



A CONDIÇÃO DO DOENTE NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO¹

The condition of the patient in the psychiatric hospital

LE GUILLANT, Louis²

BONNAFÉ, Lucien³

[...] e as estrelas brilharam pela primeira vez desde fevereiro. Você pode passar semanas, até meses, sem pensar nas estrelas. Elas estão lá em noites claras e você olha para elas sempre que tem vontade. Às vezes, você diz a si mesmo: Às vezes, você pensa: “veja, ali está a Ursa Maior”. Nos dias em que não está com pressa, você pode até procurar as Plêiades, mas, em geral, mal percebe as estrelas. Elas estão sempre lá.

Até que alguma doença o prenda como um criminoso.

Então você é privado da noite, drogado e colocado na cama antes de escurecer. Mas, por acidente, na ocasião de um filme, nos deixaram vislumbrar estrelas pálidas. Por dois minutos, caminhamos sob o céu dourado⁴.

Deliberativamente, demos à nossa contribuição para a pesquisa da *Esprit* um caráter “humildemente” realista. Em primeiro lugar, porque a condição *real* dos doentes mentais, se não na “sociedade”, pelo menos nos chamados hospitais psiquiátricos, onde a grande maioria deles está presa, é composta principalmente das realidades sobre as quais queremos falar. Depois, porque nós, de nossa parte, estamos fartos de considerações psico-sócio-metafísicas sobre a “loucura”, que enterram e dissimulam a condição real à qual os doentes, seus parentes e a qual nós mesmos somos duramente confrontados todos os dias. Essa é a condição:

Há dezenas de milhares de doentes em uma situação que não tem relação com os conhecimentos e as possibilidades disponíveis nesse campo da medicina e de uma inumanidade frequentemente intolerável. Eles sofrem e são humilhados de cem formas, não podem ser curados – e, muitas vezes, nem mesmo tratados, ainda que brevemente. Eles se degradam lentamente na monotonia barulhenta ou silenciosa da vida asilar; eles “tornam-se crônicos”, isto é, morrem progressivamente enquanto humanos.

¹ O artigo *La condition du malade à l'hôpital psychiatrique* foi publicado na revista francesa *Esprit*, número 197, volume 12, p. 843-869, em dezembro de 1952. Na ocasião dessa edição, a revista dedicou um número especial ao debate então emergente da reforma psiquiátrica intitulado *Misère de la psychiatrie*. Para a presente tradução foram mantidas as notas de rodapé originais sempre antecedidas por N.A. (nota dos autores). As notas oriundas da tradução, por sua vez, aparecem com N.T. Tradução de Luiza Miranda Furtuoso e Matilde Agero Batista.

² N.T.: Louis Le Guillant (1900-1968), psiquiatra francês, um dos fundadores da Psicopatologia do Trabalho. Suas pesquisas foram responsáveis por elucidar a conexão entre os problemas psicopatológicos e as condições de existência, nexos entre os fatos vividos e as situações concretas de adoecimento, abrindo o caminho para uma nova perspectiva de trabalho na clínica.

³ N.T.: Lucien Bonnafé (1912-2003), psiquiatra francês. Implementou a *Psiquiatria de setor* [*Psychiatrie de secteur*], que consistiu no desenvolvimento de estruturas extra-hospitalares para atendimento aos pacientes. Desenvolveu, junto de outras personalidades, como François Tosquelles, as bases da Psicoterapia Institucional no Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban, em Lozère, na França.

⁴ N.A.: *La fosse aux serpents*, p. 113. N.T.: Epígrafe extraída da obra autobiográfica de Mary Jane Ward intitulada *Na cova das serpentes* (no original: *The snake pit*) publicada em 1946, e posteriormente adaptada para o cinema por Anatole Litvak, em 1948. WARD, M. J. *La fosse aux serpents*. [Ed. bras.: *Na cova das serpentes*. Trad. Sônia Orieta Heinrich. São Paulo: Editora Anchieta, 1947.]

A morte de uma inteligência é igualmente dramática – às vezes até mais! – do que uma morte mais “material”, em que o sangue corre e a febre queima; e ela pode – e deve – também ser deixada de lado.

É possível – está provado que é possível – transformar essa situação, curar a maioria desses doentes, evitar esse declínio que equivale à morte. Se não todos, pelo menos muitas pessoas, especialmente os responsáveis pela saúde do país em vários níveis, sabem disso. Melhor ainda, eles estabeleceram regras: “as condições mínimas” – e as coisas não foram planejadas de forma muito ampla – que são necessárias para o tratamento dos doentes mentais.

No entanto, essas condições não são respeitadas em lugar algum. A hemorragia, a febre e a “cronicidade” poderiam ser interrompidas, mas nos são negados os meios para isso. Salas de cirurgia sem esterilização, hospitais sem soros, sanatórios sem galerias de tratamento, asilos que deixam morrer espiritualmente, por falta de cuidados, milhares de seres humanos.

Se sua filha ou sua jovem esposa são alcançadas, por volta dos vinte anos, por uma esquizofrenia grave, e se você não for rico, há grandes riscos de que você assista impotente à atroz deterioração causada por essa doença sob as condições atuais de assistência psiquiátrica.

Você poderá visitá-la nos horários e sob as condições regulamentares, na insultante “seção de mulheres agitadas”, onde ela deve ter “passado” um dia. Talvez, durante essas visitas, ela esteja estranhamente imobilizada sob o lençol ou “vestida” pela camisa de força. Você verá muito bem, se for justo, que a equipe de enfermagem não pode fazer outra coisa, e o médico lhe dirá, com simpatia, que ele também fez tudo o que era possível. Ela se tornará indiferente e incoerente, obscena e violenta. Você não a reconhecerá mais. Ela terá deixado de existir.

Isso é tudo o que queremos dizer aqui, com números e fatos. Gostaríamos que essa imagem sem verniz fosse tão dura e áspera quanto uma pedra, para que não possa ser engolida com o xarope das palavras – que permanece na garganta do leitor.

De fato, como em muitos outros problemas, alguns são *responsáveis* por esses sofrimentos e mortes. São aqueles que, em última instância, os aceitam, independentemente das palavras e dos gestos com os quais fingem lamentá-los. Eles devem ser obrigados a assumir suas responsabilidades.

Há apenas uma causa para situações cuja tragédia às vezes chega ao nível de campos de concentração: a falta de recursos materiais para remediar a situação. *Existem* instituições de cuidado psiquiátrico onde a vida é digna e onde a maioria das opções de tratamento e cura disponíveis atualmente são ofertadas aos doentes e provam seu valor todos os dias. É certo que elas são ainda imperfeitas, mas também são fáceis de executar e até econômicas, se tivermos uma visão um pouco mais ampla das coisas.

Não se trata, de forma alguma, de exigências excessivas ou utópicas. Esses “hospitais psiquiátricos” na Holanda, Suíça, Suécia, Inglaterra, URSS – e excepcionalmente na França – correspondem razoavelmente bem, no geral, ao que é necessário para preservar um mínimo de dignidade humana aos doentes hospitalizados e para garantir a eles chances razoáveis, dentro dos limites de nosso conhecimento, de recuperar sua saúde e liberdade.

É claro que ainda existem problemas médicos, e nem todas as doenças mentais são fáceis de curar. Mas o nível lamentável de assistência psiquiátrica considerada no seu conjunto, na França, não se deve de forma alguma às dificuldades técnicas.

A situação atual se deve exclusivamente à insuficiência dos fundos alocados em geral para a higiene e saúde pública, e para a higiene e saúde mental em particular. Essa insuficiência se deve ao fato de que os fundos, a parcela da renda nacional – e dos juros – que, mesmo na ordem social atual, poderiam ser atribuídos aos hospitais (às moradias, escolas etc.), são desviados para o lucro do rearmamento. Isso é reconhecido pelo próprio *Le Monde*, onde Pierre Drouin⁵ disse muito bem, não faz muito tempo, que a Seguridade Social “é uma bênção que não vem de graça do céu. O problema real é, mais uma vez, *uma questão de escolha*⁶, ou seja, de escolha política. A partir da diversidade de necessidades, devemos ter a coragem de elaborar uma lista, ou seja, saber o que colocar no topo da lista: crianças, hospitais, casas ou canhões.⁷”

Essa escolha foi feita por aqueles que, *conhecendo* a terrível condição dos doentes mentais nos estabelecimentos onde são mantidos, apoiam uma política que perpetua e até piora essa condição. Nosso objetivo é precisamente torná-la mais sensível, evidenciando ainda mais suas causas e ainda mais consciente a escolha que ela implica.

Gostaríamos que não houvesse espaço para palavras aqui também. Sabemos tudo sobre os “tabus” que envolveram e continuam envolvendo “a loucura”. Esperamos deixar claro que eles não explicam nada e não isentam ninguém de responsabilidade.

Faltava tudo em Jupiner Hill. Não havia médicos suficientes, não havia enfermeiras suficientes, não havia papel higiênico suficiente, não havia comida suficiente, não havia cobertores suficientes... e quando a roupa suja ia para a lavanderia, não havia lençóis e fronhas suficientes. E, como Virginia sabia por experiência própria, não havia nem mesmo camas suficientes. Faltava tudo, exceto pessoas doentes⁸.

A situação atual da assistência psiquiátrica na França pode ser resumida, em sua maior parte, em alguns números: Em 1º de janeiro de 1952, a “capacidade” dos hospitais psiquiátricos franceses⁹ (com exceção de um estabelecimento) e a população que eles realmente admitiam eram as seguintes:

capacidade regulamentada	instituições	
	provincianas	Sena ¹⁰
	52.009	6.764
população real	79.809	12.687

⁵ N.T.: Pierre Drouin (1921 - 2010) foi um jornalista francês, conhecido pelo jornal *Le Monde*.

⁶ N.A.: Grifo nosso.

⁷ N.A.: Alguns bons amigos nos dirão, como sempre: “lá vem vocês de novo com sua política”. E dirão que teria sido melhor ignorar esse aspecto irritante das coisas. Que não se espere que sigamos esse convite para trair a verdade. Pelo contrário, você pode esperar que nunca perderemos uma oportunidade de responsabilizar aqueles que não querem que a questão dessa escolha seja levantada, especialmente quando essa evasão puramente política é cometida em nome do “apolitismo”.

⁸ N.A.: *La fosse aux serpents*, p. 321.

¹⁰ N.T.: O Sena (*la Seine*) é um extinto departamento francês, criado em 1790 sob o nome de departamento de Paris. O Sena é atualmente a região metropolitana de Paris, dividida em quatro novos departamentos: Paris, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis e Val-de-Marne (os três últimos correspondem à *la petite couronne*, e cercam a cidade de Paris).

Levando em conta um certo número de doentes tratados em colônias familiares¹¹, a *superpopulação no início de janeiro de 1952 era de 32.117 doentes*.

Esses números refletem o que é oficialmente conhecido como *superlotação*. Antes de tentar dar ao leitor uma ideia da realidade humana que ela abrange, precisamos situá-los em sua evolução.

Mesmo antes da guerra, havia uma superlotação considerável nos hospitais psiquiátricos. A política fascista de “assistência” aos doentes mentais aplicada pelas forças de ocupação e pelo governo de Vichy¹² havia proporcionado uma solução radical. *40.000 doentes mentais morreram de fome e frio durante a guerra*. A redução das internações também ajudou a diminuir a população dos hospitais psiquiátricos. Também, nada foi feito para resolver esse problema durante o breve e socialmente fértil período que se seguiu à Libertação¹³.

Nos últimos anos, o número de doentes internados em hospitais psiquiátricos tem aumentado em um ritmo acelerado, na maior progressão observada em cem anos (de 1 para 10). Os números são os seguintes:

	província	Sena	total
31 de dezembro de 1948	64.793	10.522	73.315
31 de dezembro de 1949	68.854	11.241	80.095
31 de dezembro de 1950	75.184	11.475	85.659
31 de dezembro de 1951	79.809	12.687	92.496

Isso significa um aumento de mais de 5.000 doentes por ano (6.837 entre 31 de dezembro de 1950 e 31 de dezembro de 1951).

Os meios previstos oficialmente para visualizar este aumento não são dignos de menção. Em dezembro de 1951, o Ministro da Saúde Pública anunciou, numa declaração retumbante, o lançamento de um “plano decenal” de 65 mil milhões de créditos destinados à modernização de 34.000 camas, ao aumento da capacidade dos estabelecimentos existentes em 2.600 leitos

¹⁰ N.T.: O Sena (*la Seine*) é um extinto departamento francês, criado em 1790 sob o nome de departamento de Paris. O Sena é atualmente a região metropolitana de Paris, dividida em quatro novos departamentos: Paris, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis e Val-de-Marne (os três últimos correspondem à *la petite couronne*, e cercam a cidade de Paris).

¹¹ N.T.: Colônia familiar [*colonie familiale*] foi uma alternativa aos hospitais psiquiátricos que teve início no fim do século XIX, através da iniciativa do psiquiatra Auguste Marie, na pequena cidade de Dun-sur-Auron, em Cher, local da primeira colônia cuja inauguração oficial ocorreu em 1892. Nessa experiência, as famílias eram pagas para acolher os pacientes. Em 1913, a colônia de Dun de 4 mil habitantes, chegou a ter mais de mil pacientes.

¹² N.T.: Após a rendição francesa à Alemanha durante a Segunda Guerra Mundial, foi estabelecida em 10 de julho de 1940 a França de Vichy. O governo de Vichy, colaborador da Alemanha nazista, esteve sitiado na zona ocupada francesa, abarcando o norte e oeste do país, e a chamada zona franca, no sul. O chefe de governo durante esse período foi o marechal Philippe Pétain, que colocou fim a constituição francesa de 1875, e que por meio de decretos, concentrou todos os poderes para si. São características desse regime as leis antisemitas, a deportação de milhares de judeus e a mudança do lema francês para “Trabalho, Pátria e Família”, no lugar de “Igualdade, Liberdade e Fraternidade”. O regime durou até 1944.

¹³ N.T.: A chamada Libertação compreende o período final da Segunda Guerra Mundial, marcado pela recuperação progressiva das regiões francesas ocupadas pelas potências do eixo, pelo fim do governo de Vichy e pelo estabelecimento do Governo Provisório.

e à construção de novos estabelecimentos com 16.700 leitos. Não sabemos se, na atual conjuntura, alguém levou a sério esse plano de dez anos e se ele ainda está sendo discutido. Apenas observamos que ele não propôs nenhuma solução para a superlotação existente, prevendo a criação de 19.300 leitos para lidar com um aumento populacional de cerca de 50.000 pessoas.

De acordo com indicativos mais prováveis, está prevista a criação de 3.920 leitos até 31 de dezembro de 1955. Nesse meio tempo, a população dos hospitais psiquiátricos terá aumentado em 20.000 novos doentes.

No Sena, onde o número de doentes mentais internados está aumentando em quase 1.000 por ano e onde a superpopulação já está atingindo um nível intolerável, a criação de 800 leitos – em condições altamente questionáveis – é o único projeto planejado: e que não será realizado antes do final de 1955. Até lá, haverão 4.000 doentes *a mais* nos hospitais psiquiátricos desse departamento.

Vamos deixar de lado essas perspectivas sombrias por um momento e entrar um pouco mais nos detalhes acerca da situação atual:

De uma pesquisa recente realizada pelo Sindicato de Médicos de Hospitais Psiquiátricos, extraímos os seguintes números:

	capacidade regulamentada	população hospitalizada
Rodez	208	450
Evreux	576	990
Grenoble	667	1.300
Saint-Ylie (Jura)	569	1.240
Saint-Dizier (Haute-Marne)	445	850
Lorquin (Moselle)	370	700
Le Mans	457	851
La Roche-Sur-Yon	344	660
Limoges	1.078	2.010
Auxerre	402	720
Marseille	307	695
Aurillac	260	670
Tours	298	620
Poitiers	199	400
Begard (Côtes-du-Nord)	481	800
Clermont-Ferrand	764	1.300
Rouen	650	990

É difícil imaginar, se ainda não se esteve em um hospital psiquiátrico, o que significa o termo bastante neutro de “superlotação”. Tanto que gostaríamos, se o sigilo médico não nos impedisse, de substituir as descrições muito longas ou desajeitadas por documentos fotográficos.

Talvez, no entanto, alguns leitores podem ter vivenciado a superlotação de trens e ônibus durante a guerra, dos lugares de acolhimento durante o êxodo, das prisões e dos campos durante a ocupação. Talvez tenham estado em algumas das 32.000 casas francesas onde toda a família vivia em um único cômodo, ou nas salas de aula e pátios superlotados de algumas escolas, ou nos abrigos dos trabalhadores norte-africanos... De qualquer forma, todos sabem o preço, conhecem a necessidade do mínimo “espaço” de solidão e liberdade física.

Mas o que é impossível para os leigos perceberem é o extraordinário agravamento dessa promiscuidade, desses atritos e confrontos, dessa necessidade, quando se trata dos “alienados”. Espaço, certas separações, as possibilidades ainda que momentâneas de isolamento, são absolutamente primordiais na assistência aos doentes cujo distúrbio diz respeito essencialmente a seus relacionamentos com os outros.

Sem dúvida, a implacável disciplina asilar impõe ordem a essa vida comunitária, mas quando se atinge um certo nível de superlotação ou profundidade da doença mental, ela se torna, por si só, um fator ativo, não apenas na humilhação e no sofrimento, mas também no *agravamento da doença* e na alteração da personalidade dos doentes. A personalidade do doente se deteriora porque não é mais respeitada ou mesmo preservada, e porque está constantemente envolvida em conflitos sórdidos, injustos, às vezes violentos, inevitáveis e sem sentido. Ele então foge e se exila ainda mais no mundo do delírio.

Antes da era da assepsia, os hospitais eram assolados por uma doença misteriosa e temida conhecida como “podridão hospitalar”, que se espalhava inexoravelmente pelas feridas dos doentes submetidos à cirurgia, levando a complicações como supuração e gangrena. O progresso da medicina levou ao reconhecimento de que essa era *uma doença trazida ao doente pelo próprio hospital*, com os instrumentos usados, carregavam os germes de um doente para outro.

Isso é o que acontece com os doentes mentais em certas condições de confinamento. Sua degeneração é uma “podridão de asilo”.

Quem não conheceu aquelas salas apertadas e abafadas, absolutamente nebulosas, onde, sob o alto-falante vazio e estridente, cerca de 80 ou 100 homens são amontoados ombro a ombro ao longo de bancos selados às paredes, mais ou menos inativos, durante longas horas de inverno; quem não se deixou impregnar por sua atmosfera inexplicável, ao mesmo tempo estranha e banal, sombria e abalada por súbitos acessos de raiva, ignora uma certa profundidade do abandono e do desespero. “Estamos em uma sala de espera de terceira classe, esperando por um trem que nunca chega”, disse um dos doentes do nosso amigo Dr. Bernard.

E não estamos falando dos locais dos agitados, das “covas das serpentes” onde reinam o barulho e a fúria, a indecência e a “contenção”.

Não queremos que o leitor acredite que estamos exagerando na polêmica. Se o fizéssemos, estaríamos prestando um péssimo serviço aos nossos doentes. Não apresentaremos nada aqui que não seja de aplicação geral e que não possa ser facilmente verificado¹⁴.

¹⁴ N.A.: A título de exemplo, citaremos um breve trecho do relatório *oficial* da comissão parlamentar encarregada de investigar a situação no hospital psiquiátrico de Quimper. Embora essa situação esteja entre as piores existentes atualmente na França, certamente não é a pior.

Sempre houve, e ainda há, admitimos prontamente, certos aspectos aparentemente aceitáveis, até mesmo amáveis, da vida em um asilo. A administração geralmente toma muito cuidado para manter as flores e os gramados nesses estabelecimentos, que geralmente estão localizados em belos edifícios históricos – pelo menos nas áreas acessíveis aos visitantes.

Por outro lado, uma certa solidariedade popular entre doentes e enfermeiros afrouxou um pouco a regra para os internos que dificilmente causam problemas. Alguns doentes convalescentes ou com doenças crônicas levam, em semiliberdade, uma vida familiar, não muito diferente da de vilarejos pobres e remotos, onde a autoridade do senhor ou dos notáveis era incontestada e exercida de forma patriarcal. Veremos mais tarde o que está por trás dessa bela aparência e dessa submissão.

Por fim, esforços, muitas vezes apaixonados, para transformar a condição dos doentes mentais foram empreendidos praticamente em todos os lugares após a Libertação. Às vezes envolvendo toda a equipe administrativa e médica de um estabelecimento, eles introduziram elementos decorativos, flores, atividades e jogos nas enfermarias, uma centena de pequenas liberdades e um modo de vida mais humano. Os resultados nos deram todos os motivos para ter esperança.

São essas últimas possibilidades, esses esforços e essas esperanças que a superlotação e alguns administradores com pressa para servir à política governamental de “economia” e de regressão social estão destruindo¹⁵.

Mas a superlotação tem outras consequências, mais ou menos técnicas, que, infelizmente, só podemos descrever brevemente neste artigo.

Ela leva ao uso, especialmente à noite (nós podemos amontoar quase indefinidamente os homens, mas não as camas), dos “quartos” mais inesperados e inadequados: refeitórios, banheiros, patamares de escadas, corredores, sótãos etc. (65 dos 362 doentes dormiam dessa forma em uma ala em Clermont-d'Oise).

Nos dormitórios, foi necessário acrescentar uma terceira e, às vezes, uma quarta fileira de camas. Quando não havia camas, os doentes dormiam em colchões no chão. Em uma enfermaria na capital, esses colchões são usados, ao invés das camas, para que se possa abrir as portas, uma vez que as camas, pouco compactas, as bloqueariam.

Nessas condições, os dormitórios não atendem mais (se é que já atenderam) às exigências dos regulamentos e do simples bom senso. De acordo com a pesquisa do sindicato, da qual já tomamos emprestado alguns dados, o número de dormitórios não compartimentados com mais de 20 camas é de cerca de 1.100 (enquanto as condições mínimas, oficialmente aceitas, impedem que os doentes durmam em dormitórios com mais de 10 camas).

“Para entrar no primeiro dormitório, atravessamos o único pátio da ala onde 200 doentes estavam amontoados sob o chão de prisão cimentado, sem uma árvore, cercado por um muro de 5 metros de altura, esperando o dia passar, alguns gritando, outros completamente largados, deitados no chão. Há um banco nesse pátio onde quatro pessoas podem se sentar. Em seguida, passamos por um refeitório com lavatórios e subimos para o primeiro dormitório. Nesse dormitório, ficamos surpresos ao ver duas mesas no meio e dois banheiros em cada extremidade do dormitório, de modo que os doentes comiam, dormiam, lavavam-se e defecavam no mesmo espaço. As camas estavam muito próximas umas das outras nesse dormitório, e havia cerca de dez doentes deitados, três muito agitados e seis ou sete abatidos. O odor era insuportável.”

¹⁵ N.A.: Não é preciso dizer que nós não queremos colocar sistematicamente o administrador contra o médico. Sem dúvida, este último está necessariamente em contato mais próximo com os doentes, consequentemente, mais ciente de sua situação e de seus problemas. Mas essas situações e problemas não são de forma alguma esotéricos. Além das rivalidades entre pessoas ou funções, uma excelente colaboração pode ser estabelecida entre nós e os administradores dotados de um pouco de inteligência, coração – e coragem. O verdadeiro conflito está entre as demandas técnicas – as dos doentes – e o poder burocrático, o aparato estatal.

1.295 quartos individuais (a princípio destinados à terapia de isolamento) são ocupados por dois ou às vezes três doentes.

As próprias “alas” contêm uma população total que não apenas excede em muito as disposições regulamentares, como também os requisitos fundamentais de uma organização psiquiátrica racional.

De fato, é óbvio que um princípio fundamental dessa organização consiste em reunir em grupos distintos os doentes com mais ou menos o mesmo nível de comportamento.

Essa é a única maneira de evitar a contaminação dos menos perturbados pelo barulho, pelas brigas ou pelo declínio de seus colegas mais afetados. Mas, diante da pressão da superlotação, cada ala deve aceitar sua capacidade máxima (sua capacidade física, por assim dizer). Dada a falta de espaço em outro lugar, é preciso colocar com os que são “agitados”, por exemplo (ou “embotados”), aqueles que demandam supervisão contínua e os doentes que são ocasionalmente ou levemente perturbados. Eles logo se tornariam assim. Então, tudo está em ordem.

Da mesma forma, certas separações impostas pela lógica e pela humanidade mais elementares são abolidas: tuberculosos e moribundos; idosos cansados, mas pacíficos, transformados em “dementes senis” pela miséria e carência dos hospícios, são levados em número cada vez maior para os hospitais psiquiátricos; idiotas persuadidos, intimidados e violentados pela equipe “médico-legal”, lúcidos e “perversos”, que também são direcionados para o asilo porque nossa sociedade é incapaz de oferecer-lhes uma única perspectiva de reabilitação... É quase como se, em um hospital comum, misturássemos os contagiosos com os operados.

A pesquisa do sindicato indica (para um total de 20.000 leitos, sobre os quais temos informações confiáveis) que o número médio de doentes por “unidade de atendimento” é de 83 (o padrão aceito pelo Conselho Permanente de Higiene Social e pelo Ministério da Saúde Pública, como “base de sua política hospitalar”, é de 40; 50 é o *máximo tolerável*).

Na prática, as alas com mais de 100 leitos são atualmente a grande maioria na França, embora suas subdivisões apresentem problemas relativamente simples e não impliquem em grandes despesas. Em Quimper, uma unidade de atendimento tem 343 doentes.

Quando um de nós assumiu um novo posto há alguns anos, encontrou 220 doentes amontoados em um alojamento praticamente sem água corrente, sem banheiros e sem aquecimento central. Além das áreas para dormir e comer, havia um ambiente de 20 por 7 metros. Uma média de sete a oito enfermeiras estavam presentes para prestar “cuidados” nesse “pátio de milagres”.

Mais uma vez, é preciso imaginar o aumento da privação, da humilhação e dos incidentes acarretados aos doentes no contexto desses grupos enormes, espremidos nesses locais apertados. Na medida em que a infraestrutura material da vida coletiva: banheiros, lavatórios, refeitórios etc., torna-se ainda mais inadequada, multiplica-se a insatisfação e os conflitos. Os próprios serviços econômicos – quando não, vestiário ou a roupa de cama – não conseguem lidar com essa população cada vez maior. Roupas, lençóis, comida, bem como a forma como estes são servidos, caem a um nível ainda mais baixo.

Outro aspecto particularmente sensível da superlotação é a falta de enfermeiros. Em quase nenhum lugar o número de funcionários em serviço (“normalmente” já inferior aos requisitos regulamentares) é aumentado proporcionalmente frente ao número de doentes em tratamento.

Eles não conseguem mais cumprir as obrigações puramente materiais de um trabalho excessivamente difícil. Essas obrigações estão aumentando em uma espécie de progressão geométrica, devido não apenas ao número excessivo de doentes, mas também à assombrosa degradação das relações humanas em alas superlotadas. Sobrecarregados pelas preocupações primordiais de vigilância e até mesmo de segurança, e às vezes irritados com o clima nas enfermarias superlotadas, eles tendem, pela própria força das coisas, a se tornar guardas novamente, com a ameaça de degradação que esse papel implica.

Qualquer chefe de serviço que tenha sido capaz de despertar e usar, para a reforma de um serviço destinado a doentes mentais, a admirável riqueza de sensibilidade e devoção, de bom senso e iniciativa – de fraternidade – que existe nos meios mais populares, quando a colaboração em um projeto comum *pode realmente* ser estabelecida, considera como uma das consequências mais angustiantes da situação atual a regressão que ela impõe naquilo que tem de mais avançado nos profissionais encarregados, pouco a pouco eles se tornam sobrecarregados e desanimados frente a impossibilidade de exercer humanamente sua profissão.

Por fim, o tratamento dos doentes – que é determinado em grande parte pela atmosfera e pelo estilo de vida do serviço – é comprometido de centenas de maneiras, se não for impossibilitado. Em um hospital psiquiátrico na capital, os cubículos de um serviço de insulino terapia criado recentemente tiveram que ser usados para acamar os doentes, e essa terapia foi abandonada. É um pouco como se, em um departamento de cirurgia, os doentes fossem colocados para dormir na sala de operações e as operações fossem abandonadas.

Além disso, como já dissemos, nessas condições, a equipe de enfermagem está totalmente ocupada com tarefas materiais. Eles não estão mais disponíveis para os tratamentos delicados exigidos pela medicina mental moderna, de terapias biológicas, de ergoterapia, de “psicoterapia” ou, simplesmente, de contato pessoal com os doentes.

Os próprios médicos estão cada vez mais sobrecarregados com suas obrigações imediatas, sejam elas administrativas ou médicas (ou seja, as da medicina geral, da saúde física de seus doentes), e não conseguem ser psiquiatras. No departamento do Sena, um chefe de serviço (auxiliado por dois funcionários) *é responsável por mais de 700 doentes*. Há um abismo tão grande entre as necessidades e as possibilidades médicas que não se trata mais de uma insuficiência, mas de uma verdadeira negação da terapia psiquiátrica.

É preciso ouvir a amargura – ou pior, o desânimo – com que os melhores de nossos colegas falam sobre sua atividade profissional. O secretário-geral de nosso sindicato foi eloquente nas “Conferências de Saúde” deste ano: “nós, médicos, muitas vezes pensamos que não somos mais do que um álibi, uma fina cortina de fumaça desenhada pela sociedade para esconder discretamente o abandono de nossos doentes.”

Um memorando sindical aprovado por mais de 80% dos médicos de hospitais psiquiátricos, pouco suspeitos de se opor sistematicamente à ordem estabelecida, já expressava que: “os membros do conselho do sindical consideram necessário... proclamar com alguma solenidade que, de sua parte, consideram inaceitável a situação atual da assistência psiquiátrica.

“Toda a nossa atividade é sustentada pela recusa em aceitar essa situação, pela profunda convicção de que ela deve e pode ser transformada. Qualquer outra atitude correria o risco de nos levar a uma cumplicidade de fato na manutenção de um estado de coisas pelas quais não nos sentimos responsáveis nem solidários.”

Precisamos estar cientes de que hoje milhares de doentes gravemente enfermos não podem receber os cuidados que, em uma proporção significativa dos casos, poderia assegurar a recuperação. E, é claro, não estamos falando de terapias de “luxo”, que são complexas e

controversas, ou do conhecimento e das soluções de múltiplos problemas médicos ou psicossociais dos doentes, mas dos métodos mais atuais, que são aceitos quase de forma unânime, e das condições ambientais mínimas para que estes sejam eficazes.

Colocar e manter em um espaço de agitados tal “demente precoce”, sem fazer outra coisa por ele além de lhe dar uma série – ou vários – de eletrochoques, observando-o se deteriorar pouco a pouco e afundar em uma condição cada vez mais desprezível, equivale para nós deixar de prestar assistência a uma pessoa em perigo, um crime previsto em nosso código penal.

Esse aspecto sensível das coisas está associado a um aspecto administrativo ou, mais precisamente, a um aspecto financeiro, que devemos destacar rapidamente. Se um doente que sofre de tuberculose ou câncer não for tratado adequadamente, ele morrerá em breve, seu “leito” ficará vago e ele não custará nada. É tudo lucro. O mesmo se aplica aos doentes mentais que, maltratados, não se recuperam, mas persistem em viver e permanecem indefinidamente às custas da comunidade.

A superlotação, o prolongamento da duração média de permanência como resultado, por mais baixo que seja o custo, *implicam gastos muito maiores do que os necessários para fornecer equipamentos adequados* e condições satisfatórias e eficazes de tratamento e de vida para os cerca de 100.000 doentes mentais atualmente internados em serviços de regime aberto ou fechado.

Nosso colega Dr. Sivadon¹⁶ mostrará, neste âmbito, um estudo com os resultados médicos, humanos e econômicos obtidos pela reforma de um serviço. Por isso, não vamos nos prolongar sobre este aspecto do problema. Digamos apenas que a cegueira neste domínio é tal que alguns administradores chegam a congratular-se abertamente pela superlotação. Com efeito, isso permite (mantendo mais ou menos constante uma grande parte das despesas: despesas gerais, de pessoal, etc.) repartir essas despesas por um número muito maior de efetivos e reduzir (ou evitar aumentar) o “preço da diária.”

Por mais surpreendente que possa parecer, os altos funcionários e muitos eleitos – nomeadamente os conselheiros gerais – partilham mais ou menos conscientemente este ponto de vista e consideram o baixo valor das diárias como um critério de boa gestão. Esses rabiscos da economia¹⁷ regulam e proíbem, controlam tudo – exceto a cura dos doentes. Poderíamos citar uma centena de exemplos de tal política, que acrescenta à situação dramática dos nossos doentes esse tom de absurdidade sem o qual a tragédia não atinge a sua plenitude.

¹⁶ N.T.: Paul Sivadon (1907-1992), psiquiatra francês, considerado, junto de Louis Le Guillant, e apesar de suas bases teóricas fundamentalmente distintas, um dos mais importantes expoentes da Psicopatologia do Trabalho na França. O eixo central dos trabalhos de Sivadon está na tentativa de conciliar as concepções organicista e dinâmica da doença mental. De acordo com os estudiosos da área, sua maior contribuição para o campo da saúde mental no trabalho foi a sistematização de uma nova forma de abordagem, a Ergoterapia, tendo sido também ele o primeiro a empregar o termo “psicopatologia do trabalho.” Na edição especial onde foi publicado o artigo de Le Guillant e Bonnafé, também consta um texto de Sivadon intitulado *Espoir* [*Esprit*, n. 197, v. 12, p. 921-934, 1952].

¹⁷ N.T.: No original “*ces gribouilles de l'économie*”. A palavra francesa “*gribouilles*” se refere a desenhos ou escritos feitos de maneira desordenada ou apressada, geralmente sem muita precisão ou cuidado.

Essa reeducação pareceria difícil, mas necessária. O hospital não faria qualquer esforço nesse sentido. Antes de tudo, sem confusões. Um grupo de doentes capazes de refletir poderiam comprometer a paz. Deixe as pessoas pensarem e, imediatamente, elas descobrem os seus direitos e apresentam petições. Com tão poucas enfermeiras, como as conter?¹⁸

No entanto, seria incorreto atribuir exclusivamente a superlotação à situação atual dos hospitais psiquiátricos. Essa apenas torna mais sensível e intolerável as condições de tratamento fundamentalmente desumanas.

Recorde-se que o funcionamento destes estabelecimentos é regido por uma lei que data de 1838 e por um “regulamento modelo” de 1857 (muito parcialmente atualizado em 1938). Essa lei, como já foi dito muitas vezes, representou um progresso verdadeiramente revolucionário para a época. Foi a primeira lei de assistência, a considerar o alienado como um doente impondo, em princípio, embora timidamente, a obrigação das comunidades de os ajudarem. É evidente, no entanto, que ela se tornou inadequada às exigências da medicina mental moderna e às ideias, costumes e à sensibilidade de nosso tempo. O nosso objetivo aqui não é criticá-la.

No entanto, sublinhamos que a sua dupla preocupação de proteger os alienados da sociedade e o indivíduo de eventuais violações da liberdade individual¹⁹ conduziu a uma superabundância de regulamentos pormenorizados.

Essa regulamentação, quer pelo poder de fato ilimitado que confere às autoridades administrativas ou médicas, quer pelo obstáculo que ela causa a qualquer tentativa de reforma, congelou durante cem anos o modo de vida dos doentes internados.

Privados pela doença e pela lei de qualquer possibilidade de *agir* para modificar a sua condição, ficaram – como tantos outros grupos humanos colocados numa situação de dependência – à mercê dos seus senhores, de seus interesses ou da sua indiferença, e de seus preconceitos, ou seja, geralmente ao nível mais baixo.

Aqueles entre nós que abraçaram a sua causa (não são assim tão raros) deparam-se com mil formas de resistência administrativa, camuflando a rotina e aceitando nos textos, a preocupação com a forma e as responsabilidades.

O caráter extraordinariamente arcaico e “regimental” de certas disposições que regulamentam o funcionamento dos estabelecimentos “sujeitos ao regime da lei de 1838” tornar-se-á evidente a partir de algumas citações do “regulamento modelo”:

O exame médico e, de um modo mais geral, a relação médico-doente (cujo caráter livre e pessoal é exaltado por todos) são tratados de forma muito semelhante a uma revista militar. O médico-chefe:

[...] visita os doentes da sua ala todos os dias. É acompanhado na sua visita, que começa às... da manhã, pelos internos do serviço, pelo supervisor ou supervisor de seção (Art. 74).

¹⁸ N.A.: *La fosse aux Serpents*, p. 304. [Ed. bras.: *Na cova das serpentes*. Trad. Sônia Orieta Heinrich. São Paulo: Editora Anchieta, 1947.]

¹⁹ N.A.: Quase todos aqueles que exploram o medo, compreensível, mas de fato mítico, do “internamento arbitrário”, o conhecem, ou estão em posição de conhecê-lo, mas calam o escândalo da organização psiquiátrica francesa e o fenômeno do confinamento arbitrário em massa que é manter em estado de insociabilidade uma multidão de doentes que, melhor tratados, poderiam retornar a uma vida mais livre ou mesmo à vida normal.

O trabalho do doente, embora concebido em princípio como terapia, é regido pelas seguintes disposições:

O produto do trabalho pertence ao estabelecimento. Um incentivo em espécie determinado no artigo 183 e uma remuneração mínima de...²⁰ são atribuídos para cada jornada de trabalho aos alienados mantidos em nome das comunidades (Art. 175).

O fruto irrisório desse trabalho, às vezes igual ao de um indivíduo normal, é dado aos doentes sob condições tão restritas e rígidas, que, ao menos que haja transgressões (que são frequentes, pelo menos para a conveniência dos empregadores, mas sempre “irregulares”), eles não têm o mínimo de liberdade concedida a uma criança. Os artigos 182 e 183 do regulamento estipulam:

O trabalhador alienado não pode dispor de nenhuma quantia em dinheiro proveniente da remuneração pelo trabalho, antes de ter sido atingido o montante previsto no artigo 179... até que suas economias excedam o valor do subsídio mínimo de alta; o trabalhador alienado pode dispor de toda ou parte dessa quantia por ordem do diretor, a pedido do médico chefe do departamento ou com sua aprovação se o pedido for feito pelo próprio doente ou pelos supervisores.

As despesas feitas dessa forma são regularmente registradas pelo tesoureiro no registro das economias na conta de cada alienado, com uma indicação da quantia paga ou da natureza da despesa. A parte disponível da poupança é utilizada pelo doente, seja por meio do recebimento de uma quantia em dinheiro, seja pelo direito de receber objetos de consumo ou outros itens; o uso em espécie é realizado, em particular, com vales ou fichas de consumo ou pelos cuidados do tesoureiro.

As “visitas e saídas” estão sujeitas a precauções e formalidades tão rigorosas que, com exceção das tolerâncias de fato (ou seja, a boa vontade das autoridades administrativas ou médicas), todas as iniciativas são esterilizadas. Não é dada praticamente nenhuma margem de manobra aos sujeitos que poderiam se beneficiar de um grau de confiança e liberdade que, em outros países (e em alguns serviços franceses), são concedidas sem inconvenientes à maioria das pessoas.

Assim, no art. 193:

Nenhum alienado pode sair para passeios externos, a menos que esteja acompanhado por um enfermeiro ou enfermeira, ou a menos que seja confiado a um parente ou amigo que assuma, por escrito, a responsabilidade de supervisionar o doente fora do estabelecimento. Qualquer solicitação de permissão para passear deve ser feita por escrito pelos pais ou amigo responsável e deve ser aprovada pelo médico-chefe do serviço e endossada pelo diretor. Essas solicitações são mantidas nos arquivos médicos.

Um exemplo final mostrará até onde pode ir essa verdadeira “alienação” de certas prescrições administrativas em relação às realidades humanas que elas supõem responder.

O artigo 187 (ocupações intelectuais e distrações) estabelece que:

Os *alienados* hospitalizados em nome das comunidades, receberão gratuitamente a partir de sua demanda e com a autorização do médico, 300 gramas de tabaco *scaferlati* ou 200 gramas de cigarros por mês (Decreto de 5 de junho de 1895).

²⁰ N.A.: Atualmente, 20 francos (vinte francos mesmo). O máximo (no Sena) é de 35 francos por dia útil.

A forma masculina de “alienados” é geralmente interpretada em sentido estrito. Tradicionalmente, as mulheres tinham – e ainda têm – direito a *rapé* [*au tabac à priser*], mas não a cigarros. Essa interpretação foi recentemente confirmada pelo prefeito do Sena-Inferior²¹!

Agora precisamos examinar mais de perto o significado, o conteúdo concreto e a aplicação dessas disposições e dos empregos em vigor na prática cotidiana dos asilos.

É difícil avaliá-las “em si mesmas.” É bastante claro que qualquer comunidade deve estar sujeita a certas regras, e que certos costumes tendem a persistir. Por outro lado, não foi impossível para alguns dos grandes “médicos alienistas” do passado tratar seus doentes, dentro desse quadro regulatório, de uma maneira bastante rígida, sem dúvidas, mas também séria e atenciosa.

Portanto, antes de analisar a situação, devemos primeiro enfatizar que não estamos apenas diante de um atraso nessas disposições em relação às necessidades atuais da terapia psiquiátrica, o que de certa forma é natural, mas estamos *diante de um retrocesso*. Qualquer regulamentação, por mais precisamente adaptada que seja em determinado momento, necessariamente se degenera com o tempo nas mãos de um poder absoluto. Assim, muitas disposições caíram em desuso, mas, geralmente, para a tranquilidade ou conveniência dos responsáveis e não para o benefício dos doentes.

Enquanto o trabalho escravo, em benefício do estabelecimento, é sempre a única forma de trabalho aceita em princípio, e quase sempre de fato – com aquela vigilância! – pela administração, quantas disposições regulamentares não são – ou deixaram de ser – respeitadas.

É, aliás, sombriamente irônico comparar algumas destas disposições com as suas possibilidades reais de aplicação. Basta pensar, por exemplo, na obrigação imposta aos médicos de *visitare*m mais de 700 doentes por dia; aos internos, ocupados com os seus estudos, como todos sabem, de “fazer uma visita de controle todas as noites entre as 16 e as 19 horas”; ao chefe de serviço de manter a sua prerrogativa *exclusiva* (art. 78º) de “prescrever em caráter excepcional o internamento em quarto de isolamento e a utilização de meios de contenção” ou de “se dedicar exclusivamente às suas funções”, quando ele é solicitado de todos os lados e até pelo seu próprio prefeito, quando ganha menos do que qualquer médico não funcionário e quando, por fim, se desespera tantas vezes com as suas condições de trabalho.

As exigências técnicas ou simplesmente humanas mais imprescindíveis ou naturais são abafadas neste emaranhado de fórmulas burocrático-militares vazias, ultrapassadas e inaplicáveis, ou destituídas de qualquer significado nas condições de funcionamento existentes.

Uma negligência geral, uma espécie de infração global de todas as normas, de certa forma, numa cumplicidade implícita, numa tolerância recíproca e numa decadência comum, coloca frente a frente, de um lado, os poderes públicos, que não respeitam deliberadamente as regras essenciais de um estabelecimento de cuidados, e de outro, o pessoal médico, esmagado pela situação com que se vê confrontado.

²¹ N.T.: Do original *Seine-Inférieure*. Atualmente corresponde ao departamento francês denominado de Sena Marítimo (em francês: *Seine-Maritime*), cuja capital é a cidade de Rouen. Até 18 de janeiro de 1955 o departamento em questão recebia o nome de Sena-Inferior, contudo, gradualmente todos os departamentos cujos nomes continham “Bas-” (Baixo-) ou “Inferior” tiveram suas denominações modificadas para uma forma considerada mais positiva, à exceção do Baixo-Reno.

Mas estas são apenas evoluções e insuficiências gerais. O que caracteriza mais particularmente as disposições regulamentares e a prática em vigor em relação aos doentes mentais é, por um lado, a riqueza e o formalismo já referidos, organizando uma verdadeira vida de caserna no hospital e, por outro lado, aquilo a que poderíamos chamar de seu *aspecto “zoológico.”*

Se olharmos com atenção, as regras consideram os loucos não tanto como doentes, sensíveis, compreensíveis e, em grande medida, influenciáveis, em pé de igualdade com os outros seres humanos, mas como representantes de uma espécie singular de seres vivos, que apresentam um comportamento específico ao qual devem responder disposições materiais precisas. Compara-os a um gato “ladrão”, ao qual não é aconselhável deixar um bife à vista, ou a um cão “feroz”, o qual é prudente, e às vezes até obrigatório, amordaçar.

É assim que alguns doentes (é verdade) podem rasgar ou sujar as suas roupas. Por conseguinte, são *todos* despidos à entrada e vestidos uniformemente com um traje cujo “corte” (senão as dimensões) do tecido e, muitas vezes, o seu grau de desgaste, constitui uma humilhação bastante atroz para os doentes lúcidos (a grande maioria) e, em particular, para as mulheres. Vimos muitas vezes (Deus sabe, entretanto, da capacidade de aceitação dos usuários nos hospitais!) os familiares dos nossos doentes chorarem ao verem a sua mulher ou mãe com um “vestido” sem forma e gasto, despenteada, sem maquiagem, irreconhecível – degradada.

Os doentes podem também perder as suas alianças de casamento, danificar os seus objetos pessoais etc... Isto é incômodo. Pode até dar origem a queixas. Por isso, temos o cuidado de os eliminar sistematicamente. É feito um inventário, tal como no registo prisional, e tudo é confiado ao serviço de contabilidade ou a receita. Um de nós recebe *todos* os “que chegam” completamente despidos de tudo que lhes pertence, incluindo as suas dentaduras. Estas podem ser recuperadas muito rapidamente. Em contrapartida, as alianças de casamento não são devolvidas, mesmo durante as experiências de saída, o que coloca problemas às mulheres casadas (e às pessoas que as rodeiam).

Também já os vimos se estrangularem com qualquer tipo de cadarço e jogar nos banheiros suas roupas íntimas. Além disso, no mesmo serviço onde os doentes chegam desdentados (o que não é excepcional), há apenas um ano, as mulheres não dispunham de absorventes. Esse fato – pelo qual pedimos desculpas – merece nossa atenção. Sempre nos perguntamos qual seria o ponto de vista da “administração” sobre esse assunto – se é que ela estava pensando nisso. Na prática, e apesar de os 206 artigos dos “regulamentos modelo” não preverem isso, a maioria das doentes está sujeita a esse inconveniente periódico. Elas lidavam com isso “como elas podiam”, mas na maioria das vezes – como podemos admitir agora – com um desperdício vergonhoso da roupa de cama da instituição²².

Com a ajuda da equipe, elas vestiam uma camisa, que às vezes era trocada todos os dias. Em outros lugares, elas precisavam (e sem dúvida ainda precisam) recorrer a algum tipo de trapo; aquelas com um fluxo maior eram mantidas na cama; as mais problemáticas sangravam por toda parte.

Ainda hoje, na maioria dos serviços, as mulheres não usam calcinhas e, é claro, sutiãs (a menos que suas famílias – ou a equipe – os forneçam, de forma mais ou menos ilegal). A ideia de que um cabeleireiro pudesse ser designado para uma ala feminina e que os cuidados com

²² N.A.: Um grande número dessas medidas restritivas tem como objetivo geral economizar dinheiro. Esse exemplo mostra claramente que seu absurdo não perde em nada para a sua desumanidade. O mesmo se aplica a vinte outras proibições. Na ausência de toalhas de mesa ou tapetes de chão, usam-se lençóis.

a beleza fossem concebidos como um aspecto da terapia provavelmente levantaria dúvidas sobre a nossa sanidade.

Também houve casos de doentes que se enforcaram nos banheiros, que são construídos de forma a tornar essa reação praticamente impossível: eles dão (com muita frequência) diretamente para a sala, escondidos (nem sempre) parcialmente por uma tela ou uma meia-porta que não chega ao chão e que, é claro, é impossível de fechar. Como um doente nos escreveu: “Eu voltaria para tratamento, as enfermeiras são muito boas, mas você sabe, viver em um lugar onde você pode ver sua cabeça e seus pés quando vai ao banheiro...”. A perversão nessa área é tão profunda que, recentemente, vimos a construção de um serviço sanitário central e coletivo ultramoderno, destinado a um hospital inteiro, onde banheiras, os locais para banhos de pés e até bidês não têm separação alguma. Tudo é feito em público. É tranquilo.

Isso vale para tudo. Todo o hospital psiquiátrico é projetado, como um todo e em detalhes, para se opor física e mecanicamente às “reações”, bem conhecidas pelo administrador experiente, apesar de sua aparente fantasia, reações peculiares àquela curiosa variedade zoológica: o alienado.

Camas para os alienados (feitas de metal, com ripas metálicas fixadas ao estrado, para evitar que se desprendam facilmente: art. 161), móveis para os alienados (pesados ou fixados no chão, bancos e não cadeiras), aquecimento para os alienados, janelas para os alienados (com elementos pivotantes de 14 centímetros de largura, menores do que o menor diâmetro cefálico), vidros inquebráveis, muros, cercas e *sauts de loup de zoo*²³...

Qualquer coisa frágil, que se suja ou se deteriora é banida da maioria dos serviços. É claro que as louças podem ser quebradas, e as facas e até mesmo os garfos podem ser usados como armas. Os doentes são servidos em pratos e copos de ferro fundido, que geralmente estão desgastados e amassados, projéteis naturais de toda impaciência e brigas. Eles têm uma colher para todos os talheres e devem (na França de hoje) rasgar a carne com as mãos e os dentes se os funcionários não forem numerosos ou complacentes o suficiente para cortá-la para eles.

A necessidade de vigilância contínua (ou seja, a necessidade de um número muito pequeno de funcionários para monitorar um grande número de doentes) faz romper as divisórias, reunindo os doentes em enormes dormitórios, refeitórios e salas de convivência – e, ao mesmo tempo, elimina qualquer possibilidade de isolamento e de intimidade... de calma e de tranquilidade.

Seguindo a lógica dos doentes, que é ao mesmo tempo engenhosa e delirante, um certo tipo de assistência psiquiátrica se esforça para prever, com perspicácia impecável e um tanto sádica, todos os atos prejudiciais que os doentes podem cometer e os meios adequados para remediá-los. Isso levou a dispositivos que não eram apenas cruéis, mas às vezes insanos, como “aventais (e até mesmo camisas) de banho”, camas-gaiola²⁴, o “divã” do Dr. B... e inúmeros meios de contenção: camisas de força, vários tipos de restrições, inúmeros métodos infalíveis para imobilizar completamente os loucos, quartos e celas de isolamento etc.

²³ N.T.: A expressão “*saut de loup de zoo*” em francês não possui uma tradução específica para o português, por isso optou-se por mantê-la no original. Embora não seja uma expressão comum, seu significado dentro desse contexto específico, parece fazer menção a uma espécie de barreira que não atrapalha a visão, como uma espécie de fosso que impede que as pessoas ultrapassem para o outro lado.

²⁴ N.T.: No original “*les lits-cages*”, literalmente “camas-gaiolas”, para referir-se às camas cercadas por grades.

Não queremos nos deter nas várias formas de coerção e violência que ocorrem nos serviços de saúde mental, embora sua presença ou ausência seja, sem dúvida, a característica mais significativa de uma determinada organização psiquiátrica.

Nesse campo, seria muito fácil chegar à tragédia mais intolerável – e à maior injustiça. De fato, em cada caso particular, o uso de contenção ou brutalidade é, acima de tudo, em função das condições gerais de organização e funcionamento existentes neste caso, assim como pelos aspectos da vida asilar que descrevemos brevemente.

Mas a desumanidade dessa última está implícita no próprio conceito de assistência que está em vigor em quase todos os lugares, e está profundamente enraizada em textos e práticas centenárias. O uso abusivo da força envolve um elemento mais individual: essencialmente, a atitude da equipe em relação aos doentes. Nosso objetivo não é criticar a equipe, que está envolvida em uma situação que a oprime por todos os lados, a qual ela está sujeita, pela qual lamenta quase unanimemente e que não pode mudar.

Não seria razoável negar quaisquer excessos e seria ainda mais errado considerá-los como habituais, comparáveis aos dos policiais e “kapos”²⁵. Vimos enfermeiras chorando de irritação ao saírem de seus departamentos depois de passarem oito horas tentando colocar a camisa de força em doentes muito difíceis.

O velho debate sobre a *não-contenção* [*no-restraint*], que vem ocorrendo há mais de cem anos, ainda não terminou. Antes de concluir, porém, ele nos permitirá compreender as causas essenciais da desumanidade, às vezes monstruosa, da nossa assistência asilar.

Ela está naturalmente ligada a uma atitude mais geral em relação a toda uma gama de fenômenos humanos e até mesmo biológicos. Essa atitude consiste em considerar esses fenômenos como existentes em si mesmos, seu estado atual como “natural”, necessário, imutável e, de certa forma, “normal”. Ela é fortemente apoiada – consciente ou não – por um grande número de instituições e indivíduos que estão muito satisfeitos com uma determinada ordem das coisas, da qual eles se beneficiam, ser “a Ordem” e durar, se não para sempre, pelo menos o máximo possível.

Esse isolamento de uma manifestação das condições mais gerais nas quais ela é observada e com as quais está ligada por múltiplas relações recíprocas impede qualquer intervenção racional a seu respeito. Tal intervenção envolveria agir sobre *o conjunto da situação* da qual ela depende, e não apenas sobre a manifestação em questão. Paradoxalmente, o fracasso de tais tentativas, que são errôneas em seu próprio princípio, confirma as mentes conservadoras em sua falsa e impotente “sabedoria”.

No caso dos doentes mentais, por exemplo, está bem claro que certas medidas tomadas em relação a eles, como as de contenção, não foram inventadas por sádicos. Elas correspondem a uma necessidade definida *em um determinado momento e sob as condições postas*. Se os loucos eram acorrentados antes de Pinel, deve ter sido por algum motivo. No entanto, quando essas correntes foram quebradas, uma manifestação parcial e um tanto simbólica de uma mudança mais geral de atitude em relação aos doentes mentais, não foi necessário restabelecê-las²⁶.

²⁵ N.T.: Kapo (em alemão *Funktionshäftling*), era o funcionário prisioneiro nos campos de concentração nazistas, designado pelos guardas da SS para supervisionar o trabalho forçado ou para executar tarefas administrativas. Os guardas prisioneiros foram usados para pressionar outros internos a trabalharem mais, economizando a necessidade de supervisão paga da SS.

²⁶ N.A.: Não foi fácil impor isso. “Foi em 1793”, escreve Philippe Paumelle, em um excelente artigo no “*Le no restraint*”, que, em uma atmosfera excepcional, Pinel ousou remover as ‘correntes’ de Bicêtre. Mas o memorando apresentado por Esquirol ao Ministério do Interior em 1818 mostra claramente que, depois de vinte e cinco anos,

Um de nós, nomeado para a administração de um hospital psiquiátrico provincial, encontrou lá, em uma sinistra área de celas, vários doentes que viviam há anos em palhas (ainda hoje há doentes em vários estabelecimentos colocados nessas condições).

Um deles, com espírito militar, preocupava-se até mesmo em “fazer” essa palha “quadrada” e permanecia enterrado nela por horas a fio como um furão, sem se mover, apenas com a cabeça emergindo da superfície de um paralelepípedo estritamente regular. Essa palha talvez fosse a única cama adequada para as pessoas furiosas trancadas nessas masmorras e os primeiros esforços para entrar em contato com elas, acompanhados de um olhar respeitosa e irônico pela equipe de enfermagem, não foram nada animadores.

Mas o hospital foi reconstruído, as celas demolidas e os doentes tiveram que ser removidos. No geral, tudo correu muito bem. Dez anos depois, *nas condições do novo hospital*, os piores animais ferozes que nós conhecemos quando chegamos varriam tranquilamente as salas.

Foi em 21 de setembro de 1839 que John Conolly²⁷, médico do Hanwell Asylum, em uma declaração solene, proibiu todas as medidas de contenção e lançou a fórmula da *não-contenção*. Seria instrutivo relatar as controvérsias apaixonadas provocadas por essa fórmula e os sucessivos destinos de sua aplicação²⁸.

Repetidamente, médicos de visão ampla e humanos em todo o mundo *conseguiram* eliminar todos os meios de contenção. Repetidamente, contra esse fato óbvio, que eles quase nunca se preocuparam em perceber, outros médicos e administradores negaram essas novas possibilidades – com má fé e com muita raiva! – em nome das “necessidades” do passado.

Entre uma centena de declarações e argumentos contra a prática da *não-contenção*, que muitas vezes foram mais ou menos mitigados por concessões hipócritas do tipo “*não-contenção moderada*”, citaremos as de Christian, que expôs sem pudor a posição comum dos oponentes (Société Médico-Psychologique²⁹, 25 de outubro de 1880):

Senhores, não conheço questão mais irritante do que a da *não-contenção*, pois enquanto os defensores desse método são considerados ardentes apóstolos da humanidade, nós que permanecemos fiéis ao que é chamado de *contenção* corremos o risco de sermos considerados mentes retrógradas, hostis ao progresso, e um pouco mais seríamos os descendentes diretos dos torturadores da Idade Média...

*Desde que o mundo existe, desde que existem doentes*³⁰, houve casos em que a contenção teve de ser usada...

Seja o que nós fizermos, *nunca conseguiremos* recrutar nossos guardas em um ambiente em que um soco seja considerado um ato de brutalidade, e *nunca conseguiremos* inculcar neles a paciência e a indiferença aos insultos que nós,

essa louca tentativa parisiense não havia se espalhado pelo resto da França ou da Europa: “Eu os vi”, escreveu ele, “cobertos de trapos, sem nada além de palha para protegê-los da umidade fria da calçada sobre a qual se deitavam; eu os vi alimentados de forma grosseira, privados de ar para respirar, privados das coisas mais necessárias para a vida..., entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados sob a sua vigilância brutal, acorrentados em covis onde se temeria confinar animais ferozes... Isso é o que eu vi em toda a França... É assim que os loucos são tratados em quase toda a Europa.”

²⁷ N.T.: John Conolly (1794-1866), psiquiatra inglês, autor de *Indications of insanity* (1830). Foi nomeado médico residente do Middlesex County Asylum, em Hanwell, onde estabeleceu o princípio da *não-contenção*, proposta clínica que se tornou prática aceita em toda a Inglaterra. Fundou, com a colaboração de Charles Hastings e John Forbes, a *Provincial Medical and Surgical Association*, e a *British and Foreign Medical Review*, instituições que publicavam artigos de grande relevância científica na época.

²⁸ N.A.: Loc. cit. P. Paumelle “Le *No restraint*, utopie bien intentionnée ou formule globale de soins”, do qual fizemos vários empréstimos (*L'information psychiatrique*, nº 2, fevereiro de 1952).

²⁹ N.T.: Société Médico-Psychologique é a mais antiga sociedade psiquiátrica francesa e uma das primeiras do mundo. Foi fundada em 1847 por Jules Gabriel François Baillarger, e funciona ininterruptamente desde 1852.

³⁰ N.A.: As passagens sublinhadas são nossas.

médicos, só adquirimos por meio da reflexão e pelo sentimento de nosso dever... E mesmo que eu pareça cético, acredito que a melhor profilaxia (de contusões e fraturas) será abandonar a gentileza dos guardas-modelos e voltar ao uso humano e racional da camisa de força.

Está claro (mesmo com essa única citação) que o argumento, se for sobre o comportamento (agitação) considerado em si mesmo, só pode ser fútil. Se os doentes são inquietos “desde que o mundo existe”, e se os enfermeiros são, por definição, impacientes e brutais, talvez seja melhor usar uma camisa de força.

Se o doente *deve* quebrar, destruir ou fazer mal a si próprio ou aos seus companheiros, justifica-se que o façamos viver noite e dia sob plena luz, despojado de tudo, nu, inerte, no deserto higiênico das “salas de observação contínua.”

O que estas pessoas tacanhas e atrasadas, que se encontram em todos os domínios defendendo a ordem estabelecida com os mesmos argumentos, não querem ver é que não há necessidade deste estado de coisas, que confundem a sua maneira de pensar e de agir, a sua rotina e a sua tranquilidade, aquilo que é verdadeiro e o que é possível. Como escreveu o grande psiquiatra francês Morel³¹, já em 1860:

Muitas pessoas não podiam acreditar que fosse possível fazer algo diferente do que tinha sido feito até então, e quanto aqueles que internamente concordavam com a necessidade da reforma, se tratava de uma questão de mudança de hábitos de descuido e preguiça.

De fato, não basta atacar a “agitação” ou qualquer outra manifestação considerada isoladamente e remediá-la, ou melhor, limitar a sua nocividade por um processo mecânico. É preciso manter e desenvolver uma personalidade e condutas humanas nos doentes. Isto exige que repensemos e transformemos *todas as suas condições de vida*, a nossa atitude em relação a eles e a própria atmosfera dos estabelecimentos onde são tratados.

Por exemplo, é possível, foi possível à Conolly, entre 1828 e 1838, aumentar o número e o salário do pessoal de enfermagem e efetuar a sua formação profissional. Esses enfermeiros, que até então eram “muito mal pagos, não estavam certamente à altura das suas funções e nem sequer tinham consciência do seu dever”, suscitaram a admiração, trinta anos mais tarde, de Morel, que ficou espantado ao ouvir de uma antiga enfermeira de Saint-Luke que: “a desordem gera a desordem, antigamente todos os nossos alienados eram agitados e os que entravam os imitavam. Não conhecíamos outro meio de os tratar senão pelo medo e pela coerção. Não é surpreendente que a maior parte deles fossem furiosos e desagradáveis.”

Qual de nós, entre aqueles que tentaram de todas as formas reformar os seus serviços, não ouviu palavras equivalentes e não encontrou no seu pessoal de enfermagem um conhecimento concreto dos problemas de assistência e uma humanidade que ultrapassa – independentemente do que pensam os Christians de hoje – a de certos colegas?

³¹ N.T.: Bénédict Augustin Morel (1809 - 1873), psiquiatra franco-austríaco, primeiro a utilizar o termo *démence précoce* (demência precoce) que se referia ao que hoje é conhecido como esquizofrenia. Publicou em 1857 *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, onde sustentava que algumas doenças eram causadas por degeneração. Na teoria de Morel, a degeneração era sinônimo de anormalidades, que eram causadas, por exemplo, por doenças e características morais transmitidas de geração em geração, como alcoolismo e a vida nos subúrbios, o que fundamentou o tratamento moral, ou por distúrbios genéticos irreversíveis. Sua teoria foi rapidamente difundida: Wilhem Griesinger introduziu a teoria de Morel na Alemanha, Valentin Magnan contribuiu em sua difusão na França, e Cesare Lombroso na Itália. Na década de 1880, a teoria da degeneração de Morel tinha destaque na psiquiatria francesa e a maioria dos diagnósticos nos hospitais envolvia o termo *degeneração mental*.

No entanto, em 1903, o Doutor Serieux pôde escrever:

Enquanto o número de alienados confiados a um único chefe de serviço não for consideravelmente reduzido, veremos os piores erros se perpetuarem nos nossos manicômios, apesar das melhorias de fachada. A disciplina coletiva continuará a ser utilizada como meio de tratamento individual: os meios de repressão continuarão a crescer, relegando para segundo plano os métodos terapêuticos.

Como salienta Paumelle³², “não podemos deixar de constatar a ressonância atual da situação descrita por Serieux, se acreditarmos no quadro traçado em 1949 pelo Memorando do Conselho Sindical dos Médicos dos Hospitais Psiquiátricos”:

A insuficiência do pessoal de enfermagem, em termos de número, de formação e de estatuto, a superlotação, por vezes dramática, das enfermarias, o estado de degradação e o equipamento rudimentar da maior parte dos hospitais psiquiátricos e, sobretudo, o número irrisório de médicos, tornam materialmente impossível proporcionar aos doentes internados as condições de vida e os cuidados aos quais eles têm direito.

Isto nos leva de volta ao ponto de partida. Há mais de cem anos, em certos contextos históricos, cada vez mais pessoas tomaram consciência dos problemas colocados pela assistência psiquiátrica e descobriram formas de lidar com eles. As forças de repressão social obscureceram repetidamente essa tomada de consciência, negaram esses meios e destruíram esses esforços.

Em 1858, Morel escreveu depois de visitar o trabalho de Conolly em Inglaterra:

O que impressiona mesmo aqueles que não estão familiarizados com a ciência médica é a admirável ordem e disciplina destes asilos, a calma dos doentes e os sentimentos de humanidade que animam os supervisores e guardas de ambos os sexos. Vi os alienados andando por uma imensa galeria onde o ar e a luz circulam livremente; essas galerias, que se abrem para os quartos dos alienados, estão decoradas com quadros e flores e conduzem às salas de reunião onde os pensionistas de várias classes se reúnem e onde encontram livros, jornais e outros meios de entretenimento.

Os progressos da ciência médica vieram para acrescentar novas possibilidades às abertas por Conolly pela simpatia e pela sua compreensão com os seus doentes. Na Libertação, quantas esperanças foram formadas por quase todos os psiquiatras! Algumas reformas foram empreendidas e coroadas com êxito! Outros artigos, nomeadamente o de Sivadon, fornecem ilustrações convincentes. Tudo o que parecia impossível aos egoístas e aos céticos *foi realizado*.

Hoje, entretanto, uma reação social sem precedentes nos coloca diante de uma situação e de um futuro que são mais trágicos do que todas as falhas e retrocessos do passado.

³² N.T.: Philippe Paumelle (1923 - 1974), psiquiatra francês, autor do artigo *Qui sommes nous? (Quem somos nós?)* publicado na mesma edição da revista *Esprit*, sob o pseudônimo de Philippe Langlade, onde denunciou as terríveis condições dos pacientes internados na França [*Esprit*, n. 197, v. 12, p. 797-800, 1952]. Participou da criação da *Association de santé mentale et de lutte contre l'alcoolisme dans le XIII^e arrondissement de Paris – ASM13* (Associação para a saúde mental e a luta contra o alcoolismo no 13º arrondissement de Paris), com o objetivo de retirar o estigma sobre a doença mental e de promover soluções terapêuticas não-hospitalares.

Como pode ser visto, no decurso destas observações, não foi necessário apelar a uma incompreensão ou “tabu” particular para dar conta da condição do doente mental nos hospitais psiquiátricos.

É sem dúvida verdade que “a loucura” continua a suscitar em muitos espíritos uma mistura de interrogações apaixonadas e de medos supersticiosos. É verdade que estes sentimentos são herdados de um passado onde reinavam concepções mágicas da natureza e do homem.

Mas é errado, ou melhor, tendencioso, vê-los como a mola-mestra da situação em que os nossos doentes se encontram atualmente. Essa “falta de conhecimento dos fatos psiquiátricos”, pela qual pretende-se explicar o atraso na prestação de assistência neste domínio, é muito mais o efeito do que a causa desse atraso. Muitas vezes, parece ser um *conhecimento* bastante exato da situação. É a administração – ou o psiquiatra – que desconhece a alienação dos seus estabelecimentos em relação à realidade humana que eles confinam e às possibilidades existentes.

Com efeito, é verdadeiramente “terrível” estar internado em certos serviços, e a condição dos doentes é de fato dramática. Não há razão para que aqueles que ali visitam um ente querido mudem os seus “preconceitos”, mas ao contrário, para que os reforcem com aquilo que vêem tão claramente. É muito natural acreditar na “loucura furiosa” quando se está na presença de doentes que ficam furiosos com a forma como são tratados. Os gritos dos agitados em confinamento não encorajam ninguém a reconhecer a sua “humanidade.”

Em todo o caso, estes preconceitos não serão destruídos por palavras, mas pela *constatação* de que é possível uma outra condição do doente mental, uma outra realidade de tratamento psiquiátrico. Essa luta contra os “mitos” que envolvem a loucura, que algumas pessoas parecem considerar essencial e uma condição prévia para qualquer ação, não será ganha com especulações teóricas, mas com ações concretas. Um serviço, onde os doentes mentais são *de fato* tratados jurídica, material e moralmente como todos os outros (ou quase), faz mais pela mudança das “relações entre os loucos e a sociedade” e para acabar com as leis e os regulamentos que os regem, do que todas as considerações mais ou menos eruditas e bem-intencionadas que enchem hoje em dia as revistas literárias, artísticas ou pseudocientíficas, o rádio e o cinema.

Não nos parece que a condição dos doentes nos hospitais psiquiátricos seja o resultado de uma “maldição”, ou mesmo que seja assim tão particular. Pelo contrário, ela nos parece estar enquadrada em determinações históricas, econômicas e sociais muito mais gerais³³. Se eles são tratados com mais dureza do que os outros doentes (as carências no domínio da proteção materno-infantil ou da tuberculose, por exemplo, são desproporcionais com as da assistência psiquiátrica), é porque, em última análise, são doentes indefesos, sem voz e sem direitos.

Os alienados são (aos olhos da classe dominante) os negros, os indígenas, os judeus, os proletários de outros doentes. Tal como eles, são vítimas de uma série de preconceitos e injustiças. Mas esses preconceitos e injustiças nada têm a ver com a natureza da loucura. São os mesmos preconceitos e injustiças que afetam numerosas minorias e grupos humanos subjugados, cujos membros são convenientemente considerados como marcados pela inferioridade, quando não por deficiências específicas e permanentes, “incuráveis”, que legitimam a condição que lhes é imposta.

³³ N.A.: Como vimos a propósito de Pinel e da *não-contenção*, a relação entre a organização da assistência aos doentes mentais e a estrutura social, bem como a ligação entre a sua condição e a sua história, são tão evidentes que se argumentou que esta condição era uma das expressões mais significativas de uma determinada ordem social. Os nazis exterminaram os seus loucos, o regime de Vichy hipocritamente os deixou morrer de fome, a América os esterilizou e os nossos governos atuais os privam de cuidados...

É claro que o aumento dos recursos materiais, a proliferação de serviços com amplos recursos, ou de organizações de profilaxia e tratamento gratuito, não erradicarão no futuro os problemas colocados pelas doenças mentais. Infelizmente, elas não são um mito, mas uma realidade complexa e dolorosa. Só uma *nova prática* nos mostrará até onde podemos ir com a transformação da assistência psiquiátrica, da condição do doente mental na sociedade, e quais formas elas assumirão.

Não importa. O caminho aberto pelos nossos antecessores já foi traçado para toda uma geração. Aqui, como em outros lugares, já não se trata de um problema técnico, mas da escolha que todos devem assumir: a da cumplicidade ou a da verdade e da ação.

Data da submissão: 29/08/2024

Data da aprovação: 18/03/2025