

# A loucura institucionalizada: sobre o manicômio e outras formas de controle

## *The institutionalized insanity: About psychiatric hospitals and others control systems*

JONATHAN HERNANDES MARCANTONIO\*

### Resumo

O presente trabalho tem como objetivo apresentar o percurso histórico das instituições totais no período conhecido como modernidade, tendo como enfoque central a perspectiva das disposições sobre o controle social em seus principais aspectos, a partir das perspectivas psiquiátricas, com o desenvolvimento dos hospícios, manicômios e asilos, e jurídica, com o desenvolvimento das formas de controle do Estado, especialmente a partir da perspectiva penal. Pretende-se demonstrar que houve uma sensível reestruturação das formas de manifestação de controle quando da união teleológica das técnicas psiquiátricas e da atuação do Estado na identificação dos padrões de normalidade e patologia.

**Palavras-chaves:** modernidade; instituições; psiquiatria; direito; controle.

### Abstract

The present paper aims presenting a total institutions' historical development in between the modern age, having as focus the assertive perspective about the most important aspects of social control, from the psychiatric perspective, starting from the asylum as a gender, and juridical, from the development of the State's ways of social control, especially in a criminal perspective. It is intended to show that there was a perceptible restructuring in the ways of social control, when happened the teleological agreement between the psychiatric techni-

---

\* Doutorando em Filosofia do Direito e do Estado pelo PUC-SP. Mestre em Filosofia do Direito e do Estado pela PUC-SP. Pesquisador convidado do Instituto de Filosofia da Universidade Livre de Berlim. Bolsista do CNPq. Ex-Bolsista CAPES. Professor universitário.

ques and de State's rolling play when it goes to identify de standards of normality and pathology.

**Keywords:** modernity; institutions; psychiatry; law; control.

## Introdução

As modelizações institucionais acerca do caráter terapêutico, patológico, e teórico dos tratamentos psiquiátricos que se apresentam na atualidade são originárias de um processo histórico bastante rico em detalhes e acontecimentos. Em função da enorme tradição ocidental de nossa época, grande parte, senão o todo, das instituições e métodos que aqui se vê mostra-se fruto do mundo europeu ocidental.

A preocupação com um tratamento *diferencial* para *loucos de todo gênero* acompanha um processo humanizador que a Europa do Renascimento presencia. Assim, pode-se dizer a criação de tratamentos autointitulados *mais humanos* deve-se necessariamente à fase conhecida como Renascimento que, além de demarcar o reforço do *Antropocentrismo*, traz em si uma alteração significativa na esfera política e econômica do mundo ocidental, qual seja, o advento da economia de capital, em detrimento do Sistema Feudal.

Isso traz preciosos desdobramentos para que se consiga balizar o alcance das instituições e metodologias psiquiátricas. O Absolutismo marca o período de retomada de um controle uniforme, amplo e geral de Estados na figura de um Monarca, em detrimento e desaparecimento da figura, autônoma jurisdicionalmente, do Senhor Feudal. Se o controle amplo é retomado e uma de suas consequências é uma *humanização* e reestruturação de instituições para enfermos mentais, por exemplo, uma dúvida desdobra-se a partir disso: é possível que a evolução das ciências que estudam as doenças do espírito (*Krankenheitsgeistwissenschaft*), que, mais tarde, se tornará a psiquiatria moderna, não pode ser encarada como uma forma de controle social, tendo como consequência disto um estabelecimento de interesses e objetivos que focam muito mais a ordem e o controle social que propriamente o enfermo?

Tentando encontrar algo que nos aponte para um esclarecimento, mesmo que prévio, faremos uma digressão histórica acerca das instituições psiquiátricas, métodos clínicos de cura de enfermos mentais, bem como, brevemente, uma análise jurisdicionalizada acerca da visão legal sobre tais enfermos.

Para que consigamos o proposto, estruturamos o presente texto de tal forma que: a) identifiquemos os modelos de estruturação presentes nas sociedades pós-renascimento, ou seja, modernas; após, b) nos preocupamos em identificar a alteração histórica dos perfis institucionais ligados às instituições manicomiais centradas, especialmente, na Europa ocidental; a seguir, c) apresentamos, brevemente, o modelo inaugurador daquilo que podemos chamar cientificamente como psiquiatria; após tal tarefa, d) apresentamos os quadros jurídicos e a aceitação estatal-normativa da figura do psiquiatra como competente para verificação de normalidade e as implicações disto; finalmente, e) apresentamos um modelo contrário à institucionalização de tratamento, expondo as principais linhas de oposição.

Pelo curto espaço, pela extensão do tema e pelo caráter da presente obra, não se vislumbra, em qualquer circunstância, esgotar os aspectos aqui apresentados. A ideia do presente é contribuir, quer de forma compilatória, quer de forma reflexiva, com este tema que, além das controvérsias comuns possibilitadas pela formatação científica, a pluralidade de visões possíveis esgota a qualquer um a possibilidade deste feito.

## 1. Heteronomia, sociedade e instituições

Na análise da composição social sempre fora digno de marca dois elementos delineadores determinados como principais pontos teóricos de identificação, quais sejam: a) as ações humanas seguem padrões referenciais de comportamento, que se caracterizam por sua repetitividade; b) a vida, aqui na forma primitivamente conceituada de agrupamentos de indivíduos (CHINOY, 1976). A partir disso, então, o indivíduo só é enquanto tal, na medida em que adequadamente reproduz comportamentos que também o são reproduzidos por outros indivíduos presos ao mesmo código de ações ou condutas. Sob este prisma, a *identidade* individual é marcada, basicamente, por critérios coletivizados e externos à consciência do indivíduo. Desta forma, o indivíduo pode ser assim caracterizado quando de sua aceitação em um perfil coletivo, desdobrando-se disto, naturalmente, todas as implicações decorrentes e condicionantes deste *fit in social*<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Para uma noção das balizas que compõem tal implicação, de relevo ver GIDDENS, Anthony. *Modernidade e Identidade*. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. p. 39-69.

Não há nada inédito nessa assertiva. A análise teórica da composição social, principalmente em seu início, identificou no comportamento social o escopo de moldar seu repertório de indivíduos por normas externas em sua composição e fiscalização, mas internas em seu mecanismo de assimilação<sup>2</sup>. Essa heteronomia, portanto, pauta e define aqueles que detêm condições ou não de participar da vida social por diversos mecanismos de *inclusão/exclusão*. Daqui, desdobram-se conceitos como o *homem médio* e o *senso comum*, que ao longo da evolução de literatura especializada fora adquirindo uma conotação pejorativa. Em todo caso, a sociedade se estrutura por mecanismos e moldes de adequação e controle sociais, representando, *a priori*, uma forma de assegurar o desenvolvimento daquele ordinário, que se mantém na ordem, ou seja, os *normais*, e identificar e remoldar os *desordenados*, que não se comportam conforme as ordens, ou seja, os *desajustados*, ou *misfits*.

Com a institucionalização dessa noção de *ordem* pelo Estado Moderno, o Ordenamento Jurídico tratou de especificar e sancionar as condutas que a princípio não seriam desejadas manter sua prática em sociedade, tentando moldar-se proporcionalmente a pena prevista à conduta indesejada, variando conforme a gravidade ou o *clamor público*. Para assegurar o cumprimento de tais normas, bem como para tentar reconduzir e readequar o sujeito à sociedade, sem que esta sofresse os abalos de se manter um indivíduo inadequado em seu seio, vinculou-se, portanto, tal tarefa às *instituições*, que deveriam ser fonte de inesgotável processo disciplinar (FOUCAULT, 1975). Denominadas de reformatórios, em seu início, no século XVIII, julgavam-se capazes de readequar qualquer *desajustado*, mediante um exaustivo processo disciplinar e com auxílio de mecanismos propiciados pela consciência humana, quando do *isolamento* e *solidão* (FOUCAULT, 1975).

Aliás, nesta esteira, o conceito de *desajuste* era pautado externamente, ou seja, tendo como base, essencialmente, a natureza da conduta exercida e se esta era ou não passível de comportamento pela respectiva estrutura social. As condições e sanidades psicológicas do agente não eram levadas em consideração e as motivações da consciência do mesmo raramente o eram.

---

<sup>2</sup> Interna, mas não necessariamente consciente, conforme FREUD, Sigmund. *Psicologia das Massas e análise do eu*. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

## 2. Novo *status* institucional no cenário social

Ao final do século XVIII, a Europa vislumbra o nascimento de um novo *status* institucional. A *assistência institucional* para enfermos de todo gênero, e aqui se estende também aos pobres e aos criminosos políticos. Tal prática, já registrada desde meados do século XVII, adquire, a partir da produção legislativa da última década desta centúria, um caráter médico. Foucault (1961) relata essa alteração fundamental, exemplificativamente, através de diversos eventos ocorridos na Europa deste período, como é o caso do evento de *Bicêtre*.

### 2.1. *Bicêtre*

Localizado ao Sul da França, na região de *Le Kremlin-Bicêtre*, tal hospital fora criado, em 1634, como hospital militar. Ao ser incorporado pelo Hospital Geral de Paris (*Hôpital Général*) ainda no século XVII, sofre por diversas vezes, alterações em suas atribuições funcionais, até que, ao final do século XIX, em 1885, ganha *status* permanente de *Hospício*.

Durante o triunfo da Revolução Francesa, desencadeada em 1789, *Bicêtre* mantinha-se como instituição que abrigava homens, enfermos mentais e criminosos de diversas naturezas e graus de periculosidade. O fato comum em todos eles é que, independentemente do grau de ameaça ou da natureza motivadora do *isolamento*, eram mantidos acorrentados.

Fora Philippe Pinel que, embora inicie seus estudos regulares em teologia, resolve manter a tradição médica de sua família e, em 1773, forma-se médico. Este, em 1793, ao assumir o cargo de médico-chefe desta Instituição alterou tal procedimento, libertando os *pacientes* que ali estavam das correntes, impondo aos funcionários que os tratassem como pacientes comum e que, apenas nas ocasiões de manifestações agudas de crise, fizessem uso da camisa de força. Essas medidas humanitárias, por assim dizer, inspiram alterações substanciais nos procedimentos aplicados nas instituições desta natureza em toda a França, e marcam uma alteração na concepção, até então tradicional na identificação do *Misfit* e sua contextualização no contexto social, consistindo na

[...] constituição de um domínio onde a loucura deve aparecer numa verdade pura, ao mesmo tempo objetiva e inocente, mas constituição deste domínio sobre um modo ideal, sempre indefinidamente recuado, com cada uma das figuras da loucura misturando-se com a não loucura, numa proximidade indiscernível. Aquilo que a loucura ganha precisão em seu esquema médico, ela perde em vigor na percepção concreta; o asilo, onde ela deve encontrar sua verdade, não mais permite distingui-la daquilo que não é sua verdade. (FOUCAULT, 1975, p. 467)

A partir de então, inicia-se um processo que passa a analisar as práticas sociais não mais por seu caráter essencialmente externo, ligado ao grau de desordem social propiciado por aquela conduta. Em termos sociológicos e não psiquiátricos, a capacidade de assimilação das regras sociais estabelecidas, ou seja, a possibilidade de inferência do agente acerca da realização de condutas antagônicas aos reclames da ordem social seria uma variável considerável para a verificação da responsabilidade do agente praticante do ato. Em termos clínicos, a função médica fora instituída nas instituições deste porte. Para todos os efeitos, contudo, a sociedade, mesmo assim, não poderia manter em comum convívio um indivíduo com tal inclinação, qual seja, a ausência, total ou parcial, de sociabilidade. Tanto o é, que o *isolamento* fora mantido como método destas novas instituições que, por sua vez, eram mantidas e destinadas exclusivamente para acomodar indivíduos desta natureza. Mais tarde, Jean-Étienne Esquirol, discípulo de Pinel, apresentará cinco motivos para a manutenção desta prática, quais sejam de garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias, liberá-los das influências externas, vencer suas resistências pessoais, submetê-los a um regime médico e impor-lhes novos hábitos (FOUCAULT, 1979).

O que Foucault aponta é, outrossim, que tal isolamento pleno dos *enfermos mentais*, por assim dizer, trazia em si um malefício: a perda do referencial tido por *normalidade*. Embora os métodos institucionais fossem mantidos, o objetivo clínico de tais instituições almejava uma meta nova, diferente da outrora identificada nas instituições prisionais: Aqui, as funções punitivas e ressocializantes dão espaço para a busca da *cura* dos tipos de enfermidades mentais que

eram pseudocientificamente<sup>3</sup> catalogadas e identificadas na Europa deste período.

Quando nos referimos aos métodos, o fazemos em sua integridade. Embora a culpa não pudesse fazer parte, nesses casos, do processo de *cura* dos *anormais*, os castigos corpóreos, por sua vez poderiam e efetivamente eram mantidos, por vezes com alteração no tocante a sua forma de execução. Acreditava-se que tal prática contribuiria para o combate de condutas como a devassidão, a preguiça e outras práticas socialmente reprováveis, de tal sorte, visando estabelecer a homogeneidade moral (FOUCAULT, 1961).

A loucura, contudo, tinha um limite. A não punibilidade de atos delitivos praticados por agentes medicamente comprovados como loucos, deveriam, para serem tratados como desdobramentos desta enfermidade, respeitar as máximas da sociedade europeia, *lato sensu*, desta época, ou seja, a desobediência trazida por fanatismo religioso, resistência ao trabalho e roubo

[...] não são desculpáveis nem mesmo pela loucura; merece a prisão pura e simples, a exclusão de tudo aquilo que ela pode ter de rigoroso, pois manifestam todos, a mesma resistência à uniformização social e moral [...] (FOUCAULT, 1961, 495).

A preponderância, portanto, do caráter coletivo, visto como a preservação de valores uniformizantes socialmente, com o almejado grau de homogeneização, em detrimento da perspectiva individual, traduzida pela tolerância em função da identificação de psicopatologias no agente transgressor, marca a inauguração dos asilos médicos para enfermos mentais no mundo ocidental.

Os acontecimentos na França representam um desdobramento quase concomitante de eventos ocorridos em larga parte da Europa. Pode-se identificar eventos de mesma relevância simbólica na Inglaterra, como é o caso dos *Retiros*.

---

<sup>3</sup> Curioso ressaltar que até o século XVII há registros comuns de cientistas que vislumbram a possibilidade de possessões demoníacas como origem de certas enfermidades mentais. Esta prática é denominada de *demonologia*, na qual, a título de exemplo, temos a figura lendária de Van Helsing.

## 2.2. Os Retiros

Na Inglaterra, contudo, as manifestações humanitárias adquirem um *status* filantrópico, a partir das ações elaboradas não pelo Estado, mas por associações privadas. Já na segunda metade do século XVII, a partir de sua criação em 1652, os *Quakers*, grupo religioso de origem protestante, associada ao culto do cristianismo primitivo como forma de protesto aos abusos feitos pela Igreja Anglicana, já juntavam em seus esforços a necessidade de cuidar daqueles desafortunados da razão. Essas *sociedades dos amigos* (*Religious society of friends*), como assim eram conhecidas, tinham como um de seus intuitos prestar assistência a esses enfermos mentais. O Estado inglês, não em oposição, mas como forma de incentivo, elabora dispositivos legais para que tal ato de assistência por essas associações de amigos, como os *Quakers*, pudesse permanecer atuante. Já no final do século XVIII, mais precisamente em 1795, como forma de encorajamento à criação e à manutenção dessas sociedades privadas, a Inglaterra aprova uma lei de cujo conteúdo

[...] se pode esperar [...] “efeitos muito benéficos, secundando a felicidade dos indivíduos e ao mesmo tempo diminuindo o fardo das cargas públicas”. Coisa importante: Os membros dessas sociedades são dispensados do *Removal* através do qual uma paróquia pode e deve livrar-se de um indigente ou de um doente pobre, se não for originário do lugar, mandando para sua paróquia de origem. Deve-se notar que essa medida do *Removal*, estabelecida pelo *Settlement act* devia ser abolida em 1795, devendo-se a obrigação da paróquia de encarregar-se de um pobre doente que não lhe pertence, se seu transporte puder ser perigoso. Temos aí um quadro jurídico do conflito singular que deu origem ao Retiro. (FOUCAULT, 1961, p.461).

Devido a uma série de acontecimentos propiciados pelo *Settlement Act*, este é abolido em 1795 e, logo após este acontecimento, em 1796, os *Quakers*, na figura de William Tuke, instituem em York, norte da Inglaterra, o primeiro *Retiro* (*The Retreat*), cujo objetivo era a cura dos doentes mentais e seu consequente amoldamento moral perante a sociedade.

Ao contrário das instituições encontradas, por exemplo, na França, os *Retiros* não tinham caráter prisional:

[...] importante é que o *Retiro* fosse uma casa de campo. “O ar aí é sadio e bem mais livre de fumaça do que nos lugares próximos às cidades industriais”. A casa tem janelas sem grades que abrem para o jardim; *como ela está situada num ponto elevado, domina uma paisagem muito agradável que se estende para o Sul, tanto quanto a vista alcança, na direção de uma planície fértil e cheia de bosques...* Nas terras vizinhas, pratica-se a agricultura e a criação; o jardim “produz frutos e legumes em abundância; ao mesmo tempo, oferece a muitos doentes um lugar agradável para a recriação e para o trabalho”. O exercício ao ar livre, os passeios regulares, o trabalho no jardim e na fazenda têm sempre um efeito benéfico “e são favoráveis à cura dos loucos”. Aconteceu mesmo de alguns doentes se curarem “apenas com a viagem que os levava ao Retiro, e com os primeiros dias de repouso que ali tinham a ocasião de gozar”. Todos os poderes imaginários da vida simples, da felicidade campestre e do retorno das estações são aqui invocados para presidir a cura das loucuras. (FOUCAULT, 1961, p.467-468)

Embora os métodos de cura não sejam identicamente trabalhados, o procedimento de *Isolamento* permanece presente e, com eles, todos os desdobramentos possibilitados por uma tentativa de controle social, já que, notoriamente, “a loucura, conforme as ideias do século XVIII é uma doença nem da natureza, nem do homem, mas da sociedade” (FOUCAULT, 1961).

Obviamente, esses casos não esgotam o processo *humanizador* que a Europa passava. De fato, podemos identificar outros Asilos em outras partes da Europa ocidental. A casa dos loucos, em modelos que cruzam da Áustria (*Die wiener Narrentürm*) até a Itália, vislumbra uma estrutura que tenta revigorar, de forma médica, e esses novos desenvolvimentos científicos, por assim dizer, desembocam no surgir do século XIX a seguir diagnosticado:

Assim se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos

cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e de submissão. O grande médico do asilo – [...] – é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente. Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o “mestre da loucura”; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de a ter sabiamente desencadeado. (FOUCAULT, 1979, p. 122).

Estas instituições, contudo, estavam, muito embora já impregnadas em sua terminologia, longe de alcançar o *status* de tratamento médico, visto que carecia um dos mais essenciais móveis para tanto: um método científico que se preocupasse efetivamente com a saúde do *espírito*, em sua identificação, trato e cura; faltava, portanto, o advento da *psiquiatria*.

Aqui, portanto, faz-se mister um parênteses histórico-científico. A aparição da psiquiatria como ciência, como já referenciado, mostra-se como um relevante ponto de inflexão na metodologia institucional dos asilos. Porém, tal metodologia só se firma como ciência no século XIX, o que só disponibiliza uma alteração nas políticas de controle e saneamento de enfermos mentais, após já sua solidificação como ciência. É com este último que nos preocupamos a seguir.

### **3. Nascimento da psiquiatria como ciência médica**

Em termos teóricos, tais acontecimentos propiciam o caminhar gradativo do que seria mais tarde, já no avançar do século XIX, considerado como o nascimento da ciência psiquiátrica. Os escritos clínicos do início daquele século, elaborados, por exemplo, por Bayle

e Falret, posteriores aos de cunho meramente clínico-descritivos, já continham em si uma metodologia uniformizante intitulada de *nosologia*. Os primeiros, pautados em meros *Zustandbilders* que “[...] se apegavam os clínicos de maior prestígio na psiquiatria européia, conduzia-os a uma fragmentação ilimitada de formas que eram simples quadros clínicos, eleitos à categorias de entidades mórbidas independentes” (MELO, 1979, p. 9) e era esse erro metodológico que o último intenta corrigir.

O *princípio nosológico-clínico* ganha estrutura a partir da formatação que lhe é dada pelo considerado real criador da ciência psiquiátrica, Emil Kraepelin, que, analogicamente, modela sua estrutura metodológica a partir do conceito de unidades-nosológicas utilizadas na patologia médica, com o intuito final, “em grau extremo, de fundir diagnóstico e prognóstico, na estrita dependência do processo patológico em si” (MELO, 1979, p. 8). Naturalmente, tal formatação não adquiriu seu delineamento final por aí. Severas e consistentes críticas foram construídas a partir desta conceitualização, que transitaram desde seu aspecto metodológico até sua aplicação na *práxis* clínica. O maior e mais consistente exemplo de crítica sobre tais teorias fora apresentada no congresso de Kiel em 1912, por Hoche e Bonhöffer, que forçaram, por fim, a revisões estruturais que culminaram no total remanejamento desta metodologia.

Poucos anos após o congresso de Kiel, no início do século XX, a partir da análise estrutural propiciada por Birnbaum em *Die Strukturanalyse als klinischer Forschungsprinzip* (A análise estrutural como princípio clínico de pesquisa), os fatores considerados para a identificação clínica das psicopatologias, aumentam em sua complexidade ao serem considerados como variáveis atuantes diversos fatores externos à *psique* do enfermo. Mas é apenas em *Der Aufbau der Psychosen* (A arquitetura da Psicose), de 1928, que os fatores patológicos ganharam uma definição metodológica bastante clara sobre a composição estrutural da psicose modelada a partir da interação de fatores patogênicos, ou determinantes, e fatores *patoplásticos*, que por sua vez se subdividem em principais e acessórios, estruturados a partir dos seguintes conceitos (MELO, 1979, p. 11):

*Pré-disposição*: ligado ao que se entende por aptidão patogênica; *Pré-formação*: Atinentes às estruturas pré-formadas, que plasam e impulsionam a aptidão *patoplástica*; *Desencadeamento*: também denominado de *provocação* que deflagra e mobiliza a sintomatologia clínica aparente.

Desta composição em diante, muito se alterou na metodologia de identificação das psicoses e demais psicopatologias, inclusive com a posterior inclusão e reconhecimento da relevância da *teoria da personalidade* para a identificação das mais variadas formas de manifestação de uma mesma psicose. Assim,

Hoje, tem-se por assente que o prognóstico é um produto complexo, em cuja estrutura entram em jogo numerosos fatores, de ordem geral e particular, sem o conhecimento dos quais nunca é possível prever, com segurança, o porvir da enfermidade (MELO, 1979, p. 13).

Em que pese a construção oscilante de uma metodologia exata, é com segurança que se atribui hodiernamente à psiquiatria um caráter científico que, uma vez reconhecido desta forma, passa a ocupar posição de destaque e de interesse, assim como grande parte das ciências, em especial as ciências que se predispõem a estudar o comportamento humano e, como consequência, sua previsibilidade e controle, nas mais variadas formas e disposições institucionais, uma vez revestida, como já ressaltado, com certo grau de confiabilidade que carregam em si as ciências. Desta forma, quando da alegação da psiquiatria como mecanismo capaz de identificar os perigos envoltos à *psique* humana o aparato institucional responsável pelo controle social se viu munido de elementos potencializadores de tal controle. Como consequência de tal movimento, não tardou a chegar e a ganhar corpo a aplicação e estudo interdisciplinar da psiquiatria e outros ramos do conhecimento. O direito, por sua relevância e destaque no papel de *social controller*, ganhou numerosos e proveitosos elementos com tal interdisciplinaridade.

#### **4. Direito, perícia e controle**

Com a possibilidade de diferenciação cientificamente comprovada entre criminoso comum e enfermo mental, configura-se uma

brusca revolução nas formas de visão dos atos praticados, pois altera o eixo de inferência acerca do caráter condenável social ou institucionalmente, por via de lei, ou seja, juridicamente, das condutas praticadas em sociedade. A variável a ser considerada como determinante para a verificação, por exemplo, do grau de criminalidade do agente a partir dessas alterações anunciadas, começa também a passar pelo *status* mental apresentado pelo agente numa escala que passa a variar entre *inimputável*, ou seja, inapto a receber a pena oriunda da prática cometida, e *imputável*, o oposto do primeiro.

Assim, para que se reconheça a existência de uma infração penal, torna-se indispensável que, além da tipicidade e da ilicitude, verifique-se a culpabilidade, um juízo de reprovação social, incidente sobre o fato e seu autor, pessoa imputável, com conhecimento potencial da ilicitude e possibilidade e exigibilidade de ter atuado conforme o Direito. [...] O inimputável é capaz de cometer o injusto penal, isto é algo não permitido pelo ordenamento, mas não merece ser socialmente reprovado, por ausência de capacidade de entendimento do ilícito ou de determinação de agir conforme este entendimento (NUCCI, 2006, p. 341).

Naturalmente, a verificação de tal *status* deve, a partir de então, estar formatada de acordo com os moldes científicos aprovados pela psiquiatria e, já que pretensamente institucionalizados, previstos em lei. Assim, a ciência passa a sofrer limitações quanto a posteriores alterações metodológicas e de *práxis* em função do engessamento jurídico propiciado pela institucionalização da aplicação científica dentro da esfera Estatal, alicerçada pelo princípio da segurança jurídica e ordem social, *conditio sine quae non* de qualquer pragmática sócio-institucional.

Instrumentalmente, a influência psiquiátrica às funções institucionais se deu com as *perícias* que atestam, em diversos ramos institucionais, as condições que o sujeito em questão possui de discernir os *atos jurídicos/delitos* derivados de suas condutas. Em todo caso, se da verificação de total impossibilidade de discernimento do agente mediante tal laudo pericial, é comum que o agente não seja responsabilizado pelo ato, com o peso que seria aquele sujeito que detinha, à época do delito, consciência da prática e da consequência

de tais atos. Essa avaliação, contudo, não pode ficar a mero cargo do avaliador psiquiátrico, por mais gabarito ou *know-how* que este detenha. A formatação de *quesitos* uniformes, quase *jurídico-nosológicos*, se faz imprescindível para a verificação de tais padrões, bem como a requisição do órgão institucional competente para aplicação de tal exame. Assim,

Os peritos devem responder aos quesitos formulados pelo juiz e pelas partes ou interessados, pois a falta de resposta a um deles é causa de nulidade, devendo repetir-se a perícia. Além disso, a motivação do laudo pericial é essencial para que o juiz e as partes possam se convencer do acerto de conclusões dos peritos nas respostas aos quesitos. Como os julgadores não estão adstritos ao laudo (Art.182) podendo ser ele aceito, no todo ou em parte, ou até repudiado, a omissão da motivação importa nulidade absoluta (MIRABETE, 2003, p. 447).

Sem outro caminho possível, o que a institucionalização psiquiátrica faz é amoldá-la em seus padrões de aplicabilidade para tornar-se aceita dentro do mecanismo funcional do Estado. Tal fenômeno a coloca convenientemente como uma possível ferramenta de delimitação de *normais*, *criminosos* e *anormais*. Claro que o avanço científico experimentado consegue provocar certas mudanças em alguns módulos, especialmente no controle punitivo do Estado, alterando, de certa forma, estruturalmente e não qualitativamente, as formas de identificação dos *anormais*. Estes assumem, a partir de então uma estrutura passiva e não mais ativa como era outrora. Em outras palavras, os *anormais* são tratados como tais, à medida que não detêm condições mentais de receptionar as regras sociais e agir conforme elas, e não mais a partir das condutas que pratica, embora não se consiga seguramente afirmar tal alteração de forma incondicionada.

Esta nova apresentação, como era de se esperar, oferece reflexos de alta relevância nos moldes funcionais das instituições competentes para encarcerar aqueles que praticam atos indesejáveis à sociedade, pois, agora, temos duas classes juridicamente distintas destes agentes: os que agem ilicitamente e detêm condições de assimilar sua conduta delitativa como tal e os que, embora ajam de forma ilícita, não comportam a possibilidade de assimilar esta enquanto tal. Pois,

embora *inimputáveis*, estes ainda agem ilicitamente e, ao agir, embora sem capacidade de saber de seu erro e, portanto, impossível de ser corrigido e ressocializado nos moldes possibilitados a um criminoso são, aquele ainda age e, ao agir, perturba a ordem social. Este deve ser afastado do seio social sem, contudo, ser colocado em local resguardado para criminosos, por incompatibilidade de *status*, exigindo uma programação socializante, totalmente diferente daquela estabelecida e mantida em instituições carcerárias comuns.

Assim, nota-se que não apenas o ordenamento jurídico se altera para admitir uma nova leva de conceitos paulatinamente admitidos e incorporados funcionalmente, como as estruturas propiciadoras do funcionamento de tal legislação também se adequa ao novo grau de complexidade apresentado dentro do sistema social. Essa adequação é sentida em diversas esferas institucionais. Porém, para o que aqui se intenta e a título de exemplo desta dinâmica, ater-se-á aos amoldamentos disponibilizados pelas instituições de guarda e manutenção de membros sociais perturbadores da ordem, sabendo ou não disso. Aqui, identifica-se que as instituições prisionais dividem espaço com outras instituições que, embora privem a liberdade de uma específica ordem de pessoas, não a fazem sobre os mesmos critérios que a primeira.

O *Isolamento* ainda mantém-se na posição central de instrumento garante da ordem social. A necessidade de manter os enfermos mentais afastados do convívio social é imprescindível sob os olhos do Estado, uma vez que só mediante tal confinamento é que o controle produzirá efeito desejado no escopo do confinamento, qual seja, a cura. De fato, tais métodos terapêuticos podem e efetivamente os são questionáveis, no que tange à referida cura, o que se desdobra em movimentos contrários à manutenção dos asilos psiquiátricos ou, como hodiernamente denominados, manicômios.

## 5. Da des(re)-institucionalização

Fora Franco Basaglia, já no século XX, que elaborou questionamentos nesse sentido. A institucionalização se mostra para ele, sob efeito das literaturas apresentadas em sua época de forma recente, como a *História da Loucura* de Foucault, uma concentração de autoritarismo e coerção que não alcança efetivamente uma possível

e adequada forma de tratamento psiquiátrico, embora já haja um reconhecimento desta como ciência. A aplicação científica, para Basaglia, se mostra questionável e exitosa. A partir destas convicções, ele, ao assumir a direção do Hospital Manicomial de *Gorizia*, norte da Itália, em 1961, inicia um projeto de adequação terapêutica que, mais tarde, vai julgar como sendo insuficiente, já que a configuração dos enfermos como objetos ainda prevalecia.

É em 1970, ao assumir a Direção do Hospital de *Trieste*, também norte da Itália, que passa a ter uma postura totalmente contrária à institucionalização e inicia o processo de fechamento daquela Instituição, plenamente encerrada em 1976. Nesse trajeto,

Algumas premissas no pensamento e na ação prática de Basaglia estarão presentes por toda sua trajetória:

a) A luta contra a institucionalização: diz respeito à idéia de destruição do manicômio, ou melhor, do aparato manicomial, enquanto práticas multidisciplinares e multi-institucionais, capilares, estendidas e exercidas por múltiplos espaços sociais, embora “perfeitamente conscientes dos riscos que estamos correndo: ser esmagado por uma estrutura social baseada na norma por ela própria estabelecida e fora da qual se submete as sanções previstas pelo sistema”. Mas apesar da dimensão negativa (de negação/superação), se está sempre re-institucionalizando o doente e os conceitos sobre ele produzido;

[...]A luta contra a tecnificação: refere-se à luta obstinada de não substituição por outros saberes científicos sobre a doença, criando assim novas tecnologias para criar novas intervenções;

b) A invenção e constituição de uma relação de contrato social: o doente, despojado de todas as incrustações institucionais e das imposições da norma e do poder, deve ter substituída a relação de tutela por uma relação de contrato;

c) A consciência das transformações advém da prática efetiva advém de lutas no campo político e social; [...] (AMARANTE, 1994, p. 62-63).

A partir deste novo contexto propiciado por Basaglia, a Itália, curiosamente, em 1978, altera, por vias institucionais, sua posição relativa à manutenção dos manicômios, por via da lei 180, chamada de “Lei Basaglia” ou “Lei da reforma psiquiátrica italiana”. Principal e resumidamente, o que podemos destacar consiste em:

A lei Basaglia, em essência, impede o internamento compulsório de doentes mentais, ou seja, estabelece a voluntariedade do doente para o internamento. Prevê também a convivência do doente na sociedade, não mais confinado por longos períodos em hospitais psiquiátricos. Substituiu uma lei precedente, de 1904, que considerava legítimo o internamento mediante o reconhecimento médico da periculosidade de uma pessoa para si e para os outros. É uma lei que toca no poder da medicina e nos dogmas de cura, recolocando o doente em seu lugar de sujeito, não mais de paciente. O papel dos profissionais de saúde muda drasticamente, passando do exercício do poder baseado no saber, para o desafio de usar principalmente o saber na recuperação e potencialização dos sujeitos. (RODRIGUES, 2005, p. 57-58).

A essência contratual deste movimento clínico-democrático encontra-se, portanto, atrelada à voluntariedade de se tratar. A problemática transporta-se, nesta esteira, para a manifestação de vontade e como esta, se assim for possível, se manifesta em cada enfermo. Desta forma, uma vez alterado o eixo central da relação de poder, que outrora era focado na autoridade científica do médico e agora é transferido para aquele detentor da possibilidade de traduzir a vontade do enfermo, vez que, por exemplo, em estados catatônicos mostra-se bastante complicado, se não inviável, a busca da manifestação pessoal da vontade do enfermo, tal alteração não implica na democratização do tratamento, vez que este pressupõe uma relação horizontalizada em todos os níveis, mas sim uma alteração na relação de poder. A hierarquização mantém-se, não mais na relação médico/enfermo, mas sim entre enfermo e aquele que se *impõe* como tradutor da vontade daquele. As relações familiares, já impregnadas de estruturas hierarquizadas e manifestações patológicas de poder que causam implicações e agravos consideráveis nos enfermos mentais presentes em seu seio<sup>4</sup>, não se desfazem com este processo de *horizontalização clínica*. Assim, identifica-se que a relação de poder, que outrora era atrelada à esfera pública, agora é presa à esfera privada.

---

<sup>4</sup> Para uma leitura sutilmente desenvolvida sobre o tema, ver WATZLAWICK, Paul et al. *Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo: Cultrix, 2001.

Ao lado das considerações levantadas no parágrafo anterior, é fato que tal processo ganha corpo em toda a Europa do século XX e produz seus efeitos nos países do novo mundo. Evento este que explode, em meados da década de 1980, em um movimento para a desinstitucionalização dos tratamentos de doenças mentais, incentivado e mantido por parte dos intelectuais e acadêmicos da área de psicologia e psiquiatria. Tais manifestações foram conhecidas como *movimento antimanicomial*, ou *antipsiquiátrico*, que ainda mantém-se vivo e produz efeitos na atualidade.

### Considerações finais

Embora os acontecimentos teóricos presenciados no século passado, que detinham como nobre objetivo o fim de uma relação de poder existente entre médico/enfermo, venham buscar uma concentração dos padrões de cura no enfermo, tentando alterar a tradição controladora, via instituições, da prática psiquiátrica experimentada até então, nos parece exitoso afirmar que tal prática tenha, de fato, culminado a esta tradição controladora um fim. E isso se mostra por algumas razões:

1) Muito embora a tentativa de democratização exista inclusive hodiernamente, todo o aparato científico fomentado por órgãos de pesquisa, quer estatais, quer não, dá prevalência a este molde de relação e ainda, e em função disso, práticas científicas contrárias aos procedimentos e metodologias fomentadas são vistas com certo desconforto e inadequação metodológica, sendo comprometido, dentro do cenário acadêmico científico, seu caráter como ciência.

E a ciência não é somente conhecimento; é também forma de controle social e manutenção de estruturas de poder. O *adestramento* provocado por depoimentos de grandes cientistas, mesmo que carregados de opiniões de senso comum, vinculam e criam verdades. Passam, cada vez mais, a poder dizer o que pode e o que não pode ser feito dentro da prática clínica. Assim, esta ainda prepondera nos meios acadêmicos, mantendo, desta forma, a prática clínica a partir de uma estruturação *verticalizadora* da relação médico/enfermo.

2) Em função do engessamento normativo propiciado pelo ordenamento jurídico, muito embora tenha havido alterações e humanizações nas legislações vigentes, o Estado mantém a figura da clínica e do perito como detentor da capacidade de, respectivamente, *curar*, ressocializando o enfermo, e dizer quem é enfermo mental e quem não é. Desta maneira, pouco se tem de contratual na manifestação jurisdicional, de normalidade/anormalidade, embora possamos vislumbrar, como já mencionamos, tentativas normativas de humanizar as instituições<sup>5</sup>. Ainda assim, a sentença delimitadora da condição psicológica daquele *sub judice* será pautada a partir das considerações feitas por aquele que lhe avaliou e, flagrantemente, como consequência, institui dupla camada, verticalizadas ambas, de poder; um científico, do perito que lhe avaliou, e um leigo, do juízo ao qual é submetido o pretense enfermo que, como base na autoridade acadêmica do perito (titulação acadêmica, aprovação em concurso público, inserção no cenário acadêmico) que se constitui de uma qualificação formal, já que aquele juízo pouco tem de condições para apreciar o conteúdo do parecer, por desconhecer as práticas psiquiátricas, em sua larga maioria.

Nesta esteira, vale destacar Bourdieu (2005, p. 237):

O direito consagra a ordem estabelecida ao consagrar uma visão desta ordem que é uma visão do Estado, garantida pelo Estado. Ele atribui aos agentes uma identidade garantida, um estado civil, e sobretudo poderes (ou capacidades) socialmente reconhecidos, portanto produtivos, mediante distribuições dos direitos de utilizar esses poderes, títulos (escolares, profissionais, etc.), certificados (de aptidão, de doença, de invalidez, etc.), e sanciona todos os processos ligados à aquisição, ao aumento, à transferência ou à retirada desses poderes. Os veredictos por meio dos quais ele distribui diferentes volumes de diferentes espécies de capital a diferentes agentes (ou instituições) põem um termo, ou, pelo menos, um limite à luta, ao regateio ou à negociação acerca das qualidades das pessoas, dos grupos, portanto

---

<sup>5</sup> Por exemplo, a nem tão recente alteração legislativa que alterou o nome das instituições estatais psiquiátricas, de “Manicômio judiciário” para “Hospital de custódia e tratamento psiquiátrico”, embora mantendo a mesma infraestrutura e moldes de funcionamento.

acerca da justa atribuição dos nomes, próprios ou comuns, como os títulos, acerca da união ou da separação, em resumo, sobre todo o trabalho prático de *worldmaking*, casamento, casamentos, divórcios, cooptações, associações, dissoluções, etc., que está na origem da constituição dos grupos. O direito é, sem dúvida, a forma por excelência do poder simbólico de nomeação que cria as coisas nomeadas e, em particular, os grupos; ele confere a estas realidades surgidas das suas operações de classificação toda a permanência, a das coisas, que, uma instituição histórica é capaz de conferir a instituições históricas.

Ainda Bourdieu (2005, p. 246):

A norma jurídica, quando consagra em forma de um conjunto formalmente coerente regras oficiais e, por definição, sociais “universais”, os princípios práticos do estilo de vida simbolicamente dominante, tende a informar realmente as práticas do conjunto dos agentes, para além das diferenças de condição e de estilo de vida: o efeito de universalização, a que se poderia também chamar *efeito de normalização*, vem aumentar o efeito da autoridade social que a cultura legítima e os seus detentores já exercem para dar toda a sua eficácia prática à coerção jurídica. Pela promoção ontológica que ela opera ao transformar a regularidade (aquilo que se faz regularmente) em regra (aquilo que é regra fazer) [...].

O que se vislumbra, sob guisa de conclusão, é: embora manifestações de diversos gêneros e distintos pressupostos acerca das práticas clínicas, tais opiniões vêm contribuindo para o fortalecimento das relações de poder apresentadas e destacadas quando de seu posicionamento do *status* econômico apresentado e, embora clamores de todos os gêneros, tais padrões de controle, que ditos indesejáveis sob a premissa da *liberdade* utiliza-se desta última como um manto que acoberta a nudez da ordem, do controle, e do poder, e então produz a conhecida *liberdade vigiada*, ou *não liberdade*.

## Referências

AMARANTE, P. *Uma aventura no manicômio*. A trajetória de Franco Basaglia. *História ciências e saúde-Manguinhos*, v.1 n.1 . Rio de Janeiro July/Oct. 1994.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a06v01n1.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2007.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

CHINOY, E. *Sociedade: Uma introdução à sociologia*. São Paulo: Cultrix, 1976.

ELIAS, N. *O processo civilizador*. v. I. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. (original de 1961).

\_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. 2001 (original de 1979).

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1997.(original de 1975).

FROMM, E. *Psicanálise da sociedade contemporânea*. São Paulo: Círculo do Livro, 1988.

MELO, A. L. N. de. *Psiquiatria*. v. II. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

MIRABETE, J. F. *Código de Processo Penal Interpretado*. São Paulo: Atlas, 2003.

NUCCI, G. S. *Código de Processo Penal Comentado*. São Paulo:: Revista dos Tribunais, 2006.

RODRIGUES, M. B. *Quais são as nossas diferenças? Reflexões sobre a Convivência com o diverso em escolas italianas*. *Psicologia & Sociedade*, v. 17, n.3, p.51-57 set/dez, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a08v17n3.pdf><>. Acesso em: 21 out. 2007.