

## LOUCURA: UM PROCESSO DE DESCONSTRUÇÃO DA EXISTÊNCIA\*

MARIA INÊS BRITTO BRUNELLO\*\*

---

BRUNELLO, M.I.B. Loucura: um processo de desconstrução da existência. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 1, p. 14-19, jan. / abr., 1998.

**RESUMO:** Este artigo procura refletir sobre as consequências de um processo terapêutico alienante e excludente, a partir de histórias contadas por quatro indivíduos que viveram por muitos anos dentro de um sistema psiquiátrico, que tem seu começo na internação – marco de uma referência de condutas segregadoras e estigmatizantes por parte da sociedade. A imagem que a doença mental produz no imaginário popular, gera uma quebra de comunicação do doente mental com a sociedade, através da “surdez”, da indiferença, da descrença e conseqüente exclusão e confinamento. A conseqüência de tudo isso é a transformação do indivíduo em nada, a desconstrução social de sua existência. Perde o direito à vida, à liberdade, à construção de suas relações sociais e afetivas.

**DESCRITORES:** Saúde mental. Pesquisa, métodos. Desinstitucionalização, tendências.

---

**E**ste trabalho é fruto de uma prática e de um contato com indivíduos que vivenciaram o sofrimento psíquico e de constantes reflexões que envolvem a Psiquiatria.

Lidar com atividades manuais, artísticas, corporais ou dramáticas, em grupos de pacientes psiquiátricos, coloca-nos geralmente, diante de questionamentos como: quanto de belo e plástico vai sendo perdido durante a história de vida de cada um deles; quão distantes vão ficando de seus sentimentos, criações e ações; quantas perdas ocorrem em suas vidas durante um processo de longas internações em hospitais psiquiátricos.

Ao conviver com esses indivíduos percebia como era comum a passividade, a falta de iniciativa, o medo do novo e a descrença em si. Ouvir suas histórias foi ouvir histórias de solidão, de exclusão, de perdas.

Perdas... muitos já nem se lembravam do que tiveram; outros já se conformavam com o que sobrou; mas muitos ainda sofriam por causa delas.

O objetivo dessa pesquisa foi poder explicitar que perdas eram essas que iam ocorrendo com os indivíduos que possuíam uma longa história institucional e que carregavam por muitos anos o estigma da doença mental. Através de histórias de vida contadas pelos

---

\* Síntese da Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica, PUC, 1992.

\*\* Professora Assistente do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**Endereço para correspondência:** Prof. Maria Inês Britto Brunello. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. 05360-000. São Paulo, SP. email: centroto@edu.usp.br

próprios pacientes pude ir delimitando esse campo. Um campo de muitas perdas: no trabalho, nos estudos, nas relações afetivas, nos direitos como cidadão, na crença em si próprio e nas possibilidades de expressão e criação.

A doença mental e o sofrimento psíquico são fatores que isolam o indivíduo, passando a viver seu próprio mundo, partilhando-o menos com os outros. Sente-se vulnerável porque, muitas vezes, a realidade o invade e lhe é persecutória. O tempo e o espaço se fragmentam, fragmentando também a sua história de vida. O sentido de sua ação só pode ser readquirido quando o estranho é descoberto como comum, o isolado pode relacionar-se e o desconhecido deixa de surpreender.

Mas, somado a isso, ele passa a ser visto como aquele que foge às regras do seu grupo, transformando-se na ameaça que desestrutura a ordem social: é o caos.

É bom lembrar que SARBIN<sup>8</sup> diz que cada indivíduo possui uma identidade social que o faz sentir pertencente a um grupo. Identidade social entendida, aqui, como aquela parte do auto conceito que se forma a partir da consciência de ser um membro do grupo e do valor e significado emocional ligado ao fato de se perceber parte deste. A identidade social é elemento fundamental – dentro da multiplicidade de fatores – na contribuição da definição do lugar que irá ocupar o indivíduo na sociedade, variando de acordo com os valores e crenças de cada grupo. Dentro dessa estrutura, o indivíduo vai desempenhar papéis exigidos pela sua cultura, executa atividades que fazem parte de sua comunidade e comporta-se dentro das normas determinadas por esta, pois, cada elemento tem a necessidade de sentir que é aceito pelos seus parceiros. Cria-se com isso uma caracterização comum, sendo possível defini-lo e enquadrá-lo dentro de certos conceitos e categorias. O indivíduo passa, então, a ocupar um lugar e um espaço dentro do seu grupo social.

Sobre isso, GOFFMAN<sup>5</sup> afirma que os grupos sociais, ao criarem seus códigos comuns, produzem obrigações e expectativas, cujas transgressões serão sancionadas negativamente pelos mesmos. Por isso, o estigma só irá surgir onde houver certa expectativa em relação ao indivíduo, o qual deverá ser capaz de cumprir as normas estipuladas pelos seus semelhantes.

Assim, o grupo social já impõe uma idéia pré-

concebida do “outro” enquadrando-o dentro de uma classificação social, gerando condutas pré-estabelecidas. Todas essas tipificações afetam continuamente a interação entre os elementos do grupo.

A história da Psiquiatria nos mostra gerações de alienistas duvidando que haja alguma razão na loucura. Tem-se negado inteligibilidade e crédito ao louco, levando à surdez em relação às comunicações e necessidades deste, retirando-lhe todo o direito de cidadão. Muitas vezes, o que a psiquiatria fez foi “ouvir” o paciente, não para buscar a compreensão de sua história, mas sim para enquadrá-lo num diagnóstico, numa conduta terapêutica, muitas vezes distante de suas necessidades.

A representação que se formou na nossa sociedade em relação à loucura fez com que o doente mental ocupasse um lugar de total anomia, alienação e despersonalização. Perdeu sua garantia de crédito social, de respeitabilidade, diante de um estigma que o reduziu a quase nada, gerando quebras de comunicação com o resto da sociedade, através da “surdez”, da indiferença, num processo de estigmatização e conseqüente exclusão e confinamento. Todas as relações que se estabelecem com a pessoa que enlouquece, isto é, o medo, a descrença, a vergonha, a tutela, põem em evidência a condição de um ser passivo e dependente:

*Sem voz, sem direitos, juridicamente inábil e perigoso, o louco se configura em não-cidadão\**  
(CESARINO, 1989, p. 93)<sup>4</sup>.

O indivíduo acaba sendo reduzido à condição de pessoa estranha, sem direitos e identidade e – o que é pior – sem prognóstico, sem uma esperança de saída, como um eterno doente mental com todas as marcas que o caracterizam. Segundo BASAGLIA<sup>1</sup>, o fenômeno negativo, ou seja, o comportamento anômalo no sentido do anti-social, acaba sendo isolado e proposto como absoluto e natural para justificar seu caráter imutável.

*...mas que nada, a imagem estava tão grande na cidade, quem queria eu trabalhar louca? Quem quer uma louca? Ninguém quer mais trabalhar com essa louca, essa louca vai atrapalhar todo mundo agora... (paciente M.J.).*

A doença mental foi, e continua sendo, algo obscuro. O que ela é, o que a causa, o que pode curá-la



continuam gerando questionamentos constantes entre profissionais e leigos. E essas incertezas sempre criaram insegurança àqueles que se viam na obrigação e tinham o poder de desvelar a “verdade” e organizar o caos. Uma das conseqüências desse caminho foi colocar o doente mental na situação de desacreditado, perigoso, sem razão, pois dessa forma, sua voz não teria crédito, seus desejos não seriam ouvidos e os seus direitos poderiam ser anulados. Assim, foi mais fácil olhar o louco como aquele que é “lelé”, “pirado”, “sem razão”. E muitos não conseguem sair desse lugar: do lugar de doente mental.

*... mas tem uma coisa. As pessoas perdem a confiança na gente. Não tem confiança nas minhas palavras. Nem no que eu falo mais. A minha família não confia. Vai verificar se é verdade o que eu falo. Eu conto uma coisa em casa e eles vão verificar se é verdade. Se a minha família é assim, já imaginaram o povo lá fora? (paciente B).*

A ruptura com a normalidade e o sentimento de deixar de fazer parte do mundo dos sãos e passar a integrar o outro lado dessa fronteira – o lado dos loucos – é sentida, geralmente de forma abrupta pelos pacientes, levando à sensação de um corte repentino na sua vida cotidiana. Geralmente essa ruptura entre ser aceito pelo seu grupo e a alienação e exclusão tem sua marca concreta na internação. A internação acaba sendo o que define no grupo social quem é o louco, incapaz, dependente, e de outro lado, o saudável, normal. Como diz CASTEL<sup>3</sup>:

*Aliás, no mundo normal, nada senão a razão, senão o bom senso e no asilo, nada de sensato. O asilo prega, decanta, purifica, recolhe de seus muros toda a loucura do mundo. As grades do asilo separam, demarcam: fora, o normal; dentro o patológico (CASTEL, 1978, p. 166)<sup>3</sup>.*

O momento da internação vai fazer com que os pacientes, ao contarem suas histórias, dividam suas vidas em duas grandes fases – antes da internação ou fase da normalidade – e depois da internação – ou fase da loucura. Chegam a relatar os sofrimentos vividos antes da internação, mas que não os impediam de atuar no mundo dos “sãos”. A marca da internação, porém, vai excluí-los desse mundo.

*... a pessoa que é internada fica com uma marca.*

*Desde a primeira vez. Dificulta. Em vez de melhorar, ela vai cada vez mais piorando. Porque os locais são muito exclusivos para as pessoas que são mentalmente perturbadas, loucas, então vai piorando. Isso é fogo, isso que a sociedade faz é ruim, deixa a marca... família e sociedade. A minha sobrinha casou com um pirado. Ele é completamente pirado mas trabalha. Às vezes ele quebra tudo lá em casa. Mas é normal. Ele trabalha e ganha muito dinheiro (paciente S.).*

Uma vez em contato com esse mundo – o da loucura institucionalizada – a saída é praticamente impossível, visto que o indivíduo começa um ciclo psiquiátrico que é hermético e doloroso. Ele passa a viver situações e em lugares que o isolam, que tiram sua autonomia, seus direitos, sua expressão e suas fantasias. Carrega um estigma que o segrega, que o rejeita, fazendo com que desconfie de suas próprias potencialidades.

*A família acha que depois que você fica doente, você não pode trabalhar, não pode namorar, estudar. Porque eles acham que pode atrapalhar, ter problema no serviço. Te tratam como criança. Dependente. Queria sempre saber onde trabalhava, com quem, como é que ia ser, como não ia ser. Queria ir até o trabalho falar “meu filho é doente (paciente I).*

As condutas terapêuticas são geralmente alienadoras e excludentes. A internação passa a ser uma constante na história de vida dos pacientes, pois para o grupo social é importante isolar, aliviar e ignorar rapidamente a dor que incomoda, mesmo que para o paciente não tenha lógica.

A partir do ato da internação, o indivíduo é desconsiderado como agente, seu poder de decisão, seus desejos são anulados e passam a ser controlados pela família e pela psiquiatria. A pessoa não tem poder de escolha às condutas que serão tomadas com ela. O “doente” passa a ser aquele que nada sabe e por isso precisa de alguém que zele por todas as suas ações, gerando um processo de perdas em várias esferas de sua vida: no trabalho, nos estudos, nas relações afetivas, nos direitos como cidadão, na crença em si próprio e nas possibilidades de se expressar, de brincar, de chorar ou mesmo de sonhar.

A história da exclusão é geralmente muito longa

na vida dessas pessoas. Já nem se lembram mais do porquê das internações. Já perderam até os parâmetros do que podem ou não fazer para serem consideradas normais. Lembram-se que algo de “anormal” fizeram numa determinada fase de sua vida, mas, o que foi mesmo? Por que foi internado? Por que mesmo continua acreditando ser ele um louco, sendo internado e excluído das atividades da sociedade?

O total desconhecimento do que é a psiquiatria, e mais ainda do que é um hospital psiquiátrico, faz com que aquele que é internado, e que não compreende o porquê da conduta, pense que é culpado por alguma coisa que fez e que a internação é um castigo pelo comportamento diferente. A loucura e a internação só fazem confirmar que ele errou, pois se comportou de forma anormal; geram um sentimento de inconformismo, de raiva, de solidão e de descrença no mundo.

A internação acaba por afastar o paciente das atividades mais rotineiras, mais triviais: perde seus direitos de liberdade, de poder se movimentar, se divertir... É isolado do mundo, das pessoas de quem gosta, impossibilitado de comunicar-se com o mundo de fora, receber visitas, telefonar. Atividades corriqueiras para quem está livre, passam a ser proibidas e escassas a quem está internado. É a exclusão, a perda da liberdade e de seus direitos mais básicos.

O paciente acaba achando normal o que é anormal, o que é inexplicável. Vemos, de um lado, a incompreensão, a falta de esclarecimento sobre todas as vivências experimentadas por ele e sobre as condutas tomadas e, de outro lado, a imposição de um saber psiquiátrico, de uma objetividade médica e o autoritarismo dos agentes terapêuticos. A internação passa a ter coerência e até ser vista como fonte de alívio para aquele que, frente à dor e à solidão do sofrimento psíquico, só vê como saída a internação, isolamento.

Além disso, temos uma legislação que condena e exclui o doente mental. O decreto de 1934, que por incrível que pareça ainda é o que legaliza a institucionalização e reafirma o louco como louco, acaba por vincular qualquer movimento de liberdade, qualquer iniciativa do indivíduo que adoce à tutela do Estado e à medicina mental. O indivíduo, a partir desse decreto, acaba sendo definido como personagem que perturba

a ordem social, fragilizado frente às condutas terapêuticas e transformado numa somatória de reações perigosas e estranhas. Sua “boa conduta”, reabilitação e recolhimento à instituição fica dependente da conveniência que a ciência determina entre normalidade e anormalidade (MACHADO)<sup>6</sup>.

A consequência disso tudo é a transformação do indivíduo “em nada”, é o que vou chamar aqui de *desconstrução social da existência*. Perde-se o direito à vida, à liberdade, à reconstrução de suas relações sociais e afetivas e de sua identidade e consciência pessoal.

No início, as perdas são das coisas mais imediatas, mais próximas, mais materiais: a prova, o curso, um compromisso, uma falta no emprego; ao pânico, soma-se a revolta. A desvinculação com o meio traz a ausência de uma ação que é consequência da vida. Se alguém torceu o pé, todo mundo entende a falta, mas se “entortou” a cabeça, é melhor não explicar.

Conforme se ampliam e se fixam os conceitos externos dos acontecimentos, com novas internações terapêuticas, novas perdas se instalam. Os amigos que parecem a princípio se interessar, vão desaparecendo. As visitas diminuem, o interesse arrefece. A revolta se acentua, agora contra as pessoas próximas que teriam chance de entender, de participar. Elas não vêm, e quando vêm, estão longe, distantes. Mais e mais as pessoas se afastam, fogem, faltam.

Agora são familiares, mas há uma diferença: além do distanciamento, da vergonha, surge também a descrença, o descrédito. A pessoa percebe que não tem importância nenhuma, pois não é confiável, é louca.

*... uns até tem dó, outros não quer participar, outros porque quer se distanciar, porque acham que conversa de maluco tem que deixar pra lá. Dizem "não tá boa não", "aquela ali já era". Já ouvi isso e todos os tipos de coisa. Com todos aqui é o mesmo dilema: é distância da família, dos amigos, é distância de tudo (paciente M.J.).*

Com tudo isso, é melhor não falar. Qualquer manifestação pode gerar mais afastamentos, mais vergonha, mais descrença. A alternância entre os silêncios é a constatação da sua não-valia e que vai se ampliando até ele perceber que não serve mais para nada.

Resta o isolamento. Isolamento para não sentir, não



falar, não atrapalhar, não desejar, não reivindicar. Isolar para não incomodar.

Mas, algumas vezes, ainda restam desejos e pedidos... Desejos de terem um “tratamento bom” (sic). E, se analisarmos bem, trata-se de algo bem mais simples do que a parafernália que a psiquiatria tem tentado organizar para a cura do doente mental. Existe, digamos, certa distância entre as necessidades reais daqueles que sofrem e as propostas curativas e preventivas para esse grupo de pessoas.

A busca de uma real transformação deve passar necessariamente por mudanças que envolvem redefinições do conceito de desvio e de norma e dos processos curativos a estes vinculados. Pois, assim, como diz ROTELLI et al.<sup>7</sup>, o problema deixa de ser a “cura” para a vida produtiva, e passa a ser produção de vida, de sentido de sociabilidade:

*Reconstrução de uma identidade inteira, complexa e concreta do indivíduo, o seu poder de sujeito social (ROTELLI et al., 1990, p. 85)<sup>7</sup>.*

O trabalho terapêutico deve, pois, ser voltado para a reconstrução das pessoas, enquanto seres que sofrem, a partir de uma transformação na forma de perceber o sofrimento do paciente. Não se pode reproduzir os mesmos códigos institucionais, mas deve-se buscar uma ação e uma relação que rompam com eles. Ainda ROTELLI et al.<sup>7</sup>, é necessário reconhecer o doente como um sujeito portador de necessidades e de direitos:

*Rompendo a uniformidade, aqueles códigos e sistemas normativos que deram forma à demanda e aos usuários recompondo desta última o mosaico estilhaçado das necessidades e dos vín-*

*culos com o mundo, a identidade complexa de sofrimento, a sua identidade que sofre (ROTELLI et al., 1990, p. 85)<sup>7</sup>.*

Ao invés da desconstrução de vida, a desconstrução do que é aceito como situação inabalável, imutável e objetiva, que nega a contradição e esconde toda a complexidade da existência humana. É necessário restituir a vida do indivíduo, devolver aquilo que lhe é próprio, reconhecendo no sujeito um indivíduo com direitos e necessidades.

Sair da surdez, ouvir o outro e ajudar a resgatar as perdas, implica em aceitarmos o caos dentro de nós; caos no sentido de abandonar o velho e assumir o novo, de abertura para novos conceitos, novas ações. Só assim é possível desvendar a verdade, verdade que nos impõe a responsabilidade enquanto agentes da saúde, enquanto cidadãos.

*Estranho destino aquele da psiquiatria, para o qual, incompreensivelmente, assume dignidade científica e plausibilidade terapêutica a palavra e não a ação: o colóquio pode ser terapêutico, mas não o fazer um filme juntos, mudar de casa, fazer teatro ou ler juntos uma poesia, trocar de trabalho ou obter um vestido novo ou brigar, andar de barco ou intervir em uma assembléia, ter amigos ou uma idéia nova, ter uma resposta à própria necessidade, poder expressar um sentimento anômalo, usar a própria doença como vestido, uma forma de comunicar, de discordar ou de deslocar-se, sem por isso estar/ser institucionalizado em uma identidade sem valor social, abandonado a si mesmo ou transformado em caso clínico (ROTELLI et al., 1990, p. 96)<sup>7</sup>.*

**ABSTRACT:** This work is a research which shows a progression of losses resulting from an insidious psychiatric chain, which begins when individual is taken to a mental institution - this being the initiation of a reference of segregation and stigmatization from society. The social representation built in the public imaginary imposes a break of communication between the patient and the rest of society which excludes and confines him. The consequence of all this is the transformation of the individual in nothing, the social destruction of his existence. He loses the right to life, freedom, the reconstruction of this social and affective relationship and even his own identity and self-image. All this is supported by a legislation which condemns and excludes the deviationist.

**KEYWORDS:** Mental health. Research, methods. Deinstitutionalization, trends.

---

BRUNELLO, M.I.B. Loucura: um processo de desconstrução da existência. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 9, n. 1, p. 14-19, jan. / abr., 1998.

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASAGLIA, F. *O homem no pelourinho*. Tradução e divulgação: Ibsó. s/d. [mimeo]
2. BRUNELLO, M.I.B. *Loucura: um processo de desconstrução da existência*. Dissertação (mestrado) - Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica, PUC., 1992.
3. CASTEL, R. A instituição psiquiátrica em questão. In: FIGUEIRA, S. *Sociedade e doença mental*. Rio de Janeiro : Campus, 1978. Publicado originalmente na *Rev. Fr. Sociol.*, v. 12, n. 1, 1971.
4. CESARINO, A.C. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. *Saúde e loucura*, n. 1. São Paulo: Hucitec, 1989.
5. GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
6. MACHADO, R. coord. *Danação da norma medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
7. ROTELLI, F., LEONARDIS, O., MAURI, D., RISIO, C. *Desinstitucionalização*. S. Paulo: Hucitec, 1990.
8. SARBIN, T.R., SCHEIBE, K.E., ed. *Studies in social identity*. New York: Praeger, 1983.

Recebido para publicação: 15 de fevereiro de 1998  
Aceito para publicação: 01 de março de 1998