganizada como motor de desenvolvimento social e, também, de empreendimento econômico, pois torna-se um terreno de investimento produtivo. Sai da filantropia e da filosofia de ajuda social doada e penetra num cenário onde doentes e marginais representam uma terra de conquistas.

Assim, o caráter privado da miséria, da pobreza e da marginalidade, que vinha sendo empreendido como culpa e de responsabilidade social, tornam-se um problema público. Isto significa que tais problemas não devem ser (teoricamente) reprimidos mas, administrados; o próprio tecido social que os gera deve ser *controlado*. Os desviantes saem de sua anomia e começam a entrar num circuito de dependência. Essa é a dupla face da assistência: é o circuito do direito e, também, o circuito da dependência. Todos os pobres e desviantes deverão ser assistidos, isto é, serão os beneficiários e os consumidores de assistência social.

Existe, principalmente no final dos anos 50 e na década de 60, uma expansão das áreas e das competências administrativas do Estado, que penetra no tecido da sociedade civil, onde os problemas sociais serão, tendencialmente, interpretados como questões para uma gestão administrativa. Administração que será competente ou incompetente no decodificar e *resolver* determinadas questões através do saber técnico (psicológico ou médico).

A criação de sistemas assegurativos e a idéia da saúde como direito de todos teve sua vanguarda na Inglaterra que, já nos anos 40, o havia afirmado. Mas na psiquiatria as grandes mudanças não ocorreram após 1955, isto é, após a introdução dos psicofármacos, que produziu, inicialmente, um grande otimismo.

Proporcionou modificação nos espaços terapêuticos, aberturas de portas, inclusão da psiquiatria na reforma sanitária. Esse período, que irá até o início dos anos 70, assistirá a criação de muitos serviços comunitários com a assistência nacionalizada.

Na França, muitos psiquiatras, que ha-

viam participado da resistência contra os alemães, trabalharam pela abertura de um manicômio na região central do país (Saint-Alban). Pode-se afirmar que a psicoterapia institucional nasceu após essa mobilização, depois levada a outros manicômios. A reforma da psiquiatria francesa produziu a chamada psiquiatria de setor, isto é, fez uma divisão por regiões, onde as equipes psiquiátricas deveriam atuar através de centros especializados e assistenciais. A organização é orientada pela idéia de atenção segundo critérios de competências especializadas, não sendo eliminado o recurso da internação. A França, apesar de uma forte presença de especialistas e de uma intensa produção teórica no campo da sócio-análise, psicoterapia institucional e análise institucional, possui, hoje, cerca de 100 mil pessoas internadas (mais de 60% negras) e uma significativa *cronificação* extra-hospitalar. Isto é, existe uma população que permanece vinculada aos serviços através de sua *doença*. O Estado assistencial se traduziu na presença de uma tecnização que exclui continuamente, a partir de um código técnico, que impossibilita uma compreensão da demanda em sua complexidade e diversidade.

Criaram-se muitos serviços, cada um ocupando-se de uma parte pré-selecionada da demanda. Mostram-se, hoje, como estruturas frágeis em sua incapacidade de compreender a que estratégia de controle servem. Perdeu seu desenho reformador inicial.

Hoje, todos sabemos do que é composto e quem lotava e continua lotando os manicômios: pessoas com menor poder contratual, com menor acesso e recurso contratual frente aos sistemas de tratamento. Portanto, censurar esses problemas não assumindo-os significa fechar-se uma ideologia terapêutica ou numa *vocação terapêutica* (única) de tratar e de fazer muito bem o que se faz, mas, sem se perguntar onde se está inserido.

Os EUA estão entre os primeiros que levantaram a bandeira da necessidade da presença do Estado na regulação social, da criação das políticas do Welfare State.

No campo psiquiátrico, a desinstitucionalização será um processo de racionalização de recursos e de *Des-hospitaliza-*

ção, através da criação de uma rede de serviços de pequenas dimensões na comunidade, segundo uma proposta hierarquizada da assistência.

Após um primeiro momento de denúncias da natureza e da violência das instituições totais (GOFFMAN, 1974), a desinstitucionalização americana transformou-se em um processo de altas *forçosas*: de transferências de pessoas (principalmente casos crônicos) a outras instituições (asilos) não-psiquiátricas e/ou menores, a comunidades privadas ou, ainda, deixadas abandonadas nas periferias das cidades. Criou-se, assim, uma população que gira de uma instituição a outra, que entra e sai continuamente, situação conhecida como *revolving door*. A desmontagem é das grandes estruturas hospitalares. A ênfase dos pequenos centros assistenciais é voltada para a prevenção de uma *população de risco*. Desta forma, nenhum serviço faz-se responsável pela assistência global das necessidades dos pacientes.

Podemos dizer que se assistiu a um *contágio* da cultura manicomial. A psiquiatria reforma-se e cria uma *instituição* alargada e difusa no território, sem transformar ou rever os paradigmas que haviam criado o asilo.

Criou-se, ao contrário, uma rede mais eficaz para o conhecimento e controle, ampliando o campo da ação técnica (médica e psicológica) a campos antes estranhos a ela.

Robert Castel vai chamar esse processo de "miniaturização do controle", isto é, o difundir e expandir das formas de internação, não mais em macroinstituições, mas em pequenas, onde o doente continua a existir, a viver numa extrema miséria de direitos e de exercício dos direitos.

As formas do controle transformaram-se, obedecendo a um processo que Foucault chamou de "internalização". O controle, que no início da Idade Média ocorre de forma explícita sobre o corpo, passará, através das instituições, a ser disciplinar. Disciplinarização (característica da organização da sociedade burguesa) que vem introjetada como valor e assim o controle dos corpos pode como controle de imaginário, da subjetividade. Isso não

quer dizer que o manicômio esteja morto, ele persiste 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 (Gallio, 1983), isto é, da lógica e da cultura que é a aceitação naturalizada da violência. Para enfrentar o sofrimento, seria necessário iniciar no combate a essa *doença-instituição*, através de um percurso de rupturas onde a epidemiologia não deve significar reconstrução de uma ordem causal entre sofrimento, sua racionalização em termos de doença e a gestão de sua conseqüente ordenação que se concretiza em respostas previamente estabelecidas.

A tutela, a custódia, significam a subtração da pessoa da possibilidade das trocas sociais, que só pode, então, estabelecer relações de dependência pessoal, que são uma forma regressiva de relação. Assim, desconstruir o manicômio significa *saltar para fora* da tutela, reentrar nas relações de troca, participar de um contrato social.

No interior do processo de organização da sociedade burguesa, *pareceu natural* organizar, administrar os grupos humanos através:

- 1 – de instituições que disciplinassem os corpos e os transformassem em "corpos dóceis", administrando os espaços e o tempo com uma rotina que reprova o vazio institucional;

- 2 – da constituição de um mandato social onde técnicos e especialistas da medicina psiquiátrica deveriam responder como garantidores dos valores e da ordem social.

Expõe-se claramente a relação entre a doença, a psiquiatria e a ordem pública, entre o princípio da periculosidade que, aplicado à doença, termina por criminalizá-la, justificando o seqüestro da pessoa e sua custódia. Foucault nos dirá que o primeiro anel de aprisionamento da loucura é a miséria; miséria e loucura separam-se formalmente e o miserável louco será o perigoso, o imprevisível e irrecuperável,

cujo lugar natural será o hospital psiquiátrico. O manicômio é metáfora das instituições assistenciais modernas. É a "repetição do ritual da separação" (FOUCAULT, 1987), daquela separação e expropriação do sujeito de suas condições materiais de vida, que se exercita na forma da produção capitalista (ROTELLI, 1990).

Serão os conteúdos obscuros deste lugar natural para loucos que o movimento da psiquiatria italiana buscará, no início dos anos 60, desnudar. Revelar uma violência, recordando Barthes: "o que é evidente é violento" e "o natural é o último dos ultrajes" (BARTHES, 1977, p.92)

A experiência italiana é uma experiência crítica face aos modelos de transformação institucional que ocorreram na Europa e é tardio em relação aos outros países. A situação italiana era, até 1960, coerente com a lógica manicomial e a própria luta pela saúde como direito de todos só ganhará força quando dos grandes movimentos sociais de 68/69 e início da década de 70. Até 1978, os sistemas assegurativos estavam vinculados às corporações profissionais.

O movimento de transformação da psiquiatria fará dos processos (acertos e falimentos) das outras experiências europeias uma fonte de riquezas. Faz aliança com outros movimentos sociais de avançados, radicaliza a força das denúncias sobre a instituição psiquiátrica, criando caminhos para a desmontagem real da instituição psiquiátrica que significa, também, a desconstrução de uma materialidade, de um saber e das interferências de saberes que se consolidaram dentro do saber psiquiátrico. Uma desconstrução que é um trabalho hermenêutico, que procura descobrir a genealogia, as ascendências fortes de um saber. Descobre e põe em evidência tudo aquilo que o saber psiquiátrico censurou ou tornou invisível no seu constituir-se, acentua e utiliza todas as fragilidades da psiquiatria. Focaliza os nexos saber-poder, assimilando as lições de Foucault, que a psiquiatria possui: um saber com uma epistemologia frágil e cuja prática está ligada a uma série de instituições com exigências imediatas de natureza econômica, política e de regulação social. (GALLIO, 1990)

Esta é uma novidade do movimento

italiano, isto é, enquanto nos outros países os reformadores da psiquiatria pensavam o manicômio como uma estrutura arcaica e anacrônica que deveria ser modernizada, Basaglia dirá que ela absorveria, na modernidade, uma série de funções que não são produtos nem casuais nem atrasados no bojo de um sistema moderno. A psiquiatria continua a absorver uma função essencial para a medicina, para a assistência e para a ordem pública: ela é o ponto de confluência dos resíduos de todos os sistemas que utilizam critérios de racionalidade e que expõem continuamente, de si, tudo o que não se enquadra às normas que precedem seu funcionamento. É o lugar do acúmulo dos resíduos dos processos de exclusão da organização sanitária, da organização assistencial e da ordem pública.

Esse híbrido institucional, que é sua força, transforma-a em algo diverso da medicina, da assistência e da justiça, mas com as quais compartilha muitos aspectos.

A psiquiatria italiana vai procurar decompor a demanda e pergunta quem são essas pessoas internadas, para denunciar os arbítrios e incongruências entre a definição abstrata da doença (sobre a qual se erguem as instituições) e as necessidades de um sujeito concreto. Nesse sentido, Basaglia dizia que a psiquiatria colocou o homem entre parênteses, preocupando-se com a doença. Isto é, dizia que "o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício — a doença — da existência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social, construindo sobre esta separação artificial aparatos científicos, legislativos, administrativos, todos eles referidos à doença" (BASAGLIA, 1982, p.257). Este conjunto é o que é preciso decompor, desconstruir, para retomar o contato com a existência dos pacientes.

Para Basaglia, saúde e doença não são termos opostos (a primeira, a realização ideal da vida, e a segunda, sua negação), mas formas de manifestações do vivo; assim, "delinqüência e loucura são expressões do que o homem é ou pode ser e, ao mesmo tempo, do que pode chegar a ser através de seu mundo de relações". O delinqüente e o louco conser-

vam também, na delinqüência ou na loucura, as outras faces de seu ser: de sofrimento, importância, vitalidade, necessidade de uma existência que não seja delinqüência ou doente" (BASAGLIA, 1982, p. 326).

O indivíduo considerado doente ou delinqüente tem seu ser reduzido a estas totalidades negativas, constituídas pela polarização em um ou outro elemento no qual foi artificialmente dividido; justifica-se, desta maneira, a *necessidade* de sua exclusão-tratamento.

As estratégias de desmontagens da instituição manicomial, quando são, também, estratégias de *desmontagens* das estratégias de desmontagens dos conceitos de saúde e da doença mental, podem ser compreendidas como *desconstrução* no sentido que esta categoria assume para J. Derrida (DERRIDA, 1989), onde significa, contemporaneamente, uma posição filosófica, uma estratégia política e uma modalidade de comunicação.

A desinstitucionalização é desconstrução do manicômio quando é capaz de decompor o agir institucional, isto é, quando compõem um feixe de estratégias que demonstram, desconstruem as soluções para compreender os problemas, usando os mesmos espaços, os mesmos recursos, mas decompondo os sistemas de ação, de interação e de justificação no qual cada elemento se insere.

Desconstruir a instituição psiquiátrica significa mostrar (a partir de seu interior) como se subverte a filosofia que a sustenta e, ainda, as oposições hierárquicas sobre as quais se baseia. A psiquiatria italiana procura essa estrada: sobre uma análise histórica do saber e das práticas psiquiátricas, busca-se a desconstrução do seu aparato material (o manicômio) e simbólico (dos mecanismos de eliminação e exclusão). Assim, a opção prática não foi a de criar novas estruturas no território (na comunidade), confiando num enfraquecimento espontâneo do sistema asilar.

Em Trieste (situação mais orgânica e longa da psiquiatria italiana), o manicômio foi desconstruído. Hoje, o lugar concreto de exclusão, "a ilha feliz", desapareceu, surgindo em seu lugar uma rede descen-

tralizada de múltiplos serviços de pequena dimensão mas estruturados como "serviços fortes" (GIANNICHECKA, 1982), responsáveis pela potencialização de soluções múltiplas para necessidades e dificuldades concretas que ocorram no processo de vida de uma determinada população (cerca de 50 mil habitantes/Centro de Saúde Mental). A relação é contratual, de assistência e não de tutela e custódia, uma vez que, em 1978, foi aprovada uma lei nacional que confere o estatuto de cidadão a toda pessoa que sofra de problemas mentais e que proibiu novas alternativas manicomiais, determinando o progressivo esvaziamento dos já existentes.

No entanto, a "desinstitucionalização", a "desconstrução" do manicômio, enquanto manifestação concretizada ou institucionalizada dos processos de exclusão, de produção, de dependência, de cronicidade, de expropriação, de formas da subjetividade e sua expressão, é interminável (ROTELLI, 1990), ou, não se elimina, eliminando os muros do manicômio e da psiquiatria.

Os operadores triestinos vão perceber que, mesmo fazendo crolar os muros, será necessário *acompanhar* os excluídos e os restituídos a uma vida que exclui através do mundo das trocas, buscando agora *enfrentar* a provação (espiritual e material) que é a base da cronicidade. Percebe-se a necessidade, ou a condenação, enquanto técnicos em saúde mental, de continuar a ser instituição (ainda que de outra ordem), porque têm necessidade aqueles que tinham uma longa história de internação e aqueles que seriam os *novos excluídos* das trocas sociais, os novos resíduos. Evidencia-se desta forma que eliminar o manicômio, locus paradigmático da segregação não significa eliminar o mandato de controle social que recobre o papel dos técnicos de saúde, que continua ocupando lugar na mediação entre indivíduo e sociedade, entre doença e normalidade. Desta forma um desafio permanece: exercer dialeticamente esse papel em sua contradição, "advogado" os direitos civis e sociais e buscando possibilitar a criação de formas de emancipação.

RESUMO

Trata-se de uma discussão sobre os movimentos (conteúdos e proposta) de reforma da psiquiatria que surgiram na Europa e nos EUA nesta última metade do século XX. A chave da leitura realiza-se através da análise dos conteúdos e práticas que foram sendo constituídos sob a noção de Desinstitucionalização, dentro de uma reflexão sobre o que representam as instituições da violência – o manicômio na modernidade.

ABSTRACT

This article discusses the psychiatry reform movement that appeared in Europe and in the U.S. this century's last half. This work analyses contents and practices that have been constituted under the notion of Desinstitutionalization, in a consideration on what represents the violence's institutions – the madhouse in modernity.

Referências Bibliográficas

- BASAGLIA F. e BASAGLIA F. O., 1982 – "Crimini di Pace" in: Basaglia F., *Scritti II (1953-1981)*, Torino, Einaudi.
- BARTHES, R., 1977 – SP – , *R. Barthes por R. Barthes* – Cultrix.
- DERRIDA, J. – 1989 – *La desconstrucción en las fronteras de la filosofía*, Barcelona, Paidós/ICE-UAB.
- FOUCAULT, M., 1987 – *História da loucura na idade clássica*, São Paulo, Perspectiva, 2º ed.
- GIANNICHEDDA, M. G., 1982 – Sul servizi psichiatrico "forte" sul e potere della psichiatria in: *Fra regole e utopia*, Pistoia, Coop e Psichiatria Democrática.
- GALLIO, G., 1990 – palestra proferida (gravada) durante o evento "Transformação da Psiquiatria Italiana: história, teoria e prática, de 19 a 30-3-90 – U.S.P. –
- GOFFMAN, E., 1974. *Manicômios, Prisões e Conventos*, São Paulo, Perspectiva.
- ROTELLI, F., 1990 – Prevenir a prevenção in: Nicácio F. (org.) *Desinstitucionalização*, São Paulo, Hucitec, p.65-87.
- ROTELLI, F., 1990 a – Inventário das Substrações in: Nicácio F. (org.) *Desinstitucionalização*, São Paulo, Hucitec, p.61-64.