

Um hospício em crise:

imagens de uma experiência de desinstitucionalização

Fernando Sfair Kinker^(a)

Este texto é fruto de uma dissertação de mestrado, e tem como objetivo relatar a experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico, ocorrida em 2005, numa cidade do interior nordestino, a partir de uma intervenção decretada pela justiça federal a pedido do Ministério da Saúde. O hospital em questão não apresentava condições mínimas de funcionamento e não passara nas avaliações realizadas pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar. Houve uma articulação importante entre o Ministério da Saúde, a prefeitura, a advocacia geral da União e a justiça federal para que essa intervenção transformasse as condições dos internos que lá estavam. Embora a intervenção devesse durar até que a situação melhorasse, foi uma opção operar, durante o processo, a desconstrução do hospital e a implantação de uma rede de serviços territoriais e comunitários de saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial, residências terapêuticas e serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral. O relato trará as sensações, percepções e reflexões do autor, que exerceu o papel de interventor, expressas em diários de campo elaborados durante a experiência.

O relato de experiências de desinstitucionalização pode contribuir para estimular gestores e trabalhadores das políticas públicas na busca por mais ações nesse campo, uma vez que existem, ainda, muitos moradores em hospitais psiquiátricos. Além disso, contribui para que os leitores tenham uma vivência mais próxima do cotidiano dos hospitais psiquiátricos, de suas entranhas, suas relações de poder e saber, sua correspondência com o paradigma biomédico clássico da psiquiatria, que dialoga, sobretudo, com abstratas entidades mórbidas, e não com os sujeitos em sua historicidade, produzindo, como efeitos, corpos mortificados e subjetividades anuladas.

O relato a seguir reúne uma série de fragmentos apresentados de forma não linear, utilizando-se de intertítulos que não possuem uma relação de hierarquia entre si, mas que tentam transferir, ao leitor, as sensações vividas pelo autor.

Sigamos ao relato.

Segurança!

Um *panopticum*¹ um pouco desfocado e com muitos tentáculos; uma organização que tenta controlar os movimentos, mas que não vigia de perto,

^(a) Curso de Terapia Ocupacional, Departamento Saúde, Clínica e Instituições, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo (campus Baixada Santista), Rua Silva Jardim, 136, Vila Mathias, Santos, SP, Brasil. 10015-020. fernando.kinker@unifesp.br

usa somente portas fechadas. Em cada corredor, uma porta de ferro; em cada porta de ferro, um segurança. Esses atores usavam jalecos azuis, que traziam, escrita em branco, nas costas, com letras garrafais, a palavra SEGURANÇA, e eram eles quem estava mais próximo aos internos.

Os seguranças, com suas chaves e portas, tinham como tarefa direcionar o fluxo dos pacientes entre as enfermarias e o banho de sol no pátio. Eram como que pastores de ovelhas, conduzindo seu rebanho para que a máquina da instituição pudesse girar como um fim em si mesmo. De certa forma, eram também vítimas do próprio controle que exerciam, uma vez que se mantinham empobrecidos e aprisionados pela tarefa, objetivados como os internos pela instituição. Palavras? Diálogos? Estes eram desnecessários para a realização da tarefa.

As medicações também seguiam padronizadas. As prescrições eram iguais para todos e os comprimidos eram distribuídos como rações em uma bandeja: um comprimido de cada cor para cada integrante de uma longa fila. A contenção mecânica no leito era comum e obedecia à função de manter a máquina em funcionamento sem nenhuma perturbação.

Mudar uma situação como essa exigiria desconstruir papéis e estabelecer novas relações, a partir de uma ruptura inicial, um ato de força desestabilizador que pudesse restabelecer o diálogo e o compartilhamento de vivências e decisões. E foi essa mudança da dinâmica institucional que tentamos realizar.

Abandono

Além de despojados da condição de sujeitos, os pacientes também estavam desprovidos: de colchões (em algumas enfermarias, não havia sequer camas), de água nos banheiros, de iluminação nos quartos, de banheiros nos pátios, de roupas nos corpos, de sabonetes para o banho, de comida decente. Estavam “possuídos” por fome, sarna e piolhos. Sua higiene era precária, só tomavam banhos coletivos de mangueira, comiam arroz e carne com osso no almoço, sopa de macarrão com osso no jantar. Os funcionários diziam, com naturalidade, que os banhos coletivos com creolina eram prática comum para tentar derrotar a sarna, já que não existiam remédios próprios para lidar com isso.

A falta de colchões devia-se a uma ação intencional da administração, atribuída ao fato de os internos não saberem usar civilizadamente tais insumos. Afinal, era comum a luta por pedaços de espuma para evitar o contato do corpo com o chão frio ou para usá-los como absorventes ou como papel higiênico, uma vez que nenhum desses itens era oferecido no local.

O mesmo ocorria com relação à falta de lâmpadas. Segundo os profissionais que lá trabalhavam, os internos não sabiam conviver com as lâmpadas, pois arrancavam-nas dos bocais, correndo o risco de se cortarem. Assim, como estavam mesmo deixados de lado, o correto seria deixá-los no escuro, em vez de acompanhá-los de perto e entender o motivo dessa atitude. Seria esse ato uma forma de protesto com relação à situação de abandono e de falta de liberdade?

Como em outros manicômios, o cheiro de urina e fezes dominava os espaços. No pátio, onde os internos tomavam o banho de sol, não havia banheiros. Existia um cubículo de cimento, onde eles costumavam urinar e defecar, como se fosse um grande vaso a céu aberto, compartilhado com o restante do ambiente. Também era comum a presença de corpos nus, estendidos no chão, trêmulos, cobertos de moscas.

As condições de existência no hospital eram muito graves e tornavam-se ainda mais graves por serem atribuídas aos quadros psicopatológicos ou apenas às reações e aos comportamentos dos pacientes. Culpar a doença ou os doentes não era uma novidade, e esse recurso já havia sido denunciado por Franco Basaglia² desde o início dos anos 1960, quando ele começou a produzir o conhecimento e a prática do que chamamos de desinstitucionalização.

O espaço de troca zero da instituição psiquiátrica, como afirmou o psiquiatra italiano Franco Rotelli³, pouco a pouco, se configurava como um mundo de engrenagens infernais. O hospital era uma máquina que construía uma mercadoria abjeta, aquela que ninguém queria possuir (a não ser os empresários dos hospitais privados).

Imprensa todos os dias

A foto no jornal, tirada no primeiro dia da intervenção, chocou a todos. Nela, as mulheres, nuas, tomavam banho de mangueira ao ar livre, coletivamente, num pátio aberto e sujo. Outra foto mostrava os homens nos corredores da enfermaria, nus, sujos, prostrados no chão.

Um dos belos artigos escritos por uma jornalista descreveu a triste descoberta de uma inscrição nas paredes de uma cela forte. A mensagem dizia “homem tem que ser homem”, e estava escrita com... fezes – fezes que se petrificaram nas paredes, como a perpetuar a força da expressão sobre o grau do sofrimento. Sim, ganhamos aliados na imprensa e na comunidade. Vários radialistas comentavam sua forte indignação com o ocorrido, e passaram a apoiar a intervenção. Em momentos como esses, todos passam em revista seus próprios conceitos e visões de mundo.

Diálogos e corpo-a-corpo em vez de portas

Houve muitas discussões com os seguranças sobre sua mudança de papel, tentando resgatar, também, sua voz, seu nome, sua história, e ressignificar, assim, o cotidiano de trabalho e a relação com os internos. O primeiro passo foi substituir, aos poucos, as portas de ferro pelo corpo físico, a vigilância pelo acompanhamento, a violência pelo diálogo.

Alguns levaram ao pé da letra, perguntando se poderiam sair da porta caso houvesse uma briga dos internos para separar. Não entendiam que trocar as portas por pessoas significava estar ao lado dos internos e dialogando com eles no interior das enfermarias, em vez de manter-se atrás das portas fechadas, do lado de fora delas. Outros ficaram muito perdidos, andando de um lado para o outro de mãos dadas com as mulheres recém-libertas de quartos pequenos, que, naquele momento, estudavam os espaços dos corredores próximos à porta de entrada do hospital para ver se valia a pena aumentar seu espaço vital, social.

Foram os mesmos vigilantes que tiveram que retirar os jalecos para acompanhar os internos nos primeiros passeios: uma visita ao grupo de egressas do hospital psiquiátrico que faziam artesanato numa Unidade Básica de Saúde do Programa de Saúde da Família; uma festa do dia das mães no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da prefeitura, onde faziam o acompanhamento terapêutico quando saíssem do hospital; o passeio dos homens num parque com a participação de estagiários de psicologia.

Com o tempo, os seguranças propuseram uma nova denominação para a sua função, sugerindo serem chamados de agentes de saúde mental ou de monitores. Mas o processo inicial compôs uma mescla em que cabiam, ao mesmo tempo, o segurança e o cuidador, a porta e a pessoa, a força e o diálogo.

Essa ambiguidade entre controlar e cuidar, constituinte da psiquiatria, manteve-se nesse início enquanto avançávamos no processo de construção de uma “tutela emancipadora” no lugar da “tutela anuladora” do paradigma psiquiátrico tradicional.

A chegada dos cuidadores da cooperativa

Eram vinte os cuidadores da cooperativa que a Secretaria Municipal de Saúde enviara para ajudar no acompanhamento, no cuidado aos internos. Inicialmente, a entrada desses novos atores deflagrou pequenos focos de crise, pois os antigos cuidadores do hospital diziam, secretamente pelos cantos, que eles teriam vindo para ocupar o seu lugar.

Conversamos sobre as dificuldades de ficar nas enfermarias por longos períodos, e pensamos em estratégias de revezamento (parece que só os internos, mesmo, é que conseguiam permanecer ali). Disseram que faltava limpeza e que o cheiro fazia mal, “embrulhava o estômago”. Sinalizamos a necessidade de colocar mais pessoas para trabalhar na limpeza, o que foi feito no mesmo dia. Conversamos, também, sobre: o estado dos internos, a dependência, o aparente mutismo, as atitudes bizarras, a falta de cuidados mínimos consigo mesmos e com as coisas (defecar no chão, andar sem roupa).

A partir do discurso de uma enfermeira, que dizia que o estado atual dos pacientes se devia, exclusivamente, às consequências da doença, e que não conseguia vislumbrar nenhuma possibilidade de melhora, mas apenas de piora, fizemos um amplo debate. Discutimos o fato de os internos serem tratados de forma infantilizada e que a institucionalização produzia efeitos muito graves, que impossibilitavam discernir o que seria exatamente o efeito da doença.

A institucionalização produz subjetividades anuladas, empobrecidas, sombrias. Ela é bizarra e atinge, também, os profissionais que se adaptam a ela: empobrecidos, são levados a ver a vida como um simples objeto de intervenção (a quem devem nutrir, limpar e manter numa condição de nulidade). São também levados, pela vivência institucional, a depositar a responsabilidade de toda essa situação na doença mental.

Discutimos, também, o papel terapêutico do fazer e do cuidar compartilhados com a pessoa cuidada, do estimular a produção de subjetividade, por meio de ações práticas que dessem, ao interno, a possibilidade de ganhar autonomia, de ser protagonista, de ser um ator numa relação.

Dia 18 de maio: um mês da intervenção e a caminhada em comemoração ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial

No dia 18 de maio (assim como ocorre em vários locais do Brasil, desde o ano de 1987, quando o movimento da luta antimanicomial criou o *slogan* "Por uma sociedade sem manicômios"), realizou-se uma importante manifestação na cidade onde estávamos. Tratava-se de uma caminhada do CAPS em direção a um parque popular, com carro de som, camisetas alusivas e bexigas, convidando a população a participar dessa importante luta.

Além dos pacientes e familiares do CAPS e de outros aliados da comunidade, como estudantes e artistas, a caminhada teve a importante presença dos internos do hospital psiquiátrico.

Uma mãe que compareceu ao ponto de encontro deparou com seu filho junto ao grupo do hospital, que fora em um ônibus, e, surpresa e admirada, chorou ao ver que seu filho calçava meias e tênis novos. A roupa fazia parte do enxoval que o paciente havia recebido para mudar-se para a primeira residência terapêutica, o que estava prestes a acontecer. A mãe chorou porque nunca mais vira o filho vestindo qualquer tipo de calçado. Era, antes, aquele farrapo humano que habitava o fantasmagórico espaço de segregação do hospital, onde tanto fazia ter sapatos ou não, cuidar ou não dos pés e do resto do corpo, ou demonstrar algum asseio diante dos outros e de si próprio.

Enquanto isso, no hospital...

Enquanto isso, o hospital era reduzido a 86 dos 176 leitos existentes quando da intervenção, sendo a maior parte deles ocupados por moradores de longa data da instituição.

Eis o plano que então se afigurava: alugar um prédio, selecionar profissionais, descredenciar o hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) e transferir os pacientes para o novo serviço, desta vez, um serviço público municipal. Esse serviço seria transitório, assim como seria o processo de intervenção no hospital. Deveria ser um laboratório de onde se propagariam mais quatro residências terapêuticas, os novos CAPS da cidade, e os novos serviços dos vários municípios. Deveria, também, abrigar uma emergência psiquiátrica, que regularia o encaminhamento para os novos serviços territoriais.

Com o final do processo de transição, deveria restar, dessa estrutura transitória, apenas a emergência psiquiátrica, a ser transferida para um dos dois hospitais gerais públicos da cidade.

O homem que desentupia vasos sanitários

Ele era pequeno, oitenta e poucos anos. Tinha mirrados 1,50 m de altura, talvez menos. Muito magro, pele escura e enrugada, marcas de quem trabalhou muito na vida. Calças bem curtas e sandálias, um pequeno boné e o instrumento de trabalho, do qual usou vários modelos nesses quarenta anos de serviço: o desentupidor de vasos sanitários.

Veio procurar-me para pedir a aquisição de seu instrumento de trabalho, que estava em falta havia tempos. Mas frisava com empenho que não se intimidava com a falta de condições de trabalho: pegava um plástico para forrar as mãos e os braços e “tchibum”, submergia-os no vaso para desentupi-lo.

O trabalho era constante e intenso, pois os vasos viviam entupidos. Dizia-se que ali, no encanamento dos esgotos do prédio, havia uma bem aquinhoadada coleção de espumas de colchões, que os internos, por anos a fio, utilizaram para substituir o inexistente papel higiênico. Mas nosso personagem manteve, durante quarenta anos, sua exclusiva função, das mais curiosas, que desempenhava com orgulho.

Digamos que, se os internos não eram bem tratados, os vasos, pelo menos, muito embora sem descargas a funcionar adequadamente, possuíam um cuidador exclusivo, pago com parcos dinheiros.

Como os outros funcionários, perguntava-se o que faria no futuro sem a merda do hospício, que representava, para ele, o sentido da existência. Não havia como não se preocupar com o futuro desse homem bom aprisionado pelo hospício e limitado a ele.

A mulher voltada para dentro: o círculo vicioso

Cheguei ao hospital para uma visita no final de semana e, ao passar pelo corredor, ouvi uma interna, dentro de um quarto, chamar pela psiquiatra da equipe de intervenção. A auxiliar de enfermagem disse que a interna estava contida no leito, pois, desde o dia anterior, quando recebera a visita do filho, havia ameaçado voltar a comer fezes, além de jogá-las nos outros. Aquela paciente tinha um histórico de comportamento não só de ingestão de fezes, mas de atos destrutivos, suicidas.

Fui até a cama em que a paciente estava atada e comecei a conversar. Ela disse que estava amarrada porque queria fumar muito e não a deixavam. Retomei o episódio da ameaça que ela havia feito de jogar fezes nas pessoas. Ela tentou me convencer de que a doença a levava a comer fezes, afirmando que tinha alucinações auditivas em que lhe ordenavam que o fizesse. Insistia em frisar que era doente e que não controlava seus comportamentos. Aceitei sua avaliação, mas disse que parte de seu comportamento, a de jogar fezes nos outros, podia ser controlada, pois não significava, necessariamente, uma compulsão da doença (de fato, pela avaliação do quadro psíquico que ela apresentava nesse contato e considerando o contexto em que se deu o ato de jogar fezes, eu tinha dúvidas se, de fato, ela tivera aquelas alucinações auditivas). Afinal, quanto do ato de comer fezes não visava provocar reações nas pessoas?

Em seguida, ela manifestou sua tristeza com o fato de o filho ter ficado assustado com ela e não a ter levado para casa. Combinamos que todos nos esforçaríamos para criar as condições de sua ida para casa, a começar por ela, que evitaria multiplicar qualquer tipo de ameaças. Negocieei, então, com ela para que pudesse sair do leito e andar comigo fora do hospital. No entanto, ela dizia que queria ir ao banheiro, garantindo que não comeria as fezes.

Acompanhei-a ao banheiro e, enquanto aguardava ao lado da cabine, ela foi contando trechos de sua história, dos filhos, dos pais, das experiências de sofrimento pelas quais havia passado.

Carregava sempre consigo uma sacola muito importante, cujo interior era composto por cigarros e muito, muito papel higiênico, que era uma arma para substituir a compulsão de ingerir fezes.

Passamos a passear e a conversar na área externa ao hospital e ela me contou os estupros que havia sofrido na adolescência, seu envolvimento com drogas, os episódios de psicose pós-puerperal e as várias internações psiquiátricas a que fora submetida.

O pasto

No pátio, havia uma sala trancada, caindo aos pedaços. Perguntei ao funcionário o que era e ele respondeu que era a sala da pedra. Pedra? Que pedra?! Era a pedra sobre a qual antigamente se colocavam os pacientes que faleciam. O hospital, de fato, pensava em tudo, na garantia do processo de destruição de seus internos. E os pátios eram, enfim, o lugar destinado aos pacientes, estivessem eles vivos ou mortos.

Preparando a mudança

Depois de muito avaliar as condições do hospital, chegamos, mesmo, à conclusão de que o melhor a fazer seria descredenciar, o hospital, do SUS e utilizar os recursos repassados para manter uma nova estrutura transitória, que estivesse sob a governabilidade da prefeitura, para mantermos o processo de desinstitucionalização até o fim. Para isso, iniciamos um processo de seleção e contratação de novos profissionais, e, posteriormente, alugamos uma maternidade desativada, que ficava no centro da cidade, para que esse mutirão de desinstitucionalização pudesse servir de base para a constituição dos novos serviços.

A seleção dos profissionais que viriam a trabalhar nos novos serviços de saúde mental (inclusive, no novo prédio para onde os pacientes seriam transferidos) exigiu um grande esforço. Durante mais de uma semana, membros da equipe de intervenção, juntamente com um grupo de entrevistadores de outros dois estados, das universidades da cidade, da equipe do Ministério e do município, desdobraram-se para avaliar as centenas de candidatas que se apresentaram para preencher as vagas.

Queríamos muito que a maioria absoluta dos funcionários do hospital fosse selecionada, mas apenas uma parte deles passaria na seleção.

Adeus, manicômio!

A mudança do manicômio para o novo prédio foi épica. A maioria dos pacientes entrou alegremente no ônibus, sem saber, ao certo, o destino, mas felizes por deixarem a masmorra. Outros foram absolutamente tomados pela dúvida e, perplexos, obedeceram à ordem de retirada como mais uma das tantas ordens a que outrora haviam sido obrigados a obedecer.

Por fim, duas mulheres negaram-se a sair. De nada adiantaram os diálogos e as negociações para tentar convencê-las da necessidade de mudar. Diante da negação reticente, elas tiveram de sair carregadas. Tivemos de recorrer à força física que a psiquiatria tem legitimidade para usar – e o faz com frequência quando é preciso internar alguém que não concorda com a internação, para garantir a vida, para libertar as pessoas da anulação, para instaurar um novo processo: a mudança foi um parto a fórceps.

Recorremos ao contato físico, dramático e “forte” para assinalar também, simbolicamente, o que Dell’Acqua e Mezzina⁴, num contexto diferente, chamaram de “a abertura do cerco da psicose, o ingresso de pessoas reais, o fim do pesadelo”, garantindo, assim, a continuidade de um processo de diálogo baseado na reciprocidade e na confiança e a responsabilidade da equipe pelo cuidado das pessoas em questão.

O novo espaço era digno e infinitamente superior: quartos para três a cinco pessoas, dotados de armários embutidos, banheiro com chuveiro quente e, em alguns, ar condicionado.

Os funcionários eram novos e essa situação era extremamente original: a maioria dos funcionários, em especial os auxiliares de enfermagem, as enfermeiras e a maioria dos médicos (clínicos, pediatras, socorristas etc.) não possuía experiência no trabalho com saúde mental (como a seleção demorou, tivemos que propor, ao município, um mutirão com trabalhadores de outras unidades).

Outros possuíam outras experiências em saúde mental (e ajudavam na capacitação dos colegas), incluindo os cuidadores da cooperativa que haviam sido admitidos já no antigo hospital e que nos acompanharam na mudança.

Essa junção de atores com experiências diversas foi essencial para a desconstrução da prática segregadora do antigo hospital e para a construção de uma nova imagem dos sujeitos, que voltaram a ter uma perspectiva de existência social futura diferente e conquistada com o parto que representou a mudança.

Tudo permitia o encontro: o espaço físico não possibilitava a restrição e a separação, e não havia como os funcionários se separarem dos pacientes, trancando-os em celas ou enfermarias.

Os funcionários venceram o medo e a perplexidade (alguns desistiram, também) e passaram a construir uma nova imagem dos pacientes, substituindo a imagem de periculosidade do louco por uma de fragilidade e de singularidade, obtida por meio do encontro e do conhecimento. Os

pacientes sentiram de imediato que o espaço era confortável e digno, muito embora vários tivessem se desacostumado a utilizar os banheiros, a ter asseio pessoal etc.

Outra novidade era o convívio entre os sexos, homens e mulheres dividindo os espaços comuns, menos os quartos.

Essa situação, além de produzir estímulos para a vida, também os levava a cuidar mais de si, a vigiar o próprio comportamento, a querer estar melhor.

Agora, os pacientes considerados “casos-bomba”, que sempre tendiam a ser segregados pelos demais e pelos funcionários, também estavam dispersos no coletivo e sua fama já também estava diluída: não eram mais os marcados como perigosos.

E o mudo falou...

Alvoroço no novo hospital: Livinaldo falou.

Era um sujeito jovem com comportamentos bizarros, cabeça geralmente voltada para baixo, embalada pelo movimento sempre inquieto do corpo, andando de um lado para outro, sempre na direção da porta de saída. E que não falava: era tido como mudo.

Certo dia, quando cheguei de viagem, os profissionais vieram trazer a boa nova, como quem acabara de presenciar um milagre operado pelas próprias mãos. Santos milagreiros é óbvio que não eram, nem tampouco se consideravam como tais. Mas o “milagre” operado era nada mais que uma das consequências do fortalecimento da equipe, que não parava de ver mudanças positivas nos sujeitos abandonados à própria sorte por anos a fio.

Primeiro, a construção do vínculo e o uso de instrumentos de comunicação diversos: o corpo que tocava, o olhar que acreditava, as pinturas, os papéis, os pincéis, o entorno, o coletivo que desbravava um mundo novo, o mundo de cada um deles, massacrados e anulados na pobreza existencial do manicômio. Primeiro, as pinturas, o corpo, depois, uma palavra, várias palavras e as frases.

É, Livinaldo voltara a ser um sujeito que fala.

E eram esses sinais que demonstraram o que estava sendo produzido a partir do momento em que se valorizou seu modo de expressão, seu discurso sem palavras, em que se tentou rechaçar sua condição de anulação, de objeto, sua inexistência social de *homo sacer*⁵.

Muitas mudanças ocorreram

Durou cerca de um ano e meio o trabalho neste novo prédio, sob a coordenação da equipe local com nosso apoio e supervisão, como consultores do Ministério da Saúde.

Até aquele momento, já eram quatro as residências terapêuticas. Muitos outros pacientes voltaram para seu lar de origem, outros aguardavam novas residências. O CAPS 3 e o CAPS infantil foram inaugurados, e a rede começava a tomar corpo. O número de CAPS nos outros municípios mais que dobrou e permaneceu num movimento contínuo de crescimento. Alguns municípios também criaram algumas residências terapêuticas para abrigar ex-internos, com muita coragem e firmeza.

O relato acaba aqui, mas o processo continuou com outras histórias a serem contadas por outros narradores.

À guisa de conclusão: os desafios da desinstitucionalização

Este artigo buscou relatar, por meio de fragmentos, a experiência da intervenção no manicômio, indicando que a carga de emoção e de envolvimento que o contato com a destruição provoca é imensa e pode produzir transformações também imensas nos atores envolvidos, quando eles estão convictos de que a prática da transformação deve superar o pessimismo da razão.

Na realidade brasileira e no mundo, o manicômio continua a ocupar um espaço importante, e poucas têm sido as experiências que enfrentam diretamente o hospital psiquiátrico.

Os espaços de reclusão têm servido como dispositivos de controle, mesmo em sociedades com sofisticados mecanismos flexíveis e capilares de vigilância. De certo modo, em plena sociedade de

controle⁶, na qual este se dá por vias suaves e instantâneas, o manicômio continua a exercer o papel da dura contenção, quando as formas flexíveis não são suficientes para garantir a ordem (inclua-se, aqui, o fortalecimento de instituições como as comunidades terapêuticas para usuários de álcool e drogas). Como Basaglia e Basaglia⁷ diziam, a cada grau de desenvolvimento tecnológico e econômico, correspondem determinadas formas de controle que se entrelaçam para manter a ordem. Todavia, o controle no hospital não é mais o disciplinar, como foi durante muito tempo na história da psiquiatria, mas se dá pela tática do abandono, em sintonia com os contextos de desregulamentação do mercado, que reproduzem a insegurança nas relações de trabalho, afetivas, sociais⁸.

No Brasil, constata-se que muitos manicômios estão presentes em cidades pequenas ou médias, nas quais acabam exercendo certa influência política, não só por conta do prestígio de seus mandatários, mas porque produzem certo nível de empregabilidade. Nas cidades grandes, o manicômio não tem tanta importância enquanto lugar de produção de poder, mas representa um dispositivo comum de despejo de refugos, que pode ser utilizado para reproduzir as técnicas de controle das urbes.

São muitas as dificuldades de priorizar as questões de saúde mental e da desinstitucionalização nos cotidianos de trabalho das secretarias municipais e estaduais de saúde, assim como no próprio âmbito federal. A insistente reivindicação de que 5% do orçamento das secretarias e demais órgãos da saúde seja investido na área da saúde mental (o que a Organização Mundial da Saúde preconiza) ainda é uma utopia que necessitamos alcançar.

Além disso, não é sem razão que os internos se tornam seres invisíveis aos olhos de gestores, profissionais e pessoas comuns. Os paradigmas científicos, articulados a valores sociais e a relações de poder, legitimam a necessidade de reclusão, simplificando a complexidade do sofrimento psíquico e anulando as contradições sociais que ele vem denunciar. Isso indica a necessidade de se produzir uma ruptura epistemológica na forma de compreender e lidar com a experiência do sofrimento, entendendo que este não pode ser explicado, simplesmente, por meio de entidades mórbidas, mas está a circular por entre os atores sociais, sendo coproduzido por relações e sendo expressão das formas dominantes de viver e estar no mundo.

De certa forma, a desinstitucionalização dos internos de hospital psiquiátrico e a desconstrução do manicômio passam pela desinstitucionalização de nós mesmos e pela construção de novas formas de vida que não se submetam à lógica do capital e da mercadoria. À desconstrução do manicômio, como a relatada neste artigo, associa-se a desconstrução das formas de viver que empobrecem a existência.

Referências

1. Foucault M. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes; 2006.
2. Basaglia F, organizador. A instituição negada. 3a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001.
3. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio MFS, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-100.
4. Dell'acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Delgado J, organizador. A loucura na sala de jantar. Santos: Edição do Autor; 1991. p. 53-79.
5. Agambén G. Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: UFMG; 2002.
6. Deleuze G. Conversações. São Paulo: 34 Letras; 1992.
7. Basaglia F, Basaglia FO, organizadores. Los crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión. Madrid: Siglo XXI de España; 1977.
8. Kinker FS. O lugar do hospital psiquiátrico na atualidade: da disciplina ao abandono. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2012; 23(2):178-95.

Este artigo relata a experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico, ocorrida, em 2005, numa cidade do interior nordestino, partindo de uma intervenção da justiça federal, a pedido do Ministério da Saúde. O autor, que foi interventor do hospital na ocasião, utiliza-se de fragmentos de diários de campo para mostrar a realidade vivida dentro do manicômio. A intenção é contribuir para que esses processos sejam multiplicados no país e para que mais pessoas percebam a necessidade de desencadeá-los.

Palavras-chave: Saúde mental. Desinstitucionalização. Reforma psiquiátrica.

A psychiatric hospital in crisis: images of a deinstitutionalization experience

This article reports the experience of deconstructing a psychiatric hospital which took place in 2005 in a town in the northeastern countryside. The starting point was an intervention by the federal courts, at the request of the Ministry of Health. The author, who was the intervenor for the hospital at that time, uses field journal fragments to show the reality as experienced in the asylum. The article intends to contribute so that these processes might be multiplied in the country and more people realize the need to launch them.

Keywords: Mental health. Deinstitutionalization. Psychiatric reform.

Un manicomio en crisis: imágenes de una experiencia de desinstitucionalización

Este artículo relata la experiencia de desconstrucción de un hospital psiquiátrico ocurrida en 2005 en una ciudad del interior de la región nordeste de Brasil, partiendo de una intervención de la Justicia Federal, a pedido del Ministerio de la Salud. El autor que en la ocasión fue interventor del hospital, utiliza fragmentos de diarios de campo para mostrar la realidad vivida dentro del manicomio. La intención es contribuir para que esos procesos se multipliquen en el país y para que más personas perciban la necesidad de desencadenarlos.

Palabras clave: Salud mental. Desinstitucionalización. Reforma psiquiátrica.

Submetido em 15/03/16. Aprovado em 13/06/16.