

## **‘Dizem que sou louco’: um estudo sobre identidade e instituição psiquiátrica<sup>(\*)</sup>**

Tânia Maris Grigolo\*

Núcleo de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde e  
Desenvolvimento Social - Prefeitura Municipal de Florianópolis - SC

### **Resumo**

O objetivo deste artigo é analisar as relações entre a instituição manicomial e a condição dos pacientes psiquiátricos, destacando quatro aspectos: a construção de sua identidade; suas representações sobre o manicômio; suas percepções acerca das possibilidades de mudanças pessoais e institucionais e as relações que se estabelecem entre a família e a instituição. A metodologia da pesquisa baseou-se na observação do cotidiano dos pacientes e na realização de entrevistas, bem como na análise dos prontuários dos internados no Hospital Colônia Santana, situado na Grande Florianópolis, Santa Catarina. Foram

### **Abstract**

The objective of this article is to analyse the relations between a mental institution and the condition of the mental patients, pointing to four aspects: the construction of their identity, their representations about the mental hospital, their perceptions about the possibilities of personal and institutional changes and the relations established between the family and the institution. The methodology of this research was based on the observation of the patients' daily life; on interviews and the analysis of the promptuary of the patients who were interned in the hospital "Colônia Santana" situated near Florianópolis, Santa Catarina. 28 patients

---

(\*) "They say that I am crazy": a study on identity and mental institution.

\* Psicóloga, coordenadora do NAPS.

entrevistados 28 pacientes, classificados de acordo com o tempo de internação. Os dados obtidos indicam que para os pacientes de curta permanência o manicômio é percebido como um lugar estranho, uma prisão. Enfatizam o caráter rotineiro e despersonalizante, sentem-se inseguros e resistem à identificação com a instituição. Nos entrevistados de longa permanência percebe-se a predominância da incorporação da ideologia manicomial em seus discursos sobre sua própria identidade e sobre as possibilidades de mudança na instituição.

were interviewed and classified according to the time of internment. The collected data indicate that for short-term patients, the mental hospital represents a strange place, a kind of prison. They emphasize the humdrum and impersonal feature of the hospital that makes them feel insecure and resist the identification with the institution. The long-term patients, however, already have incorporated the predominant psychiatric ideology in their discourse about their own identity and about the possibilities of changes within the institution.

**Palavras-chave:** instituição manicomial, identidade, representações e ideologia manicomial.

**Keywords:** mental institution, identity, representations and psychiatric ideology.

\*\*\*\*\*

## I - Introdução

Este artigo tem como objeto de análise as relações entre instituição manicomial e a condição de “paciente psiquiátrico”, no sentido de resgatar as representações dos próprios psiquiatrizados<sup>1</sup> sobre esta instituição, a produção de sua identidade e as determinações psicossociais envolvidas neste processo. Esta investigação situou-se no centro de um debate ainda atual, no qual se colocam as seguintes questões: qual é o lugar do sofredor psíquico? O tradicional hospital psiquiátrico com todas as suas características de segregação e de controle ou em serviços de

---

<sup>1</sup> A designação psiquiatrizado corresponde a de paciente psiquiátrico que é, conforme GUATTARI e ROLNIK (1986), usada para denominar pessoas que passam por internações psiquiátricas. Estes autores enfatizam o sentido da psiquiatrização da loucura a que são submetidas tais pessoas, ou seja, a constituição de um modo de vida produzido pelo saber psiquiátrico.

saúde mental comunitários, descentralizados e previstos na política de saúde mental para o setor como não estigmatizantes e reintegradores do “paciente psiquiátrico” à sociedade?

Sua realização se justifica em virtude da crise da instituição psiquiátrica-manicomial em todo o mundo, a qual vem se agravando muito nos últimos anos, criando a necessidade de uma profunda revisão, tanto das bases teóricas que fundamentam as concepções de “doença mental”, quanto das práticas assistenciais existentes.

Esta análise se justifica, também, tendo em vista que denúncias de maus tratos, ineficiência e desrespeito aos direitos humanos aprofundam, cada vez mais, a grave crise que permeia a instituição psiquiátrica e que não se resume no descaso pelo qual passa o setor público de saúde, mas que faz parte da própria constituição do saber psiquiátrico. É o que demonstram autores como FOUCAULT (1989), Thomas SZASZ (1979), BASAGLIA (1985) e GOFFMANN (1987), pois a psiquiatria nasce, impondo-se como uma instituição médica que faz parte dos dispositivos de controle social.

O propósito maior deste estudo é trazer para fora do manicômio a voz dos próprios “pacientes psiquiátricos”, os significados que atribuem à instituição, à loucura e a si mesmos. Essas representações parecem ser essenciais neste momento, quando se propõe a substituição dos manicômios por outros serviços assistenciais e outras práticas terapêuticas. Neste sentido, recuperar a identidade do próprio sofredor psíquico<sup>2</sup> internado é fundamental, pois, por ser considerado incapaz e sem autoridade diante da psiquiatria tradicional, encontra-se desqualificado e seu discurso (ou seu silêncio) não é escutado.

BASAGLIA (1980) já chamava a atenção para o fato de que os técnicos quando precisam responder às necessidades do usuário falam entre si, debatem, fazem conferências, de modo que aquele que necessita do conhecimento do técnico só tem acesso através de sua internação em um hospital psiquiátrico.

Embora a situação de opressão em relação ao “paciente psiquiátrico” seja singular, pois ele está *amarrado* a um sistema teórico e social de rotulação e desqualificação frente à sociedade, essa condição de exclusão

---

<sup>2</sup> O termo sofredor psíquico é advindo da Reforma Psiquiátrica Italiana e tem sido utilizado para diferenciar-se da idéia de paciente psiquiátrico que tradicionalmente está relacionado à concepção de doença mental.

no planejamento, nas decisões e nas próprias análises acadêmicas, atinge a maioria dos setores sociais oprimidos.

No início deste texto são relacionadas algumas referências teóricas e metodológicas que nortearam a pesquisa. Em seguida são evidenciadas as representações dos entrevistados, classificadas de acordo com o tempo de internação, destacando-se quatro aspectos: o manicômio, a identidade, as possibilidades de mudança na instituição e as relações entre a família e a instituição.

## **II - Orientações teórico-metodológicas**

A metodologia desta pesquisa baseou-se na observação do cotidiano dos pacientes e na realização de entrevistas, bem como na análise dos prontuários dos internados. Fez-se análise de conteúdo dos resultados. A prática e conhecimento anterior das instituições psiquiátricas existentes na Grande Florianópolis possibilitaram a definição do Hospital Colônia Santana,<sup>3</sup> como referência institucional. Inaugurada em 1942, esta instituição foi criada como um macro manicômio público, típico, seguindo a orientação dos hospitais-colônia que se estabeleceram no Brasil nesta época e que visavam recriar um ambiente rural. Este tipo de modelo manicomial representa o centro da atual crise na assistência à saúde mental.

Considerou-se também, nesta escolha, que por ser este um manicômio típico poderiam estar mais visíveis as diversas e complicadas relações entre o poder médico-psiquiátrico e a incorporação da ideologia manicomial por parte dos psiquiatrizados.

A coleta de dados iniciou-se pela análise de prontuários, buscando-se identificar o perfil dos pacientes e mapear o tempo total de internação de todos os internados. Após constatados estes e outros aspectos é que a variável tempo de internação assumiu um papel significativo, pois percebeu-se que poderia influenciar diretamente as representações dos pacientes sobre o manicômio.

---

<sup>3</sup> Nos últimos anos o Hospital Colônia Santana tem feito várias reformas em função das vistorias que tem sofrido por parte dos Ministérios Público e da Saúde, tentando adequar-se à nova política de saúde mental brasileira. Neste sentido, passou a chamar-se de IPQ - Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina referindo-se às alas de internação de curta permanência, com 140 leitos, e manteve como Hospital Colônia Santana os 500 leitos dos pacientes moradores, de longa permanência, conforme dados do Relatório de Hospitais Especializados em Psiquiatria do Ministério da Saúde/1999.

A Colônia Santana mesmo tendo, em sua grande maioria, pessoas com muito tempo de internação, possui também uma grande rotatividade de outras que permanecem por um curto período.

Após levantamento, constatou-se que a população total de “pacientes psiquiátricos” internados era de 900, sendo que se tomou como base 638, pois foram excluídos os internados por alcoolismo e deficiência mental, desde quando apresentam condições diferenciadas em relação ao que se chama tradicionalmente de “doentes mentais”.

A amostra foi estratificada tendo como critério o tempo total de internação, tendo-se dividido os internados basicamente em dois estratos: até os cinco anos de internação eram pacientes que vivenciaram várias internações de curto período e continuavam retornando à sociedade e à família. A partir dos cinco anos os pacientes tinham internações mais longas e passavam, gradativamente, apenas a fazer e/ou receber visitas breves da família e permanecer definitivamente no manicômio.

De acordo com estes procedimentos definiu-se uma amostra de 28 entrevistados, (11 mulheres e 17 homens). Dentre estes, 18 estavam internados por um período de curta permanência (equivalente à até cinco anos) e 10 por um período de longa permanência (acima de cinco anos). Foram realizadas, portanto, 28 entrevistas estruturadas em um roteiro semi-aberto. Todas elas foram gravadas e transcritas. Além disso, analisou-se o significado da permanência dos internados no manicômio, conforme o ponto de vista dos técnicos da instituição, através da análise dos prontuários individuais, nos quais foram observados também os registros da fala dos próprios pacientes.

A observação da instituição teve grande importância como um recurso metodológico desta pesquisa. Através de nossa permanência no local, o máximo de tempo possível (quatro meses, dois dias por semana), ouvindo e falando com a comunidade, foi possível conhecer e compreender melhor os significados que tem esse lugar, os sentimentos envolvidos, o poder disseminado e o sentido contraditório desta instituição.

O conceito de representações sociais norteou a análise dos resultados, seguindo a tradição teórica francesa e da psicologia social, no sentido de resgatar a imagem e a vivência dos internados, sua voz, sua perspectiva, os significados e valores que atribuem a si mesmos e à instituição psiquiátrica. Este estudo, portanto analisou a instituição do ponto de vista dos próprios institucionalizados.

O ângulo de análise dos resultados apoiou-se fundamentalmente nas obras de Michel Foucault (A História da Loucura na Época Clássica; Vigiar e Punir; *Tecnologías Del Yo* e Microfísica do Poder) e ainda nas obras de outros autores considerados clássicos na área: GOFFMAN (1982, 1985, 1987), CASTEL (1980), BASAGLIA (1985), SZASZ (1984, 1986, 1994), CANGUILHEM (1990), COOPER (1989), LAING (1979), MACHADO (1978), MOFFAT (1986), ROTELLI (1990), VAN DEN BERG (1981), DELEUZE e GUATTARI (1976), COSTA (1979) e BOURDIEU (1989). Todos eles representam uma tradição teórica crítica e antipsiquiátrica de análise do poder institucional desde a sociedade moderna.

### III - ‘Só pra louco mesmo’: as representações dos internados

Neste item são abordadas as diferentes representações dos entrevistados sobre o manicômio, sobre sua própria identidade, sobre as possibilidades de mudança na instituição, na própria trajetória, e ainda sobre as relações entre a ideologia da instituição e a ideologia familiar. Baseando-se no critério do tempo de permanência são relacionados vários depoimentos significativos obtidos durante a realização das entrevistas. Em vários momentos são inseridos depoimentos coletados diretamente dos prontuários, podendo-se estabelecer uma visão das linhas de continuidade que vão se criando entre a visão técnica da doença mental e a percepção que os próprios pacientes vão construindo acerca de si mesmos.

#### A - O manicômio: “um lugar estranho”

##### - Curta Permanência

- *Acho que a Colônia Santana, agora na verdade pra mim é o lugar onde as pessoas estão passando muito tempo, a Colônia Santana ou quaisquer outros lugares que são psiquiátricos, só o tempo, é o tempo, outros mais comprimidos, depois a gente sai pra sociedade de novo e vai viver novamente a vida (ex-mineiro, 27 anos).*

- *Eu não gosto daqui não, eu não gosto de ficá preso, é muito ruim ficá preso, se fosse na cadeia eu já teria saído há muito tempo, aqui é um sanatório é ruim de sair (ex-lavrador, 22 anos).*

- *A gente perdeu um pouco do amor que a gente tinha, do amor forte, não tenho mais esse amor, sai lá fora puxa o amor, um amor mais simples mais alegre e aqui dentro a gente tá preso, não tem nada pro cê te alegria (ex-lavrador, 22 anos).*

- *Eu me senti ruim, não tinha alegria não tinha nada, um desprezo, uma solidão, fica preso aqui dentro, sei lá é muito triste, eu acho que é muito triste para aqui (ex-lavrador, 22 anos).*

- *Se eu saio lá fora tudo melhora, volta a alegria aqui a gente tá preso, preso dentro numa cadeia (ex-lavrador 21 anos).*

- *Eles trouxeram eu pra cá sem eu conversá com eles, eu tava com os remédios tudo na mão, eles me pegaram e trouxeram pra cá (ex-lavrador, 22 anos).*

- *Não, não queria não, corri da polícia, ia jogar uma pedra na ambulância aí parei, parei eles me colocaram naquela cama, amarraram e trouxeram (ex-lavrador, 21 anos).*

Através destas representações pôde-se perceber o caráter prisional e de escravidão<sup>4</sup> que a instituição tem para esses pacientes involuntários. Dentre os 15 que responderam não gostar de estar internados, 5 se referem à prisão que estão submetidos. Dos entrevistados apenas três gostam de estar internados e falam sobre suas razões:

- *Bem não é muito ruim não de ficar aqui, ruim é a vida lá fora, aqui tem cama, comida, sossego, aqui é bom, dois meses aqui a gente se sente um pouco melhor, mais livre né em casa é mais apertado, não sinto a mesma coisa, aqui é melhor que em casa um pouco, a família briga muito comigo (sem-ocupação, 21 anos).*

Para alguns, como mostra esse depoimento, a realidade de sua condição social e familiar é anterior e ainda mais opressiva do que a internação, que passa a ser vivenciada não como uma prisão mas como um tempo planejado de descanso e alienação do mundo lá fora. Outros enfatizam o caráter estático, rotineiro e despersonalizante do manicômio:

- *Eu não gostei e ainda não gosto daqui, é ruim todo dia a mesma coisa, aquela gentarada, um andando pra cá outro pra lá (ex-operária, 36 anos).*

- *Mais ou menos, tem hora que enjoa aqui dentro né, enjoa muito, parado só né, ficar parado é ruim (ex-lavrador, 47 anos).*

*Porque em casa a gente se vira uma coisa e outra e também sai prá lá e prá cá, tem espaço e aqui quase não cabe ninguém dentro (ex-lavrador).*

O manicômio representa, para aqueles que são internados pela primeira vez, um lugar estranho e perigoso:

- *Achei um lugar estranho entende, um lugar diferente que eu nunca tinha visto na minha vida (sem-ocupação, 25 anos).*

<sup>4</sup> Ver SZASZ, T. *A Escravidão Psiquiátrica*. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986.

- *Eu tenho medo dos pacientes que agridem os outros na enfermaria*”. “*Eu senti medo* (ex-doméstica, 23 anos).

O manicômio é visto também como um lugar de tratamento moral, onde as pessoas são internadas porque fizeram coisas erradas e precisam aprender o que é certo.

- *Antes eu tinha serviço, mas eu não era bom porque eu não sabia distinguir o que era certo do que era errado, depois que eu estou tomando esses remédios psiquiátricos eu consigo definir o que é certo e o que é errado com mais facilidade* (ex-mineiro, 27 anos).

- *Eu reflito todas as coisas que eu fiz errado né, o que eu fiz de bom, fico separando as coisas né, do mal e do bom* (ex-doméstica, 28 anos).

A partir destes depoimentos é possível perceber que talvez a grande “Revolução de Pinel”, no séc. XIX, não tenha sido diminuir as torturas físicas nos hospícios, mas reconhecer o caráter normatizador da psiquiatria, propondo um tratamento moral. Este caráter, que está na base de todas as intervenções psiquiátricas, é revelado pelos “pacientes” que se sentem como criminosos sem crime, que vivenciam a internação como uma prisão, um castigo, mas não sabem exatamente quais foram seus erros, enfim vivenciam agora um controle físico-químico e uma desqualificação moral.

### - Longa permanência

Através dos depoimentos a seguir, podemos perceber as diferenças na relação das pessoas com o manicômio nos muitos anos de internação.

- *Eu acho que esse lugar é pra nós né* (ex-lavrador, 51 anos).

- *Não tem nada de ruim quando os doentes tão meio coisa da cabeça a gente dá um desconto* (ex-lavadora, 62 anos).

- *Aqui não me falta nada e não mexem comigo* (ex-lavrador, 41 anos).

- *Gosto daqui o hospital é bom, não quero voltar prá casa* (sem-ocupação, 45 anos).

- *Meu irmão me internou aqui e eu tô muito satisfeita com o meu irmão de ele ter me botado aqui porque aqui tô e aqui eu quero morrer* (ex-dona-de-casa, internada há 46 anos, 91 anos).

- *Já passei por tudo, não quero passar mais nada, quero ficar aqui mesmo como eu tô, como paciente na mão dos médicos, das enfermeiras, tô muito satisfeita e fico assim até acabar os meus dias, fechar os olhos e daí acabou tudo* (ex-dona-de-casa, 91 anos).

- *Eu não quero ir prá lugar nenhum não, vou morrer aqui mesmo* (ex-dona-de-casa, 62 anos).

Essas representações mostram a incorporação do manicômio na vida dessas pessoas, pois, se quando elas começaram suas internações, reagiam, queriam ir embora, estranhavam e tinham medo daquele lugar, hoje, após muitos anos de encarceramento, acomodaram-se. O hospício passou a ser visto como sua própria casa, um lugar seguro e protegido das dificuldades da vida.

Dos 12 pacientes que responderam, nove não querem mais sair, apenas três insistem, sem muita convicção, na idéia de voltar para suas casas:

- *Em casa é melhor* (ex-lavrador, 50 anos).

- *Quero ir embora* (sem-ocupação, 54 anos, há 43 anos internado).

- *Se a minha mãe quisesse levar eu, perguntar eu se eu queria ir embora prá casa, eu achava bom também achava, mas eu vi a mãe dizer porque agora ela não pode mais levar eu, agora ela não pode mais cuidar de mim* (ex-dona-de-casa, 50 anos, internada há 34 anos).

As lembranças da vida fora do manicômio, da terra onde moravam e das pessoas que conheciam ficam cada vez mais remotas e perdidas no tempo:

- *Lá tem um mar tão grande, chega tudo navio lá, navio bem grande* (paciente, de São Francisco do Sul, internado há 43 anos).

Isso é agravado pelo processo de deterioração psicofísica que sofrem, pelos longos anos de consumo de drogas psicotrópicas e de eletrochoques que mutilaram suas funções cerebrais e pela falta de referenciais da realidade. As pessoas que não sofriam de nenhuma deficiência cerebral quando internaram, estavam em processo de degeneração, muitos não falavam mais, apenas sobreviviam. Aqueles que foram institucionalizados e possuíam alguma deficiência cerebral estavam desumanizados.

## **B - “Dizem que sou louco”: representações sobre a identidade**

Neste item apresentamos as representações dos internados sobre sua própria identidade e analisamos a estruturação de sua subjetividade a partir da instituição, dos outros e da ideologia psiquiátrica.

## - Curta Permanência

Dentre os 18 entrevistados sete dizem ser doentes, oito não se vêem como doentes psiquiátricos e três atribuem seu estado à uma combinação de problemas espirituais e médicos.

*- A gente, nós temos problemas psiquiátricos, enquanto não sabemos, não aceitamos, mas depois que é detectado a doença e a doença piora cada vez mais a gente tem que aceitar, não é muito agradável, doente psicologicamente pra nós é uma coisa difícil aceitar quando se interna (ex-mineiro, 27 anos). (Grifo nosso).*

*- É que a gente tá doente (ex-lavrador, 20 anos).*

*- Tive recaída da primeira filha, é que eu era casada né, eu e meu marido nós brigamos, aí ele deu um tapa em mim e quando eu fui ver eu já estava no hospital, aí eles trouxeram eu prá cá, eu gostava dele mas ele não aguentou com a minha doença (ex-operária, 36 anos).*

*- Eu tô meio doente também né, sabe como é pessoas que têm depressão, eu tava nervoso, o psiquiatra botou CID 296 que era esquizofrenia mas não era. (ex-professor, 45 anos).*

*- Vim porque eu tava doente, precisava de um médico e lá não tinha (ex-lavrador, de Praia Grande).*

*Tinha vezes que eu sou mansinha, às vezes sou perigosa, às vezes eu procuro a minha doença com as minhas próprias mãos, parece que eu gosto de ficar aqui dentro (ex-doméstica, 28 anos).*

Nestas entrevistas, mais explicitamente na primeira, percebemos a incorporação da racionalidade médica psiquiátrica da loucura através das representações sobre a doença e sua incurabilidade. O discurso médico é incorporado como necessidade de aceitação e conformação frente à doença e ao tratamento: tomar remédios por toda a vida e/ou permanecer internado.

A incorporação da racionalidade médica, porém, não é realizada sem resistência, desconfiança e contradições:

*- Eu tenho problema assim às vezes né, problema da cabeça, mas eu já fiz um raio x e deu bom (ex-doméstica, 28 anos).*

*- Tenho doença dos nervos, mas os outros dizem que é pomba-gira que desce em mim, mas eu não acredito (ex-doméstica, 28 anos).*

*- Nem sempre a gente tá de bom humor né, é normal isso né? (sem-ocupação, 25 anos).*

Outros não percebem a si mesmos como doentes nem como loucos, mas essa identidade implica em constantes conflitos, pois a falta de confirmação dos outros está sempre presente.

- *Os outros falam que sou louco, eu não acho, porque a gente vem nesses lugar aqui eles falam que você é louco* (ex-lavrador, 22 anos).
- *Dizem que sou louco, fazê o que né, dizê que é* (ex-lavrador, 22 anos).
- *Eu não me acho louco, mais ou menos, eu me acho normal* (sem-ocupação, 22 anos).
- *Só me chamam de maluca* (ex-dona-de-casa, 45 anos).
- *Eu sou uma pessoa normal, só estava fraca* (sem-ocupação, 45 anos).

As contradições ficam mais marcantes quando estas mesmas pessoas identificam outras como loucas ou doentes:

- *Vejo só pessoa doente, alguns são, mas têm muitos que não são doente, têm muitos que já tão bom pra ir embora* (ex-lavrador, 22 anos).
- *A mãe é completamente louca, queimou a casa onde ela morava, queimou, lascou tudo e fez fogo, louca das idéia, imagina queima a residência, eu não faria isso de jeito nenhum* (ex-lavrador, 22 anos).
- *Têm algumas pessoas que são certas aqui dentro, por isso eles vão embora cedo, um mês, um mês e pouco, são os mais certos* (sem-ocupação, 22 anos).

Estas pessoas não se identificam como doentes ou loucas, pois sua definição de loucura está relacionada com o estereótipo do louco agressivo, que briga, queima, mata e está completamente alheio a si mesmo ou com aquele que passa longo período internado. Reproduzem, assim, a ideologia manicomial disseminada na sociedade e na instituição, mas não conseguem se identificar com este estereótipo. Não conseguem definir o que é ser louco.

Para três dos entrevistados seus problemas são espirituais ou uma combinação entre espirituais e médicos:

- *Eu tô com problema acho eu, calculo eu que seja espiritual entende, quando eu saio da igreja eu volto a ficar ruim, é ajuntamento, ajuntamento é ir no bar tomar cerveja, fumar maconha, coisa assim, ai prejudica, mas dessa vez eu só fumei uma baguinha, só um pouquinho e fiquei assim doente* (sem-ocupação, 25 anos).
- *Tava possesso eu, tava possesso do demônio, tava nervoso demais, não me dava com mais ninguém* (sem-ocupação, 25 anos).
- *É tudo resultado de feitiço* (sem-ocupação, 43 anos).
- *Vim internar porque estou doente, fazer um tratamento, não posso explicar como é minha doença, só Deus sabe* (sem-ocupação, 43 anos).
- *Acha que tem encosto e que deve se tratar num centro, não acredita em tratamento médico, mas sim em macumba* (Prontuário da paciente).

A identidade, para CIAMPA (1994), é a síntese das relações das pessoas com os outros, com o mundo (incluindo a família, a religião) e com a própria representação de si mesma; é um movimento permanente

de afirmação, negação e de novas sínteses. Para os “pacientes psiquiátricos” é fundamental a afirmação de sua identidade de pessoa normal que está constantemente sendo negada, colocada em risco pelos outros, pela família e pela instituição psiquiátrica. Este processo de desqualificação, pelo qual passa o internado, não só impede sua melhora dentro da instituição como o leva a uma maior confusão sobre sua identidade e sobre quais os problemas que o levaram ao sofrimento psíquico.

- *Tenho amizade com todo mundo lá, não brigo com ninguém* (ex-lavrador, 22 anos).
- *Tenho muito amigo que tem saudade de mim, todos gostam de mim* (ex-lavrador, 20 anos).
- *Elas sentem muita saudade de mim (filhas), principalmente a mais pequena que era mais agarrada comigo* (ex-operária, 36 anos).
- *Meus amigos sentem saudade quando eu fico muito tempo fora, a minha mãe fica muito nervosa* (ex-lavrador).

A identidade, os projetos destes internos, são institucionalmente negados a todo o momento. O afastamento do convívio com os amigos, com a família e com o trabalho, os torna a cada internação mais próximos de uma identidade de “doente mental”. Portanto, ao invés de evitar esta identificação e promover a saúde e a cidadania destas pessoas, a instituição psiquiátrica as condena ao estranhamento social e as força a identificar-se como doente mental e nada mais.

Como no caso de um paciente de 25 anos:

- *Sei que eu ia ser arquiteto, em casa eu desenhava altas casas, projeto fundamental e desenho básico, adorava desenhar, até chorava por causa dos desenhos, eu chorei quando não deu certo que eu ia fazer um curso lá, ia trabalhar junto com um colega, eu ia trabalhar no escritório, ajudante, eu ia aprender cada vez mais a profissão, aí não deu certo.*
- *Nem que eu não tenha namorada, não tenha carro, não tenha casa, não seja casado né, mesmo assim eu não me importo, se eu não casar, não tenho mulher bonita, se eu não sou bonito, eu não me importo com isso porque o mais importante é tu estar bem espiritualmente.*

Semelhante ainda é o caso de uma paciente, ex-operária, ex-dona-de-casa, de 36 anos:

- *Eu também já fui bem de vida mas agora eu não sou nada. Meu marido se separou de mim, tirou tudo de mim, tirou os móveis, casa, a madrinha da minha filha criou ela, então ela não teve amor em mim como mãe. Eu não tenho carteira de identidade, eu não tenho, o único documento que eu tenho é minha certidão de*

*nascimento. Eu não tenho nada, a única coisa que eu tenho aqui agora é a minha roupa do corpo e aqui se eu sair eu não tenho nem para onde ir. Eu só tenho tristeza juntocomigo, sei lá parece que eu sou assim uma pessoa inútil, tô me sentindo inútil, não sei fazer nada.*

## - Longa permanência

Os 11 entrevistados de longa permanência parecem já se identificar como doentes mentais, aceitando a explicação médico-psiquiátrica da loucura e acomodando-se à institucionalização.

- *Eu sofro de ataque e os médicos disseram que é uma doença que não tem cura, os remédios só ajudam a ficar mais controlado* (ex-lavrador, 50 anos).
- *Fazer o quê? Sou doente né, tinha que ter tratamento todo dia, remédio, fazer mais o que aí por fora, pois se eu já viajei por aí tudo, o que eu quero mais, nada mais dá certo* (ex-dona-de-casa, 91 anos).
- *Tava doente da cabeça* (ex-dona-de-casa, 62 anos).
- *A minha doença era só ataque* (ex-dona-de-casa, há 34 anos internada).
- *Vim para cá porque estava fora da cabeça* (ex-lavrador, 45 anos).
- *Não posso trabalhar, sou doente* (ex-lavrador, 50 anos).

A identidade dessas pessoas parece resumir-se em ser um doente e estar ali internado, seus esforços, suas esperanças de voltar a ser quem eram (lavradores, pais, estudantes, donas-de-casa, esposas, mães) já se perderam no tempo e nas tentativas frustradas de retornar, como no caso de um paciente internado há 13 anos:

- *Eu não sei porque não posso ficar com a família, essa doença, eu pensei que do outro hospital eu fosse para casa”* (Prontuário, 1983), *“Não sei porque estou aqui, podia estar com a família, mas o que fazer* (Prontuário, 1987).
- *Paciente crônico calmo não fala* (Prontuário, 1990).

Ou de outro paciente internado há 43 anos:

- *Quero visita, mas eles não vêm* (Prontuário, 1979).
- *Fugiu do hospital* (Prontuário, 1985).
- *Pede para ir embora* (Prontuário, 1988).
- *Paciente crônico calmo* (Prontuário, 1994).

Os registros da história institucional destas pessoas mostram suas carreiras ao serem diagnosticadas como doentes mentais em um manicômio; a perda progressiva de sua identidade, a acomodação após várias

tentativas de retornar ao mundo, a solidão e o silêncio que, por fim, caracterizam os chamados pacientes crônicos. A cronificação e a despersonalização da maioria dos internos parece ser o resultado a que chegou o “tratamento psiquiátrico”.

O manicômio continua sendo, ainda hoje, muito menos um serviço de saúde do que este dispositivo de controle, depositário de todas as mazelas desta sociedade. Entende-se, portanto, que o processo de opressão e de loucura, como uma vivência psicossocial, tem início nas condições ou na falta de condições de vida, de trabalho e de realização subjetiva que são anteriores à institucionalização como demonstra o caso de outro morador do manicômio:

*- Paciente refere que sua casa queimou, não tem onde morar, diz que sua mãe tem um companheiro e ela não o quer mais, estava morando só, passando fome, diz que estava muito doente, muito fraco, demonstra semblante triste, quer ficar no hospital: aqui tem bóia (Prontuário paciente, ex-lavrador, 41 anos)*

A passagem pela instituição psiquiátrica, porém, agrava a situação destas pessoas e as transforma. Percebemos diferenças marcantes nas representações sobre si mesmos, dos internados há longos anos e das pessoas com várias internações de curta permanência.

A necessidade de adaptação à vida institucional, com a perda de um futuro além dos muros que cercam o manicômio, nos internados de longa permanência, transforma a relação entre instituição e “paciente psiquiátrico”, modifica a própria relação consigo mesmo e, progressivamente, transforma sua identidade. De acordo com SZASZ (1979:216):

*- Essas pessoas personificam os papéis de desamparados, fracos e de doentes mentais - quando na realidade seus verdadeiros papéis dizem respeito à frustrações, infelicidades e perplexidades causadas por conflitos interpessoais, éticos e sociais.*

A incorporação da ideologia psiquiátrica e a acomodação institucional por parte dos internados são necessárias, do ponto de vista das tecnologias do eu (FOUCAULT, 1990) como uma estratégia de sobrevivência e manutenção de alguma identidade. As frequentes tentativas de fuga e de suicídio demonstram que nem todos suportam incorporar-se ao manicômio, conforme indicam as anotações verificadas em vários prontuários:

*- Prefiro morrer a ficar aqui (paciente internado há 13 anos).  
- Persiste idéias de suicídio (Prontuário, 10/1982).*

- *Transferido para emergência novamente por jogar-se no rio* (Prontuário, 11/1982).

Para o discurso psiquiátrico tradicional essas “idéias de suicídio” são apenas um sintoma da “existência esquizofrênica” desses pacientes, um sintoma da própria doença que os atinge. A cronificação e despersonalização destes pacientes também são vistas dentro do discurso psiquiátrico como parte da evolução natural da doença mental, sem considerar as relações que estabelecem com a instituição e consigo mesmos. Este estudo mostra que as relações entre internados e instituição são determinantes, podendo definir a vida destas pessoas e sua identidade.

- *Existência esquizofrênica, vida autista* (Prontuário, paciente internado há 17 anos).

- *Negativista em mutismo, indiferentismo, paciente psicótico crônico, calmo, não fala* (Prontuário, paciente internado há 11 anos).

## C - “Só prá louco mesmo”: possibilidades de mudanças?

Após analisar as representações dos internados sobre o manicômio e sobre si mesmos pode-se discutir também suas representações sobre a necessidade da instituição, a possibilidade de alguma mudança ou de sua substituição por outros recursos assistenciais.<sup>5</sup>

### - Curta Permanência

Dentre as 12 pessoas que responderam às questões sobre a necessidade do manicômio três o consideraram necessário, quatro dizem que é necessário, mas somente para algumas pessoas e apenas um considera que o manicômio poderia ser substituído. As demais (quatro) consideram que elas poderiam fazer o tratamento em casa, mas não explicitam se o manicômio é necessário ou não.

- *É muito necessário, porque só assim quando a pessoa sair já sai na mesma pessoa. Quando nós voltamos parece que só de tomar o remédio a gente vai fazendo o tratamento certinho* (ex-mineiro, 27 anos).

- *Eu acho necessário, podia ser melhor* (ex-professor, 45 anos).

- *Acho que sim né, porque senão eles iam prejudicar os outros lá fora né, é*

<sup>5</sup> Conforme prevê o Projeto de Lei 3657/89, do deputado Paulo Delgado (PT-MG), que foi aprovado na Câmara em 14/12/90, enviado ao Senado recebeu um substitutivo que foi aprovado no dia 21 de janeiro de 1999; foi enviado novamente à Câmara onde se encontra em tramitação. Projetos de lei neste sentido foram aprovadas no RS, PR, SP, MG, DF, CE, AL.

*obrigado está aqui, fazer uma coisa errada lá fora, antes que seja tarde tem que pegar e internar né (sem ocupação, 25 anos).*

*- Se não existisse aí ia ser dificultoso pra mim né, Deus já inventou esse lugar aqui que é pra gente ter um recurso (sem ocupação, 25 anos).*

Através destas representações percebe-se que a possibilidade de substituição do manicômio é vista como um problema. A manutenção é justificada através da incorporação do discurso médico-organicista sobre o tratamento, da ideologia manicomial incorporada pela família que considera o louco perigoso, precisando ser internado para proteger a sociedade e de uma visão psiquiátrica determinista.

*- Muitos podem fazer o tratamento em casa né, mas tem muitos que quebram tudo em casa aí precisa vim prá cá (...), pros outros sim, mas pra mim não porque eu não gosto daqui, não gosto de ficar preso (ex-lavrador, 22 anos).*

*- Deveriam fazer tratamento em casa, só que eles não fazem o tratamento certo, eu faço, eu tomo toda vida o remédio na hora certa, tem muita gente que não toma, eu sempre tomava às sete e meia da manhã, depois do meio-dia e às 7 e meia da noite, toda vida (ex-lavrador, 20 anos).*

*- Que tem que ter tem, por causa das pessoas que não tomam remédio, não colaboram, ter tem que ter o hospital, se todo mundo tomasse o remédio certo, não fizesse maldade nada, não existia a doença, é por causa da maldade a pessoa enfraquece (ex-lavrador, 20 anos).*

*- Tinha que existir para os loucos né, é, quem tá aqui dentro é louco, (...) não, eu me acho normal, olha uma louca gritando aí, (...) só prá louco mesmo (sem-ocupação, 21 anos).*

*- Alguns pacientes têm que ficar aqui, a gente vê né que eles precisam (...) porque são gente doente mesmo, que andam pelado, não sabendo o que fazem, comem até a própria, eu já vi uma mulher tomando o próprio mijo, urina, já vi esses homens que andam pelado pelos corredores, acho que esses não têm pra onde parar, esses já são bem fora de si mesmo (...) mas alguns têm condição de ir embora (ex-operária, 36 anos).*

Através destas entrevistas percebemos ainda a incorporação pelos internados da tecnologia e da ideologia psiquiátrica de tratamento, atualmente baseada fundamentalmente em drogas psicotrópicas. Estes reproduzem o discurso médico sobre a necessidade dos medicamentos e tentam se convencer que através deles não precisariam mais de internação. Esta lógica parece ser mais uma armadilha, pois, mesmo assim, eles têm voltado para as internações.

*- Ela chega revoltada com as internações, com os médicos e com os remédios.*

*Não sente melhoras apesar dos 14 comprimidos por dia que está tomando (Pron-tuário de uma ex-dona-de-casa, 40 anos).*

Apenas uma entrevistada (ex-doméstica, 27 anos) considera que o manicômio poderia deixar de existir.

*- Podia acabar com isso aqui né, uma vez deu na televisão, a senhora deveria ter escutado, que eles não iam internar mais ninguém e quem quisesse ia fazer o tratamento em casa, que o departamento de saúde tem psicóloga, tem médico que trata da cabeça, lá no estreito, no centro também, então não precisaria ficar tanta gente acumulada aqui nesses lugares. Também o que já morreu de gente aqui não é sério né. Perdi uma tia aqui, a família abandonou ela, ela ficou doente, ficou variada, aí ela morreu aqui.*

Quanto à reformulação nas políticas de assistência à saúde mental apenas mais um entrevistado, além desta, já ouviu falar das propostas de substituição do manicômio.

*- Eu vi falá na televisão que vai fechá isso aqui, esses do Estado assim, vai fazê tratamento em casa, fazê tratamento em casa é melhor (ex-lavrador, 22 anos).*

Quanto à possibilidade de algumas mudanças no manicômio alguns internados dão sugestões e fazem críticas, outros são realistas e céticos quanto à qualquer mudança.

*- O que tinha que mudar aqui eram as pessoas (funcionários), porque acho que cada uma aqui (paciente) tem a sua madrinha, então quem pode, pode, quem não pode se sacode, agora mudar mesmo, esse lugar não sei, não posso decidir né, que tem que decidir é o grandão que é o diretor né (ex-doméstica, 27 anos).*

*- Não modifica nada esse lugar, pode ter festa, pode ter presente, pode ter tudo, bolo, aqui não modifica nada, fica sempre o mesmo clima, sempre a mesma imagem, não sei é um clima diferente; é ruim (sem ocupação, 25 anos).*

*- Não fica de outro jeito (ex-doméstica, 26 anos).*

Dentre os 12 entrevistados que responderam a respeito de voltar a ser internado um não sabe se voltará, um não quer voltar na Colônia Santana e sim em outro manicômio e apenas um diz que volta; os outros nove não querem voltar a ser internados.

*- Bom isso daí a gente não espera porque a gente nunca espera, pelo menos eu nunca espero né, eu espero permanecer lá fora porque eu praticamente vou fazer as coisas tudo certa, correta, pra eu não precisar mais voltar (ex-mineiro, 27 anos).*

*- Não, eu gostaria de ficar bom (ex-lavrador, 20 anos).*

- *Por mim não, mas a minha família botava eu aqui de volta* (ex-operária, 36 anos).
- *Olha eu não sei, porque toda clínica que eu vou é a mesma coisa* (ex-professor, 45 anos).
- *Voltar, não, nesse não, lá no outro (Rio Maina)* (ex-lavrador, internado há nove meses).
- *Acho que não, acho que não preciso mais, eu tô muito calmo graças a Deus (sem-ocupação, 25 anos).*
- *Não, se eu fizer o tratamento certinho eu não volto nunca mais* (ex-doméstica, 27 anos).
- *Não, vou tomar meu remedinho direito* (ex-dona-de-casa, 45 anos).
- *Volto sim, a família briga muito comigo, os meus irmãos, minha mãe, tudo o que eu faço de errado eles brigam* (ex-lavrador, 20 anos).

Podemos perceber que, quando essas pessoas são internadas, elas acreditam, esperam melhorar e querem seguir o “tratamento”, mas depois de várias reinternações, vários anos de medicação, gradativamente perdem a confiança na instituição e no tratamento, experimentam todos os manicômios possíveis, até desacreditar também de si mesmos e de sua recuperação.

É importante observar que para muitos pacientes a internação, assim como a saída da instituição não depende deles, mas principalmente da família, e que a própria representação que têm sobre o manicômio está relacionada com suas condições sócio-familiares.

### **- Longa Permanência**

Dos sete entrevistados que responderam sobre a necessidade do manicômio todos o consideram necessário, acham difícil haver outra possibilidade de tratamento, não saberiam o que fazer se a Colônia Santana não existisse, não sabem para onde iriam.

- *Deveria existir pra nós né* (ex-lavrador, 51 anos).
- *Eu acho que esse lugar aqui é que serve pra elas, outro lugar não serve, porque outro lugar eles querem com gente mais calma e gente com outras doenças, não é com essas doenças que os velhos têm aqui, os velhos aqui têm loucura né. Tanto é que quando fica uma paciente lá agitada ou diferente assim, eles trazem prá cá* (ex-dona de casa, 91 anos).
- *Eu quero que eles (outros internados) fiquem só aqui dentro desse hospital, aqui é o lugar deles morar, longe da casa dos meus parentes* (ex-dona de casa, há 34 anos internada).

Embora considerem necessária a existência do manicômio, alguns que ainda querem sair dizem que não voltariam para se internar.

- *Ah! Se eu pegar um serviço vai ser difícil eu voltar prá cá* (ex-lavrador, internado)

há 26 anos).

Com os moradores do manicômio foi muito difícil falar sobre mudanças, pois como se discutiu anteriormente, eles já passaram por um processo de constantes revoltas, de frustrações e de acomodação que os tornou parte da instituição, não podendo mais se colocar perante ela e pensar seu futuro. Desconhecem completamente as propostas de reformulação na assistência psiquiátrica, pois isso parece não atingi-los mais.

Este é o lugar que lhes restou, estão alheios a tudo que acontece lá fora. O manicômio incorporou-se a suas vidas e já não conseguem delimitar onde ficou aquela pessoa que chegou há anos atrás. A instituição passou a ser a identidade dessas pessoas. Dentro do manicômio perderam a continuidade da história de suas vidas, perderam a noção de temporalidade e do real, que são fundamentais na estruturação de uma personalidade. Aqueles que ainda alimentam esperanças de sair sobrevivem através delas, os que abdicaram desse sonho esperam a morte como um “paciente crônico calmo”.

## **D - ‘Vocês seguram ele aqui?’: a cumplicidade entre a família e a instituição**

Através das entrevistas realizadas com os internados foi possível compreender a importância da família neste contexto e as relações de poder que se estabelecem entre manicômio, familiares e a condição do próprio psiquiatrizado.

### **- Curta Permanência**

*- Mas o negócio é o seguinte: se a família desse pelo menos um reconhecimento, um apoio, não um apoio financeiramente, mas um apoio moral, eu podia estar trabalhando hoje lá fora, podia estar ganhando o meu dinheiro, mas não me deram apoio nem moral nem financeiro (ex-mineiro, 27 anos).*

*- Eu briguei com meu irmão, porque meu irmão me convidou para tomar na casa dele, cheguei lá ele pegou e brigou comigo: como é, tais brigando com a mãe? E pulou em mim, daí eles pegaram e chamaram a polícia (ex-mineiro, 27 anos).*

*- A minha mãe tinha saído de casa e tinha ido fazer compra, daí no que ela voltou eu peguei e disse assim: mãe eu tentei achar as facas pá cortar a galinha, porque não tinha faca e aquela galinha ali é da colônia, é uma galinha muito dura, não dá prá mim, nem almocei até agora, como é que eu ia cortar sem faca? Aí ela disse eu não deixo faca porque tu é louco, é maluco. Aí eu peguei e disse: puxa vocês não deixam a faca, mas deixam coisa pior que a faca, fui lá e peguei a foice e fui*

*trazendo abaixada e só mostrei a foice, eles pegaram e foram lá e chamaram a polícia (ex-mineiro, 27 anos).*

A ideologia manicomial é sustentada, fundamentalmente, pela cumplicidade entre psiquiatria e família. Como vimos neste caso, os familiares incorporam o discurso psiquiátrico para justificar suas atitudes frente ao familiar considerado louco.

A idéia da periculosidade e da irresponsabilidade do chamado doente mental estrutura toda a percepção da família sobre a loucura. Apoiando-se no discurso médico-psiquiátrico, a família mantém sua racionalidade, seu saber que desqualifica totalmente o que fala ou pensa o familiar aceito como doente mental e, no sistema policial, onde busca a garantia de sua segurança e da prisão manicomial para o louco. Conforme analisou FOUCAULT (1989), estas instituições constituem um mesmo sistema do poder disciplinador que estrutura a sociedade e a subjetividade moderna.

Além dessa dimensão, freqüentemente as famílias de origem dessas pessoas dissolveram-se, constituíram outras, os pais morreram ou passam por graves dificuldades sócio-econômicas e psicológicas.

*- Meu irmão ele falou quando eu ir embora daqui morá na casa dele prá sair de perto do pai, junto com o pai não tá muito bom, minha mãe mora separado do meu pai desde pequeno, ela também é sempre doente, teve internada aqui várias veiz (ex-lavrador, 22 anos).*

Como no caso de uma mulher, ex-operária com 36 anos:

*- Quando eu tinha dois anos de idade meu pai se separou da minha mãe e eu fui criada com o meu padrasto que não me quer em casa e as minhas irmãs são tudo casada, também têm a vida delas.*

*- Eu andava na casa da minha mãe, um pouco com a minha irmã, um pouco na casa do meu pai, uma empurrava prá casa da outra.*

*- Fui passar uns dias na casa do meu irmão esses tempos, ele é bem de vida, mas a mulher dele é muito ruim, já brigou comigo, disse que não vinha mais me ver aqui.*

*- A minha irmã telefonou e mal eu peguei o telefone prá falar com ela, ela já disse que eu não tava bem, que eu tinha que ficar mais um tempo, ela nem esperou eu conversar com ela direito, ela já foi me rejeitando.*

*- A minha filha deve ter uns 21 anos agora e eu tive com o segundo marido duas filhinhas, já são moça. Só que eu nunca mais vi eles, porque ele me deixou por uma mulher de boate, aí nós separamos, eu fiquei doente, aí só vivia em hospital.*

*- Eu já podia ganhar alta quantas vezes, mas aonde que eu vou, na rua morar na rua, não posso, tenho que ficar aqui.*

Através desta entrevista podemos compreender o percurso anterior de muitos internados que passaram para a ala dos “crônicos” e já não conseguem contar sua história, uma história de exclusão social, de rejeição subjetiva, de institucionalização e de fabricação da loucura.

*- A minha família é um pouco complicada, um não entende o outro, assim vai levando a vida (ex-doméstica, 27 anos).*

*- As minhas curas tá mais nas mãos dela (mãe) do que nas mãos dos médicos, isso eu digo, ela tem que contar o meu passado, não quero mais coisas do presente, ela disse assim, não filha tu nasceu perfeita, agora eu não sei, um já disse que eu tinha cabeça bicuda, que benzia, não sei, não sei (ex-doméstica, 27 anos).*

Outro aspecto visível neste depoimento é a total insegurança que vivem essas pessoas quanto à razão de sua “doença”,<sup>6</sup> a família é vista, em alguns casos, como depositária de um saber, de um segredo, uma história sobre si mesma que não tem acesso e que pode curá-la. A família, vivenciando essa mesma ignorância, incorpora a explicação médico-psiquiátrica a qual lhe é mais cômoda.<sup>7</sup>

A psiquiatria, desta forma, faz parte da produção da alienação, pois, mesmo após duzentos anos, não consegue identificar e compreender seu objeto de estudo precisando recorrer periodicamente às teses organicistas sem conseguir comprová-las. Entendemos assim como FOUCAULT (1988) que o saber médico-psiquiátrico sustenta seu poder perante a produção de um não-saber que sustenta a ignorância que produz nas pessoas sobre elas mesmas, no estranhamento que engendra sobre o psicológico e sobre suas relações sócio-políticas.

Outras pessoas entrevistadas já saíram de casa há algum tempo, foram viver sozinhas e não querem voltar a viver com os familiares.

*Ninguém sabe que eu tô aqui, nem vou contar (ex-doméstica, 26 anos).*

*- Não, eu não vou prá lá (casa da família) (ex-doméstica, 26 anos).*

Para VAN DEN BERG (1981:105), a solidão é a essência da loucura:

*- Assim, pois a solidão é o fator essencial da psiquiatria. Se a solidão nunca ocorresse na existência humana, poder-se-ia admitir que os distúrbios psiquiátricos seriam desconhecidos.*

<sup>6</sup> Ver SZASZ, T. A Fabricação da Loucura – um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental. 3 ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1984.

<sup>7</sup> Ver sobre a produção familiar da loucura, conforme analisada em casos por LAING e ESTERSON (1980).

Podemos verificar que tanto os entrevistados que ainda moram com familiares quanto os que saíram de casa vivenciam uma imensa solidão, experimentam a rejeição e a incompreensão da família, que tem sido uma mediação fundamental na estruturação e também na desestruturação e desqualificação destas pessoas.

### - Longa permanência

A solidão, enquanto um aspecto central na identidade destas pessoas, é ainda mais visível no caso dos “velhos moradores do manicômio”.

- *Mas já faz tempo que eu tô aqui e daí pra cá não foram mais me visitar* (ex-lavrador, 51 anos).

- *A minha mãe, no meu aniversário, no mês de agosto, na véspera do meu aniversário a minha mãe vem, acho bom que ela vem e quando é natal ela vem também* (ex-dona-de-casa, internada há 34 anos).

- *As minhas irmãs, o meu irmão não veio não e os meus cunhados e a minha cunhada não vieram me ver também não* (ex-dona de casa, há 34 anos internada).

A visita de algum familiar é sempre esperada, embora saibam que isso acontece raramente ou nunca mais ocorrerá.

- *Há muito tempo não veio mais (mãe) e não sabe se vem* (Prontuário, ex-lavrador, sua última internação foi há dez anos).

A família, muitas vezes, deixa clara sua intenção de livrar-se do “paciente” para sempre evitando as visitas.

- *Se nós passarmos o aposento dele pra cá vocês seguram ele aqui? No município não têm condições dele ficar, não é que nós não queremos ele, é que não dá mesmo, ele sai, dentro de 15 dias volta, só dando gastos* (Prontuário, esposa do internado)(grifo nosso).

- *Família de condições paupérrimas, conforme ofício recebido, pedindo a permanência sem retorno ao lar* (Prontuário, ex-lavrador, 50 anos).

- *Sou pobre e doente, não tenho como tratá-lo* (Prontuário, irmã do internado).

- *Familiares não aceitam paciente de volta* (Prontuário ex-lavrador, 63 anos).

*Diz que a família não gosta dele: prefiro continuar por aqui mesmo* (Prontuário, ex-lavrador, 45 anos).

A família, embora ausente do cenário manicomial, está muito presente na estruturação dos discursos e das representações dos internados. Estes, por sua vez, apenas recebem notícias de uma vida que antes também viviam,

mas agora lhe é contada por outros, foram excluídos dela e passaram a ser “o doente mental” que precisa de algumas visitas e orações. A perda da identidade de lavradores, pais, avós, fica explicitada nestes relatos:

- *Informou (esposa) ao seu A. que já é avô, trazendo inclusive foto do nenê, que o deixou emocionado (Prontuário, ex-lavrador, 51 anos).*

- *Pai, nós não terminamos de colher o milho porque o tempo está bastante chuvoso e aqui ainda não caiu geada. Nós ainda não começamos limpar a terra (filha ex-lavrador, 51 anos).*

Estas falas dos “pacientes psiquiátricos” sobre o manicômio, sobre si mesmos e sobre a família formam um conjunto de representações que entendemos constituir um retrato social e subjetivo da vida destas pessoas no interior da instituição psiquiátrica. Pudemos perceber como transformam sua identidade a partir das internações e da incorporação da ideologia psiquiátrica. Estas pessoas revelam sua identidade de maneira contraditória, mas lúcida.

Tendo em vista o debate atual em torno do lugar do sofredor psíquico, das práticas assistenciais e da substituição progressiva do manicômio, estas falas constataam o quanto a ideologia psiquiátrica e manicomial, já condenada por autores clássicos, continua se mantendo e se reproduzindo na sociedade e em especial nos discursos dos próprios psiquiatrizados, da família e da psiquiatria.

A tarefa da desinstitucionalização ou da desconstrução da ideologia manicomial não é simples: não se trata apenas da criação de serviços substitutivos, nem se trata de modernização e humanização na assistência ao sofrimento psíquico. Trata-se do questionamento incansável sobre as práticas de cuidado e atenção, sobre as relações estabelecidas entre técnicos, usuários e familiares, os modos de produção desse sofrimento, as relações de poder que se estabelecem com o outro, os processos hegemônicos de subjetivação e de sociabilidade a que todos estão submetidos. Entende-se que é necessário romper com esta ideologia que ainda fundamenta as práticas da atenção ao sofrimento psíquico para que possam ser construídas novas práticas de assistência e de cidadania.

Seguindo a influência teórica da psiquiatria democrática italiana, SARACENO (1999:18) afirma:

- *A cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal constru-*

*ção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única Reabilitação possível.*

O caminho desta cidadania passa pela ruptura com a lógica das terapias biopsicomédicas que partindo das patologias e dos diagnósticos na verdade ficam presos a eles e não chegam á complexidade do sofrimento psíquico.

Neste contexto é que SARACENO afirma que a psiquiatria se perpetua e se auto reproduz intuindo a sua própria insuficiência terapêutica.

Enquanto isto, os pacientes psiquiátricos, à margem desta discussão, continuam em uma condição de miséria, abandono e solidão dentro e fora das instituições psiquiátricas.

### Referências bibliográficas

- BASAGLIA, Franco. *A instituição Negada*. Rio de Janeiro : Graal, 1985.
- \_\_\_\_\_. *Razón, Loucura y Sociedad*. México : Siglo XXI, 3 ed., 1980.
- BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. Lisboa : Difel, 1989.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 3 ed., 1990.
- CASTEL, R. *El Orden Psiquiátrico: le edad de oro del alienismo*. Madrid : La Piqueta, 1980.
- CIAMPA, A. *A Estória de Severino e a História de Severina*. São Paulo : Brasiliense, 4 ed., 1994.
- COOPER, D. *Psiquiatria e Antipsiquiatria. Debates*. São Paulo : Perspectiva, 2 ed., 1989.
- COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro : Graal, 1979.
- DELEUZE, G. e GUATTARI, F. *O Anti Édipo*. Rio de Janeiro : Imago, 1976.
- FOUCAULT, M. *A História da Loucura na Época Clássica*. São Paulo : Perspectiva, 1989.
- \_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis : Vozes, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Tecnologías Del Yo*. Barcelona : Paidós, 1990.
- \_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro : Graal, 7 ed., 1988.
- GOFFMANN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo : Perspectiva, 2 ed., 1987.
- \_\_\_\_\_. *O Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro : Zahar, 4 ed., 1982.
- GUATTARI, F. e ROLNIK, S. *Micropolítica – Cartografias do Desejo*. Petrópolis : Vozes, 1986.
- LAING, R. D. *A Psiquiatria em Questão*. Lisboa : Clivagens/Presença, 2 ed., 1979.

- \_\_\_\_\_. e ESTERSON, A. *Sanidade, Loucura e a Família*. Belo Horizonte : Interlivros, 1980.
- MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R. e MURICY, K. *Danação da Norma*. Rio de Janeiro : Graal, 1978.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília : 1988.
- \_\_\_\_\_. *Hospitais Especializados em Psiquiatria – Rede SUS*. Brasília : 1999.
- MOFFAT, A. *Psicoterapia do Oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. São Paulo : Cortez, 1986.
- ROTELLI, Franco; DE LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana e DERISIO, C. *Desinstitucionalização*. São Paulo : Hucitec, 1990.
- SARACENO, Benedetto. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro : Te Cará/Instituto Franco Basaglia, 1999.
- SZASZ, T. *A Fabricação da Loucura*. Rio de Janeiro : Guanabara, 3ª ed., 1984.
- \_\_\_\_\_. *A Escravidão Psiquiátrica*. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986.
- \_\_\_\_\_. *Cruel Compaixão*. São Paulo : Papyrus, 1994.
- \_\_\_\_\_. *O Mito da Doença Mental*. Rio de Janeiro : Zahar, 1979.
- VAN DEN BERG, J. H. *O Paciente Psiquiátrico: esboço de psicopatologia fenomenológica*. São Paulo : Mestre Jou, 4ª ed., 1981.