

**O aberto e o fechado**

**(Uma questão espacial e a antissaúde mental)**

**The open and the closed**

**(A space issue and the mental anti-health)**

Francisco Paes Barreto<sup>1</sup>

**Resumo**

Na Reforma Psiquiátrica de Minas Gerais houve evolução do espaço todo-fechado do manicômio para o espaço todo-aberto da Rede de Serviços da Saúde Mental. A transformação assim delineada será objeto de análise crítica, à luz de considerações topológicas, com proposições que interessam tanto à clínica como à política assistencial.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica; Rede de Serviços de Saúde Mental; aberto e fechado; topologia da esfera; topologia moebiana.

**Abstract**

In the Psychiatric Reform in Minas Gerais, Brazil, there was a moving of the all- enclosed space of the asylum for the all-open space of the Mental Health Service Network. The transformation thus outlined will be the subject of a critical review, in light of topological considerations, with propositions that concern both the clinic and the health care policy.

**Keywords:** Psychiatric Reform; Mental Health Services Network; opened and closed; topology of the sphere; Moebius' topology.

**Resumen**

En la Reforma Psiquiátrica en Minas Gerais, Brasil, hubo un movimiento del espacio todo-cerrado del asilo para el espacio totalmente abierto de la Red de Servicios de Salud Mental. La transformación de este modo ideada será objeto de una revisión crítica, a la luz de consideraciones topológicas, con proposiciones que se refieren tanto a la clínica y a la política de atención de la salud.

**Palabras clave:** Reforma Psiquiátrica; Red de Servicios de Salud Mental; abierto y cerrado; topología de la esfera; topología de Moebius.

Em Minas Gerais, houve a evolução de um espaço todo-fechado para um espaço todo-aberto: do espaço todo-fechado do manicômio, para o espaço todo-aberto da rede de serviços de saúde mental. De modo sucinto, apresentarei a transformação.

**O espaço todo-fechado do manicômio**

---

<sup>1</sup> Psiquiatra. Membro TEP (Título de Especialista em Psiquiatria) da Associação Brasileira de Psiquiatria. Psicanalista AME (Analista Membro da Escola), Escola Brasileira de Psicanálise e Associação Mundial de Psicanálise.

Na década de 1960, a assistência psiquiátrica de Minas Gerais era essencialmente centrada no hospital. Além desse cuidado, os pacientes particulares – uma pequena minoria – contavam com os consultórios de seus médicos; os pacientes previdenciários dispunham de ambulatórios precários, que pouco faziam, além de repetir receitas e de emitir guias de internação; e os pacientes públicos, os chamados indigentes, nem isso: nenhuma atenção prévia, nenhum seguimento pós-alta hospitalar.

Os hospitais psiquiátricos particulares internavam, também, pacientes previdenciários, mediante convênios. Situavam-se nas cidades de Belo Horizonte, Barbacena, Juiz de Fora, Uberaba e Uberlândia. Havia os hospitais de agudos, de média permanência, e os hospitais de crônicos, de longa permanência (na maioria das vezes, por toda a vida).

Os pacientes públicos de todo o Estado eram encaminhados para a capital. Os adultos do sexo masculino iam para um hospital, os do sexo feminino para outro e as crianças para um terceiro. Casos considerados crônicos ou incuráveis recebiam autorização de transferência para o hospital colônia de Barbacena (os adultos) ou de Oliveira (as crianças). Os dois últimos eram depósitos tão terríveis que, em sua porta, bem poderia estar escrito: “Deixai toda esperança, vós que entrais!”

Como se depreende, o cuidado psiquiátrico realizava-se basicamente no regime de espaço todo-fechado, com exclusão temporária ou definitiva. Os hospitais de crônicos contratados pelos órgãos previdenciários cabiam bem na designação de “instituições totais”, proposta por Goffman (1974). Quanto aos hospitais de crônicos da rede pública, é preciso uma nova designação para caracterizar o que eram. Proponho o termo “instituições finais”, numa alusão à “solução final” do nazismo, comparação várias vezes evocada.

Foi nesse cenário que ressoou, em nosso meio, a crítica antipsiquiátrica. Ressoou com certo estardalhaço, por dois motivos. O primeiro, e de longe o mais importante, foi a realidade brutal de nossos hospitais psiquiátricos. O segundo, a decisão dos psiquiatras defensores da reforma de levar as denúncias ao grande público. Com efeito, enquanto permaneceram restritas aos meios profissionais, ou seja, ao meio psiquiátrico e ao meio médico, as denúncias mostraram-se inteiramente inócuas. Havia ali uma acomodação, segundo a qual todo aquele horror tornara-se banal, fatalidade inevitável. Tolerância mórbida dos psiquiatras que se estendeu ao meio médico, em cujas faculdades os cursos de anatomia eram abastecidos por generosa quota de cadáveres

provenientes de Barbacena. O que, por sinal, mostrou-se um comércio macabro e espúrio. Para disfarçar todo esse contexto, havia belos dizeres em letras de bronze, escritos em latim, no salão de dissecação anatômica: *Hic mors gaudet succurrere vitae*.

O III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em novembro de 1979, foi um momento histórico, um divisor de águas: marcou o fim de um velho modelo e o início da reforma psiquiátrica de Minas.

### **O espaço todo-aberto da rede de serviços de saúde mental**

É claro que o desmonte gradativo de um modelo de atenção à saúde mental exigiu, simultaneamente, a adoção de outro modelo eficaz. Ou seja, no lugar do manicômio, a construção da rede de serviços de saúde mental. A reforma psiquiátrica de Minas ofereceu, entretanto, para todos os casos de urgência da saúde mental, como única opção, o Cersam (Cersam, Centro de Referência em Saúde Mental ≡ CAPS, Centro de Atenção Psicossocial). Existe aí um problema crucial.

Onde é que a reforma psiquiátrica de Minas foi buscar tal escolha? Não se sabe exatamente. A principal fonte de inspiração é Basaglia, com a reforma psiquiátrica italiana. No entanto, na Itália existem as unidades psiquiátricas em hospitais gerais, previstas inclusive na Lei Carlão, a lei da reforma psiquiátrica de Minas. Por que motivo, aqui, elas foram omitidas na prática? Farei uma conjectura. Na Itália, os militantes basaglianos criticam tais serviços, dizendo que, embora pequenos, são semelhantes a manicômios. O que está presente é uma ideia segundo a qual o manicômio não dependeria do tamanho. Pequenos, sim, mas, manicômios. Minas Gerais teria, assim, evitado as unidades psiquiátricas em hospitais gerais. Nada de espaços fechados. Somente Cersams, somente espaços todo-abertos.

Tenho criticado, em várias oportunidades, a pretensão de que o Cersam seja um espaço adequado para receber todos os casos que a ele se encaminham. Se a atenção à saúde mental só conta com espaços todo-abertos, há um grave equívoco libertário em tal situação. Farei a seguinte leitura do problema: é acreditar que os muros do manicômio perpetravam a segregação. É preciso, então, duplo esforço: o de visualizar a segregação sem muros e o de visualizar os muros sem segregação.

### **A topologia da esfera**

A saúde mental em Minas, portanto, está entre Cila e Caribde. Entre Cila, do espaço todo-fechado do manicômio e Caribde, do espaço todo-aberto da rede de saúde mental.

Tratar a questão nesses termos, ou seja, tratar a questão em termos de espaço é considerá-la sob o ponto de vista topológico. Que modelo topológico, porém, estaria em jogo? Não há dúvida alguma: quando os problemas são apresentados de tal modo, as concepções utilizadas são tributárias de uma topologia da esfera.

Farei uma introdução ao que assim está denominado esforço de síntese suficiente apenas para delinear os impasses aqui apontados. A topologia da esfera, ou da bola, faz uma separação absoluta entre o que está dentro e o que está fora. O interior da bola está radicalmente apartado de seu exterior, não existindo entre eles nenhuma comunicação.

Para melhor examinar as características do modelo, deve-se tomar uma seção de uma esfera: algo como uma tira de papel colada sobre si mesma. Pode-se chamá-la de fita comum, ou de banda comum. A banda comum possui duas margens e duas superfícies: uma interior e outra exterior. Se uma formiga percorrer a superfície interior no seu sentido longitudinal, ela dará voltas infinitamente, sem nunca atingir a superfície exterior. Algo equivalente ocorrerá com uma formiga que percorrer longitudinalmente a superfície exterior.

A topologia da esfera fundamenta uma perspectiva do mundo externo e do mundo interno que está presente não só no pensamento do homem comum, como também na filosofia e na psicologia. A oposição manicômio-rede está inteiramente inserida nessa topologia. Em outras palavras: por mais que a rede todo-aberta se oponha ao manicômio todo-fechado, ambos estão, não obstante, referidos ao mesmo modelo topológico, quer dizer, à topologia da esfera. Quanto a esse aspecto, manicômio e antimanicômio se opõem tal como as duas superfícies de uma banda comum.

### **A topologia moebiana**

A banda de Moebius deve seu nome ao matemático alemão que, em 1858, identificou seu valor como objeto de estudo paradigmático. O que é a banda de Moebius? Nada mais simples. Basta tomar uma tira de papel e, após um movimento de torção, colá-la sobre si mesma. Obtém-se, desse modo, um objeto surpreendente e

verdadeiramente subversivo. O essencial é que ela possui uma única margem e uma única superfície.

Traga-se de volta a formiga, que ficou imortalizada na magnífica figura de Escher. Se ela percorre a banda de Moebius no seu eixo longitudinal, o que acontece? A formiga passa, imperceptivelmente, da superfície interna para a externa, pois essa separação só tem valor num determinado ponto: em extensão, trata-se de uma mesma e única superfície! O mínimo que se pede é que se considere a magnitude do passo que foi dado. A partir daí, fica radical e definitivamente mudada a relação entre o anverso e o reverso, entre o direito e o esquerdo, entre o dentro e o fora, entre o fechado e o aberto. Não mais uma relação de separação absoluta, mas uma separação relativa. Não mais uma relação de descontinuidade, mas de continuidade.

Insistirei num aspecto fundamental. Quando se considera um determinado ponto da banda da Moebius, pode-se, a partir dele, indicar duas superfícies que se opõem, tal como na banda comum. A diferença é que, na banda de Moebius, as duas superfícies constituem, por extensão, uma só.

A subversão espacial introduzida pela topologia moebiana foi estendida ao campo da subjetividade, com reformulação da oposição entre mundo externo e mundo interno. Não mais uma divisão estanque, mas uma contraposição pontual, uma vez que, por extensão, o interior continua com o exterior, ou o que está fora se prolonga com o que está dentro.

Eis mais uma contribuição da psicanálise: a topologia moebiana, claramente implícita em Freud, está explicitada em Lacan (1961). Que Lacan tenha formalizado a psicanálise a partir da perspectiva moebiana, isso é, por demais, conhecido. De que maneira, todavia, ela está implícita em Freud? Darei três exemplos.

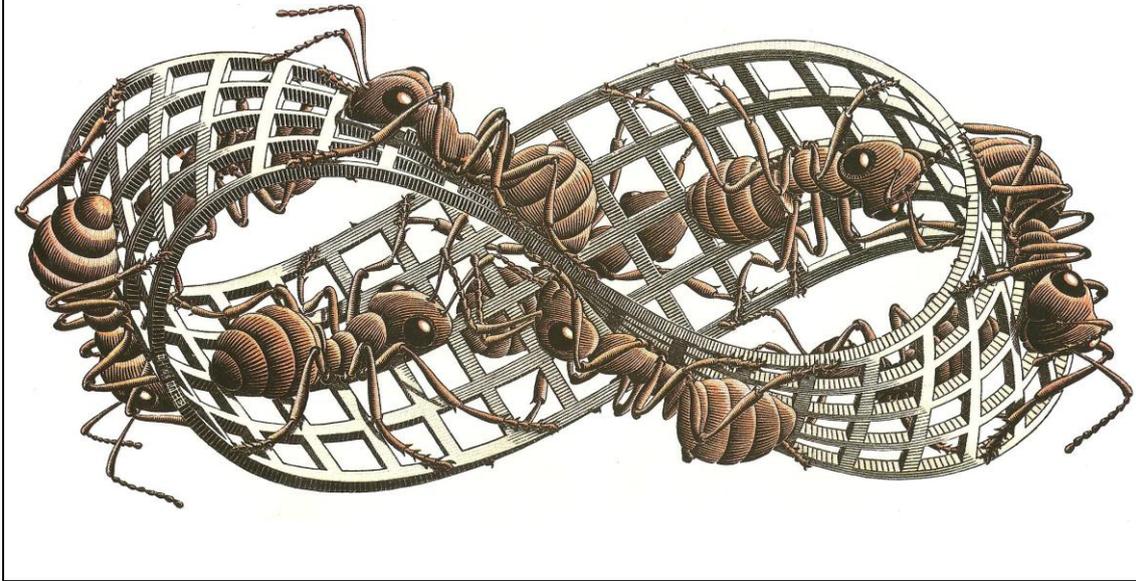
Freud (1976 [1919]) nunca se atrapalhou com a possibilidade de afirmações contraditórias serem, ambas, válidas. Na topologia da esfera, isso seria inadmissível (ou dentro, ou fora). Na topologia moebiana, isso não é trivializado, mas é condicionado.

O segundo exemplo seria a operação de projeção, segundo a qual um elemento do mundo interno insinua-se no mundo externo (FREUD, 1969 [1911], p. 89).

O terceiro exemplo seria a operação de rejeição (*Verwerfung*), em que o que é abolido no mundo interno retorna desde fora (FREUD, 1969 [1911], p. 95).

Está muito claro, por conseguinte, que Freud se introduz, intuitiva ou deliberadamente, no espaço moebiano.

## Banda de Moebius (Escher)



### O binômio fechado-aberto

Do manicômio ao antimanicômio, por conseguinte, caminhou-se do espaço todo-fechado ao espaço todo-aberto, conservando-se, não obstante, no campo da topologia da esfera. A passagem para uma topologia moebiana é algo de importância fundamental, e que tem as mais variadas implicações, não apenas no que tange aos espaços institucionais. A mudança alcança aspectos tão variados que se abre para uma possibilidade que será chamada, provisoriamente, de antissaúde mental.

Partirei do binômio fechado-aberto. Na ordem psiquiátrica, o hospício, espaço fechado, é a instituição fundamental. Na rede da saúde mental, o serviço de saúde fundamental é o Cersam, espaço aberto. Um progresso notável.

O que não se percebe, numa análise pouco cuidadosa, é que o aberto e o fechado, como possibilidades apartadas, pertencem ao mesmo modelo topológico. Ironicamente, o Cersam, tal como está postulado, confirma a necessidade do hospício.

Na topologia moebiana, todavia, o dentro e o fora estão em continuidade, assim como o espaço fechado e o espaço aberto. A dialética entre o interior e o exterior ganha, então, novos contornos. Da mesma forma, a contenção e a liberação podem passar a ser

trabalhadas num contexto dialético. Desnecessário salientar as perspectivas que isso abre para a clínica.

Em nosso meio, existe certa fobia em relação às internações de pacientes, principalmente quando se trata de recorrer a um espaço fechado. Não obstante, a clínica demonstra, com frequência, a importância de se fazê-lo, principalmente na iminência de uma passagem ao ato. O muro, ou a contenção, no caso, não estaria a serviço da segregação; pelo contrário, estaria na busca de se evitar uma ruptura! Nessa abordagem, as internações deveriam ser facilitadas, e os espaços fechados próprios para esses casos melhor cuidados. Tratar o fechado e o aberto como continuidades inextricáveis não é apenas uma questão conceitual, é também uma questão clínica e operacional.

### **O binômio exclusão-inclusão**

Considerarei, agora, o binômio exclusão-inclusão. Na ordem psiquiátrica tínhamos a segregação, a exclusão social do louco. A ordem da saúde mental visa à sua inclusão social. Mais uma vez, um progresso notável.

É novamente consideração mais cuidadosa dos termos: exclusão e inclusão. As duas operações fazem parte da mesma lógica. Excluir é colocar fora, incluir é colocar dentro. Fora e dentro da ordem social. Se excluir é um problema, incluir é outro problema. Não se trata, por conseguinte, de excluir ou de incluir, mas de sair dessa lógica, que impõe uma ou outra possibilidade.

A inclusão social, portanto, pode ser também um problema, e não uma solução. Existem situações em que a não inclusão social é uma opção válida. O desdobramento desse tema leva a formulações inteiramente novas, com consequências importantes para a direção do tratamento e para a política assistencial.

Tratar o excluído como o indesejável e o incluído como o desejável é uma abordagem precária sob vários aspectos. Por exemplo: além do matiz maniqueísta, ela ignora a dialética que existe entre a exclusão e a inclusão, tratando-as como possibilidades estanques e independentes.

Há outro ponto que nos interessa bem de perto. A loucura é uma experiência que decorre de uma exclusão fundamental situada no nível da linguagem. A tendência à segregação do louco, por conseguinte, não parte apenas do meio social; é movida também pelo próprio louco. Razão pela qual não se trata de algo acidental ou

circunstancial, mas de algo estrutural. Absolutizar a segregação, como aconteceu no modelo manicomial, é um problema grave, mas, fazer da inclusão uma palavra de ordem, é também algo que violenta a perspectiva existencial do louco.

### O binômio normal-patológico

Um terceiro aspecto parte de uma questão axial: a própria noção de doença, transtorno ou sofrimento mental. O que a medicina chama de doença e de normalidade está claramente fundado em bases anatômicas e fisiológicas. No campo da psiquiatria e da saúde mental, todavia, não é disso que se trata. Quando perfilamos a longa série de transtornos apresentados no DSM-IV (DSM, *Diagnostic and Statistical Manual*, da *American Psychiatric Association*) e na CID-10 (CID, Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde), fica estampado: não é o critério anátomo-fisiológico que define tal “adoecer”. E não há outra resposta: a normalidade que nesse caso importa é a normalidade social. Ou seja: a doença, transtorno ou sofrimento mental corresponde a um afastamento da normalidade social, enquanto que a sua cura pressupõe uma inserção (ou reinserção).

Entretanto, normalidade social e doença mental fazem parte do mesmo jogo. A normalidade social é uma espécie de *somos todos iguais*, conformismo que, no mundo globalizado, alcançou escala planetária. Na psiquiatria clássica, cada autor de peso apresentava a sua própria classificação nosológica. Hoje, uma única classificação tornou-se universal. O que mostra que a globalização, antes de ser um fenômeno de mercado, é um fenômeno de discurso. Quem se afasta desse *somos todos iguais* cai na vala da doença, do transtorno, do sofrimento mental. É fácil então perceber que, mesmo sem o hospício, o jogo da segregação está aí, em nuances as mais variadas.

O mais impressionante é que as rédeas do normal e do patológico na saúde mental pertencem hoje não à ciência, mas à indústria farmacêutica. O esquema é assim reconhecido: identifica-se um sintoma ou transtorno, que é batizado com uma sigla; em seguida, atribui-se a ele uma base neurobiológica e postula-se uma origem genética; finalmente, associa-se ao contexto um tratamento medicamentoso específico. A ideologia travestida de ciência tem funcionado bem. Com o DSM-IV e com o CID-10, poucos escapavam de pelo menos um psicofármaco. Com o DSM-V, a perspectiva é de um coquetel.

O beco sem saída que opõe – de um lado – o espaço aberto, a inclusão e a normalidade social, e – de outro – o espaço fechado, a exclusão e a doença mental, tem uma saída: o campo da subjetividade e da singularidade. Esse campo, que já havia sido excluído da medicina, foi agora excluído da psiquiatria e da saúde mental. No seu lugar, encontram-se a psiquiatria biológica e a terapia cognitivo-comportamental, como máquinas de normalizar pessoas a serviço do mundo globalizado.

### **De espectros e seus antídotos**

Há cerca de trinta anos, alguns colegas psiquiatras advertiam-me: a antipsiquiatria pode matar a psiquiatria. Não foi o que aconteceu. Depois da antipsiquiatria, a psiquiatria nunca mais foi a mesma, mas sobreviveu.

Quem contribui para matar a psiquiatria são os próprios psiquiatras. No afã de fazer dela uma especialidade médica como qualquer outra, excluem, de seu objeto de estudo, o campo da subjetividade, e o resultado é uma disciplina indistinguível da neurologia. Em vários países do primeiro mundo, não mais existe Residência de Psiquiatria. O que assim se denominava tornou-se um pequeno capítulo da Residência de Neurologia. E os psicofármacos já são nomeados, com frequência cada vez maior, neurofármacos. Fim melancólico para a disciplina de Pinel, de Kraepelin, de Bleuler, de Jaspers, entre tantos e tantos outros.

Hoje, com minha proposição de antissaúde mental, não tenho o menor receio de prejudicar a reforma psiquiátrica. Não se trata de derrogá-la, mas de manter viva a chama que a fez nascer. A crítica não está a serviço de um retrocesso: está a serviço de um mais além. A formiga que está no contrapé da banda de Moebius não é outra formiga, é a mesma, em outro momento da sua marcha. Não existe reforma da reforma. Quando a reforma psiquiátrica não está se renovando continuamente, é porque ela já acabou.

### **Referências**

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

FREUD, Sigmund. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia* (1911 [1911-1913]). Rio de Janeiro: Imago Editora, 1969, p. 13-108. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, v. XII).

FREUD, Sigmund. (1919 [1917-1919]). *O “estranho”*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1976, p. 271-318. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. XVII).

LACAN, Jacques. (1961-1962). *O seminário*. Livro 9. A identificação. Inédito (lição de 21 de novembro de 1961).