

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO:  
(RE)AFIRMAÇÃO DA EXCLUSÃO  
PSYCHIATRIC HOSPITAL:  
(RE)AFFIRMATION OF THE EXCLUSION

*Oswaldo Gradella Junior*  
**Universidade Estadual Paulista -UNESP - Bauru**

---

**RESUMO:** Nosso objetivo é compreender a situação da instituição psiquiátrica hoje, quanto ao perfil da população internada e quais as suas perspectivas face aos questionamentos e propostas do movimento de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial. O projeto foi desenvolvido em uma instituição de Bauru/SP, com a população feminina ali internada. Foi realizada a caracterização da amostra, a partir dos dados constantes do sistema de registro utilizado pela instituição, anotando-se as seguintes variáveis: idade, estado civil, escolaridade, naturalidade, ocupação, local de moradia e diagnóstico. Foi feita a análise quantitativa e qualitativa dos dados coletados. Constatou-se que a função principal da instituição psiquiátrica continua sendo a exclusão. A necessidade de construção dos modelos substitutivos em saúde mental que valorizem a integridade e promovam a cidadania, torna-se a única possibilidade de resistência do movimento antimanicomial.

**PALAVRAS-CHAVE:** exclusão, instituição psiquiátrica e luta antimanicomial

**PSYCHIATRIC HOSPITAL: (RE)AFFIRMATION OF EXCLUSION**

**ABSTRACT:** The aim of this study is to understand the situation of the psychiatric institution today, with respect to the profile of the interned population and its perspectives face to the questions and proposals of the psychiatric reform and anti-asylums' movement. The project was developed in an institution at Bauru/SP, with interned women. The characterization of the sample was realized from the data of the registration system used by the institution, enrolling the following variables: age, civil status, education, naturalness, occupation, local of dwelling and diagnosis. It was made a quantitative and a qualitative analysis of the collected data. It was verified that the principal function of the psychiatric institution continues to be

Junior, O.G. "Hospital psiquiátrico:  
(re)afirmação da exclusão"

exclusion. The single possibility of resistance of the anti-asylums' movement becomes the necessity of construction of substitutive mental health's models that value people integrity and promote citizenship.

**KEY WORDS:** exclusion, psychiatric institution and anti-asylums fights.

---

## INTRODUÇÃO

A instituição psiquiátrica originou-se e se estruturou com o advento do capitalismo, a consolidação do trabalho assalariado e o surgimento do Estado burguês, alicerçados na Revolução Industrial e na Revolução Francesa, processo social que exigiu uma nova forma de organização social, tendo como pressuposto filosófico o positivismo e como base, o princípio da razão e da ciência.

As instituições que surgiram com o capitalismo, foram concretizadas (como necessidade) somente após o conhecimento do fenômeno estudado, ou seja, como consequência para o enfrentamento e desdobramento daquele fenômeno agora esclarecido. Em relação à doença mental, será o desconhecimento do fenômeno que criará uma instituição para buscar, com o sujeito devidamente aprisionado e encarcerado, as causas que o tornaram diferente dos outros homens. O diferente ou anormal no capitalismo será todo sujeito que não tiver aptidão para o trabalho, pois ao pressupor mobilidade social e liberdade individual, torna-se necessária uma forma de controle e separação entre os sujeitos na determinação do seu lugar social, lembrando que o capitalismo rompe com as formas comunitárias "naturais" de convivência na qual o lugar social do sujeito se definia ao nascer (laços sanguíneos) sem possibilidade de alteração no decorrer de sua vida (HELLER, 1970).

O processo de homogeneização proposto pelo modo de produção capitalista ignora ou nega a dinâmica do ser humano em seu devir histórico; neste processo a constituição do gênero humano se realiza na dialética homem-natureza e ele se objetiva mediado pela atividade.

As instituições em geral, por reproduzirem as formas de relações sociais predominantes, necessariamente contribuirão para o processo de alienação e despersonalização, através da violência e da exclusão, que estão na base de todas as relações que se estabelecem na sociedade capitalista. Uma das características das instituições, é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não têm poder, possibilitando uma relação de opres-

são e violência entre quem detém o poder sobre aqueles que não o têm (BASAGLIA, 1985).

Mais do que somente uma relação de opressão e violência, a intervenção sobre a vida do sujeito, classificando-o de normal ou anormal, constitui-se na afirmação de um poder médico que, travestido de científico, nada mais é do que a imposição ideológica do modelo de racionalidade burguesa.

Como produto dessa exclusão social também se tem a naturalização do doente mental enquanto um sujeito violento e capaz de cometer atrocidades (FOUCAULT, 1989), o que possibilita a formação de uma cultura na qual um diagnóstico psiquiátrico e psicológico desfavorável condena o seu portador a um estigma, justificando inclusive a perda de todos os seus direitos civis e sua tutela pelos técnicos e agentes psiquiátricos (ou da violência?).

O hospital psiquiátrico vai favorecer o processo de cronificação (= embotamento afetivo, isolacionismo, hábitos grotescos e dificuldade de realizar ações práticas), justificando essa tutela e a submissão do portador de transtornos mentais a mecanismos de violência institucional. Ao cronificar o sujeito, a instituição psiquiátrica o condena ao internamento por toda a vida, ou podemos dizer, à morte em vida, pois impossibilita qualquer possibilidade de retorno ao convívio social, pela total falta de resolutividade nas ações terapêuticas e pelo desconhecimento do fenômeno estudado.

Neste aspecto, o processo de construção do sujeito, mediado pelas categorias de atividade, consciência e identidade, é irremediavelmente perdido, condenando o portador de transtornos mentais à morte em vida.

## MÉTODOS

O hospital psiquiátrico onde foi realizada a pesquisa é um estabelecimento de cunho filantrópico e assistencialista, de porte médio, com 420 internos de sexo masculinos e femininos, que funciona com verbas de doações e de convênios, bem como, prestador de serviços ao Sistema Único de Saúde.

Os sujeitos da pesquisa são as 131 internas da ala feminina do hospital psiquiátrico. Foi organizada uma planilha a partir dos dados constantes do sistema de registro utilizado pela instituição para catalogar as internas: fichas e prontuários. Os dados registrados em planilhas foram: idade, estado civil, escolaridade, naturalidade, ocupação, local de moradia e diag-

Junior, O.G. "Hospital psiquiátrico:  
(re)afirmação da exclusão"

nóstico.

Para identificar e descrever a prática institucional foram registrados os conteúdos das fichas e prontuários e considerados os seguintes dados: tempo de internação, tipo de tratamento e procedimentos de intervenção. O tempo de internação não constava das fichas, porém a partir da data de internação, foi possível montar uma tabela com estas informações. Os dados obtidos nas planilhas foram descritos quantitativamente e analisados qualitativamente em consonância com o referencial teórico adotado.

Os diagnósticos foram agrupados inicialmente exatamente da forma como foram coletados, sem nenhuma sistematização, o que denominamos Diagnósticos Específicos. Depois, foram reagrupados contendo somente a classificação geral (Diagnóstico Geral), ou seja, os três primeiros algarismos, de acordo com o Código Internacional de Doenças - Nona Revisão (CID 9, s.d).

## DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A população internada tem o seguinte perfil: em relação à faixa etária, os maiores percentuais estão na faixa entre 40-49 anos (26%) e 50-59 anos (27,5%) respectivamente; em relação à cor, 61,1% das internas são de cor branca, as internas de cor negra são 15,3% e cor parda (eufemismo para mulata) são 19,1%, além do que 4,6% não têm esse registro; 61,8% estão registradas como solteiras; quanto à região de origem das internas, 14,5% distribuem-se por alguns bairros de Bauru, 30,5% são descritas como sendo do Estado de São Paulo e 55% não tem registro e em relação à naturalidade, as internas registradas na zona urbana de Bauru e na Região Administrativa de Bauru somam 22,1% enquanto que as nascidas no Estado de São Paulo totalizam 36,6%. Em 25,2% das fichas não consta qualquer tipo de informação que possibilite a localização de familiares e parentes.

Em relação à origem dos encaminhamentos, os centros de saúde (17,6%), ambulatorios de especialidades (13,7%) e Pronto Socorro Municipal (1,5%) totalizam 32,8%. Estes locais deveriam ser aqueles com maior preocupação científica em relação aos diagnósticos, tanto por contar com profissionais de diversas especialidades, como por serem estabelecimentos públicos e as propostas de modelos substitutivos em saúde mental pressupõe necessariamente a articulação em rede sob responsabilidade do setor público e também a necessária tecnologia para sua realiza-

ção (CESARINO, 1989). Porém, os indicadores anteriores não apontam este caminho ou a devida preocupação com o movimento de desospitalização, desencadeado pela luta antimanicomial. O contraponto será o índice de 0,8% de encaminhamentos feitos pelo NAPS (Núcleo de Apoio Psicossocial), uma proposta surgida nos anos 80 como modelo substitutivo em saúde mental<sup>1</sup>. Os consultórios particulares alcançam o índice de 26% nos encaminhamentos. A falta de informações (26,7%) sobre a origem do encaminhamento remete-nos à desorganização administrativa do hospital e também à manutenção do processo de exclusão a que são submetidos os portadores de transtornos mentais.

Tabela 1 - Ano de matrícula

Período	Frequência absoluta	Frequência relativa
1960 a 1964	3	2,3
1965 a 1969	20	15,3
1970 a 1974	29	22,1
1975 a 1979	19	14,5
1980 a 1984	20	15,3
1985 a 1989	12	9,2
1990 a 1994	28	21,4
Total	131	100

A Tabela 01 mostra o número de matrículas quinquenais, internações feitas na instituição em estudo, de 1960 a 1994. O pequeno índice de 1960 a 1964, provavelmente se deve à situação política e econômica pela qual passava o Brasil. Entende-se que havia naquele momento uma grande efervescência social e cultural que possibilitava maior plasticidade e possibilidades de expressão, valorizando o diferente, ou simplesmente não o segregando. Além disso, vivia-se um momento econômico que necessitava da contribuição de todos para se desenvolver. As internações aumentaram consideravelmente após 1964. Os anos de chumbo no Brasil são responsáveis por 67,3% das internações no hospital psiquiátrico.

Constata-se que os maiores índices de internação ocorreram no quinquênio 1970-1974 e 1990-1994. Uma possível explicação refere-se à política de saúde mental iniciada após 64, que se caracterizava pelo desmonte das instituições psiquiátricas públicas e o avanço da privatização do setor saúde, uma das características principais desta década. Este processo implicava em um movimento de redistribuição dos internos por insti-

Junior, O.G. "Hospital psiquiátrico:  
(re)afirmação da exclusão"

tuições psiquiátricas, principalmente, localizadas no interior do Estado de São Paulo, de cunho filantrópico e privadas.

No quinquênio de 1985-1989, há um decréscimo de internações na instituição, o menor após 1964. É interessante apontar que a segunda metade da década de 70, seguida dos anos 80, caracterizou-se também por embates contra o regime militar e possibilitou profundas mudanças sociais, p. ex.: greves operárias, anistia aos presos e exilados políticos, luta por eleições diretas em todos os níveis. Na área de saúde mental, inicia-se a denúncia de maus tratos e do péssimo atendimento nas instituições psiquiátricas. O movimento da luta antimanicomial avança em suas discussões e faz a crítica ao modelo hospitalocêntrico propondo o fim dos manicômios e abrindo espaço para o surgimento das primeiras experiências com modelos substitutivos em saúde mental, tais como: hospitais-dia, equipes mínimas de saúde mental nas unidades básicas de saúde, entre outros, principalmente na cidade de São Paulo (AMARANTE, 1998 e CEZARINO, 1989).

Tais fatos, a luta antimanicomial e a implementação de modelos substitutivos em saúde mental, além da política oficial de saúde até certo ponto contraditória (pois expressava de um lado, pressões populares em defesa do serviço público e por outro lado, a pressão para a privatização por parte dos empresários do setor de medicamentos, donos de hospitais e do setor de seguros e serviços em saúde) podem constituir uma explicação para a diminuição gradativa dos índices de internação observados nesses 15 anos. Entretanto, embora tais movimentos tenham continuado e mesmo se intensificado, constata-se que o quinquênio 1990-1994 mostrou novo aumento no índice de internação. Luz (1994) denuncia os anos 90 como a "década da contra reforma", dado o avanço maciço dos grupos privatistas e das indústrias de medicamentos no controle político da área da Saúde Mental. Há um aumento de convênios para o repasse de verbas entre o Estado e instituições privadas e filantrópicas, e a conseqüente diminuição do financiamento à saúde pública em geral, por parte dos governos federal e estadual. Os fatos mencionados anteriormente podem ser uma explicação para o aumento significativo de internações na instituição focalizada.

Tabela 2 - Escolaridade

Grau	Freqüência absoluta	Freqüência relativa
Não estudou	68	51,9
Alfabetização	1	0,8
1º grau incompleto	9	6,9
1º grau completo	5	3,8
Não consta	48	36,6
Total	131	100

Quanto à escolaridade (Tabela 2), as internas que não estudaram somam 51,9% enquanto que 36,6% não apresentam registro. A quase totalidade das internas são analfabetas ou semi-analfabetas, o que contribui para a manutenção da sua alienação do mundo e no próprio hospital psiquiátrico. O desconhecimento dos signos em uma sociedade onde a linguagem é o instrumento determinante para a apropriação do conhecimento impossibilita-as para a construção de um patrimônio de objetivações, necessárias não só à construção de sua individualidade, mas também para o retorno ao convívio social, pois seja para realização de atividades básicas, como pegar um ônibus, por exemplo; ou para o uso do dinheiro para comprar algo de sua necessidade ou interesse ou para o seu processo de humanização. O aprendizado de um ofício também ficará limitado a serviços braçais e com pouca remuneração. Uma questão a ser considerada é a de que a apropriação de conhecimento sobre o tipo de transtorno mental do qual é portadora age como facilitador no tratamento e no controle da sua própria medicação. O conhecimento sobre a sua medicação é fundamental pois esta pode ser necessária por um longo período da sua vida, sem mencionar o direito de saber o que está ingerindo. Desta forma, a tutela impõe-se como algo natural, pois o sujeito não pode cuidar de si, justificando-se assim a manutenção da internação. A falta de instrução do portador de transtornos mentais internado no hospital psiquiátrico revela-se como um problematizador no processo de desospitalização, pois a dimensão educativa, desde o treino de habilidades básicas, não faz parte da formação da imensa maioria de profissionais ali inseridos.

Junior, O.G. "Hospital psiquiátrico:  
(re)afirmação da exclusão"

Tabela 3 - Situação de Trabalho

Tipo	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não trabalha/menor	1	0,8
Não trabalha/do lar	50	38,2
Trabalho assalariado	31	23,7
Desempregado	46	35,1
Não consta	3	2,3
Total	131	100

Tabela 4 - Ocupação

Tipo	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não trabalha	43	32,8
Empregada doméstica	43	32,8
Comerciário	1	0,8
Não consta	44	33,6
Total	131	100

Tabela 5 - Local de trabalho

Tipo	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não trabalha	60	45,8
Comércio	1	0,8
Não consta	70	53,4
Total	131	100

Ao considerarmos as Tabelas 3, 4 e 5, percebemos que as tabelas explicitam que o critério da aptidão para o trabalho ainda é utilizado para classificar os homens como normais no modo de produção capitalista, pois, aqueles que estão internados não trabalham e também não são normais, justificando assim a instituição psiquiátrica! (RESENDE, 1987). São necessárias algumas considerações acerca da categoria trabalho, pois, ao mesmo tempo em que ele possibilita a humanização do homem, também é fonte de adoecimento (DEJOURS, 1989).



Para Marx (1988, p 142),  
trabalho é um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla o seu metabolismo com a Natureza. (...) Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo sua própria Natureza. (...) Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem.

Ao transformar a natureza através da atividade (trabalho), o homem superou os limites das suas barreiras biológicas e possibilitou a construção do gênero humano. Desta forma, a construção de sua genericidade só se realiza através da atividade, uma atividade que é social e necessariamente coletiva. Ao não fazer parte ou serem excluídas do mundo do trabalho, restam poucas alternativas a estas internas em relação ao seu processo de humanização, pois não se permite a elas a construção de um patrimônio de objetivações, que é condição necessária para que se rompa com o isolamento e a cronificação e possibilite o seu retorno ao mundo dos homens ou do humano. Assim, acabam reduzidas a algumas funções da espécie, ou seja, comer, beber, dormir, entre outras de caráter quase que exclusivamente biológico.

Quanto aos diagnósticos, montamos uma lista contendo somente a classificação geral (Diagnóstico Geral), ou seja, os três primeiros algarismos, considerando que um grande número de diagnósticos estavam incompletos e escritos de maneira errada, ou seja, numeração inadequada em relação a Classificação Internacional de Doenças - Nona revisão (CID-9, s.d.).

A outra lista manteve sua forma original, descrevendo-se os dados tais como foram coletados sem qualquer sistematização. A ela se denominou Diagnósticos Específicos.

Junior, O.G. "Hospital psiquiátrico:  
(re)afirmação da exclusão"

Tabela 6 - Diagnóstico Geral

Tipo de transtorno	CID9	Frequência absoluta	Frequência relativa
Quadros psicóticos orgânicos senis e pré senis	290	2	1,5
Quadros psicóticos orgânicos transitórios	293	2	1,5
Outros quadros psicóticos orgânicos (crônicos)	294	11	8,4
Psicoses esquizofrênicas	295	51	38,9
Psicoses afetivas	296	4	3,1
Outras psicoses não orgânicas	298	5	3,8
Transtornos neuróticos	300	1	0,8
Síndrome de dependência de álcool	303	3	2,3
Distúrbios de comportamento não classificados em outra parte	312	2	1,5
Oligofrenia leve	317	14	10,7
Outras oligofrenias específicas	318	29	22,1
Oligofrenias não específicas	319	1	0,8
Mal de Alzheimer	331	1	0,8
Alcoolismo	345	5	3,8
Total		131	100

Em relação ao diagnóstico geral (Tabela 6), os maiores índices são os quadros mais comuns nas instituições psiquiátricas, pois justificam a internação, são tidos como transtornos incuráveis, graves e como sinônimo de dano cerebral, baseados na racionalidade anátomo-clínica (FILHO, 1987). Os sujeitos classificados com esses diagnósticos são aqueles que mais incomodam pela atipia nas relações que estabelecem. Isto somado à exclusão do mercado de trabalho faz com que só restem o caminho do esquecimento e da internação. Os outros diagnósticos apresentam percentuais insignificantes e que não possibilitam uma análise mais detalhada.

Quanto aos diagnósticos específicos, há uma variedade de diagnósticos (63 para 131 pessoas) que desvela a complexidade na definição do tipo de transtorno, ao mesmo tempo que, considerando o perfil da população internada, os problemas sociais tornam-se o principal diagnóstico. Os

diagnósticos em geral ou específicos, merecem uma análise que supere a classificação e a patologia em si, por sua importância e centralidade na discussão das instituições psiquiátricas,

Mais que incompetência profissional, fruto de aparente descaso e desumanidade, tais diagnósticos escondem a fragilidade da definição do que é doença mental, que “é um acontecimento, historicamente possibilitado, produzido pelo saber psiquiátrico e médico ao adquirirem o monopólio sobre a loucura” (FILHO, 1987, p. 101).

Os dados coletados retratam uma situação perversa, pois em função do discurso da cura da doença mental - crença dos técnicos e da população em geral, constrói-se uma instituição segregadora, pois estigmatiza; violenta, porque tutela, dopa e cronifica o ser humano e ineficaz quanto às ações terapêutica e curativa. Goffman (1987), em seu estudo sobre os asilos apontava as características das instituições totais, os chamados “fatores etiológicos”, a saber:

- perda de contato com a realidade externa;
- ócio forçado;
- submissão a atitudes autoritárias de médicos e restante do pessoal técnico;
- perda de amigos e propriedades;
- sedação medicamentosa; condições do meio ambiente nos pavilhões e enfermarias;
- perda da perspectiva de vida fora da instituição.

Segundo Asioli, Saraceno e Tognoni (1994, p. 13), “O diagnóstico psiquiátrico é uma agregação de sintomas e sua função deveria ser:

- dar informações úteis para a estratégia de intervenção;
- dar informações úteis para prever o desenvolvimento da enfermidade”.

Quanto ao tipo de tratamento, as únicas informações contidas nas fichas eram os medicamentos receitados em maior ou menor dosagem. Não havia maiores dados acerca da resolutividade da medicação receitada.

Os procedimentos de intervenção também não constam na ficha dos pacientes, tampouco o histórico e a evolução do transtorno. Constam somente indicações gerais de atividades grupais, terapias ocupacionais, sem especificar a clientela e nem os resultados obtidos.

Junior, O.G. "Hospital psiquiátrico:  
(re)afirmação da exclusão"

Tabela 7 - Tempo de internação

Período	Frequência absoluta	Frequência relativa
Entre 30 e 34 anos	3	2,3
Entre 25 e 29 anos	20	15,3
Entre 20 e 24 anos	29	22,1
Entre 15 e 19 anos	19	14,5
Entre 10 e 14 anos	20	15,3
Entre 05 e 09 anos	12	9,2
Até 04 anos	28	21,4
Total	131	100

Quanto ao tempo de internação (Tabela 7) o maior percentual situa-se entre 20 e 24 anos, seguida pelos abaixo de 04 anos. Essa população internada está cronicada, com poucas chances de retorno ao convívio social, pois, já que realmente não houve nenhum investimento na recuperação desses internos, pois nada, além da proposta de exclusão, justifica esse tempo de internação. O percentual significativo de internos nos últimos 04 anos (21,4%) nos indica que a proposta de exclusão volta a ser predominante nas instituições psiquiátricas.

Apesar de toda a luta e práticas substitutivas desenvolvidas na década de 80, o modelo aprovado pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) não incorporou a atenção à saúde mental, o que vai possibilitar o recrudescimento dos modelos substitutivos e o crescimento dos hospitais psiquiátricos privados.

Asioli, Saraceno e Tognoni (1994, p. 14) apontam que "(...)o diagnóstico por si só NÃO é um instrumento de grande utilidade para estabelecer a estratégia de intervenção e para prever o desenvolvimento da enfermidade". Argumentam ainda que o principal para a estratégia de intervenção são outras variáveis "extraclínicas" em que o meio familiar aparece como elemento fundamental nestas estratégias, principalmente na utilização de medicamentos. Na medida em que as informações sobre região de origem, naturalidade e Estado civil das internas mostram a quase total impossibilidade de contatos com familiares e parentes, o hospital psiquiátrico demonstra não ter um compromisso claro em estabelecer qualquer estratégia de intervenção.

A tradição asilar e assistencialista das instituições para o portador de transtornos mentais historicamente caracterizou-se pela função de excluir os marginalizados construídos pelas disfunções produzidas no modo de produção capitalista e pela divisão social do trabalho.

A instituição pesquisada só confirma essa tradição, tanto que, em relação ao tipo de tratamento e aos procedimentos de intervenção, só há registro da ministração de medicamentos, o que, durante um período de 20 anos, somente contribui para cronificar e impossibilitar o sujeito de voltar ao convívio social.

Esses procedimentos desvelam a violência institucional a que estão sujeitas as pessoas submetidas aos desmandos da psiquiatria oficial, ao mesmo tempo em que desmascaram o discurso contido nas descrições psicopatológicas e biologizantes. Este só serve ao interesse das indústrias de medicamentos e aos empresários do setor saúde, concedendo um caráter cientificista e de apelos assistencialistas à exclusão social, reafirmando a normatização e adaptação dos diferentes a um sistema explorador e injusto, que sufoca a possibilidade de construção da individualidade, alienando o indivíduo de si mesmo.

## CONCLUSÃO

Ao final deste estudo, algumas questões emergem e elucidam a face perversa do assistencialismo e da filantropia expressos no discurso institucional, que, em nome da racionalidade burguesa e da culpa cristã, condena à morte em vida, centenas de sujeitos em todo o mundo. Sujeitos que somente expressaram suas singularidades ou não se sujeitaram ao modo de produção capitalista. Sujeitos, que no seu processo de humanização foram destruídos por terem que se sujeitar a este modo de produção, que transforma em mercadoria todas as relações da esfera do humano (MACHADO, 1978).

Estas questões são particularmente importantes, pois permitem a identificação do modelo de atenção que se está adotando no trato da saúde mental. Ao ingressarmos no 3º milênio, a instituição psiquiátrica ainda mantém a mesma estrutura de dois séculos atrás, excluindo, segregando e cronificando o portador de transtornos mentais, majoritariamente das classes populares.

O período ditatorial iniciado com o golpe de Estado de 1964, além de utilizar a instituição psiquiátrica para aprisionar o discordante e impedir manifestações do diferente e das diferenças, também iniciou o processo de privatização dos equipamentos sociais. Na área de saúde mental, os estabelecimentos psiquiátricos privados e/ou conveniados aumentaram repentinamente após 1964 (Tabela 8):

Junior, O.G. "Hospital psiquiátrico:  
(re)afirmação da exclusão"

Tabela 8 - Evolução dos hospitais psiquiátricos,  
por natureza, Brasil - 1941/97

Ano	Hospitais Públicos	Hospitais Privados	Total
1941	23-37%	39-63%	62
1961	54-40%	81-60%	135
1971	72-21%	269-79%	341
1981	73-17%	357-83%	430
1991	54-17%	259-83%	313
1997	45-17,5%	211-82,5%	256

Fonte: DATASUS (Jornal do CRP - São Paulo, 1999)

Atualmente gasta-se 500 milhões de reais por ano com saúde mental, sendo que deste total, algo em torno de 94% é somente com internações (Jornal do CRP - São Paulo, 1999). Portanto, não há interesse dos grupos dominantes em modificar o modelo hospitalocêntrico de atendimento.

O projeto implementado pelo capital internacional no Brasil pós-64, impõe necessidades de formação e qualificação profissional, ao mesmo tempo em que reduz o acesso das camadas populares aos equipamentos formadores, um procedimento idêntico ao adotado na área de saúde, ou seja, ampliação do privado em detrimento do público.

Para garantir a ordem e as condições de implementação desta política, todos aqueles que, por qualquer o motivo, não se inserissem no mercado de trabalho ou fossem improdutivos, seriam excluídos ou segregados. A carteira de trabalho será o documento que servirá para separar os homens de "bem" daqueles "não confiáveis" e, portanto, ameaçadores para a segurança nacional. Estes procedimentos permitiram a emergência de todos os preconceitos e estigmas contra os negros, homossexuais, loucos, cabeludos; enfim, todos os diferentes, principalmente oriundos das classes populares.

O critério de exclusão continua sendo o sócio-econômico e a improdutividade, como compreendida no modo de produção capitalista.

Em nome da razão, sepultamos vidas e destroçamos sonhos. Em nome da ciência, eletrocutam e dopamos sujeitos, contribuindo não com sua reabilitação, mas sim com sua cronificação e morte social. Essa herança não pode ser esquecida, nem ignorada pelas novas gerações, pois contribuirá com a desmistificação de um saber que ao servir aos interesses de uma determinada classe social, legitima a prática de exclusão e se-

gregação.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ASIOLI, F, SARACENO, B. e TOGNONI, G. *Manual de saúde mental - guia básico para atenção primária*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p. 99-133.

CESARINO, A.C. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: *SAÚDELOUCURA*. São Paulo: HUCITEC, volume I, 1989, p. 3-32.

DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho - Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Cortez, 1988.

FILHO, J. F. da SILVA. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: COSTA, N.R. e TUNDIS, S.A. (org.) *Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 75-102.

FOUCAULT, M. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

*JORNAL DO CRP - São Paulo*. jan./fev. 1999, Ano 17, nº 114.

HELLER, A. Indivíduo e comunidade - uma contraposição real ou aparente? In: *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 4ª ed., 1970, p. 65-85.

LUZ, M. T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. *Saúde e sociedade no Brasil - anos 80*. Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS-UERJ/Relume Dumará,

Junior, O.G. "Hospital psiquiátrico:  
(re)afirmação da exclusão"  
1994.

MACHADO, R. et alii. *Da(n)ação da Norma*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de valorização. In: *O Capital*. São Paulo: Nova Cultural, Volume I, 1988, p. 142-156.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação Internacional de Doenças - Nona Revisão (CID - 9)*. Porto Alegre: SAGRA, s.d.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N.R. e TUNDIS, S.A. (org.) *Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987, p. 15-74.

#### NOTAS

<sup>1</sup> Fundado em 1987, o NAPS de Bauru foi o primeiro a existir no Brasil. Realizou suas atividades conjuntamente com o Centro de Psicologia Aplicada da Universidade de Bauru, agora UNESP, até 1990.

*Oswaldo Gradella Junior é professor da UNESP de Bauru. O endereço eletrônico do autor é: gradella@unesp.bauru.br*

**Oswaldo Gradella Júnior**  
**Hospital Psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão**  
**Artigo aceito por São Paulo**  
**Recebido: 17/5/2002**  
**1ª revisão: 10/6/2002**  
**Aceite final: 7/8/2002**