



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Biomédico

Instituto de Medicina Social

Jairo Roberto de Almeida Gama

**Um estudo histórico e conceitual sobre a clínica
da reforma psiquiátrica brasileira**

Rio de Janeiro

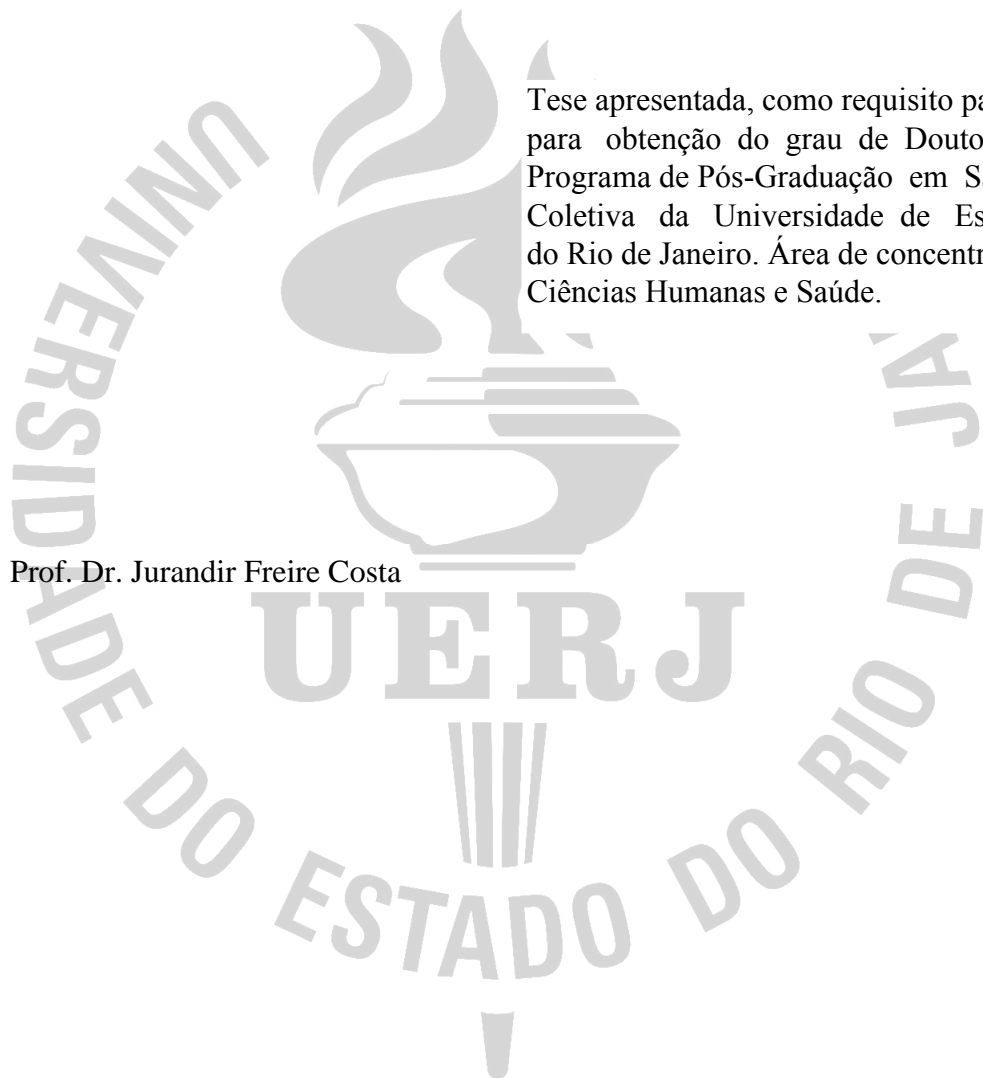
2008

Jairo Roberto de Almeida Gama

**Um estudo histórico e conceitual sobre a clínica
da reforma psiquiátrica brasileira**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Jurandir Freire Costa



Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

G184 Gama, Jairo Roberto de Almeida.

Um estudo histórico e conceitual sobre a clínica da reforma
psiquiátrica brasileira / Jairo Roberto de Almeida Gama. – 2008.
237 f..

Orientador: Jurandir Freire Costa.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Instituto de Medicina Social.

1. Reforma psiquiátrica – Brasil – Teses. 2. Pluralismo – Teses. 3.
Saúde mental – Teses. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Jairo Roberto de Almeida Gama

**Um estudo histórico e conceitual sobre a clínica
da reforma psiquiátrica brasileira**

Tese apresentada, como requisito parcial
para obtenção do grau de Doutor ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade de Estado
do Rio de Janeiro. Área de concentração:
Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 25 de abril de 2008.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Jurandir Sebastião Freire Costa (orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Benilton Bezerra Júnior
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Francisco Javier Guerrero Ortega
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Erotildes Maria Leal
IPUB - UFRJ

Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado
IPUB - UFRJ

Rio de Janeiro

2008

DEDICATÓRIA

Para Milena, Ana Clara e meus pais, Jayro e Elza. E à memória do meu primo
Guilherme da Gama Fernandes.

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto de Medicina Social e aos amigos do PEPAS por propiciarem meu crescimento intelectual através de discussões realizadas num ambiente de respeito, cordialidade e apoio mútuo.

Aos companheiros que participaram ou me deram apoio na coordenação de saúde mental de Juiz de Fora, especialmente Sílvia, Jubel, Arlete, Cláudia, Sônia e Marta Elisabete, Pedro Gabriel e Erotildes.

Aos amigos de supervisão e estudos de psicanálise, que contribuem para meu crescimento profissional e pessoal com inteligência e alegria, Alexandre, Pedro, Regina, Juliana, Rossano, Cláudia, Mônica e Carlos.

Ao pessoal da turma de doutorado, os meus caros *imsanos*, que se tornaram tão próximos, Adriana, Beth, Rafael, Carlos, Gisela, Marília, Luciana e Antenor.

Aos amigos Cassimiro, Lana, Lúcia, Cristina e Nando, pela presença fraternal.

Ao Jurandir, por acreditar no meu trabalho, pela amizade e pela aprendizagem.

À Aninha e Milena pelo amor, carinho e compreensão, e por estarem ao meu lado.

Aos meus pais pelo exemplo e apoio constante e minhas irmãs Tânia, Marta e Sandra, pela confiança e afeto.

RESUMO

GAMA, Jairo Roberto de Almeida. *Um estudo histórico e conceitual sobre a clínica da reforma psiquiátrica brasileira*. 2008. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008.

Este trabalho discute os fundamentos históricos e conceituais do movimento da reforma psiquiátrica brasileira. A questão principal que se coloca é como realizar a transformação da assistência em saúde mental sem recorrer a teorias reducionistas psiquiátricas, psicanalíticas ou culturais, mas apontando para um pluralismo clínico. Para responder a essa questão percorremos os trabalhos de autores que fizeram uma abordagem Epistemológica sobre a constituição da psiquiatria colocando em debate duas idéias centrais. A primeira idéia é defendida por Foucault que considera a invenção da psiquiatria e de seu objeto, a doença mental, uma redução indesejável da loucura cuja consequência é sua exclusão do mundo. A segunda idéia defendida por Gauchet e Swain se opõe à anterior e procura mostrar que a psiquiatria foi um avanço no entendimento de um fenômeno complexo. No entanto, o modelo assistencial promovido pela psiquiatria baseado no manicômio faliu ao não oferecer eficácia terapêutica e inclusão social para uma grande parcela de pacientes. Em consequência desse processo iniciaram-se movimentos de reforma psiquiátrica na maior parte do mundo. Experiências pioneiras foram capazes de formular novas formas de tratamento, em que teorias psicanalíticas, fenomenológicas e sociológicas tiveram um importante papel. Baseadas nessas experiências foram formuladas políticas públicas em saúde mental que tentaram conciliar o tratamento com a não exclusão. Examinamos, a partir daí, as principais experiências de reforma, seu estado atual e suas influências no Brasil. Analisamos a reforma psiquiátrica brasileira e as críticas que lhe são feitas. Em seguida procuramos entender as bases teóricas que fundamentam a experiência reformista no país. Descrevemos três vertentes de pensamento que fundamentam as ações dos novos serviços criados pela reforma psiquiátrica. Essas vertentes, embora em alguns aspectos se superpõem, em outros se antagonizam frontalmente. São elas as perspectivas basagliana, lacaniana e pluralista. Visando fundamentar essa última perspectiva, discutimos autores que fazem a interface da psiquiatria com a filosofia pragmática e também aproximamos essa concepção do pensamento do psicanalista Donald Winnicott como uma forma de contribuição à clínica da reforma. O estudo considera a possibilidade de abordar a reforma psiquiátrica a partir da concepção de uma clínica plural que autorize a incorporação de outros referenciais teóricos e que sirvam como instrumentos de reflexão e ação prática na condução de situações clínicas complexas e multifacetadas.

Palavras-chave: Saúde mental. Reforma psiquiátrica. Clínica da reforma. Pluralismo. Winnicott.

ABSTRACT

An Historical and Conceptual Study on the Clinic of Brazilian Psychiatric Reform. This work argues the historical and conceptual foundations of the Brazilian psychiatric reform. The main matter that is placed is how to accomplish the transformation of the assistance in mental health without resorting to psychiatric, psychoanalytical or cultural reductionist theories, but pointing to a clinical pluralism. To answer this matter we study authors who did an epistemological approach of the psychiatry constitution placing in debate two central ideas. The first idea is defended by Foucault who considers the invention of the psychiatry and his object, the mental disease, an undesirable reduction of the madness whose consequence is his exclusion of the world. The second idea defended by Gauchet and Swain is opposed to the previous and search to show that the psychiatry was an advance in the understanding of a complex phenomenon. However, the model of care promoted by the psychiatry based on insane asylum failed when not offered therapeutic effectiveness and social inclusion for a lot of patients. In consequence of this process have been initiated actions of psychiatric reform in the largest part of the world. Pioneering experiences were able to formulate new treatments in which psychoanalytical, phenomenological and sociological theories had an important role. Based in these experiences were formulated public politics in mental health that tried to conciliate the treatment with not exclusion. We examine, from there onwards, the reform main experiences, the current state and their influences in Brazil. We analyze the Brazilian psychiatric reform and the criticisms that are done about it. Soon, we try to understand the theoretical bases of the reformist experience in the country. We describe three thought slopes that based the actions of the new services created by the psychiatric reform. These slopes, although in any aspects overlay, in other antagonize frontally. They are the Basaglian, Lacanian and pluralistic perspectives. Aiming base this last perspective, we argue authors who work in the interface of the psychiatry with pragmatic philosophy and we also approach this conception of the thought with the psychoanalyst Donald Winnicott as a contribution to the clinic of the reform. The work considers the possibility to board a psychiatric reform from the point of view of a plural clinic that authorizes incorporation of other theoretical references and that serve as instruments of reflection and practice action for the conduction of complex and multifaceted clinical situations.

Words-key: Mental health. Psychiatric reform. Clinical of the reform. Pluralism. Winnicott.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1 A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO PSIQUIÁTRICO	15
1.1 A psiquiatria como projeto de exclusão	18
1.2 A psiquiatria como projeto revolucionário	60
1.3 Alguns contrapontos	75
1.4 A psiquiatria dividida	78
2 A CRISE DO MANICÔMIO	83
2.1 Precusores do movimento reformista mundial	83
2.2 Movimentos reformistas no pós-guerra	86
2.3 A reforma italiana	99
2.4 A constituição da psiquiatria no Brasil e o movimento reformista	114
2.5 Os novos serviços	130
2.6 As críticas à reforma no Brasil	135
3 AS TESES DA REFORMA: PERSPECTIVAS	142
3.1 A abordagem psicossocial: clínica ampliada ou clínica negada?	143
3.2 Reforma e clínica lacaniana	152
3.3 Ética pragmática e pluralismo clínico	161
3.4 O pensamento de Winnicott e os novos serviços	176
3.5 Winnicott e Lacan: algumas aproximações	210
3.6 Duas vinhetas clínicas: contribuições winnicottianas	214
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	220
REFERÊNCIAS	224

INTRODUÇÃO:

É sabido que o Brasil realiza, há pelo menos 30 anos, profundas mudanças na assistência pública em saúde mental. Essa transformação, que visa alterar o modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos para uma atenção de base comunitária, territorializada, e não excludente é aclamada: reforma psiquiátrica brasileira. A reforma construiu um novo campo de estudos e práticas, pelo qual um modelo de serviço integral, anti-manicomial e interdisciplinar em saúde mental ganhou seu contorno institucional: os Centros de Atenção Psicossocial.

Além dos Caps, vários outros serviços e programas de saúde mental se organizaram e buscam consolidar seu papel como de fundamental importância na reestruturação da rede assistencial brasileira em substituição aos hospitais psiquiátricos. São eles os centros de convivência e cultura, os serviços residenciais terapêuticos, os hospitais gerais, os ambulatórios de saúde mental, a integração da rede básica com os centros de atenção diária e o programa de reinserção comunitária por meio de bolsas-auxílio. A construção de uma rede integrada que atenda os problemas de saúde mental da população de forma eficaz e digna é um desafio cotidiano de milhares de profissionais em centenas de municípios brasileiros em todo o território nacional.

O número de Caps e dos outros serviços tem sido ampliados gradualmente ano após ano, assim como tem sido reduzido fortemente o número de leitos psiquiátricos de características manicomiais. Leis federais e estaduais, assim como portarias ministeriais regulamentando os serviços e as ações de saúde mental, tem garantido o andamento do processo, deixando de ser um sistema alternativo para se tornar, de fato, uma política de Estado. Esse esforço, por sua vez, tem ganhado reconhecimento internacional e servido de exemplo bem sucedido de transformação assistencial para países em desenvolvimento.

Apesar do indiscutível avanço, muitos problemas ainda não foram resolvidos, persistem como fatores geradores de conflitos, sendo a principal delas a falta de recursos para financiar adequadamente toda a rede. Outros aspectos também dificultam a implantação plena da reforma, como problemas ligados às especificidades locais, tais como nas grandes cidades metropolitanas e seus inúmeros problemas urbanos, ou nas cidades médias com história marcadamente manicomial, que resistem ao novo modelo devido a diferenças políticas, técnicas e teóricas. Determinados setores psiquiátricos universitários também se opõem e costumam influenciar decisões de governos locais. Além disso, existem as dificuldades próprias de planejamento e execução de tão ambiciosa proposta pelos profissionais que encampam esses projetos como objetivos a serem atingidos, em função da morosidade e burocracia que emperram a máquina pública em muitos municípios. Os problemas, portanto, tocam diversas questões, que somadas, tornam mais difícil a tarefa proposta: a carência de recursos humanos, os baixos salários, a dificuldade de qualificação para esse projeto nas Universidades, a falta de insumos e equipamentos. E também, não menos importante, os diferentes modelos teóricos adotados na condução do cotidiano das instituições.

Além disso, como era de se esperar, existem reações dos meios profissionais que sentiram que esse novo modelo os fizeram perder prestígio e negócios. Principalmente psiquiatras de linha mais biologicista e donos de hospitais vem se opondo à reforma, gerando um enfrentamento muitas vezes duro e exigindo daqueles que se sentem mais implicados uma maior capacidade de organização e refinamento de seu arsenal argumentativo. É importante notar o papel da Associação Brasileira de Psiquiatria, instituição que congrega a maioria dos psiquiatras brasileiros, que nos últimos anos atuou, através de sua diretoria, de uma maneira bastante combativa e até mesmo com uma agressividade bastante virulenta contra os gestores e

profissionais favoráveis à reforma e principalmente contra o Ministério da Saúde, repercutindo suas posições críticas na mídia de forma muito enfática e pouco afeita a um verdadeiro diálogo.

Em linhas gerais, a ABP questiona o fim dos hospitais psiquiátricos como uma proposta ideológica sem base científica e que pioraria o atendimento aos portadores de sofrimento mental. Acredita que os novos serviços são incapazes de substituir os hospícios. Além disso, sua análise da reforma possui um viés fortemente centrado na neurociência e sua suposta explicação para a etiologia da doença mental, considerando outros atores não médicos como coadjuvantes de um processo muito mais importante, aquele que se passa no cérebro dos pacientes. A idéia de que a loucura possa ser atendida por outros saberes os transforma em parceiros de um processo muito mais complexo. Mas, isso parece assustador para muitos psiquiatras, que dessa maneira, adquirem uma certa “reforma-fobia”.

Por outro lado, no próprio movimento antimanicomial, há severas críticas ao ritmo da reforma brasileira, que julgam lento, à forma de financiamento que consideram baixo, e a falta do necessário aporte a outros serviços necessários à substituição dos hospitais, como a inexistência de financiamento para os centros de convivência e para a ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Em suma, eles desejam uma maior rapidez na implantação dos novos serviços e no fechamento dos manicômios. Muitas vezes, as críticas atingem um nível relativamente alto, gerando uma divisão no processo, através de ataques que poderíamos chamar, com uma certa condescendência, de “fogo amigo”.

Do ponto de vista do movimento reformista, há também uma certa divisão na forma de pensar as bases teóricas da reforma. Há grupos mais próximos a uma leitura foucaultiana da construção da doença mental, que fazem uma crítica à clínica psiquiátrica de maneira geral, preocupando-se mais com a mudança na representação social da loucura e na maior tolerância da sociedade. Outros defendem uma maior precisão e refinamento dessa clínica, buscando sua

inserção na reforma através da revalorização da tradição clássica ou fenomenológica, ou através de uma direção de tratamento propriamente psicanalítica.

Outra questão que me parece central é a entrada em cena da psicanálise na reforma, o que tem gerado discussões teoricamente ricas, um grande volume de trabalhos acadêmicos, e também uma certa tensão com profissionais que questionam se essa clínica deve ser preponderante sobre outras formas de tratar a loucura. Há diversas teorias que informam a prática nos novos serviços. A clínica psicossocial é abrangente o suficiente para integrar a psicanálise ou esta tem um posicionamento diferenciado dentro desses serviços? São as teorias que embasam a clínica, referências absolutas ou devem ser pensadas como ferramentas que lançamos mão para proporcionarmos uma capacidade maior de normatividade¹ nos indivíduos que nos procuram? É, portanto, de uma ética que, afinal, estamos falando?

Diante do que foi apontado, cabe questionar o valor das teorias e suas aplicações na reforma psiquiátrica, discutindo as bases argumentativas desses aportes e as possibilidades de se pensar numa maior cooperação dos atores envolvidos no debate dessa reforma.

Esse trabalho busca discutir essas questões numa tentativa de dialogar com autores que trazem para o centro do debate os pontos levantados acima. Pensamos que são problemas ainda não resolvidos e que tem incidência no momento atual, uma vez que, estão presentes nos artigos científicos e formadores de opinião, nas políticas de gestão, nos órgãos de classe, e no discurso dos profissionais que atuam cotidianamente nos milhares de serviços existentes no país. A maneira mais interessante de fazer essa tarefa pareceu ser o estudo crítico das bases epistêmicas que subjazem os problemas apresentados. Pretendemos mostrar que o estudo histórico-conceitual

¹ Para o conceito de normatividade ver Canguilhem (2000), Costa (1994), Coelho e Almeida Filho (2002), Bezerra (2007).

da psiquiatria, do movimento reformista mundial e brasileiro, e das teses centrais da reforma na sua aplicação nos novos serviços podem ser um instrumento interessante para se avançar na consolidação desse novo modelo. As propostas teóricas são discutidas, com vistas a ampliar o estudo conceitual das práticas assistenciais. É nesse esforço que buscamos inserir este trabalho, ao apresentar argumentos que reforçam a validade teórica, técnica e ética dos serviços de saúde mental postos em marcha pela reforma psiquiátrica brasileira, a partir de três eixos.

No primeiro, que corresponde ao primeiro capítulo, retomamos a história da construção do campo psiquiátrico e do tratamento asilar. Buscamos a interpretação do movimento psiquiátrico em suas origens histórico-conceituais. É possível distinguir duas aproximações teóricas do tema da construção da psiquiatria. A primeira aproximação, correspondente ao primeiro tópico, é operada por Foucault, que faz uma crítica à construção desse saber e a captura num aparato teórico e institucional da experiência do desatino. A outra, relativa ao segundo tópico, descrita por Gauchet e Swain, busca, ao contrário, valorizar esse saber, sem negar o seu caráter histórico e contingente, bem longe, portanto, de qualquer abordagem naturalista da loucura ou da visão ingênua do nascimento da Psiquiatria como “descoberta” da doença mental. As duas abordagens constituem pólos que marcam as discussões sobre saúde mental e delineiam, grosso modo, a tensão entre o viés político-cultural e o viés clínico da abordagem da loucura ainda hoje. A escolha de Foucault ocorre em função do impacto que a sua obra teve sobre o movimento reformista mundial e brasileiro. Suas idéias centrais influenciaram os principais atores políticos contestatórios do manicômio, desde Franco Basaglia e a psiquiatria democrática, passando pela antipsiquiatria de Ronald Laing e David Cooper até o movimento dos trabalhadores de saúde mental brasileiro, responsável pelo início da reforma no Brasil. A “História da Loucura” (2005) permanece como referência nos estudos sobre a saúde mental e as práticas institucionais brasileiras, como a obra crítica mais importante produzida por um

pensador. É produtora de uma saudável tensão no pensamento reformista, mas nem por isso devemos evitar criticá-la. Aliás, muitos já o fizeram. Acredito que o exercício da crítica ajuda-nos a relativizar certas afirmações que se tornaram marcadamente datadas, produtos de um determinado contexto histórico-político e filosófico que foi ultrapassado. Nem por isso, a obra torna-se menos importante, ao contrário, se ela resiste à passagem do tempo é porque muito do que foi escrito conserva um vigor explicativo para o fenômeno complexo da loucura. Mas não em bloco, e nem completamente. Utilizaremos também suas conferências reunidas em “O Poder Psiquiátrico” (2006), que é um refinamento dos argumentos de sua obra mais famosa, mas já apresentando uma nova abordagem teórica.

No segundo capítulo apresentamos a crise do asilo e o movimento reformista do pós-Segunda Guerra. Esse capítulo será subdividido em tópicos. No primeiro, esboçamos um estudo panorâmico das experiências precursoras do movimento reformista em psiquiatria. No segundo tópico estudamos as experiências fundadoras das comunidades terapêuticas, da antipsiquiatria e da psicoterapia institucional, que influenciaram as políticas públicas em saúde mental americana, inglesa, francesa e italiana, balizadoras das mudanças operadas na assistência à saúde mental no mundo. Damos mais atenção à última, pela influência que teve no modelo brasileiro. Aqui nosso interesse é novamente marcar o impacto produzido por esses países, principalmente a experiência italiana, no Brasil. Buscamos, principalmente, com base em estudos europeus recentes, discutir o estado atual da reforma nesses países, comparativamente ao movimento brasileiro. Tentamos com isso, trazer novos subsídios para o campo psicossocial do Brasil, discutindo o alcance, as expectativas, os sucessos e fracassos que permeiam esse processo mundial. No tópico seguinte estudamos a implantação da psiquiatria e a construção da reforma psiquiátrica brasileira, sua história, características e influências, os novos serviços e as experiências fundadoras. Nesse estudo é possível distinguir duas fases do movimento brasileiro. O primeiro, antes da aprovação

da lei 10.216, mostram trabalhos com as características de serem muito críticas com relação à clínica, seja psiquiátrica ou psicanalítica, o segundo, após a aprovação da lei e regulamentação do funcionamento dos serviços, é marcada por uma revalorização da clínica, pelo pragmatismo dos projetos e pela entrada em cena da psicanálise lacaniana nas instituições. Nossa hipótese é a de que o Brasil conseguiu sintetizar experiências diversas, aglutinando de modo simples o que foi produzido em outros países. E isso foi possível pela conciliação das tensões próprias desse campo num dispositivo ao mesmo tempo clínico e político: os Caps. Em seguida discutimos a organização e fundamentação destes serviços. Suas concepções de tratamento e características principais, bem como, abordamos as críticas que são feitas à reforma brasileira pela ABP, através do exame de um documento elaborado com vistas a uma nova proposição para a saúde mental.

Finalmente, no terceiro capítulo estudamos as teses centrais da reforma brasileira, isto é, as proposições teóricas que autores brasileiros tem feito a respeito das experiências concretas dos serviços assistenciais. Verificamos que três modelos predominam no campo em estudo. O primeiro modelo é marcado pela desinstitucionalização italiana, o segundo modelo pela psicanálise lacaniana e o terceiro modelo por uma clínica pluralista. Nossa visada será aquela de uma clínica teoricamente plural, dirigida pragmaticamente para a busca da normatividade possível para os indivíduos que procuram tratamento público. No primeiro tópico desse capítulo estudamos as duas concepções supostamente antagônicas, a basagliana e a lacaniana. Nossa intenção é problematizar o que é formulado teoricamente, com vistas a refinar os argumentos apresentados. No segundo tópico analisamos mais detidamente a teoria lacaniana das psicoses. Especificamente, buscamos textos de psicanalistas que trabalham num dos serviços da reforma: os Caps. Verificamos a interpretação que é dada pelos autores a respeito da eficácia clínica e da melhora produzida nos sujeitos, no que tange ao manejo efetuado nesses novos serviços e como os autores estão avaliando e aplicando a clínica institucional psicanalítica. No terceiro tópico

estudamos o terceiro modelo teórico que denominamos de abordagem pluralista da clínica. Utilizamos, para isso, estudos da corrente pragmática da linguagem, aplicada à abordagem da psiquiatria. Nos tópicos seguintes apresentamos a teoria winnicottiana como mais uma possibilidade de entendimento teórico-clínico a ser utilizada pelo movimento reformista. Além de mostrar que a psicanálise deve se colocar a serviço da clínica psicossocial, buscamos aproximar um autor, pouco lido ainda no Brasil, aos profissionais do campo. A característica central dessa teoria é a acentuação dada à ação do organismo de fala (o sujeito) nas manifestações externalistas de sua interação com o ambiente. Essa acentuação exige, por sua vez, que o ambiente seja valorizado em sua função de “provimento” de objetos apropriados à expressão subjetiva de caráter normativo ou criativo. Explicaremos esses conceitos mais à frente. Na verdade, acreditamos que muito do que é feito hoje no diversos serviços pode também ser redescrito com base na teoria winnicottiana. Nosso objetivo aqui é mostrar que os pressupostos teóricos de uma determinada vertente psicanalítica devem servir como uma ferramenta útil em alguns casos, mas não devem ser tomados como uma única verdade para todas as situações clínicas.

Capítulo I – A constituição do campo psiquiátrico

Neste capítulo, como mencionado anteriormente, exploramos em suas origens históricas duas versões da constituição do saber psiquiátrico, uma a proposta por Michel Foucault (2005) e a outra por Marcel Gauchet e Gladys Swain (1999). As duas apresentam pontos de vista que se opõem. Uma descrição, a foucaultiana, considera a captura da loucura pela psiquiatria uma perda, uma violência discursiva e institucional que transformou a experiência trágica, mas significativa para a humanidade, na percepção de uma doença. A outra, descreve a abordagem alienista como tendo oferecido uma nova possibilidade de lidar com esse fenômeno e um ganho clínico no cuidado dado aos alienados. As visões opostas são produzidas por descrições alternativas de um mesmo objeto, a psiquiatria, e são produtos de uma dada configuração histórica, visando determinados fins².

O trabalho de Gladys Swain e Marcel Gauchet (1999), como contraposição ao de Foucault (2005), não é novo no Brasil. Vários estudiosos já utilizaram sua obra como uma visão diferente e mais esclarecedora sobre a psiquiatria. Eles acreditam que esses autores, através da

² É importante ressaltar que as duas abordagens se contrapõem, por outro lado, com a de Edward Shorter (1997), que faz uma leitura do nascimento da psiquiatria mais preocupada em negar o “grande confinamento” de Foucault. Entretanto, ele comete um equívoco significativo ao dizer que o confinamento foi pequeno, porque o número de leitos psiquiátricos era muito baixo se comparado ao número de outros problemas sociais. Ora, o grande confinamento para Foucault, como veremos, significou exatamente isso, a reunião de todos os desvalidos da sociedade em instituições de exclusão. Shorter(1977) acredita que a psiquiatria nasce com o “asilo de custódia”, destinado a confinar indivíduos “...que eram perigosos para si mesmo...[e]...a descoberta de que essas instituições poderiam ter uma função terapêutica levou ao nascimento da psiquiatria como disciplina” (SHORTER, 1997, pg. 07-08). Como se os psiquiatras tivessem descoberto o valor terapêutico do asilo com base nos hospitais gerais. Sua leitura histórica confunde doença mental enquanto conceito, com loucura enquanto experiência humana, num viés marcadamente biológico reducionista. Para esse autor: “Doença mental como tal sempre foi algo familiar. Tendo uma base parcialmente biológica e genética, a doença psiquiátrica é tão velha quanto a condição humana” (SHORTER, 1997, pg.01). Esse é um tipo de leitura que queremos nos afastar, porque faz da psiquiatria uma disciplina independente da cultura e da história social. Utilizaremos o livro de Shorter, entretanto, para outros fins. A riqueza de determinados dados históricos e sociológicos são, ao nosso ver, importantes contribuições quando nuançadas e depuradas de seu interesse político e seus equívocos epistemológicos.

apresentação de outras lentes conceituais e históricas, iluminaram o passado com outras luzes e produziram uma outra perspectiva, tão significativa quanto a de Foucault (cf. Bezerra Jr. 1992; Serpa Jr. 1996). E, tomaram partido de Gauchet e Swain (1999), por considerarem que Foucault deixou de lado aspectos históricos relevantes e reduziu a clínica inaugurada por Pinel a uma interrupção sofisticada do diálogo com a loucura. Para esses autores, Gauchet e Swain recuperaram o projeto pineliano na sua radicalidade, mostrando uma nova maneira de diálogo com os “insensatos”. Por outro lado, ocorre atualmente uma crítica a essa valorização do texto de Gauchet e Swain por autores brasileiros. Para Rodrigues (RODRIGUES, 2007), por exemplo, estaria havendo uma “domesticação” da experiência reformista brasileira quando se empreende uma análise crítica da “História da Loucura” (2005). Esta obra foucaultiana é descrita por esta estudiosa como uma:

[...] declaração de guerra a todos os reformismos psiquiátricos. Do organicismo à psicanálise, da teoria da hereditariedade-degenerescência ao organo-dinamismo, da psicologia à psicanálise em qualquer de suas adjetivações, da psicopatologia clássica à psicanalítica, da camisa-de-força química à liberação da palavra, do asilo tradicional às psicoterapias institucionais de primeira ou segunda geração, do modelo asilar às estratégias de setor...tudo se via incorporado a alguma forma de colonização sobre a loucura (RODRIGUES, 2007,pg.48)

Ela considera que os leitores de Gauchet e Swain desconhecem o engendramento histórico de “determinada experiência moral de desrazão” (op.cit.), remetendo, por sua positividade de um saber, o mundo da loucura às “trevas morais...em que estivera aprisionada”(op.cit.). Ressalta que a loucura foi colonizada pelo discurso psiquiátrico e psicanalítico, o que levaria a um empobrecimento da possibilidade de concebê-la como “invenção/criação de outros mundos possíveis”(idem, pg.58).

Parece-nos que, para alguns atores da reforma psiquiátrica brasileira, a análise crítica da obra seminal de Foucault colocaria em risco o seu potencial transformador, ao resgatar a clínica psiquiátrica do seu papel “maligno” em que Foucault a teria colocado. Como se tivéssemos que, para alterarmos a relação com a loucura, de rompermos radicalmente com qualquer busca de um saber sobre esse fenômeno. Gauchet e Swain (1999), e os autores brasileiros que os lêem e comentam, seriam, de certa maneira, inimigos da reforma, ou pelo menos da “verdadeira” reforma, algo próximo a uma revolução, portanto. A clínica psiquiátrica seria, igualmente, uma temível inimiga da reforma, e quem defendesse essa posição seria, provavelmente, um grupo de conservadores, recalcitrantes em abraçar uma causa elevada, a de libertar a loucura do jugo de todo saber. Na concepção de Rodrigues(2007):

Se, como afirma Swain (1977), e reafirmam os textos que pouco acima transcrevemos, com isso Hegel vence Kant e o louco não é mais louco todo o tempo, pois pode ‘desalienar-se’, trata-se simplesmente de novas estratégias sociais, que apesar de inclusivas, não deixam de ser immanentemente vigilantes, punitivas e controladoras, inclusive ‘a céu aberto’, sem a necessidade dos referido ‘muros da exclusão’(idem, pg.58).

Como vemos, a crítica aos trabalhos feitos nos serviços de atenção diária criados pela reforma brasileira é evidente. A reforma, nessa acepção, para ser digna desse nome não pode contar com uma clínica, não deve fazer uso da tradição.

Resta perguntar como seria realizada uma atenção singular àqueles que sofrem dessa dor indizível, desprezando a experiência e o campo da clínica e o que seriam esses outros mundos possíveis sem a instauração de um diálogo e uma intervenção na subjetividade que vise uma mudança daquele estado. Parece que os termos: intervenção, clínica, terapêutica, remetem, para autores foucaultianos, a vigilância, clausura, empobrecimento subjetivo. Nos parece que

aproximar esses termos, e mesmo identificar uns aos outros, leva a um reducionismo dificilmente defensável, de parte do campo reformista brasileiro contemporâneo, e mostra que é necessário, ainda uma vez, retomarmos as obras em foco para uma análise aprofundada. Portanto, a escolha de Foucault, Gauchet e Swain nos pareceu uma retomada, uma nova tentativa de argumentação a favor de uma liberação de alguns “cacoetes” intelectuais que vicejam no ambiente universitário produzindo ressonâncias no mais longínquo dos serviços, e que servem apenas para bloquear a inventividade que a clínica psiquiátrica pode produzir.

Ao nosso ver, a ficção³ “História da Loucura” tem uma força e luz própria que produziu um impacto no pensamento contemporâneo e levou ao movimento contestatório uma grande energia para as necessárias experiências de mudança. Foi um instrumento útil para psiquiatras, psicólogos e filósofos fabricarem novas formas de pensamento e novas práticas com os “insanos”. Mas, nem por isso devemos ler essa obra como uma ficção sem falhas, sem equívocos e sem conseqüências. Essa obra deve ser comemorada como um maravilhoso trabalho de um autor excepcional, mas não como um livro das revelações, que produziria nos iniciados uma abertura para um saber oculto e difícilimo, que os pobres mortais da psiquiatria e da psicologia nunca poderiam alcançar.

1.1-A psiquiatria como projeto de exclusão

Foucault publica seu monumental “A História da Loucura” (2005) em 1961, como trabalho de conclusão de sua tese de doutorado em Filosofia. A partir daí, o impacto sobre o

³ O termo ficção é usado por Foucault, quando diz: “...nunca escrevi nada além de ficções. Com isso não quero dizer que estejam fora da verdade. Parece-me fazer possível fazer a ficção trabalhar na verdade, induzir efeitos de verdade com um discurso ficcional e, de algum modo, fazer com que o discurso de verdade suscite, fabrique, alguma coisa que ainda não existe, portanto, ‘ficcione’. Ficciona-se a história a partir de uma realidade política que a torna verdadeira, ficciona-se uma política que ainda não existe a partir de uma verdade histórica” (FOUCAULT, in RODRIGUES,2007, pg. 44).

mundo acadêmico e profissional foi enorme. Podemos dizer que esse livro é um marco crítico dos estudos sobre a loucura, e que fornecem as bases para o pensamento contestatório antimanicomial.

O trabalho é descrito pelo próprio autor como um estudo que se “coloca sob a luz da grande pesquisa nietzschiana, e que [ele] gostaria de confrontar as dialéticas da história com as estruturas imóveis do trágico” (FOUCAULT, 2005, pg.143)⁴. Ele pretende mostrar a estrutura da exclusão, o modo que a sociedade inventou para lidar com a diferença, e o percurso das mudanças históricas que aprisionaram a experiência trágica do louco, marca do humano. Para Foucault, a razão iluminista, considerada como um avanço da liberdade por muitos teóricos, significou, ao contrário, uma forma mais insidiosa de opressão e controle, idéia desenvolvida mais tarde em “O Poder Psiquiátrico” (2006), seminário que dirigiu no Collège de France, e que abordaremos nesse trabalho. Para Foucault:

A bela retidão que conduz o pensamento racional à análise da loucura como doença mental deve ser reinterpretada numa dimensão vertical; e neste caso verifica-se que sob cada uma de suas formas ela oculta de uma maneira mais complexa e também mais perigosa essa experiência trágica que tal retidão não conseguiu reduzir. No ponto extremo da opressão, essa explosão, a que assistimos desde Nietzsche, era necessária (FOUCAULT, 2005, pg.29).

Dito de outro modo, sua intenção é mostrar a história desse olhar sobre a loucura, que desde o fim da Idade Média estabeleceu uma relação privilegiada com a “desrazão”. A seu ver, em todos esses movimentos da história o que se percebe é que a loucura dizia alguma verdade

⁴ Foucault explicita assim seu nietzschianismo: “Eu sou simplesmente nietzscheano e tento, à medida do possível, sobre um certo número de pontos, ver, com a ajuda de textos de Nietzsche – mas também com as teses anti-nietzscheanas (que são de certa forma nietzscheanas!), o que se pode fazer neste ou naquele domínio. Eu não busco nada mais, mas isto eu busco bem” (FOUCAULT in FERRY e RENAULT, 1988, pg. 95).

sobre a humanidade. Loucura essa que tendo sido signo da Queda do Homem, marca da morte em vida, foi posteriormente reduzida ao que do homem era embrutecimento, degradação em animalidade, e finalmente passou a ser vista, ou melhor, transformada em doença. Ao mesmo tempo, Foucault quer entender o processo pelo qual o louco passa, de um ser marginal da sociedade, figura presente no horizonte social, a um completo excluído. São, portanto, duas abordagens da exclusão que Foucault busca explicitar. Por um lado, pretende estudar a operação que a razão clássica opera sobre a loucura, transformando-a em desrazão. Por outro lado, busca mostrar qual a lógica econômico-social que produziu o encarceramento dos loucos. Existe, portanto, uma certa tensão entre duas explicações sobre a mudança no trato com a loucura, que para alguns autores é produtora de uma ambigüidade cuidadosamente mantida por ele, mas que na verdade, são explicações incompatíveis, pois numa vertente a consequência da libertação dos loucos levaria a um elogio do irracionalismo, e na outra vertente explicativa a consequência seria a apologia de uma racionalidade de outro tipo, de um grau mais elevado e realmente emancipadora⁵.

Na sua crítica ao racionalismo, o autor pretende fazer a história da apreensão discursiva da experiência “da própria loucura, em sua vivacidade antes de toda captura pelo saber”(idem. pg.145). É mesmo de uma captura que Foucault está falando, uma clausura construída para acolher pessoas que vivem um outro tipo de relação com o mundo, distorcendo essa vivência pela redução a um outro vocabulário, a uma tradução forçada de um pensamento por outro. Perdendo a vivacidade dessa experiência, perde-se o contato com um aspecto fundamental da humanidade. Foucault, na “História da Loucura” (2005), mostra a mudança que o Renascimento operou sobre esse fenômeno, em que passa a assumir um valor diferenciado com relação à Idade Média. A

⁵ Para isso ver “Pensamento 68- ensaio sobre o anti-humanismo contemporâneo” (1988, pg. 105), de Luc Ferry e Alain Renaut.

loucura, apesar de possuir uma feição social perfeitamente distinguível, assume uma dimensão especial, reveladora do Homem. Ele se pergunta, como a alienação mental, uma “escassa eventualidade pôde deter semelhante poder de assombro revelador?” (idem. pg.192).

Foucault explica que na Idade Média a lepra domina o imaginário coletivo quanto às representações da morte e da punição divina. Quando essa doença finalmente desaparece, em função do isolamento dos doentes e da ausência de contato com focos da doença no Oriente, após o fim das Cruzadas, sobram centenas de leprosários, lugares de exclusão e isolamento social. O imaginário coletivo elege, então, outra figura de punição e exclusão: a doença venérea. Esta, apesar de ocupar, por um curto espaço de tempo, o mesmo lugar social e institucional do leproso, não pôde assumir o seu lugar como representação da punição divina, porque desde o início era vista como doença médica, apesar das ressonâncias religiosa e moral que suscitava. Assim, do século XIV ao XVII o leprosário terá que esperar uma “nova representação do mal” capaz de ocupá-lo. É, portanto, essa representação de um poder maléfico, ou melhor, esse signo da Queda do Homem, permanentemente presente no horizonte da experiência humana, onde Foucault identifica essa estrutura que será ocupada por conteúdos imaginários diversos, sucessivamente.

Na Idade Média, a preocupação com a Morte é central para a vida coletiva, vista de um ponto de vista teológico, aponta para o pecado e sua punição. Esse tema era pregnante no imaginário, e marcava todas as relações sociais. Os loucos, nesse momento, são apenas figuras sociais marginais, a loucura não constitui um símbolo específico na relação com Deus, ocupando um lugar discreto na “hierarquia dos vícios”, como pólo oposto à Prudência.

No final da Idade Média, ocorre uma substituição do tema da morte pela da loucura, em que esta assume uma relação estreita com o nada, o vazio da existência.

Agora, os elementos inverteram-se. Não é mais o fim dos tempos e do mundo que mostrará retrospectivamente que os homens eram uns loucos por não se preocuparem com isso; é a ascensão da loucura, sua surda invasão, que indica que o mundo está próximo de sua derradeira catástrofe; é a demência dos homens que a invoca e a torna necessária (idem. pg. 17).

A loucura começa a assumir características diversas, sendo representada na literatura, na filosofia e na pintura. Começam a serem delineadas duas formas, antagônicas, de pensamento sobre a loucura. Uma, a pintura, constrói uma experiência trágica da loucura, na outra, a literatura e a filosofia, esboça-se uma consciência crítica. São leituras opostas com relação à experiência do desatino. Na experiência trágica, a loucura fascina a imaginação porque representa um saber sobre o fim do mundo, o castigo divino e a queda humana. Assim, a preocupação com a morte, pelas pestes e guerras, sofre uma inflexão para a morte ainda em vida da loucura. Na consciência crítica construída nessa mesma época, a loucura passa a significar a fraqueza dos homens, suas ilusões, suas falsas ciências, sua risível presunção. Produto de uma visão humanista nascente, ela mostra uma outra forma do Mal, não mais relacionada ao fim dos tempos, mas apenas ao “erro e defeito”. Essa diferença entre os elementos trágico e crítico da loucura, que se instaura no século XV, irá cada vez se tornar mais pronunciado, o foco se intensificando cada vez mais no pólo crítico. O desatino é encarado como sátira moral, vista não mais como tragédia, mas como condição risível, objeto de sarcasmo da sociedade. Nesse deslizamento de sentido, de objeto de fascínio converte-se em objeto de ironia. A consciência trágica da loucura perde sua potência imaginária e desaparece, ou é ocultada no século XVI, em prol da consciência crítica. É esse movimento, que Foucault aponta como a virada crucial na experiência da razão com relação à loucura, a qual se torna “uma forma relativa à razão” (idem. pg. 30), jogando a experiência cósmica da loucura nas sombras. A consciência crítica torna a loucura uma das formas da razão, um elemento desta, uma de suas potencialidades inerentes. Portanto, como elemento deslocado da

própria razão, a loucura se vê conjurada, limitada em sua potência exterior à razão. Porém, para Foucault, sob “a consciência crítica da loucura e suas formas filosóficas, científicas, morais ou médicas, uma abafada consciência trágica não deixou de ficar em vigília”(idem. pg.29). É importante notar, que Foucault pretende operar um resgate da experiência trágica, mas vemos que no seu próprio argumento o elemento de tragicidade da loucura é, desde já, uma construção histórica datada do século XV. Isso nos parece importante porque, a potencialidade revolucionária da loucura, como veremos mais tarde, está desde o primeiro momento dada como produção discursiva, isto é, não é um estado originário, vivaz em sua potência bruta, a-histórica, e pré-discursiva.

Mas, voltemos a Foucault. Este mostra, que dentre as representações pictóricas e literárias da loucura, uma teve grande destaque: a Nau dos Loucos, que apesar da sua inscrição em uma tradição satírica, elas realmente existiram. A expulsão de loucos das cidades ocorria com frequência. Muitas vezes eles eram colocados em barcas, que os levavam para longe, onde vagavam errantes. Quando não eram abandonados eram entregues a mercadores e peregrinos. As naus de loucos, segundo Foucault, tornaram-se comuns, provavelmente, devido a peregrinações para localidades religiosas, para onde os familiares enviavam seus parentes alienados em busca de cura. Outras cidades, entretanto, recebiam os loucos não com propósito curativo, mas apenas com finalidade de isolamento, como na famosa localidade de Gheel, na Bélgica. Os loucos eram, muitas vezes também, tratados e mantidos em lugares específicos das próprias cidades, reservando aos estrangeiros a brutalidade de serem escorraçados. Essa variedade no trato com a loucura aponta duas estratégias da época: cura milagrosa e exclusão. Foucault chama a atenção para o caráter ritual dessas expulsões. Algo simbólico, também estava em jogo nessas passagens, nessas viagens pelos rios, onde a idéia de purificação pela água contribuía para o imaginário coletivo que propiciou o surgimento desses barcos de alienados.

As transformações na representação da loucura, que cada época imprime, e que reforça a consciência crítica de forma cada vez mais acentuada, coincide no século XVII com a chamada “grande internação”. Nessa época os loucos passam a ser internados juntos com uma massa indiferenciada de todo tipo de marginais da ordem econômica e social em pleno processo de mutação. A loucura na época clássica⁶ foi silenciada e retirada de circulação. Vemos que agora, Foucault desloca o foco da análise para o elemento econômico capitalista como causa para a exclusão.

Foucault escreve que esse fenômeno da internação se inicia, em toda a Europa, já no século XV, em consequência das guerras religiosas, e atinge seu ápice no século XVII. Uma grande massa de artesãos desempregados, camponeses desterrados e doentes incapazes de se sustentarem, consequência de guerras e enfraquecimento da economia, afluem para as cidades, produzindo uma urbanidade caótica e miserável. Inicia-se o processo de captura e internação forçada em casas de detenção. A partir do século XVII, o capitalismo industrial gera um aquecimento na economia, muitos são reabsorvidos no novo mercado de trabalho, mas com a Guerra dos Trinta Anos uma nova crise econômica se instala e ocorrem inúmeras revoltas populares. Além disso, a crise na economia espanhola, oriunda de interrupções da produção das minas das Américas, segundo Foucault (2005), foi um fator crucial para a gravidade dos problemas econômicos europeus. Uma grande massa de mão de obra sem trabalho, empobrecida e sem amparo social é recolhida. As oscilações do capitalismo marcam uma maior ou menor quantidade de pessoas internadas, fazendo as estruturas de internação cumprirem um papel significativo na sociedade, encarcerando os pobres, oferecendo mão de obra barata nos tempos de

⁶ Foucault chama de era clássica o período que vai do Renascimento no século XV até o final do século XVIII.

pleno emprego, aprisionando indivíduos sem trabalho quando havia escassez na oferta de serviços, e evitando revoltas.

Constituíam-se, os internos, de indivíduos com problemas diversos, mas unidos pela exclusão social e econômica. Eram desempregados, mas também eram depositados nesses locais “vagabundos, devassos, prostitutas, ébrios, perdulários, órfãos”, e finalmente, os loucos. Para Foucault, os loucos antes marginalizados, mas na maioria das vezes livres, passam a ficar enclausurados, com a criação em 1656 do Hospital Geral de Paris, e de outras inúmeras casas de internamento. Poucos anos depois, cerca de 1% da população de Paris está encerrada dentro desses estabelecimentos⁷. Um édito do Rei ordena que cada cidade deveria estabelecer um hospital geral. Estes, eram locais não médicos, semi-jurídicos e administrativos, com poder de prisão, correção e castigo, destinados a recolher todos os pobres da cidade. Essa estrutura foi criada pela ordem monárquica, em aliança com a burguesia francesa da época, visando recolher todos aqueles que não podiam trabalhar. Era, portanto, “uma instituição totalitária onde reinam as leis do universo concentracionário, mas sem tecnologia hospitalar específica” (CASTEL, 1978, pg. 65)⁸. Havia 32 hospitais gerais na França pré-revolucionária. Muitos eram antigos leprosários mantidos por ordens religiosas. Esses hospitais gerais espalham-se também pela Alemanha e Inglaterra, em seguida difundindo-se por toda a Europa.

Portanto, os loucos passam a ser internados no século XVII, independente de qualquer concepção de tratamento ou cura. Eles fazem parte de uma parcela discernível da sociedade, aqueles que não trabalhavam ou perturbavam a ordem pública. A ética do trabalho impera nessa

⁷ Há controvérsias quanto a possibilidade de se afirmar que houve uma “grande internação”. Da população total de mendigos, cerca de 10% estavam internados, e apenas dois mil loucos numa população de vinte milhões de habitantes passaram pelos hospitais gerais. Pode-se afirmar que houve uma remodelação da assistência e controle populacional, o que não significa exatamente uma “grande internação”.

⁸ Segundo Castel (1978), o complexo hospitalar consistia de uma gama de instituições heterogêneas, que abrangia casas de detenção, hospitais de tratamento como os Hôtel-Dieu, depósitos de mendigos, e dezenas de fundações de assistência, sendo Salpêtrière e Bicêtre suas estruturas mais importantes.

época, numa confluência de dever moral e obrigação econômica, pois o trabalho geraria a riqueza para acabar com a miséria que grassava pelo país. A preguiça era considerada o pior dos vícios, sendo os loucos aqueles que romperam com uma certa ética ligada ao trabalho. Segundo Foucault,

[...]até a Renascença, a sensibilidade à loucura estava ligada à presença de transcendências imaginárias. À partir da era clássica e pela primeira vez, a loucura é percebida através de uma condenação ética da ociosidade..Com efeito, a relação entre a prática do internamento e as exigências do trabalho não é definida inteiramente – longe disso – pelas condições da economia. Sustenta-a e anima-a uma percepção moral (idem. pg. 73).

Essa mudança no trato com a pobreza e a ociosidade nasceu da necessidade do Estado. Entretanto, foi necessária uma mudança radical da posição da Igreja para que esse processo tivesse acontecido. No protestantismo, não havia a preocupação com as “boas obras”, necessárias à salvação, pois esta depende da predestinação. Pobreza era sinônimo de castigo. Entretanto, numa dimensão humanitária essas “obras” eram consideradas importantes, porque eram testemunhos de fé e instauravam a ordem. Ocorre nos países protestantes uma laicização das ações de caridade. Ao contrário dessa visão, o catolicismo terá que alterar sua percepção sobre a pobreza. Antes vista com dignidade e motivo de compaixão individual, a antiga “santificação da miséria” deixará gradualmente de existir, passando a ter uma percepção muito parecida com a do protestantismo. A reunião de inúmeros pobres num só lugar, sob os auspícios do Estado passa a ser vista como uma necessidade pia. O catolicismo altera de forma significativa, após deliberação das Faculdades, o enfoque em relação aos pobres. É o fim do sentido místico da pobreza, com a “glória da caridade como sua outra face”. Ocorre a sua culpabilização e a busca pela sua erradicação. Desse momento em diante, haverá uma laicização da assistência aos pobres, através

da população e do Estado, com a igreja católica passando a apoiar a grande internação prescrita por Luís XIV.

Foucault mostra também que, do século XVII até a invenção da psiquiatria por Pinel, ou seja, durante cerca de 150 anos, a loucura foi sendo amalgamada à experiência do desatino. O internamento juntou “personagens e valores” que em épocas anteriores não eram assemelhados, organizando toda uma nova forma de olhar sobre a loucura. Com a relação à sexualidade, o desatino reunia todas as experiências sexuais :

[...]em suas relações com a organização da família burguesa, seja na profanação em seus relacionamentos com a nova concepção do sagrado e dos ritos religiosos, seja na ‘libertinagem’, isto é, nas novas relações que começam a se instaurar entre o pensamento livre e o sistema das paixões (idem. pg.85).

Além disso, o desatino é tudo o que toma a forma, não só, de inadaptação moral ou sexual, mas também de desobediência às normas da relação com o sagrado, como as blasfêmias e as impiedades, práticas ligadas a crenças em magia e outras faltas morais. Desatino e loucura, colocadas juntas no interior no hospital geral, se misturam no imaginário coletivo da época clássica, constituindo um liame que une formas dispersas em outras épocas, num parentesco que reúne “venéreos”, devassos, alquimistas, libertinos, “feiticeiras”, e insanos.

Entretanto, não é possível afirmar, como mostra Foucault, que a loucura tinha uma única percepção social, aquela do desatino. Uma percepção médica também existia, tanto é assim, que havia no Hôtel-Dieu de Paris, que era um hospital de tratamento médico e não correcional para pobres, leitos para os loucos. Em toda a Paris havia 74 lugares de tratamento médico. Em Londres também, o hospital de Bethleem, fundado no século XIII para os “lunáticos”, dispunha de cerca de 150 leitos em 1676. Nesses locais, buscava-se a cura para os alienados, através dos

meios médicos disponíveis na época, como sangrias, purgações, banhos, etc. Entretanto, se a cura não ocorresse num prazo definido, eram encaminhados para os hospitais gerais. Para estes, eram levados os casos considerados incuráveis. Existia, portanto, duas concepções simultâneas sobre o cuidado com os loucos, uma médica e outra correcional.

Segundo Foucault, o século XVII:

[...]misturou as linhas de um rosto que já se havia individualizado há séculos...estranha evolução de uma sensibilidade que parece perder a finura de seu poder diferenciador e retrogradar para formas mais maciças de percepção (FOUCAULT, 2005, pg. 121).

O autor se refere ao fato de que existiam hospitais para tratamento da loucura desde o século VII no Oriente Médio, tendo influenciado, graças à invasão moura, inicialmente a Espanha, e depois outros pontos da Europa durante o século XV. Portanto, já existia na medicina daquele século uma percepção mais aguçada das linhas que diferenciavam a loucura de outros problemas sociais, mas que a grande internação começa por apagar, a borrar essa demarcação, que havia sido muito mais definida em épocas precedentes. Vemos que Foucault está atento ao fato de que a medicina tinha, há séculos, um saber próprio sobre loucura como doença, apesar de radicalmente diferente da “doença mental” do século XIX. É curioso notar que Foucault sabe que havia um olhar médico sobre a loucura, entretanto, ele afirma que a concepção de doença mental na virada do século XVIII é tributária fundamentalmente do processo de exclusão, seja ele um processo da “razão” quanto do processo econômico. Essa é outra ambigüidade presente no texto foucaultiano que, ao nosso ver, não foi explicitada.

Para Foucault, essa indiferenciação da loucura no desatino só será revista nas vésperas da Revolução Francesa. Ao contrário do que normalmente se pensa sobre o nascimento da psiquiatria, não existe uma evolução linear que parte de um desconhecimento da doença mental

para a sua descoberta. Como mostra Foucault, os hospitais de tratamento são estruturas mais antigas e menos numerosas que os hospitais gerais, e que foram superados por tais estabelecimentos correcionais.

No século XVII existia, portanto, uma separação clara entre duas representações contemporâneas sobre a loucura, sendo uma médica e outra correcional. Em decorrência dessas duas abordagens havia duas formas concorrentes de procedimentos de internação. No primeiro procedimento de internação, o Direito se vale da opinião médica para legitimar a separação do indivíduo da sociedade, buscando seu tratamento e cura. É interessante notar, que o Direito assume um importante papel nesse momento, enquanto construtor de um refinamento da análise da loucura, enquanto descrição “psicológica” eficaz para distinguir o estatuto jurídico, a responsabilidade civil e penal do alienado. Na segunda forma de intervenção o poder decisório está na esfera administrativa. A primeira levava à hospitalização e a segunda ao internamento. A partir de 1692, as “cartas régias”, em que a família ou vizinhos pedem ao Rei autorização para a captura de alguém, são os procedimentos mais comuns para a internação. A “sensibilidade social” à loucura vai preponderar sobre a avaliação médica. Segundo Foucault:

Num caso, ela põe em jogo as capacidades do sujeito de direito, e com isso prepara uma psicologia que misturará, numa unidade indecisa, uma análise filosófica das faculdades e uma análise jurídica da capacidade para elaborar contratos e contrair obrigações[...]Noutro caso, ela põe em jogo as condutas do homem social, preparando assim uma patologia dualista, em termos de normal e anormal, de sadio e mórbido, que cinde em dois domínios irredutíveis a simples fórmula: ‘Para ser internado’ (op.cit. pg. 131).

Segundo Foucault, a psiquiatria que se constituiu no final do século XVIII, na figura do alienista, se baseou na composição dessas duas demandas: jurídica e social. A construção da doença mental é feita sobre essa síntese, que concilia o dever de isolar e a necessidade de

discernir a capacidade jurídica do indivíduo, e que constitui a base da futura “psicopatologia com pretensões científicas”. Falta nessa análise, um fator tão óbvio que nem precisaria ser dito, que a psiquiatria de baseou também na necessidade de tratar. Foucault, ao propor que a “desrazão” é produto da razão, do progresso iluminista, parece desconhecer o que ele mesmo tinha dito. A loucura era tratada muito antes da idade clássica.

É importante, para Foucault, mostrar que na idade clássica, a loucura é reduzida ao silêncio pelo processo do grande internamento, mas também por um outro movimento, talvez mais importante, um movimento do pensamento. Ele mostra que Descartes estrutura uma outra forma de pensar a loucura, em que esta figura ao lado do erro e do sonho. Para Descartes, a busca da verdade implica duvidar metodicamente do pensamento, discernindo as ilusões pelo próprio exercício da razão. Entretanto, se o erro e o sonho podem ser superados no movimento do próprio pensamento, a loucura é colocada como sua oposição, isto é, a loucura é a “condição de impossibilidade do pensamento” (idem. pg.46). Essa nova concepção atribui à razão o poder de garantir uma perfeita adequação entre o sujeito e a verdade, colocando a loucura na exterioridade dessa razão. Essa posição cartesiana seria inversa àquela de Montaigne, para quem poderia haver algo como uma “Razão irrazoável, de um saudável Desatino”(idem. pg 48). E também oposta à posição hegeliana, que mostrará um resto de razão na loucura, o que possibilitará o processo de cura dos alienados.

Nesse caso, Descartes defende que haveria uma escolha moral feita pelo sujeito entre razão e desatino. Essa escolha ética “é a própria iniciativa da razão” (idem. pg. 142). O segredo da loucura estaria na relação do sujeito com a vontade, “e não na integridade da razão”. Na Idade Média e início da Renascença a loucura estava ligada ao mal, “...mas sob a forma de transcendências imaginárias, doravante [na Idade Clássica], ela se comunica com ele pelas vias

mais secretas da escolha individual e das más intenções” (idem, pg. 137). O louco, portanto, era alguém que escolheu ser louco. Era aquele que optou em abrir mão de sua razão.

Para Foucault:

A razão clássica não encontra a ética no ponto terminal de sua verdade, sob a forma de leis morais: a ética, como escolha contra o desatino, está presente desde o começo em todo pensamento ordenado, e sua superfície, indefinidamente prolongada ao longo de sua reflexão, indica a trajetória de uma liberdade que é a própria iniciativa da razão (op.cit. pg. 142).⁹

Jacques Derrida (2001), filósofo que foi aluno e discípulo de Foucault, numa conferência em 1963 na qual estava presente seu professor, se encarrega de desconstruir alguns dos principais argumentos foucaultianos presentes na “História da Loucura” (2005), mesmo com toda a dificuldade que ele próprio admite em criticar o “mestre”. Derrida (2001) utiliza-se do trecho em que Foucault interpreta a primeira das “Meditações” de Descartes para criticá-lo. Ele acredita que:

[...]o sentido de todo o projeto de Foucault pode se concentrar nessas poucas páginas alusivas e um pouco enigmáticas, pretendendo que a leitura que nos é aqui proposta de Descartes e do Cogito cartesiano compromete em sua problemática a totalidade dessa História da loucura, no sentido de sua intenção e das condições de sua possibilidade[...] (DERRIDA, 2001, pg. 13).

Para Derrida, Foucault se engana ao interpretar Descartes, colocando a loucura como fora da possibilidade do pensamento, exterior a esta, e portanto fora do Cogito. Esse equívoco, oriundo da grade estruturalista que Foucault utilizava no seu trabalho, quer fazer uma leitura

⁹ A leitura que Foucault realizou da Primeira Meditação de Descartes foi criticada de maneira contundente por Derrida em uma conferência em 1963, onde ele afirma que a loucura para Descartes não corresponde ao erro absoluto que Foucault pretende demonstrar. A polêmica sobre essa crítica é respondida posteriormente por Foucault. (cf. ROUDINESCO, 2001; FOUCAULT, 2001 e DERRIDA, 2001).

latente do Cogito com base na escrita patente do filósofo. Entretanto, a leitura patente não está correta. Pela seguinte razão: a loucura é apenas “..um caso particular, e não mais grave, aliás, de ilusão sensível que interessa aqui a Descartes” (idem, pg. 41). Sono e sonho colocam problemas para o conhecimento da verdade, mais problemáticos que a loucura, até porque o louco “não se engana sempre e em tudo”. Na leitura que Derrida faz de Descartes: “A loucura é apenas um erro dos sentidos e do corpo, um pouco mais grave que a que espreita todo homem acordado, mas normal, muito menos grave, na ordem epistemológica, que aquela a que sempre nos entregamos no sonho” (idem, pg. 44). O que Derrida critica é uma leitura “totalitária” que Foucault submete o Cogito cartesiano. Se para Foucault o pensamento exclui necessariamente a loucura, para Derrida o Cogito precede a separação entre razão e loucura. O movimento do pensamento é válido mesmo se eu sou completamente louco. Citando Descartes, ele afirma: “Seja eu louco, ou não, *cogito, sum*” (DERRIDA apud FERRY e RENAUT, 1988, pg. 112)¹⁰.

Entretanto, Derrida não se contenta em apontar o erro de leitura das “Meditações”, ele também critica o próprio projeto de uma história da loucura enquanto história da *própria* loucura, isto é, a loucura falando de si e não na linguagem da psiquiatria ou da razão, como dissemos acima. Dado que fazer isso implica num projeto impossível, Foucault pretende realizar uma “arqueologia” desse silêncio a que a loucura foi submetida. Ora, é justamente isso que Derrida considera “louco” no projeto foucaultiano, porque uma arqueologia já não é uma “linguagem organizada”, portanto, uma captura ainda mais sutil da loucura, pois busca recuperar o indizível numa ordem que pertence à razão que se pretendia criticar? Como diz Derrida: “Não se pode, sem dúvida, escrever uma história, ou até mesmo uma arqueologia, contra a razão, pois, apesar das aparências, o conceito de história sempre foi um conceito racional”(idem, pg. 19). Além

¹⁰ Para uma discussão pormenorizada sobre o debate Foucault- Derrida ver: Ferry e Renaut (1988) e Wanderley (1997).

disso, ele critica em Foucault a miopia de não perceber que o próprio projeto foucaultiano só pôde ser tentado porque a psiquiatria, “por pouco que seja, se abriu”, havia um deslocamento no entendimento da loucura dentro do próprio movimento da razão psiquiátrica. Por fim, Derrida faz uma crítica histórica. Para ele, se houve uma separação entre loucura e razão, esta não poderia ter acontecido na Idade Clássica, mas sim, e talvez, no pensamento grego, mas para isso deveria ter sido feito um trabalho cuidadoso de tradução de termos que se equivaleriam à loucura, como talvez a “Ubris” grega. Mas, em absoluto isso foi feito. Em resumo, Derrida reconhece o trabalho revolucionário e monumental que realiza Foucault, mas critica sua pretensão de realizar uma história *da* loucura e uma arqueologia do silêncio, apontando as aporias que o próprio Foucault deixa entrever no seu texto.

Retornemos ao pensamento foucaultiano tal como ele se apresenta. Para Foucault, no século XVII a loucura estava dividida em duas formas de entendimento. Uma dada pela exclusão no internamento sob uma forma do desatino e a outra dada pelo discurso médico através de uma nosografia incipiente, sendo que entre essas duas formas de entendimento havia pouca semelhança ou pontos de apoio. Os loucos eram reconhecidos pela marca do desatino que portavam, pura negatividade e oposição à razão, e não pela descrição positiva de uma doença. Esta situação começa a mudar no século XVIII, com a construção de um saber positivo sobre a loucura, através da sua objetificação, em que antes de se constituir plenamente como ciência, esboça um campo de racionalidade. Essa racionalidade se dará na classificação das doenças, que utilizando o modelo da botânica, coloca a loucura num lugar determinado do “jardim das espécies”. As descrições das doenças que vão sendo construídas posteriormente, no final da idade clássica, elaborando com maior precisão as noções de demência, mania, melancolia, histeria e hipocondria, aos poucos deslocam a consciência do desatino para a periferia do imaginário social,

classificando com maior riqueza fenomênica suas configurações e dando uma positividade cada vez maior à loucura¹¹.

Por outro lado, o desatino reaparece no século XVIII, por um curto espaço de tempo, como doença que aterroriza os habitantes das cidades, em função de contágios imaginários, cujos focos eram as casas de internamento. É nesse momento que o pensamento médico tem um novo papel, que é o de reduzir os riscos de contaminação que, teme-se, esteja sendo disseminado. Ocorre uma mistura entre representações do desatino, doenças físicas e loucura, gerando uma nova onda de medo.

É dentro desse ambiente de medo que nasce a idéia de que o meio ambiente pode ser, se não causa, propiciador da loucura. Esta torna-se possível, porque o homem se afastou da natureza, alterando sua sensibilidade imediata, rompendo com tudo aquilo que ordenava a vida humana, expondo-o a uma liberdade exagerada, aos excessos da civilização, vista como artificial e desregulada. Nesse aspecto, a natureza animal do homem é, ao contrário do século XVII, fonte de calma e segurança. Segundo Foucault:

Quando o homem clássico perdia a verdade, é porque era rejeitado para essa existência imediata onde sua animalidade causava devastação, ao mesmo tempo em que aparecia essa decadência primitiva que o indicava como originariamente culpado. Quando se falar agora de um homem louco, será designado aquele que abandonou a terra de *sua* verdade imediata, e que se perdeu (op.cit. pg. 377).

O século XVIII conhece um aumento do número de internos nas casas de correção, assim como uma percepção social de que a loucura estava crescendo na sociedade, provavelmente, como diz Foucault, pela importância adquirida pelas “doenças dos nervos” e histerias, mais do

¹¹ Em Foucault, essa positivação da loucura assume o sentido de que o desatino, além de ter sido isolado no hospício “se havia alienado progressivamente nas formas naturais da loucura”(op.cit. pg. 351). O autor entende, portanto, uma nova alienação da experiência originária da loucura, sua descrição como doença.

que pela alienação mental¹². Entretanto, os números não seguem na mesma proporção o aumento populacional e o crescente medo do desatino. Provavelmente, a abertura de várias casas destinadas exclusivamente aos “insensatos” foi fundamental para esse discreto aumento de loucos internados nas estruturas correccionais. Inúmeras casas particulares são criadas, como a pensão Belhomme e as várias Petites-Maisons, transformadas em asilos para alienados. Na Inglaterra surgem os “lunatic hospitals” e também pavilhões em hospitais comuns, sendo o principal deles o Saint Luke Hospital, para pacientes exclusivamente agudos. Esses hospitais apesar de não serem locais médicos, apontam uma mudança fundamental, pois começam a separar a loucura de outras formas do desatino, dando-lhe uma característica e uma percepção própria e que estabelece uma ligação mais forte com o internamento. É importante notar, que a separação dos loucos ganha justificativas degradantes para a loucura, no sentido de que a mistura com outros tipos de prisioneiros representava para estes uma injustiça.

Entretanto, a percepção da loucura começa a se apurar cada vez mais com as descrições dos fenômenos apresentados pelos alienados, constituindo categorias nosológicas mais ricas, como as vesânicas, criadas por Sauvages em 1733. Se por um lado, a medicina prolifera as formas descritivas de loucura, por outro, esta ganha um lugar. Segundo Foucault, ocorre um dilaceramento da experiência da loucura, marca da relação que a razão médica estabelece com ela. Constróem-se sofisticadas e abstratas nosografias ao mesmo tempo que reconhecem uma linguagem toda própria, uma vivência especial e impossível de capturar completamente.

[...]um esforço de reconhecimento com o qual de certa forma, se deixa a loucura falar, ela mesma, e fazer ouvir vozes que, pela primeira vez na

¹² Edward Shorter mostra que houve um aumento considerável de casos de alienação mental em decorrência do grande número de sífilíticos com alterações cerebrais, assim como do aumento de casos de alcoolismo e doenças relacionados ao álcool, que coincide com o aumento do consumo de bebidas nessa época (SHORTER, 1997).

história do Ocidente cristão, não serão nem as da profecia, nem as do transe ou da possessão, nem as da bufonaria; vozes nas quais a loucura não fala nem por outra coisa, nem por outra pessoa, mas por si mesma. No silêncio do internamento, a loucura conquistou estranhamente uma linguagem que é a sua (op.cit. pg. 391).

Como se vê, pelo parágrafo acima, Foucault reconhece por outro lado que o internamento teve um papel insuspeito, o de deixar a loucura falar a sua própria linguagem. Se antes, ele tentava mostrar uma arqueologia do silêncio, agora ele reconhece um certo valor na prática em voga. Essa ambigüidade do trabalho pode ser traduzida como a “tensão” permanente a que alude Derrida em certo momento de sua crítica.

Por outro lado, o internamento dos não loucos começa ser questionado no que tange a sua eficácia como solução para problemas econômicos e sociais. A miséria começa a ser percebida como produto de reveses econômicos mais amplos e não mais como um problema moral individual. Os economistas ponderam que a população é fonte de produção de riquezas, necessitando de ser reabsorvida no mercado de trabalho, para o bem das nações.

Dessa maneira a loucura se desliga gradualmente das formas do desatino a que era assimilada e das diversas formas de miséria em que se misturava, portanto, sua positividade começa a se tornar possível, menos pela filantropia e pela necessidade de tratamento e mais pelas forças econômicas e sociais em curso.

Antes da Revolução já havia mudanças importantes que apontavam para uma outra forma de lidar com o internamento. A necessidade de aproveitar a população como mão de obra barata, fundamental na economia em desenvolvimento iniciou o processo de retirada de todos os que não eram criminosos, doentes sem família ou loucos. Os doentes internados deveriam ser tratados em casa pelos parentes, quando tivessem.

No final do século XVIII e início do XIX, os revolucionários franceses operam uma mudança radical na paisagem asilar, libertando aqueles que não tinham cometido delitos ou que não eram desprovidos da razão. Os hospitais se esvaziam, guardando, entretanto, os alienados. Na Revolução chegam a enfrentar-se dois projetos para a loucura. Num procura-se reativar as antigas formas de internamento, com seu caráter punitivo. No outro, busca-se criar hospitais de tratamento, que deveriam substituir a família no cuidado do alienado, ao contrário das outras formas de doença. O segundo projeto vence. Seus maiores formuladores são Tenon, Cabanis, Doublet e Colombier.

Tenon assim se expressa em 1788: “Somente após terem-se esgotados todos os recursos possíveis é que se permite consentir na necessidade incômoda de retirar a liberdade de um cidadão” (TENON apud FOUCAULT, pg. 431). Portanto, a preocupação com a liberdade é central no pensamento desse revolucionário.

O mesmo Tenon, baseando-se na experiência de Saint-Luke, defende o valor da liberdade de outra maneira, a internação, quando necessária, possui um valor terapêutico quando deixa o louco expressar-se sem coações. Porque a liberdade expressiva tem o poder de limitar a imaginação sem freios da loucura, pelo limite que o real impõe naturalmente. A liberdade possibilita o encontro da expressão louca com o contorno da realidade, que circunscreve e limita a imaginação desordenada. É esse passo da medicina na direção de uma busca da cura através da prática asilar que Foucault chama de “carta de nobreza médica” do internamento. (idem. pg.433). Começa-se a pensar um tratamento “psicológico” institucional para a loucura num enquadre estritamente médico e não correcional. Esse ponto é importante porque realiza um deslizamento teórico crucial, a possibilidade de tratamento para o louco através de um manejo “mental”. Os caminhos da liberdade se encarregariam de levá-lo a um certo limite, potencialmente terapêutico.

A definição de loucura proposta por Cabanis¹³ reforça, nesse momento histórico, o valor do asilo em sua relação com a liberdade. Para ele o sujeito razoável era livre. Ao contrário, se sua razão era agitada, então ele era privado daquilo que define o homem: a liberdade. A liberdade torna-se como uma natureza para o homem, e se o processo mórbido impede seu uso é porque alterou a natureza do próprio homem. O internamento nada mais é do que a perda da liberdade jurídica de um sujeito que já a tinha perdido em si. Mas, ele acredita na cura e para isso propõe mudanças na forma de lidar e tratar da loucura. Apesar da crítica que havia de muitos revolucionários aos hospitais como locais de exclusão, herança do autoritarismo monárquico que deveria ser abolido, uma idéia foi fundamental para a sua manutenção, a de que eram locais que precisavam ser reformados, isto é, necessitavam de mudanças de gestão e não a sua abolição. Talvez possamos ver nesse momento o primeiro movimento “reformista” com relação aos loucos, a primeira tentativa de oferecer um lugar de tratamento digno desse nome.

Apesar das formulações teóricas desses autores, a possibilidade de recuperar a razão dos alienados através de uma instituição médica organizada começa, de fato, a ser colocada em prática na França, com a nomeação, em 1793, de Phillippe Pinel¹⁴ para diretor em Bicêtre, uma das instituições do antigo hospital geral, reservada aos alienados do sexo masculino. Nesse local, Pinel será diretor até 1795, quando será transferido para a Salpêtrière, a instituição para mulheres

¹³ Pierre-Jean-Georges Cabanis foi um importante médico francês, cujo pensamento era fundamentado no “sensualismo expandido e relativizado” de Condillac e Helvetius, associado à concepção do papel do orgânico na vida mental (cf. ODA E DALGALARRONDO, 2007, pg. 23-24). Para ele era importante que se observassem : “as relações entre o estudo físico do homem e o estudo dos processos de sua inteligência,[...] o desenvolvimento sistemático de seus órgãos com o desenvolvimento análogo de seus sentimentos e paixões” (CABANIS apud ODA E DALGALARRONDO, 2007, pg. 22)

¹⁴ Pinel foi muito influenciado por Cabanis, que o introduziu no “Salão dos Ideólogos”, por onde circulavam importantes pensadores e eram apresentadas idéias filosóficas que viriam a formar as convicções do alienista. A observação dos fenômenos na construção das idéias, a confiança na ciência, a defesa de uma ligação indissociável entre o físico e o moral, a crença na transformação do homem através de mudanças na organização econômica e social, enfim a esperança na utopia revolucionária (op. cit. pg.25-26). Os ideólogos tinham uma tradição nominalista e “consideravam que o conhecimento era um processo cuja base era a observação empírica dos fenômenos que constituíam a realidade”(BERCHERIE, 1989, pg. 31).

desse mesmo hospital. Essas duas instituições eram, no início, locais de acolhimento dos loucos incuráveis, enquanto para Charenton eram destinados os loucos curáveis. Essa situação se modificará em 1806, quando Pinel realiza importantes reformas nesses hospícios para que eles pudessem operar segundo outras normas.

Como notam Castel (1978, pg. 80) e Bercherie (1989, pg. 31-32), Pinel não foi o único nem o primeiro a realizar reformas no tratamento aos alienados. Havia experiências semelhantes, com Tuke, Willis, Cullen e Haslam na Inglaterra, Colombier e Tenon na França, Daquin na Sabóia e Chiaruggi na Itália. Entretanto, Pinel soube articular procedimentos dispersos num todo razoavelmente coerente, reunindo três dimensões do tratamento: organização do espaço asilar, classificação das doenças e instituição de uma relação específica entre o médico e o doente, chamada de tratamento moral. Embora não tenha criado algo novo nas três dimensões mencionadas ele é o fundador do método clínico, pois separou metodologicamente a observação cuidadosa e sistemática dos fenômenos observados da teoria explicativa sobre eles.

Para ele as doenças mentais tinham três causas possíveis. As causas físicas diretas, os fatores hereditários e as causas morais. Estas últimas, considerada por ele as mais numerosas, tinham duas raízes, as paixões intensas e os excessos ou o desregramento dos hábitos e costumes. Entretanto, mesmo nas causas morais a concepção era orgânica, pois os problemas morais agiriam morbidamente sobre as vísceras, alcançando o cérebro por via das “simpatias” entre os órgãos (BERCHERIE, 1989, pg. 39). Mas, ao mesmo tempo ele não acreditava numa lesão cerebral permanente. “Os conteúdos da mente dependeriam das percepções e das sensações, e, modificando-se estas, modificava-se - certamente por intermédio das paixões, da afetividade, único motor humano - todo o estado mental” (op.cit. pg. 41). Assim, agindo moralmente sobre o indivíduo num ambiente adequado poderia ser resgatado o equilíbrio que teria se perdido.

Para Foucault (2005), Pinel e Tuke são os criadores da moderna psiquiatria, constituindo uma outra relação entre a razão e a loucura. Tuke era um religioso quacre, membro de uma das diversas “Sociedades de Amigos” dessa época, entidades filantrópicas privadas que organizavam-se no intuito de garantir assistência a seus membros mais necessitados, em função da reorganização inglesa da assistência, que dava grande ênfase ao setor privado. Após a morte em uma instituição correcional de uma mulher alienada ligada aos quacres, Tuke recolhe fundos e cria em 1796 o “Retreat”, destinado a tratar os membros dessa seita num ambiente religioso e moral adequado. Trata-se de uma casa instalada na zona rural próxima a York, com amplos espaços ao ar livre, e caracterizando-se por ser uma “..comunidade fraternal de doentes e vigilantes, sob a autoridade dos diretores e da administração” (idem. pg. 469). Destacam-se a moral religiosa estrita, a confiança nos benefícios da natureza, do trabalho e do ambiente familiar, protetor e severo. No século XVIII acreditava-se que a sociedade era a causadora da alienação, pela perturbação dos sentimentos e o afastamento da natureza. Assim, para recuperar a razão deve-se colocar os loucos em ambientes cujas formas eram mais puras. Trata-se de “..recolocar o homem em relações sociais elementares e absolutamente conformes à sua origem”(idem. pg. 470), afastando-o de todo elemento social perturbador.

Na França, os fatores históricos são outros, os hospitais para alienados não tinham sido criados, como tinha sido preconizado em 1790, e Bicêtre era uma das poucas instituições para tratamento de alienados, reunindo uma população heterogênea e numerosa. Pinel estrutura o asilo de modo a separar os diversos tipos de doenças e condições. Sua preocupação é distribuir os alienados de acordo com suas similaridades e necessidades, observar e classificar os fenômenos, produzindo um diagnóstico e instituir um tratamento conforme o caso:

Uma distribuição metódica dos alienados do hospício em diversos departamentos possibilita a rápida apreensão das respectivas medidas que devem ser tomadas quanto a sua alimentação, limpeza, regime moral e físico. As necessidades de cada um dentre eles são então calculadas e previstas, as diversas lesões do entendimento são apreendidas através de seus caracteres distintivos, os fatos observados são comparados e reunidos com outros fatos análogos, ou melhor, convertidos em sólidos resultados da experiência; é na mesma fonte que o médico observador pode obter as regras fundamentais do tratamento, aprender a discernir as espécies de alienação que cedem mais ou menos prontamente no tempo e ao regime, aquelas que opõem os maiores obstáculos à cura, ou que se pode considerar como incuráveis, e enfim as que reclamam imperiosamente o uso de certos medicamentos (PINEL apud CASTEL, 1978, pg. 84).

Portanto, organização e disciplina do espaço asilar, com vistas a classificar as doenças e tratar, com base em medicamentos e em um regime moral. Nesse sentido, Pinel inverte a idéia de que a internação é um mal necessário. Agora, o isolamento social é uma necessidade do tratamento, visando romper os vínculos familiares e sociais que contribuía para o estado do paciente. A desordem do mundo exterior deveria ser neutralizada pela ordem rígida do asilo. O asilo se transforma num “laboratório social no qual toda experiência humana poderia ser reprogramada” (idem, pg. 87). O asilo é uma experiência, portanto, que não diz respeito apenas ao louco, mas a toda sociedade, porque é palco de uma ação inteiramente nova, tornando-se um modelo de ordem para essa mesma sociedade.

Em Pinel, não existe o elemento religioso, muito ao contrário, ele considera toda forma de fanatismo uma das causas do enlouquecimento. A religião é, entretanto, valorizada apenas no que tange a sua capacidade de refrear os impulsos. Para esse alienismo nascente, a loucura tem causas morais. Ela é produzida por todo tipo de situação passional, isto é, acontecimentos traumáticos que perturbam a razão do indivíduo na sua relação com o ambiente social. Portanto, o tratamento deve se basear em todas as virtudes republicanas, os valores da família e do trabalho, e condenação dos vícios que alteram a sociedade, o celibato, a devassidão, o mau

comportamento, a preguiça. Segundo Foucault (2005), o asilo de Pinel é diferente do de Tuke, porque não é um espaço de natureza e religião, mas “um lugar de sínteses morais onde se apagam as alienações que nascem nos limites exteriores da sociedade” (idem. pg. 489).

O gesto inaugural de Pinel em Bicêtre, a libertação dos loucos acorrentados, que possui o estatuto de mito fundador da psiquiatria, possui, na visão de Foucault, uma certa ambigüidade. Seria uma aplicação dos princípios já defendidos por Cabanis? Ou seria uma dissimulação visando misturar todos os internos, criando dificuldades para discernir loucos de políticos indesejáveis ao regime? Embora Foucault não chegue a uma conclusão, o efeito da libertação para ele é claro. A razão que liberta é a mesma que objetifica a loucura, a aprisiona em formas mais disfarçadas de captura. Da mesma forma, o mito do “Retreat” é revisto, a constituição de um lugar humanizado e quase livre de coações esconde uma outra verdade, a de que Tuke trocou o “terror livre da loucura pela angústia fechada da responsabilidade” (idem. pg. 479), através da imposição de uma consciência de culpa, pelo jogo incessante de vigilância, repreensão e punição. O medo é o afeto fundamental mobilizado pelo tratamento moral. Para Foucault, a reciprocidade que ainda havia na idade clássica entre razão e loucura, reciprocidade esta que se manifestava pelo olhar que o não louco lançava sobre a loucura do outro e tinha como reflexo a imagem de sua própria queda, é abolida completamente. Foucault reconhece em Hegel aquele que melhor formulou o que aconteceu em Bicêtre e no Retreat:

O verdadeiro tratamento psíquico apega-se à concepção de que a loucura não é uma perda abstrata da razão, nem do lado da inteligência, nem do lado da vontade e de sua responsabilidade, mas um simples desarranjo do espírito, uma contradição na razão que ainda existe, assim como a doença física não é uma perda abstrata, isto é, completa de saúde (de fato isso seria a morte), mas uma contradição dentro desta. Esse tratamento humano, isto é, tão benevolente quanto razoável da loucura...pressupõe que o doente é razoável e encontra aí um sólido ponto para abordá-lo desse lado (HEGEL, apud FOUCAULT, 2005, pg. 476).

Ao considerar a loucura uma contradição na razão, aquela passa a ser vista não como contradição absoluta, mas relativa. A loucura perde sua autonomia, ela é como uma dobra da própria razão, uma inadequação, um aspecto infantil da razão. Sobre essa razão infantil opera-se uma autoridade firme e benevolente, guiada pelo médico que, pela primeira vez, assume daí em diante uma posição central no asilo. Curioso notar que onde Foucault vê uma perda, uma captura, outros autores verão uma inovação do pensamento, uma alteração fundamental de paradigma, como veremos¹⁵.

Mas, as ações de Pinel não indicam claramente um tratamento e uma humanização? Mesmo as curas de Pinel, para o autor, podem ser descritas como a conversão de sujeitos em “tipos sociais”, alienação de si no papel social esperado pelo outro, isto é, as melhoras obtidas com os internos deviam-se a uma retificação de conduta, através de um posicionamento subjetivo imaginário ligados aos tipos sociais definidos e desejados pelo médico francês: “O que constitui a cura do louco, para Pinel, é sua estabilização num tipo social moralmente reconhecido e aprovado” (idem, 2005 pg. 474).

Foucault (2005), ao nosso ver, exagera em suas conclusões. Mesmo atualmente, muitas “curas” psicológicas ocorrem quando a identidade narcísica do sujeito alcança uma estabilização mínima, através do laço transferencial acolhido e manejado. Foi o que aconteceu? Não podemos

¹⁵ É importante ressaltar que a posição da psiquiatria frente à causalidade da alienação a coloca, nesse momento, em oposição ao desenvolvimento clínico e anátomo-patológico da época, pois o substrato material das doenças estava sendo descoberto. Apesar das críticas que eram feitas por alguns médicos com respeito ao valor dado à eficácia mórbida das paixões, associadas ao impacto da descoberta da paralisia geral progressiva feita por Bayle em 1822, a maioria dos alienistas concentram-se na nosografia e no tratamento moral, considerada a forma mais eficaz de combater a loucura.

afirmar com certeza, mas se os doentes de Pinel passam a mostrar sinais de melhora, graças a um ato seu, então algo do ponto de vista de manejo subjetivo foi realizado.

Do mesmo modo, ao falar sobre o mito Tuke, que tendo desenvolvido seu tratamento num ambiente bucólico e centrado na religião, diz que:

é preciso reavaliar as significações atribuídas à obra de Tuke: libertação dos alienados, abolição das coações, constituição de um meio humano, isso não passa de justificativas. As operações reais foram bem diferentes. Na verdade, Tuke criou um asilo onde substituiu o terror livre da loucura pela angústia fechada da responsabilidade; o medo não impera mais do outro lado das portas da prisão, vai doravante grassar nos subterrâneos da consciência (op.cit. pg. 479).

O método de Tuke consistia em impor regras na convivência e no comportamento asilar, trabalho rural e contato com a natureza. Além disso, existia a moral religiosa e ameaça de castigo se infringissem as regras. Fora isso, respeito e cordialidade. A palavra era o instrumento fundamental. O ponto chave do tratamento era a chamada à responsabilidade pelo que diz e faz. É evidente o caráter “moralista”, mas seria, de fato, culpabilizante? Foucault ataca o acessório e perde o principal. As operações reais são, de fato, outras. Não as apontadas na sua crítica, mas as que mostram diálogo e responsabilização subjetiva. O autor parece confundir culpa e responsabilidade. A ética religiosa estava presente, mas servia como força ordenadora para sujeitos gravemente desorganizados. Onde Foucault vê apenas coação mitigada, podemos enxergar auto-contenção e reconhecimento. Só esperamos auto-controle daquele que é um igual em humanidade. O louco passa a ser visto, nem como um ser radicalmente estranho, e nem como um ser bestializado. O moralismo burguês de Pinel ou religioso de Tuke tinham como fundamento causal da loucura, entendida como perturbação do pensamento e da vontade, o desregramento das paixões. Portanto, o tratamento tinha por base o resgate de uma certa firmeza

moral que poderia fazer frente às paixões desencadeadas pelas relações sociais danosas ao espírito humano¹⁶.

Em uma outra importante obra na qual Foucault historiciza a psiquiatria na sua relação com a loucura, “O Poder Psiquiátrico”(2006), compilação das aulas ministradas por Foucault no Collège de France, de novembro de 1973 a fevereiro de 1974, o autor dá continuidade aos seus estudos sobre a constituição do saber psiquiátrico, mas estruturando sua pesquisa em novas bases. Antes, sua preocupação era com uma “arqueologia do silêncio”, a forma que o saber psiquiátrico pôde se organizar sobre uma estrutura de exclusão da loucura, no pensamento e no campo social. Exclusão esta que variou de acordo com as percepções que a loucura vai adquirindo em função das respostas que o imaginário social construiu para lidar com essa percepção. Além disso, é uma história das instituições asilares e de como esta se articula com o saber em construção.

Agora, a preocupação de Foucault muda de foco. Ao invés do estudo das representações ele passa para uma investigação das estratégias discursivas e não discursivas em jogo na instituição. Sua ênfase recai sobre o poder, isto é, o papel que o poder tem na constituição de um saber. E também, em como esse poder é disseminado, como ele se estrutura, se organiza, que efeitos ele causa sobre o indivíduo. Sua intenção, ao estudar a psiquiatria, é também política, fazendo parte de um projeto mais amplo de questionar as bases do poder disciplinar na sociedade. Ele explica que: “No domínio da psiquiatria...parece-me interessante saber como se instauraram o

¹⁶ “A observação mais rigorosa confirma, de fato, que a mania, a o idiotismo, a melancolia, a demência podem resultar tanto de um golpe na cabeça como da brusca interrupção de uma hemorragia, do retrocesso da gota para o interior do corpo, etc, como podem resultar de uma dor profunda e de uma paixão violenta, rudemente contrastada. As formas de mania relativas às diferentes lesões do intelecto, os diversos níveis de furor ou de agitação relativos aos diferentes objetos do delírio parecem corresponder à intensidade da causa desencadeante ou da disposição individual”. (PINEL apud PESSOTI, 2001, pg. 164).

saber psiquiátrico, a instituição psiquiátrica, no início do século XIX,...se quisermos lutar agora contra todas as instâncias de normalização” (FOUCAULT, 2006, pg. 457). Faz, portanto, do estudo da psiquiatria um exercício intelectual que visa a tudo o que, na sua concepção, mantém a sociedade sob controle.

Foucault parte de uma crítica que ele próprio faz da “História da Loucura” (2005), ao dizer que utilizara “fechaduras enferrujadas” para analisar a psiquiatria. Primeira crítica, a idéia de violência como força desregrada, irregular. Para ele, a violência se dá no poder disseminado e calculado sobre os corpos. A segunda crítica é a idéia de instituição em si, que substitui pelas “disposições de poder, as redes, as correntes, as intermediações, os pontos de apoio, as diferenças de potencial” (idem. pg.20), estes sim, constitutivos do indivíduo e da coletividade. Critica também a idéia de que o modelo familiar introduzido por Pinel e Esquirol foi um fator de violência. Para ele, ao contrário, só podemos ver esse modelo familiar muito mais tarde na psiquiatria¹⁷. Enfim, é através de uma microfísica do poder que Foucault pretende embasar seus argumentos, mais do que em instituição, família ou violência.

Nas doze aulas, Foucault mostra detalhadamente como se estrutura o poder psiquiátrico. Esse poder é exercido através da ordem disciplinar. Ele mostra que o nascimento da psiquiatria é correlativo a uma organização institucional que irá exercer um controle absoluto sobre os corpos dos internos.

Citando Pinel:

Não há porque se espantar muito...com a importância extrema que dou a manutenção da calma e da ordem num hospício de alienados, e as qualidades físicas e morais que essa vigilância requer, uma vez que essa é uma das bases fundamentais do tratamento da mania e que sem ela não obtemos nem observações exatas, nem uma cura permanente, não

¹⁷ Analisaremos o poder familiar mais à frente.

importando quanto se insista, de resto, com os medicamentos mais elogiados (PINEL apud FOUCAULT, 2006, pg. 4).

Como Foucault mostra, a ordem disciplinar além de ser necessária para a observação e construção do saber, é ela mesma terapêutica. O enquadre numa rígida ordem é fonte do tratamento. É importante notar, como o autor ressalta o poder na sua relação com o corpo. Este é descrito como o local de ação último desse poder capilar, que regula todos os seus atos, gestos, movimentos, falas e comportamentos, nos seus mínimos detalhes. É uma idéia de poder, portanto, diversa daquele descrito como violento, ocasional, passional e visível. O poder, nesse momento, para Foucault é difuso, microfísico, constante, baseado numa rede dispersa em inúmeros pontos de apoio. Existe uma “disposição tática” de diferentes indivíduos organizados para fazer funcionar a instituição, que possibilitam que o poder se exerça.

Um outro corpo também é descrito por Foucault, o corpo do médico. Corpo este descrito de determinada forma, com certos atributos físicos que o engrandecem e o posicionam de forma vantajosa. Ele é o pólo oposto ao interno. É dessa instância médica que se irradia o poder dissimétrico, ilimitado e inacessível da instituição, exercendo seu papel independente de qualquer saber.

Além do médico, há também os vigilantes e serventes, que se organizam hierarquicamente no asilo, constituindo uma estrutura que tudo vê, tudo relata, tudo controla, como se fosse um só corpo. Foucault caracteriza esse esforço “panóptico” como uma luta, uma guerra contra a loucura, isto é, contra uma força que o louco é portador e que é necessário dominar. Força essa, que ele divide em: força pura, do indivíduo furioso; força das paixões sem limite, da mania sem delírio; força que abala as idéias, na mania; e força que marca intensamente uma idéia particular, na melancolia ou na monomania. É um esforço de domínio dessa força descontrolada que, para

Foucault, caracteriza a psiquiatria e fundamenta a ordem disciplinar. Ele exemplifica essa idéia de força a ser submetida pela passagem abaixo.

Pinel, citado por Foucault diz que tratar a loucura é:

a arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa de suas idéias (PINEL, apud FOUCAULT, pg. 12).

Entretanto, se é verdade que o esforço de domínio sobre uma força está presente, não parece ser esse o objetivo principal. Foucault parece confundir fins com meios, distorcendo o que estava em jogo para os alienistas. O domínio era o fundamento do tratamento moral, mas não era o objetivo final.

Para Foucault, essa forma de tratamento se colocava contra o modelo clínico ou medicamentoso. A psiquiatria nasce, digamos, na direção contrária ao resto da medicina. Foucault chama a atenção para a diferença de abordagem da loucura que o tratamento moral instaura, pois não coloca como objetivo primeiro a observação, o diagnóstico e a definição da terapêutica, mas o enfrentamento e o domínio da loucura. Para ele, os discursos científicos que sustentavam a psiquiatria, ou seja, o discurso clínico nosológico e o discurso anatomopatológico e localizacionista, na prática não exerciam nenhum efeito. A psiquiatria asilar se colocava ao abrigo desses discursos para legitimar sua prática sem, entretanto, fazer deles instrumentos operacionais no tratamento dos alienados. E o saber do psiquiatra era, apenas, um elemento de poder do dispositivo disciplinar asilar. Em parte isso é verdade, mas é um engano não notar que o esforço nosológico estava ganhando terreno, e a preocupação em observar e realizar o diagnóstico era um dos objetivos dos alienistas, no intuito de fazer avançar seu novo

conhecimento (cf. Bercherie, 1989). Alguns autores, como Leuret¹⁸, por exemplo, mostram isso de maneira clara. Basta ver sua preocupação com a distinção entre as diversas causas da alienação. E, de fato, ele aplica a distinção nosológica que dirigirá tratamentos distintos em duas mulheres com melancolia, uma de causa orgânica, outra de causa “moral” (cf. LEURET, 2005).

Segundo ele:

Compreendem-se, sob a denominação de loucura ou alienação mental, vários estados bastante diferentes uns dos outros, cuja distinção é importante para tratá-los convenientemente. Aquele que confundisse entre si esses estados doentios e lhes pretendesse aplicar uma medicação uniforme provaria somente não tê-los estudado... Nas afecções mentais – porque o conhecimento das indicações é a única base de uma boa terapêutica – ainda há, entre os sintomas, uma diferença essencial que não existe nas doenças comuns. Aqui todos os sintomas pertencem à ordem física; lá alguns pertencem à ordem física e à ordem moral e, algumas vezes, os da ordem moral são os únicos dos quais se pode constatar a existência (idem, 2005, pg. 540 e 541).

Foucault ressalta um aspecto, todavia, muito importante. Nos primórdios do tratamento moral, havia todo um jogo de verdade do delírio implicado na terapêutica. Montavam-se cenas para os alienados, que tinham por função fazer o delírio se misturar à realidade. Tentava-se autenticar o delírio, aceitando-o numa encenação, onde o interno reconhecia que haviam sido tomadas medidas que o salvavam da perseguição, do envenenamento ou da punição delirante. Era uma estratégia de cura baseado numa verificação fictícia da realidade do delírio. Há relatos de cura efetuados através dessa manobra bem elaborada, por exemplo, na clínica de Pinel auxiliado

¹⁸ Leuret é considerado um dos precursores da terapia comportamental. Seguindo os passos de Esquirol, tentou estudar os fatos mentais do ponto de vista psicológico. Criou uma escola para pacientes que não sabiam ler ou escrever, organizou sessões de leitura, e introduziu no refeitório de Bicêtre uma “disciplina terapêutica”, onde não eram permitidas as presenças de enfermeiros durante as refeições, visando abolir o caráter autoritário e buscando “ressocializar” os internos. É considerado um dos inventores do “jeux de rôle”, um tipo de jogo coletivo de associações lingüísticas na construção de um conto coletivo (cf. SILVA, 2005, pg. 532 e 539).

por Pussin. Por outro lado, no início do século XIX, esse “jogo da verdade no delírio e do delírio”, presente nesse tipo de encenação será suprimido. A vigilância disciplinar e a punição impedirão qualquer tipo de manejo das idéias errôneas, este não será mais suportado. O psiquiatra do século XIX torna-se um fator de “intensificação do real”, exercendo um sobre-poder da realidade, expulsando de uma vez por todas o erro. Nesse sentido, ele age de forma oposta ao psiquiatra nos primórdios do alienismo, que pode ser descrito como um “contrabandista do real” ou o “mestre ambíguo” da realidade, como vemos nas manobras cênicas de Pinel.

Nessa direção, a terapia psiquiátrica por volta de 1840 contenta-se em estabelecer um padrão que combina: isolamento no asilo; prescrição de algumas medicações, como o éter e o láudano; disciplina rígida quanto ao tempo de cada tarefa, como o trabalho, o sono, a alimentação; e a punição de qualquer ato não conforme as regras, que se davam na forma de aparelhos de contenção, como duchas, cadeira giratória, etc. Todo tipo de pressão sobre o interno será efetuado para abalar a crença errada, fazendo com que a verdade apareça e o doente reconheça seu erro. A confissão, diz Foucault, é o momento da cura. Notamos então, que a psiquiatria muda o enfoque do tratamento no decorrer dos seus primeiros 20 anos de existência. Voltaremos a esse assunto mais tarde.

A eficácia da “máquina asilar” deve-se, segundo Foucault, às seguintes determinações: o enquadramento disciplinar ininterrupto; a dissimetria de poder entre o médico e o interno; o jogo da necessidade, do dinheiro, e do trabalho; e a “vinculação estatutária numa identidade administrativa em que o interno deve se reconhecer por uma linguagem da verdade”.

A primeira tarefa do alienista é desequilibrar o jogo do poder, mostrando quem tem o domínio, instaurando uma dissimetria, cuja função é quebrar a onipotência subjacente a toda loucura e promover a docilidade do alienado. A linguagem é vigiada, é importante a forma como o doente utiliza os nomes, vocabulários, na sua relação com a hierarquia asilar e,

fundamentalmente, o papel que a linguagem tem na disciplina, no uso correto do que foi aprendido.

A segunda tarefa consiste em instaurar uma série de necessidades, com o objetivo de tornar a realidade presente, a concretude da vida. Todos são obrigados a trabalhar. Se não o fazem não recebem nenhum dinheiro e, portanto, passam a sofrer de algumas carências. O trabalho possui assim várias funções: promover a disciplina, a ordem, a regularidade, mas também a remuneração necessária para que o interno pague para sair de um estado de carência montado pelo asilo, vendo assim, que ele não é onipotente como pensava. Além disso, a carência, como diz Foucault, mostra para o alienado que “a loucura tem um preço”. Enfim, a principal carência do asilo, é a carência de liberdade. O asilo vai instituir toda essa gestão de carências como forma de introduzir a realidade no mundo da loucura.

Por fim, tarefa fundamental, a de que o interno diga a verdade, que não fale do seu delírio, das suas alucinações, mesmo que essa verdade seja dita sob coação. O ponto fundamental é que o alienado abdique de falar o que é factualmente falso. Ao lado disso, é importante que ele se vincule à sua história biográfica, que se reconheça na sua identidade, mesmo que à força. Enfim, exige-se que ele confesse a verdade sobre si mesmo, mas uma verdade histórica e não a vivência subjetiva que o louco possui dessa história. A cura, nessa perspectiva, é a aceitação de um poder e a obediência a uma norma.

Foucault aponta também um outro aspecto fundamental da terapia asilar. Novamente utilizando o exemplo de um tratamento empregado por Leuret sobre um de seus pacientes, mostra que este alienista empregou uma técnica moral muito fina e rebuscada. Leuret primeiro emprega todo tipo de coerção “psíquica” ou moral, argumentos e admoestações, passando a punições físicas numa espécie de condicionamento cognitivo levado às últimas conseqüências. Entretanto, ao final de um tempo ele percebe que havia um certo prazer desse paciente com a sua doença .

Ele, então, muda de tática e manda o doente sair do asilo, obtendo com isso uma melhora acentuada. Essa mudança de tática implica o reconhecimento pelo alienista de que havia, por parte do alienado, um ganho de prazer na loucura, isto é, a melhora completa só seria produzida se o paciente abandonasse uma certa maneira de obter satisfação, e que passasse a lidar com a realidade sem o estatuto de louco, que, de certa forma, ele mantinha como um passaporte para uma região psíquica de prazer. Para Foucault, a análise desse tratamento mostra que, para o alienista, é como se a doença comportasse no seu cerne um desejo malévolos, sendo necessário extirpá-lo.

Podemos, de acordo com nossos objetivos, fazer uma leitura bem diferente desse tratamento. Uma leitura alternativa do caso pode propor que o alienista levou o tratamento da loucura ao ponto máximo de manejo clínico. Com o que tinha em mãos; uma teoria sobre a causalidade moral da alienação, a crença na capacidade de restabelecer a razão através de um diálogo, e também de coerção física e psíquica se necessário, uma capacidade de dedicação e reflexão intensa sobre sua prática, e a flexibilidade de alterar e experimentar, isto é, de arriscar; foi capaz de alterar o curso de um problema mental grave levando o paciente a se responsabilizar pelas suas ações diante do mundo. Onde Foucault viu desvio e tentativa de controle, podemos ver experimentação, imprevisibilidade e cuidado clínico. Depende dos nossos objetivos implícitos.

Para Foucault, a cura do indivíduo significa sujeição, pelo poder disciplinar, à realidade em quatro pontos: “a lei do outro, a identidade a si, a não admissibilidade do desejo, e a inserção da necessidade num sistema econômico” (FOUCAULT, 2006, pg.222). Podemos dizer de outro modo: uma nova relação do sujeito com o outro da sociedade e da linguagem, uma possibilidade de ter uma identidade conforme a realidade mais adequada a uma vida moral, isto é, mais normativa, a assunção do desejo como responsabilidade do sujeito, e a possibilidade de se inserir

na vida econômica da sociedade. Foucault vê algo terrível nisso que, hoje, chamamos de uma boa clínica psiquiátrica.

Foucault, ao explicar sua noção de poder, opõe o poder disciplinar ao que ele chama de poder soberano. Este se localiza sobre um determinado indivíduo, “visível e nomeado”. Para isso, ele utiliza como exemplo o tratamento do Rei Jorge III da Inglaterra, tratado por Willis em 1788. Nesse tratamento, o rei é despossuído de seu poder e submetido à ordem disciplinar. Seus súditos e criados não obedecem mais a suas ordens, mas apenas às necessidades mecânicas de seu corpo. Para Foucault, essa cena é mais significativa, na compreensão da história da psiquiatria, do que a famosa cena de Pinel libertando os loucos de Bicêtre em 1793, porque ilustra a mudança profunda que o poder disciplinar imprime na correlação de forças, onde há um choque entre dois sistemas, duas formas de poder que se enfrentam.

Para Foucault, existe uma relação entre essas duas cenas, que ele coloca como que em continuidade. Ele explicita sua idéia da seguinte forma:

Quando Pinel liberta os doentes encerrados nas masmorras, trata-se de estabelecer entre o libertador e os que acabam de ser libertados certa dívida de reconhecimento que vai e deve ser paga de duas maneiras. Primeiro, o libertado vai saldar sua dívida contínua e voluntariamente pela obediência; vai-se portanto substituir a violência selvagem de um corpo, que só era contida pela violência dos grilhões, pela submissão constante de uma vontade a outra. Em outras palavras, tirar as correntes é realizar por intermédio de uma obediência reconhecida algo como uma sujeição. E a dívida será saldada de uma segunda maneira, desta vez involuntariamente da parte do doente. É que, a partir do momento em que ele for assim sujeitado, em que o saldo voluntário e contínuo da dívida de reconhecimento o leva a submeter-se à disciplina do poder médico, o próprio jogo dessa disciplina e nada mais que a sua força vão fazer o doente curar-se. Com isso, a cura tornar-se-á involuntariamente a segunda moeda da peça de libertação, a maneira pela qual o doente, ou melhor, a doença do doente pagará ao médico reconhecimento que lhe deve (op.cit. pg. 36).

É a dívida do interno com relação ao médico que funda uma sujeição à disciplina, sendo esta disciplina o motor da cura. Por outro lado, a própria cura é utilizada como moeda a ser paga ao médico pela libertação. Apesar de engenhoso, o esquema foucaultiano tem o defeito de simplificar excessivamente a relação entre médico e paciente. Há um reconhecimento da humanidade do doente, libertando-o dos grilhões. Daí nasce a dívida, que será paga de duas maneiras. A primeira maneira é a sujeição. A segunda é a própria cura, a que a sujeição disciplinar conduziu. Em resumo, o sujeito se cura porque ficou em dívida com o médico. Há um forçamento nessa argumentação. Por um lado, se o paciente se cura, não vejo porque haveria nisso um problema, mesmo que fosse por gratidão. Por outro lado, é possível realmente imaginar que o paciente se cura por gratidão? Ele agradeceria o reconhecimento de sua humanidade se curando? Basta o reconhecimento? Se basta é interessante que a psiquiatria o tenha feito, se não basta a explicação deve ser outra e não a que Foucault aponta.

Um ponto fundamental sobre o poder disciplinar é que, para Foucault, ele está disseminado em toda a sociedade, e não apenas no asilo, possuindo uma história que teve seu início nas comunidades religiosas ascéticas da Idade Média, e se transportando, posteriormente, para as comunidades laicas, nos séculos XIV-XV. Este poder se opõe ao poder da soberania, do ponto de vista da subjetividade, em linhas gerais, da seguinte forma: a relação de soberania possui dois pólos: o soberano e os súditos. O poder se aplica sobre os últimos, não em uma singularidade somática, mas a uma multiplicidade de corpos, como famílias, comunidades, usuários, etc. A subjetividade, ou função-sujeito, do vassalo tem uma incidência ocasional, a singularização ocorre em momentos específicos, como nas cerimônias, por exemplo. As “funções-sujeito” não serão, portanto, fixas num corpo, ao contrário do soberano, que possui uma individualidade marcada através de seu corpo específico. Entretanto seu corpo possui uma extensão maior e mais diferenciada, que se dá através de outros elementos que o distinguem e que

compõem a realeza e seu reino. Na relação de soberania haverá de “um lado corpos, mas não individualidade; de outro lado, uma individualidade, mas uma multiplicidade de corpos” (ibid. pg. 57). Na relação disciplinar, ao contrário, a função-sujeito é superposta ao corpo, isto é, ela é perfeitamente ajustada à singularidade somática. O poder disciplinar é, portanto, individualizante, singularizando corpos tomados sujeitos, efeito este, tornado possível pelo micropoder, pela vigilância panóptica que:

[...]projeta atrás da singularidade somática, como seu prolongamento ou como seu começo, um núcleo de virtualidades, uma psiquê, e que estabelece, além disso, a norma como princípio de divisão e a normalização como prescrição universal para todos esses indivíduos assim constituídos (op.cit. pg. 69).

Portanto, Foucault, diz que é o poder disciplinar, através da vigilância e punição do corpo, que possibilita o nascimento de uma subjetividade encarnada, singularizada. Assim, libertar o indivíduo da norma, para esse autor, torna-se uma contradição de termos, porque o indivíduo é, ele próprio, produto de uma normatização. Nessa perspectiva, a subjetividade é produzida pela submissão. A questão então seria perguntar se essa é a única forma de subjetivação possível. Não haveria outra maneira de se constituir a não ser pelo poder disciplinar? Não estaria aqui sendo mostrada uma aplicação teórica das preocupações políticas de Foucault? A possibilidade de singularização e de uma identificação da subjetividade ao corpo, mesmo que tenha sido produzida pela disciplina, não é algo desejável? Ao meu ver, parece que sim. É mais desejável do ponto de vista que assumo, que corpos subjetivados e singularizados são mais propícios à ética que defendemos, aquela que defende que a busca pela igualdade, liberdade e busca da felicidade é superior a ética do soberano e do vassalo, por exemplo. Que essa ética traz outros problemas,

não há dúvida, mas fugir dessa “normatização” parece comprometer, e muito, nossa normatividade.

Ele localiza o sistema disciplinar no asilo sobre um pano de fundo mais geral. Para ele, o poder disciplinar em toda a sociedade teve uma primeira função no século XVIII, que era: “ajustar a multiplicidade dos indivíduos aos aparelhos de produção ou aos aparelhos de Estado que os controlam, ou ainda, ajustar o princípio do acúmulo de homens à acumulação do capital” (idem. pg.137). Em função do funcionamento ótimo do sistema gerar uma série de anomalias e irregularidades nas suas margens, haverá a necessidade de criar instituições que absorvam os que são excluídos do processo, os asilos, por exemplo. Essas instituições, por seu turno, serão uma nova fonte de lucro e poder para a burguesia do século XIX. O asilo, portanto, se inscreve dentro de um processo de busca de lucro. Foucault mostra esse processo, na análise que faz das instituições privadas em contraposição às públicas. Nas primeiras, predomina o modelo familiar, enquanto nas outras o sistema é baseado fundamentalmente no controle e na produção de bens e serviços pelo trabalho. Há, então, duas maneiras de lidar disciplinarmente dentro do asilo, assim como duas maneiras de gerar lucro. Uma baseada na exploração, outra baseada nos valores familiares. Essas casas de saúde particulares funcionarão sobre bases diversas das públicas, como se fossem uma espécie de “sobre-família”, isto é, uma família ideal que assume uma função ortopédica para a correção do indivíduo antes da devolução ao seu verdadeiro seio familiar. Para realizar esse trabalho haverá um pagamento apropriado. Novamente aqui, vemos que Foucault lança mão do esquema explicativo econômico para explicar o manicômio. Não é mais a mudança de mentalidade forjada pelo dispositivo disciplinar, mas o sistema econômico utilizando o manicômio como receita para a burguesia incipiente, o asilo como ajuste dos indivíduos ao sistema capitalista. Se, de fato, podemos imaginar que havia um sistema gerador de lucros nos asilos, essa certamente não pode ser o motivo de sua criação. Se havia um sistema econômico

onde o tratamento se inseria, podemos aceitar que sim. Aliás, sempre houve. Mas, daí afirmar que foi esse sistema que produziu a mentalidade dos homens que criaram locais de tratamento para a loucura há uma distância muito grande.

Podemos dizer com Foucault, por outro lado, num desdobramento da questão familiar, que a relação do asilo com a família teve, então, duas etapas. A primeira caracteriza-se pela ruptura do asilo com a família. Esta era quase sempre quem requisitava a internação. Após 1838, com a lei que regulamenta as internações, a família começa a perder espaço em relação ao poder público. Como mostra o autor, o sistema jurídico apoiado na psiquiatria, introduziu uma demarcação em relação aos direitos familiares sobre o louco, com o intuito de garantir um olhar objetivo, ao mesmo tempo, que pretende preservar os direitos individuais. Associado a isso, a psiquiatria dispõe de um preceito tácito de que não se deve tratar de um alienado na própria família. E isso, por várias razões. A primeira é que o louco deve ser distraído de sua loucura, isto é, não deve haver testemunhas conhecidas que o lembrem de sua loucura. A segunda, é que a família é vista como causa ou propiciadora da alienação, enquanto fonte de diversos problemas e preocupações. A terceira é de ordem, digamos, clínica. O doente desenvolve, em função da estranheza que sente em função da transformação mórbida, uma “suspeita sintomática” em relação à família. Com isso, para que ele não culpabilize o seio familiar pela sua moléstia, é necessário isolá-lo. Finalmente, a quarta razão para o isolamento é que o indivíduo na família mantém um certo poder, oriundo da relação que está estabelecida como membro de um grupo familiar. A família é o único espaço social onde ainda se mantém laços de soberania. É necessário quebrar esse resto de poder soberano para que o médico possa influenciar diretamente a terapêutica.

À partir de 1850, diz Foucault, essa situação vai se inverter, o louco passa a ser visto como uma criança, sendo nesse momento possível introduzir a idéia de que um modelo familiar é necessário para o tratamento. O autor mostra que “houve duas idades da psiquiatria. Uma em que se utilizavam correntes e outra, ao contrário, em que se utilizaram, digamos, os sentimentos de humanidade” (idem. pg. 135).

Portanto, antes desse retorno em direção à família, Foucault mostra que o que curava o louco era o hospital em si, isto é, a disciplina constante, a visibilidade permanente, daí a importância da estrutura arquitetônica panóptica, a vigilância, a punição incessante, e o isolamento¹⁹. A cura, portanto, se dá independente de qualquer referência à família. É a estrutura disciplinar do asilo que vai guiar o tratamento, antes de 1850. À partir daí, como foi dito, mudam as percepções sobre o papel da família. Ao mesmo tempo em que as casas de saúde privadas assumem um papel de família substituta no tratamento da alienação mental, a própria família passa a ser vista e investida de outra maneira. Ela vai ser chamada a exercer uma ordem disciplinar em seu próprio seio. Essa é uma mudança importante, porque antes, seu funcionamento se baseava numa ordem de soberania, não havia preocupação com a vigilância da anormalidade de seus membros. Portanto, ao mesmo tempo em que ocorre a “familiarização do meio terapêutico”, de outro ocorre a “disciplinarização da família” (idem).

Em resumo, Foucault argumenta que, o asilo funcionou até 1850 com base no poder disciplinar, portanto diferente em relação à estrutura familiar. À partir desse momento, houve uma junção do modelo disciplinar ao modelo familiar no asilo. Essa inflexão é importante porque

¹⁹ O isolamento tem uma função particularmente importante, diz Foucault, em função do poder curativo que possui a “percepção triangular da loucura”. Esse aspecto caracteriza-se pela constatação pelo alienado de que existem outros alienados ao seu lado, que são tratados da mesma maneira pelo aparato médico. O louco é levado a aceitar, pela comparação que é obrigado a estabelecer entre sua situação e a de outros, que está ele próprio louco. A consciência da própria loucura é um fator importante na terapêutica.

a família passa a atuar como modelo para a psiquiatria, mas “sobretudo pôde se tornar horizonte e objeto da prática psiquiátrica”(idem, pg. 153).

É interessante vermos alguns aspectos que Foucault ressalta e que tiveram um papel importante na história da psiquiatria, com relação ao corpo e ao sujeito, e que não foram devidamente valorizados. Esses elementos concernem ao interrogatório, a hipnose e as drogas, que começaram a ser experimentados com os doentes e serviram como pontos de interrogação, um momento de inquietação no pensamento alienista nascente. O primeiro, porque constitui pela linguagem uma aproximação da história do indivíduo. O segundo, porque permite pela fala e pela manipulação do corpo hipnotizado, uma abordagem menos disciplinarizada. E o terceiro, porque buscando verificar o efeito das drogas no corpo alienado, ao mesmo tempo desenvolve um campo de experimentações (com o haxixe), na tentativa de reproduzir a loucura no próprio psiquiatra, para melhor compreendê-la. Se, podemos ver esses elementos como fundamentais na “realização” efetiva da doença, na medida em que, seja pela linguagem, pela manipulação dos corpos ou pelo conhecimento experimental e artificial da loucura, ocorre uma tentativa de domínio total e prova de realidade, por outro lado, como mostra Foucault, essas técnicas aproximam a psiquiatria do corpo, da fisiologia patológica e do diagnóstico diferencial. De qualquer modo, o que chama a minha atenção nessas técnicas é a abertura para uma compreensão da loucura. Existe, um relaxamento da disciplina e uma maior disponibilidade para a estranheza, uma certa complacência ao desregramento. Esse é o momento da invenção da neurologia e da colocação das neuroses entre as doenças do corpo. Momento auspicioso, pois enfocando a histeria e suas aporias neurológicas, propiciará a invenção da psicanálise.

A medicina mental consegue, enfim, se impor como especialidade, através de uma articulação entre três fatores: a colocação em evidência, isto é, a produção de uma percepção mais fina da alienação mental, onde antes havia pouca diferenciação; a instauração de um

estabelecimento para tratamento dessa alienação, visto como único lugar onde este seria adequado e eficaz; a montagem de uma ação terapêutica baseada na disciplina, o tratamento moral²⁰.

1.2- A psiquiatria como projeto revolucionário

Como contraponto ao pensamento foucaultiano, Marcel Gauchet e Gladys Swain, no seu livro “Madness and Democracy – The Modern Psychiatric Universe” (1999)²¹ colocam o problema do asilo e do tratamento moral de outra maneira. Os autores pensam que Foucault se equivocou ao não colocar em evidência a verdadeira significação da constituição do asilo no contexto cultural mais amplo da invenção das sociedades democráticas. Além disso, Foucault teria criticado o mito pineliano sem considerar o impacto concreto de sua obra na constituição de uma racionalidade nova sobre a loucura. Esse livro busca dar um novo significado ao nascimento da psiquiatria, enfatizando seu papel dentro de um ideário revolucionário e valorizando a construção da clínica, mas sem cair na armadilha de fazer uma história hagiográfica e nem escamotear a falência da instituição asilar, destinada ao fracasso no ato mesmo de sua constituição.

A remodelação da Salpêtrière em 1802 é considerada o marco do nascimento do asilo moderno, conseqüência de um projeto claro de implantar um local para a *cura* dos alienados e não apenas como local de *tratamento*. Essa mudança é importante, porque indica uma confiança

²⁰ Como nota Castel, o tratamento asilar, porém, ao colocar como única forma de intervenção terapêutica o internamento, esbarra no seu limite, porque deixa de fora de seu escopo terapêutico todas as outras formas de adoecimento que não se enquadram em alienação total. As monomanias, as histerias, e outras formas “brandas” de loucura, colocam a questão de que a psiquiatria ou interna todos ou assume que não dispõe de terapêutica para a maioria das doenças.

²¹ O livro foi publicado na França com o título “La Pratique de L’esprit Humain – l’ institution asilaire et la révolution démocratique” (1980).

terapêutica sem precedentes. O objetivo, portanto, é ambicioso, há uma mudança de racionalidade sobre a curabilidade da doença mental, cuja “descoberta” é descrita por Pinel no seu livro “Tratado Médico-Filosófico Sobre a Alienação Mental ou a Mania”(2007). Ao contrário de Foucault, pensam que o enfoque dado por Pinel no cuidado com os loucos foi, de fato, revolucionário. A mudança ocorre porque nasce a concepção de que a loucura é “acessível à partir do interior e [assim] restaurou o alienado à ordem dos seres acessíveis através da comunicação” (GAUCHET e SWAIN, 1999, pg. 26). Pinel inverteu o postulado de que a loucura era na teoria incurável e na prática eventualmente curável. Agora, a curabilidade era teoricamente possível e, só na prática potencialmente incurável. Se a incurabilidade antes de Pinel era colocada como certeza absoluta, depois dele esta deve sempre ser pensada como possibilidade, como ameaça ao paciente, no horizonte do tratamento. Entretanto, o doente crônico ganha a possibilidade teórica de tornar-se alcançável pela terapêutica. Haveria sempre uma certa distância entre o sujeito louco e sua loucura, entre o eu e a doença, entre a razão e esse ponto desviante da própria razão, e essa distância era o que permitia o acesso do outro a sua subjetividade através do discurso.

Segundo os autores, o “Tratado” de Pinel (2007) é fundamental não só ponto de vista teórico, mas também político, porque possibilitou abrir um campo de experimentação novo, testando suas idéias na prática e reunindo num só local, alienados que antes eram divididos entre curáveis (Charenton) e incuráveis (Salpêtrière, Bicêtre, Petites-Maisons). Abandona-se a idéia de que aqueles que num prazo determinado não alcançassem a cura seriam encaminhados para o simples confinamento. A possibilidade, e a esperança, de cura foi redefinida, e daí todos os indivíduos alienados que chegavam na Salpêtrière seriam tratados sem tempo pré-determinado para a interrupção do esforço terapêutico. Nesse sentido, os autores afirmam que a história da psiquiatria se confunde com a decisão de:

[...]nunca pronunciar um paciente incurável, e então nunca interromper a comunicação e o tratamento. A história da psiquiatria é a história de uma vagarosa infusão de curabilidade dentro da incurabilidade..então não há pessoa alienada que poderia ser declarada inacessível (op.cit. pg. 42).

O que importa nesse novo enquadre, portanto, é essa abertura de um encontro pela palavra de dois sujeitos, em que um deles vai se propor a operar um resgate, através da confrontação no outro do que nele está em contradição com sua própria razão. Portanto, há um sujeito com uma divisão em sua razão que necessita integrá-la através de um processo clínico com um outro como guia. Não mais alienação total, mas possibilidade de recuperação.

Swain, em seu livro anterior sobre o “sujeito da loucura”, cita Hegel²²:

Ter descoberto este resto de razão nos alienados e maníacos, o ter descoberto como contendo o princípio de sua cura e ter dirigido seu tratamento por este princípio, é um título que pertence a Pinel, cujo escrito sobre este assunto deve ser considerado o melhor que possuímos (HEGEL apud CAVALCANTI, 1997, pg. 24).

O elogio de Hegel a Pinel mostra o movimento crucial realizado por este ao mudar o olhar sobre a loucura, abrindo a possibilidade de trabalhar com um “resto de razão” daquele que era visto como exemplo de desrazão.

Nesse primeiro momento da invenção da psiquiatria, portanto, há um evidente otimismo terapêutico, uma crença radical na possibilidade de alcançar, pela fala e num ambiente humanizado, o núcleo de razão escondido sob os sintomas da alienação.

²² Hegel e Kant tinham concepções opostas sobre a loucura. Para Kant a alienação seria total, com a produção de uma realidade alternativa e incomunicável. Para Hegel a loucura era uma contradição da própria razão, havendo um resto de razão que era o elo de comunicação com o médico, e portanto, acessível pela linguagem. (ver o comentário sobre o texto de Swain “De Kant à Hegel: deux époques de la folie” in “Dialogue avec l’insensé” (1994) feito por Cavalcanti (tese de doutorado de 1997).

Entretanto, apesar dos bons resultados obtidos na prática, pela qual, os autores estimam que metade dos pacientes internados, eram curados com um ano de internamento, a confiança nos recursos do tratamento moral foi rapidamente abalada. Os autores atribuem essa desconfiança à própria maneira em que foi formulado o projeto, isto é, sua definição simples e direta de que *toda* loucura era curável, ou seja, faltavam elementos teóricos que demonstrassem cabalmente as razões da loucura ser, por natureza, curável. Um outro ponto fundamental para a descrença que começou a grassar entre os médicos foi a evidente cronicidade de muitos casos. O projeto pineliano tinha colocado a questão de maneira muito utópica, o que gerou uma enorme decepção na comparação com o objetivo grandioso que tinha sido proposto.

Gauchet e Swain (op.cit.) apontam, além disso, para um outro fator crucial que produziu uma mudança no enfoque do tratamento psiquiátrico logo após o seu nascimento, a inflexão dada por Pinel, na reedição do seu “Tratado”, quanto ao papel do asilo. Ele transferiu o poder terapêutico do tratamento moral, do relacionamento pessoal médico-cliente para a ação sobre o coletivo, conferindo à instituição, a sua organização e disciplina, a fonte da terapêutica. Pinel queria curar os alienados, e para isso ele vai buscar uma maneira de articular o tratamento moral numa abordagem coletiva, no intuito de remodelar as personalidades doentes num esquema unificado, invariável e, supostamente, seguro, de acordo com o pensamento reformador da época. A questão que se coloca é como fazer para alcançar a parte do sujeito que está sadia o suficiente para tirá-lo da loucura. Qual estratégia usar nessa tarefa? O asilo foi a resposta. O tratamento moral foi estendido à instituição como um todo, como um produto da incerteza em se alcançar o núcleo de razão na loucura do indivíduo através do encontro direto entre médico e louco e a tentativa de exercer uma ação impessoal, mas efetiva sobre a mente do alienado. Tratar a “...alienação consistiu primeiro e principalmente em governar uma população de indivíduos alienados” (ibe, pg. 45). Para os autores:

Então algo como um segundo nascimento da psiquiatria é estabelecido na redefinição de ‘manejo interno’ e de autoridade médica que Pinel traz à tona sob o ímpeto de sua recente experiência na La Salpêtrière. Este segundo nascimento deu à psiquiatria sua forma institucional e a marca que determina sua prática, depois de ter assegurado sua fundação intelectual com o que foi chamado a descoberta da curabilidade do insano (op.cit. pg.46)²³.

O tratamento moral é transformado nesse “segundo nascimento da psiquiatria”, alterando a perspectiva do tratamento do indivíduo para o grupo, onde o que cura é menos o médico e mais a instituição. A contradição do projeto pineliano reside em ter aberto a possibilidade de cura, ao mesmo tempo em que a fecha numa instituição. Contradição que se mantém até hoje.

O argumento dos autores é que o asilo e o tratamento moral devem ser entendidos sobre um pano de fundo de uma mudança na concepção de homem característico da idade moderna. Eles mostram que o projeto pineliano era, na verdade, baseado num modelo emprestado do pensamento social mais amplo, cujo ideal era a organização de um espaço coletivo que deveria mudar o homem. O asilo não era um invento novo, era apenas um espaço de aplicação de um plano social, dentro dessa idéia de uma ordem institucional ideal. A revolução francesa foi o movimento que possibilitou a mudança de paradigma, na qual a sociedade passa a ser vista como soberana, e capaz de definir por si mesma a forma de se organizar, não mais baseada no poder divino encarnado no rei, mas nas suas próprias necessidades. O Estado assume um papel fundamental porque é através deste que, supostamente, a sociedade exerceria a sua vontade concreta. Ao mesmo tempo, portanto, que a sociedade define os indivíduos organizados numa

²³Thus something like a second birth of psychiatry is at stake in the redefinition of ‘internal management’ and of medical authority that Pinel undertook under the impetus of his recent experience at La Salpêtrière. This second birth gave psychiatry its institutional form and the outline of its practice, after it had secured its intellectual foundation with what it called the discovery of the curability of insane”.

coletividade como os únicos responsáveis pelo seu destino, inventa um estado forte, onde todo o poder liberado pela nova ordem será reabsorvido. O poder do estado representa a vontade de “produzir uma sociedade que coincide perfeitamente com os princípios sagrados que foram instilados de fora” (idem. pg. 50). Esse poder, por outro lado, requer um controle total sobre os indivíduos, no qual todos são observados, conhecidos e supervisionados, sendo necessária uma perfeita organização para que o estado se torne onipresente e onisciente. Nesse sentido os autores concordam com Foucault no que tange ao papel do estado no estabelecimento de regras disciplinares que moldariam o corpo do indivíduo, que ele denomina micropoderes e cuja representação perfeita seria a vigilância tornada possível por estruturas panópticas.

Em outras palavras, o estado é dimensionado para colocar a si mesmo como o self da sociedade, como o agente que concentra a auto-consciência da comunidade dentro de si mesmo; ele toma a capacidade da comunidade de refabricar a si mesma numa base racional, e nesse benevolente monopólio dispensa a comunidade de ter que pensar por si mesma (idem, pg. 57).

Os indivíduos passam a ser divididos em diretores e executores, os quais possuem funções perfeitamente determinadas dentro de um plano racional para construir uma sociedade ideal. Esta acredita que não deve haver distância entre a lei social e o sujeito, pois aquela é o exercício da vontade implícita dos vários sujeitos, ao mesmo tempo em que a lei é pensada como a condição de possibilidade dos sujeitos, aquilo que constrói e configura a subjetividade no seu nível mais profundo. A alienação é pensada então como falha na instauração da lei dentro do indivíduo, que se torna incapaz de resistir aos diversos estímulos passionais.

O projeto de transformar a humanidade está na origem, portanto, das formas institucionais totais, que moldou a constituição do asilo moderno, conseqüência da idéia revolucionária de que a sociedade não deve mais se referir a algum poder transcendente para escolher e construir o seu

destino, efeito da representação do homem como produto do processo social. O tratamento dos loucos pode ser visto como produção de personalidades conformes à lei, isto é, um experimento social tributário do momento revolucionário de transformação social no qual o indivíduo deveria ser transformado pelo poder da coletividade. O louco, sendo aquele que perdeu a autonomia, deverá a partir de agora ser tutelado integralmente, isolado da sociedade, para que seja possível o controle total sobre ele, na busca pela restituição da sua razão. É o que os autores chamam de princípio da circunscrição. Razão, autonomia e humanidade são termos inseparáveis nessa nova forma de compreender o ser humano. O asilo é um experimento político na sua essência, sendo “a cristalização das formas mais avançadas de autoridade”(idem. pg.80).

Dois outros princípios são determinantes nessa organização institucional, o princípio da mobilização pelo qual todos os doentes devem ser mantidos ocupados todo o tempo para que seu cotidiano seja planejado e controlado nos seus mínimos detalhes e o princípio da absorção no qual o indivíduo é absorvido no coletivo, visando torná-lo mais apto à influência do todo. A idéia subjacente é que o sujeito possa, em harmonia com a comunidade, sair de si mesmo, colocar-se no lugar do outro social, abrindo mão das suas quimeras auto-absortivas. É Bouchet, principal discípulo de Esquirol, quem mostra isso de maneira clara:

Individualidade social deve desaparecer dentro da vida comum...Os princípios mesmo do comunismo são os únicos aplicados ao governo do insano. Na maioria das vezes, doença é somente a consequência do individualismo levado aos extremos. Seu remédio então deve ser encontrado na disposição contrária (BOUCHET apud GLADYS e SWAIN, 1999, pg. 83).

A inflexão pineliana no tratamento moral é consequência desse entendimento mais geral, em que a coletividade passa a desempenhar um papel central na constituição do sujeito. Apesar de manter a idéia originária de que a comunicação com o indivíduo é a primeira tarefa do

tratamento, o enfoque no coletivo altera a forma de manejo desse tratamento. Pinel afirma que: “Um dos pontos capitais de qualquer hospício bem ordenado é ter um centro geral de autoridade que decide sem apelo”(idem. pg.74). Essa autoridade é o fator que modera e controla as alterações da loucura, sendo que ela pode ser melhor exercida através de uma severa organização institucional, e a absorção de uma variedade de individualidades em uma massa uniforme é o que permite essa organização adequada. Para os autores a preocupação em classificar os doentes, nesse início, significa menos a tentativa de tornar inteligível a gama de sintomas apresentados pelos pacientes com o intuito de oferecer uma melhor resposta terapêutica, do que tornar “seres humanos instantaneamente disponíveis como uma coletividade que pode ser atravessada e mobilizada em sua totalidade”(idem, pg. 75).

A proposta asilar estava fadada ao fracasso pela falha estrutural do esquema proposto, isto é, a execução do modelo se baseava na ilusão de que o ser humano poderia estar sob controle absoluto, totalmente manipulado e gerido pelas estruturas de poder. Para os autores, não há possibilidade teórica ou prática de absorver as individualidades numa massa com vistas a modificar profundamente as subjetividades, o ambiente manipulado é intrinsecamente limitado na sua capacidade de transformar o outro. O mito da máquina panóptica serve apenas como ilustração, para nos darmos conta do devaneio a que se entregaram os reformadores sociais da época, a qual se articula um outro mito também bastante sedutor na conformação dessa mentalidade, a massa, isto é, essa “figura eminentemente política” que passou a ter um papel relevante na construção da idéia de cura pela instituição.

A crítica ao isolamento dos alienados começou muito cedo na história da psiquiatria, em que já aparecia o argumento de que ele servia apenas para manter os loucos confinados na sua própria loucura. Muitos críticos diziam que:

[...]o alienista sabe muito pouco sobre o que está acontecendo[com o doente], e mesmo seu limitado conhecimento é superficial; ele é materialmente incapaz de dedicar mais do que poucos minutos por ano a cada um de seus internos. Ele reina sobre um vasto confinamento onde a ordem mascara a indiferença e a negligência, e onde o que realmente prevalece é o encarceramento sem atenção ou esperança (op.cit. pg.94).

Os autores marcam então, três momentos na história do tratamento psicológico para a loucura, o primeiro é denominado momento pineliano, caracterizado pela descoberta de um resquício de razão na loucura, numa contradição entre duas posições subjetivas dentro do sujeito alienado, oposição essa que permite a ação clínica através da comunicação. O segundo momento é denominado asilar, em que a possibilidade de tratamento é projetada na instituição, enquanto espaço que privilegia a prática coletivista e baseando-se na idéia de que a loucura poderia ser curada através do aparato de poder, que desejava separar o louco de si mesmo, de sua individualidade aberrante, e misturá-lo ao pensamento normal da massa controlada. O terceiro momento é o psicanalítico, em que coloca em evidência a irredutibilidade da individualidade e a incapacidade de tratar sem levar em conta o espaço psíquico indevassável ao outro.

A maioria dos críticos e estudiosos da história da psiquiatria, abordam a questão do asilo do ponto de vista exclusivamente segregador, seu papel violento e excludente daqueles que se desviavam da norma e da razão burguesa. A questão central trazida por Gauchet e Swain é que o asilo, ao lado da descrição tradicional de seus efeitos de poder, teve um efeito imprevisto sobre o entendimento social da loucura. Além de mostrarem que o uso do poder tinha como pressuposto uma idéia mais ampla de transformação de homem, sendo o asilo um laboratório de reforma do humano, eles apontam também que a prática asilar mudou a visão que a sociedade tinha da loucura, possibilitando a percepção de que os loucos poderiam conviver com todos. “Asilos podem não ter tratado o alienado, mas mudaram a alienação”(idem, pg.100). O isolamento teve como efeito final o deslocamento da radical separação que o louco tinha diante do outro, ele

agora era pertencente ao mundo humano. Houve uma mudança de paradigma, onde o isolamento obedecia à idéia de que o louco era por natureza isolado, ensimesmado, conseqüentemente o confinamento era natural a sua condição, para a concepção de que ele era fundamentalmente um ser capaz de interagir. A análise precisa que os autores realizam, das mudanças na organização da vida asilar indica uma profunda mudança na concepção da loucura. A passagem das celas individuais para o dormitório coletivo, por exemplo, mostra como Pinel estava interessado na possibilidade de comunicação, se não entre o louco e o são, pelo menos entre os internos, em que se buscava a imersão em um espaço coletivo de troca. Da mesma forma, começa a ser dada importância para o momento das refeições, questiona-se a alimentação dada nas celas individualmente, sem talheres e pratos adequados, o refeitório passa a ter sua importância na socialização dos pacientes. Nasce uma preocupação com a mesa compartilhada, a disposição e relação dos comensais entre si, o conhecimento e a cordialidade que eles devem ter, as boas maneiras, a higiene, a educação. Apesar da preocupação exagerada com o comportamento dos doentes e a correção dos costumes, que poderia ser descrito de forma apressada como inculcação da moral burguesa e a infantilização na aplicação de regras, o que é importante notar é a ruptura que está sendo operada nesse momento, a confiança na possibilidade de convivência, de interação e comunicação com o outro, o enfoque nas conquistas civilizatórias que não estariam perdidas, como transparece no uso de talheres e na higiene das mãos. Outro aspecto fundamental do reordenamento do espaço asilar é a preocupação com o trabalho, em que a necessidade de se evitar a ociosidade típica desses locais, gera a necessidade de organização de uma rotina laboral bem sistematizada. A idéia subjacente ao trabalho é de romper o

[...]excitamento efervescente em bizarrices e movimentos de vários tipos, sem utilidade ou objeto...Empreendimento laborioso, por outro lado, é calculado para distrair os pensamentos dos lunáticos de seu usual canal

mórbido, fixar sua atenção sobre objetos mais agradáveis e pelo exercício fortalecer as funções do entendimento (PINEL apud GAUCHET e SWAIN, 1999, pg. 114).

Os alienistas começam a descrever o alienado como alguém capaz de obedecer aos contornos da realidade e se empenhar em desenvolver tarefas cotidianas.

Essas preocupações, que são hoje triviais, e que poderiam ser vistas como tolices preconceituosas, não eram em absoluto auto-evidentes na época. Foram, ao contrário, conquistas difíceis de um conhecimento em transformação e uma mudança enorme na concepção da loucura. Os alienistas estavam, inconscientemente, dismantando a concepção do louco como outro absoluto, separado do mundo humano de forma intransponível, e operando uma “vasta mutação no status da loucura”(idem. pg. 113).

Portanto, ainda que parcial e inadvertidamente, o asilo transformou a relação que os seres humanos tem com a loucura, pela demonstração de que os alienados podem estabelecer laços e assumir comportamentos compatíveis com os do homem comum. Evidentemente que essa mudança não foi completa, permaneceu, talvez em maior medida, a percepção de que a loucura uma vez instalada é dificilmente curada na totalidade, restando “como que uma aura, alguma coisa invocando a diferença da loucura”(idem. pg.126).

Essa contradição histórica, os autores resumem da seguinte forma:

Como puderam os médicos ter tido o poder de apagar num único movimento o poder de uma das mais ricas e mais profundas imagens simbólicas do estrangeiro, da diferença, do qual nós somos capazes com respeito a nós mesmos? Eles subverteram isso num ponto crucial; eles provaram que era falso, paciente e concretamente; mas eles foram capazes de fazer isso somente dentro de um quadro que ratificou e reproduziu em um outro ponto a última forma social da diferença que eles estavam dismantando, Se os insanos são tão capazes como eles são de se comportarem como seres sociais, nós só concebemos isso apartando eles de nós, em uma sociedade fora da nossa (op.cit. pg. 126-127).

Como se, para reduzir a alteridade humana tivesse que isolar o outro. A psiquiatria nascente muda a concepção da loucura, mas entretanto, mantém-se presa ainda à idéia de que o espaço fechado do asilo é necessário para que se pudesse construir a conexão com o mundo interno do alienado. De um lado, “restaurou a potencialidade dos pacientes como sujeitos; de outro deixou-os completamente separados da possibilidade de relações casuais com pessoas comuns...” (idem. pg. 104).

Para os autores, fundamentalmente o asilo coloca sua própria função em xeque, ele se torna o último obstáculo à realização de sua meta, pois em última análise o enclausuramento impede a convivência social que estava implícita como seu objetivo. Embora não existisse um consenso completo sobre esse aspecto.

Pode-se dizer, então, que na visão dos autores o asilo se construiu sobre uma miragem, a possibilidade de remodelar o homem doente através de um controle total sobre seu comportamento. Entretanto, como efeito colateral produziu uma virada na concepção da loucura como Outro radical, passando a alienação a ser vista como contingência da razão humana. Apesar da crítica ao asilo, que como os autores mostram se iniciou muito mais cedo do que se supunha, este se manteve como local único de tratamento, em função da loucura manter, sob o aspecto da cronicidade, uma aura de “estrangeiridade” dificilmente ultrapassável naquele momento.

É extremamente importante nesse momento histórico o impacto que o estudo das paixões como causa da alienação mental teve para a constituição do papel do asilo. Pinel, cuja influência do trabalho “*Inquire into the Nature and Origin of Mental Derangement*”, do inglês Crichton é fundamental, entende que as paixões humanas perturbam e levam à loucura, mas sem afetar as faculdades intelectuais, isto é, o pensamento era preservado apesar da desorganização mental. Antes, a loucura era vista como uma escolha moral prévia, em que o indivíduo se entregava ao

jogo das paixões e com isso perdia completamente a capacidade racional. As paixões prosperavam e dominavam, como um todo, na mente daquele que sucumbiu de forma deliberada à força passional. A inflexão teórica com o novo enfoque do papel das paixões é imensa, pois aquelas passam a ser vistas como fundamentais na produção da loucura, mas não atingem a mente globalmente e independem da escolha moral do indivíduo, em que este é tragado pela intensidade das paixões involuntariamente. Assim, o sujeito mantém uma exterioridade com relação ao que de dentro dele assola sua mente. O seu pensamento está intacto, o que está perturbado é o uso que o indivíduo faz dele, pela impossibilidade do louco ser mestre de seu pensamento e de suas ações. Em função dessa impossibilidade o louco perde o controle de si, mas mesmo assim a razão está presente, apesar de inacessível. As paixões, segundo os autores, que haviam sido tematizadas inúmeras vezes como causas da loucura, adquiriram um outro significado, afastando-se da moralidade e aproximando-se de uma descrição das “fontes e leis do comportamento humano”(idem, pg. 159). Ao contrário do indivíduo imoral que escolheu se abrir às paixões e se entregar à loucura, nasce uma representação de um indivíduo que é incapaz de decidir e exercer sua potência frente às paixões e se defender da loucura. Ocorre uma mudança antropológica fundamental pela qual a subjetividade se desconecta definitivamente da moralidade. A psiquiatria nasce nesse movimento de “des-moralização” da alienação mental, em que um novo campo de pesquisas é aberto e onde as paixões e o pensamento tornam-se independentes de imperativos morais.

É importante notar, que não existe mais a idéia de escolha moral ou ética na loucura. Por outro lado, o termo moral é utilizado como referente a experiências subjetivas, como sentimentos e pensamentos do indivíduo. À partir dessa nova perspectiva busca-se o tratamento moral do indivíduo com a finalidade de restabelecer sua sociabilidade através do exercício da razão.

Nesse sentido, a loucura não

[...] arranca o indivíduo do chão comum da experiência, não transforma o sujeito em formas inumeráveis e sempre idênticas do outro no vazio de sua posição fora da sanidade: cada uma das suas manifestações pode ser assinalada dentro de uma categoria moral, pode ser decodificada sob a luz da experiência vivida mais comum, pode ser entendida dentro da variedade da experiência pessoal considerada em sua maior generalidade (op.cit. pg. 164).

A melancolia é um agravamento da tristeza, a mania uma exacerbação da alegria, e assim por diante, colocando o louco dentro do amplo espectro da variação humana de seus estados anímicos - “estados morais”.

É importante também colocar o tratamento moral dentro de um quadro mais amplo de mudanças no advento de uma sociedade de indivíduos, onde a fala entre os sujeitos muda de estatuto. A troca verbal antes da era moderna era marcada por obrigações recíprocas dentro de uma coletividade, onde havia uma clara separação entre os interlocutores numa suposta neutralidade das palavras em relação ao seu conteúdo subjetivo. Com a democracia burguesa, se institui uma sociedade que separa os indivíduos dando-lhes autonomia, mas cria um sujeito cuja fala passa a representar, gradativamente, seu interior, e que está disponível à investigação do outro. No dizer dos autores “a história da individualização ...é uma história de despossessão pessoal ou destituição subjetiva” (idem, pg.254). O tratamento moral é a possibilidade aberta pela sociedade dos indivíduos de intervir na esfera privada, “interferindo na relação do outro com seu próprio discurso” (idem, pg. 189). Violência sobre o outro ou possibilidade de tratamento? As duas possibilidades de resposta são dadas e os autores consideram a primeira como uma constatação. O entendimento e a busca da compreensão da loucura são feitos ao custo de uma

“intrusão” no espaço íntimo do discurso subjetivo, instaurando uma dissimetria e desigualdade simbólica sem precedentes²⁴.

Essa dissimetria, entretanto, teve diferentes abordagens entre os alienistas. Daquin, por exemplo, tinha uma posição mais cautelosa e postulava um diálogo com os insensatos, conversando com a loucura, penetrando no seu enunciado e buscando dar as condições adequadas para que o processo de recuperação da razão fosse um processo gradual e assumido pelo louco. Outros, como Pinel e Esquirol, buscavam um chamamento direto ao outro da razão que estava como que enclausurado na alienação, fazendo demandas ao louco e impondo regras de conduta mais rigorosas.

A extrema ambigüidade do tratamento moral e do asilo é que, se por um lado exerceu um poder desmedido sobre o sujeito, por outro deu ao louco um lugar onde ele pudesse ser reconhecido como sujeito de sofrimento e, conseqüentemente, de cura. Na época clássica o louco era um ser reconhecido na sua completa externalidade em relação à razão e à sociedade. Era como aberração, animalidade exposta, atração monstruosa que a loucura era “aceita” por todos. A invenção da sociedade democrática, e o nascimento da psiquiatria, estabeleceram uma outra relação, no quadro da doença mental. Esta teve conseqüências estigmatizadoras, mas também estabeleceu uma abertura para a possibilidade de troca verbal e a compreensibilidade do outro. A dificuldade de cura efetiva levou ao asilo como “máquina” transformadora de subjetividades, mas a marca da confiança na cura pelo encontro ficou como herança a ser redescoberta. O sistema que excluiu o louco para tratá-lo não se dá em função da descoberta de um outro radical, mas ao contrário, pela obrigação democrática de descobrir a similaridade onde antes havia o estranho. A não exclusão do estranho nas sociedades tradicionais é possível porque o outro de fato não

²⁴ Os autores em alguns pontos do texto mostram sua discordância em relação a psicanálise, reiterando que essa prática estabelece uma violência sobre o sujeito, através de uma ação intrusiva e excessiva com relação ao espaço subjetivo. Sobre isso ver Elisabeth Roudinesco (1994).

importa, aceita-se sua presença enquanto estrangeiro de uma sociedade, como não pertencente à coletividade, ele não conta como questão a ser pensada. O que vemos como exclusão, na verdade pode ser visto como o início longo e penoso do processo de inclusão. A sociedade que cria a exclusão é aquela que, através de rupturas políticas e culturais, vai exigir a sua abolição.

1.3- Alguns contrapontos

Os dois sistemas de análise do nascimento da psiquiatria e do asilo se opõem frontalmente. Do ponto de vista foucaultiano, existe um “estado selvagem” e uma “pureza primitiva” presente na loucura ainda não aprisionada. A idéia, portanto, de uma natureza imutável, imemorial, tragédia reveladora da essência humana, está subjacente a concepção foucaultiana da “História da Loucura”. As formas de lidar e conceber o objeto mudam, entretanto, algo permanece, algo esse que terá um destino funesto com o passar dos séculos. Curioso flerte que Foucault faz com um certo tipo de metafísica? A loucura seria uma entidade transcendental?

Foucault entende que:

[...]a liberdade adquirida no internamento, a possibilidade de daí extrair uma verdade e uma linguagem na verdade são para a loucura apenas o outro lado de um movimento que lhe dá um estatuto no conhecimento: sob o olhar que agora a envolve, ele se despoja de todos os prestígios que faziam dela, ainda recentemente, uma figura conjurada desde o momento em que era percebida; ela se torna forma olhada, coisa investida pela linguagem, realidade que se conhece, torna-se objeto (FOUCAULT, 2005, pg. 439).

O conhecimento e o reconhecimento da especificidade dessa experiência humana objetificada pela ciência positiva, aponta o autor, é que justificará o asilo, estrutura de proteção social ao mesmo tempo local de tratamento médico. Foucault parece desejar preservar a

experiência trágica da loucura, uma representação social portadora de uma verdade que se revela aos homens desvelando os enganos da razão. Sua crítica se dirige a todo tipo de controle social, de ortopedia moral, e de objetivação do humano. Entretanto, Foucault parece supor uma experiência original da loucura, como se seu aspecto trágico já não fosse uma representação social como qualquer outra, com conseqüências positivas e negativas que qualquer forma descritiva sobre um fenômeno humano pode trazer. De fato, acreditar numa “pureza original” da loucura é esquecer que a própria originalidade já é produção discursiva, captura de um fenômeno, como bem mostrou Derrida.

Concordamos com Foucault na sua crítica a uma história comemorativa da Psiquiatria, como se esta tivesse descoberto a doença mental. Assim como concordamos com sua idéia de que há uma nova mentalidade, que por razões políticas, econômicas e sociais passam a descrever de outra maneira a loucura, criando uma verdade alternativa, ou uma mudança de paradigma. Mas, dizer isso não significa negar o valor de uma operação concreta e simbólica fundamental realizada por Pinel e Tuke. A crítica à mitificação de Pinel é correta, até porque as correntes já tinham sido retiradas em Saint-Luke, instituição criada por William Battie em 1751, assim como por Vincenzo Chiarugi em Florença no ano de 1788, e que o inspirou²⁵.

Pinel assume a função de médico em Bicêtre em 1793, antes de se dirigir para Salpêtrière. Tuke cria o “Retiro” numa casa de campo perto de York na mesma época. Suas formas de entendimento são diversas, mas as ações se parecem no que tange ao cuidado dos loucos, e que ficou conhecida como tratamento moral. A crítica a essa forma de tratamento se baseia no caráter condenatório da abordagem da loucura, a produção de culpabilidade internalizada numa auto-

²⁵ É importante ressaltar que nos textos que publicou, Pinel reconhece explicitamente o papel de Pussin, administrador de Bicêtre, na histórica retirada das correntes dos alienados.

consciência do erro, a violência psicológica a que eram submetidos os internos e o caráter burguês ou religioso que orientava a normatização das condutas, baseado no valor do trabalho, da família e da moral uniforme, onde recorriam-se a punições pelos “erros da razão”, como a ducha fria ou a camisa de força. Mas, o que estava subjacente às punições, e é essa a questão central, era uma lógica clínica, isto é, pretendia-se curar a loucura utilizando uma rede de práticas mediadas pela palavra, com o interesse, explícito desde o início do contato com os loucos, de que eles contivessem a si mesmos. Onde havia loucura total passa a haver agora um desvio da razão, passível de ser tratada, tendo o diálogo como motor da terapêutica, pelo menos, nos seus primeiros anos prévios à coletivização do tratamento.

Essa concepção inovadora só foi possível porque o momento histórico colocava condições para uma alteração radical da concepção do humano. A Revolução Francesa tinha como premissa a possibilidade de transformação do homem, isto é, a criação de um novo homem consoante a uma sociedade livre e racional, cujos cidadãos exerceriam a liberdade, a igualdade e a fraternidade enquanto vontade coletiva e não como uma lei externa que assim o constrangesse. Esse homem que se relaciona com o Estado como agente natural concebe a organização social enquanto produtora de novos homens livres, portanto, a sociedade e suas leis são espelho da vontade individual. Essa utopia revolucionária é a fonte da idéia de que uma estrutura social é produtora de uma humanidade civicamente virtuosa e livre. O asilo é, então essa microestrutura que, organizando a vida dos loucos, produziria a recuperação da razão dissonante consigo própria.

Quando Foucault faz o elogio da loucura trágica, esquece que, de fato, existia um abismo simbólico na relação do louco com o não louco, cuja proximidade era similar a estabelecida com um animal ou com um ser indecifrável. Esse abismo permitia todo tipo de atrocidade física e moral. Com a Revolução instaura-se a necessidade de moldar e corrigir o homem para uma nova

sociedade. Com Pinel cria-se uma clínica da loucura, encontro pela palavra e vigilância institucional, e a necessidade de resgatar um cidadão cuja razão está temporariamente afetada, mas não perdida. A instituição asilar e o tratamento moral ganham, nessa descrição, uma outra possibilidade de entendimento. A psiquiatria pode ser vista não mais como veículo da violência e da exclusão. Ao contrário, é instrumento de inclusão social e responsabilização de um sujeito visto como um igual. E cuja sociedade em transformação é chamada a repensar a própria racionalidade²⁶.

1.4- A psiquiatria dividida

Durante o século XIX e metade do século XX, houve o crescimento exponencial de manicômios públicos e privados com o aumento vertiginoso de pessoas internadas por longos períodos em todo o mundo. Podemos afirmar que, esse período de 150 anos, foi marcado pela verdadeira “grande internação” de pessoas com problemas psíquicos reais, e concomitante a isso, uma expansão da psiquiatria como especialidade médica reconhecida. Se em 1800 havia centenas de pacientes internados em cidades como Paris, Londres e Viena, no final do século XIX o número cresceu para milhares. Na França, em 1891 havia 108 asilos. Apenas em Londres havia 16 asilos, alguns com mais de 2.000 leitos, como no Hanwell Asylum. Nos países de língua alemã ocorre um grande número de internações. Sem contar as instituições para dependentes de morfina, álcool, para epiléticos e pessoas com retardo mental. Acrescente-se a proliferação de pequenas clínicas e “spas” de hidroterapia que serviam a classe média e alta desses países, e que

²⁶ Segundo Gauchet e Swain: “O que nos parece exclusão na verdade aproxima, operando a dissolução desse balizamento mútuo do aqui pelo alhures, do superior pelo inferior, do mesmo pelo outro, próprio à ordem hierárquica. Sem a ‘redução ao silêncio’ deste discurso e deste código potentemente constituídos, jamais teria podido se produzir a reversão termo por termo que representa nosso regime de identidade, este regime que nos constringe a mergulhar no espelho do abismo do mesmo do outro para nos reencontrar, lá onde nossos ancestrais cultuavam a alteridade do outro para se pensar” (GAUCHET e SWAIN, 1999, pg. 26).

atendiam em sua grande maioria pacientes com problemas neuróticos. A internação durante o século XIX passou de uma eventualidade na vida de alguém com problemas mentais para uma obrigatoriedade. (cf. SHORTER, 1997).

Não é nosso intuito nesse trabalho mostrar a evolução da ciência psiquiátrica. Outros autores fizeram esse estudo de forma brilhante e de pontos de vista diversos, mostrando a mudança dos conceitos nosológicos, terapêuticos e institucionais (cf. BERCHERIE, 1989; SHORTER, 1997; PESSOTTI, 1994; PORTER, 1991). Queremos notar apenas que houve uma evolução histórica no trato com a loucura. De uma psiquiatria fundamentalmente organicista durante o século XIX para, no início do século XX com o advento da psicanálise, uma psiquiatria “dinâmica”, que buscava sua aplicação em instituições. Portanto, de uma psiquiatria que dava ênfase à observação do comportamento e sua classificação, para uma psiquiatria que procurava escutar as histórias que eram proferidas pelos sujeitos.

Na verdade, houve uma divisão mais que uma evolução. Divisão esta que já se mostrava desde o início do alienismo e que permanece até hoje, apesar de apresentar características diferentes, já que as teorias que as orientam mudaram o escopo das descrições fenomênicas e das pesquisas de base. Esquirol e Leuret na França, e Heinroth na Alemanha, são certamente os melhores representantes da causalidade “moral” ou psicológica da loucura. Enquanto Battie na Inglaterra, Chiarugi na Itália e Reil na Alemanha, eram defensores da causalidade cerebral, isto é, da etiologia da “fraqueza das fibras nervosas” ou de sua “irritabilidade”.

No entanto, a esperança das pesquisas nosológicas, anatomopatológicas e genéticas, que concentravam seus estudos dentro das inúmeras Universidades²⁷, principalmente na Alemanha,

²⁷ É importante notar que a organização dos asilos dependia da estrutura política dos Estados nacionais. A Alemanha era constituída de uma confederação de estados autônomos até 1871, cada um com uma Universidade, responsável por um asilo, e um sistema de honrarias monárquicas destinadas àqueles que se destacavam nas áreas médicas. Mas, cada Universidade era pública e reportava seus procedimentos

desapareceu com o grande número de pacientes internados e os tratamentos com resultados insatisfatórios. O aumento explosivo de asilos em todo o mundo não conseguia oferecer qualquer tipo de tratamento biológico eficaz, e o esforço terapêutico foi se deteriorando com os poucos resultados obtidos. Ao lado disso, as experiências com o tratamento moral obtinham resultados importantes para parte dos pacientes, mas seu valor não era em absoluto uma unanimidade. O problema da cronicidade começava a se mostrar de forma cada vez mais clara.

Por outro lado, o aumento de pacientes pode ser creditado a várias causas, além das dificuldades de cura. A maior intolerância com a doença mental é uma delas. Essa intolerância por sua vez coincide com a mutação do status da família. Esta passa a ser vista como uma unidade social e emocional cada vez mais importante. O sentimento começa a ganhar relevo sobre os laços de propriedade e linhagem. A cultura da intimidade e privacidade familiar desloca a capacidade de tolerância com aquele que não consegue se ajustar ao novo ideal de harmonia. Eram relativamente comuns naquela época, famílias abastadas manterem seus parentes na própria casa, em quartos separados, sob cuidados intensivos, ou mesmo no porão. A mudança do significado da família para o indivíduo foi importante causa na diminuição da tolerância para com os parentes loucos.

Mas, não foi o único fator importante. Outro fator pode ter sido a “redistribuição de doenças”(cf. SHORTER, 1997, pg. 49), isto é, a mudança de local onde colocar os mentalmente perturbados. Se antes, estes eram colocados, principalmente os de famílias pobres, em “work-houses” e prisões, com a psiquiatria e o asilo, o fluxo de pacientes é interrompido e começam

para o Estado. Na França, ao contrário, o Estado era centralizado, sendo os asilos também públicos, mas com pouca autonomia quanto ao poder central, além de contar com apenas uma Universidade, a Sorbonne. Enquanto na Inglaterra e Estados Unidos os asilos eram construídos a partir da iniciativa privada, sem regulamentação estatal. A França do tratamento moral e a Alemanha do tratamento biológico disputavam a hegemonia da nova ciência (cf. SHORTER, 1997).

paulatinamente a refluir das casas de correção e isolamento para os asilos. Finalmente, um terceiro fator pode ter contribuído para o aumento de casos: o aumento genuíno de certas doenças com aspectos psiquiátricos, tais como, a neurosífilis, e problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, que cresceu vertiginosamente durante o século XIX (idem, pg. 59). Provavelmente, o aumento dos casos de neuroses, principalmente de histeria, agora convertida a uma doença cerebral, também pode ter contribuído (cf. TRILLAT, 1991). Nesse caso, a correlação com a mudança da estrutura familiar e o estilo de vida nas grandes cidades teve um papel importante.

No início do século XX, a divisão de abordagens na etiologia e tratamento da loucura levará a diferentes desenvolvimentos. Por dezenas de anos não havia medicação psicotrópica específica para casos graves, até a descoberta da clorpromazina em 1950. A clínica psiquiátrica contava, por um lado, com procedimentos físicos invasivos e relativamente mal-sucedidos, como os choques elétricos, insulínicos e cardiozólicos indiscriminados, fundamentados na teoria organogenética das doenças mentais, chegando na década de 30 à lobotomia. Além disso, uma gama de recursos paliativos foram disseminados, como a hidroterapia, os laxativos, a morfina e outros alcalóides, o hidrato de cloral e os sonos prolongados por bromida. Indústrias químicas alemãs, como a Bayer, começaram a sintetizar substâncias químicas barbitúricas diversas com o intuito de sedar os pacientes.

Por outro lado, a teoria psicanalítica começou a ganhar terreno na Europa e depois nos Estados Unidos, com a imigração de inúmeros analistas judeus. A princípio a psicanálise era fundamentalmente uma clínica privada, de consultório. Entretanto, aos poucos ela começa a ser aplicada numa psicoterapia institucional incipiente.

Na psiquiatria “biológica” e “universitária” ocorreram grandes descobertas. O impacto de medicações efetivas na estabilização de quadros de sofrimento mental graves certamente foi a

maior delas. Na psiquiatria influenciada pela psicanálise, a criação de instituições em que a mediação do tratamento pela palavra e a busca pelo contato com a comunidade foram as principais contribuições. Algumas dessas contribuições deram mais ênfase à clínica, inaugurada por Pinel e posteriormente enriquecida por autores de diversas correntes psiquiátricas, tanto fenomenológicas quanto psicodinâmicas, portanto, se recusando a negar o impacto positivo que uma abordagem biológica da loucura produziu. Outras experiências enfatizaram a crítica ao discurso psiquiátrico, apoiando-se, principalmente no trabalho que Foucault inaugurou, mas também valendo-se de experiências oriundas do campo psicanalítico, e focando suas ações nos aspectos culturais do sofrimento psíquico. Essas diferentes concepções aproximaram-se e afastaram-se umas das outras, nos diferentes momentos históricos, dentro dos mesmos países, e às vezes, dentro dos movimentos que começaram a ganhar relevo político, científico e cultural, os quais chamamos de movimentos reformistas em psiquiatria. Com isso, gerando uma heterogeneidade de propostas, críticas, e experiências de reforma da prática assistencial, principalmente no pós-guerra, que tentaremos brevemente mapear.

Capítulo 2- A crise do manicômio

2.1- Precusores do movimento reformista mundial

Durante o século XIX e início do século XX, o asilo ganhou contornos institucionais que marcaram profundamente a forma de lidar com a loucura. Como vimos, após o nascimento da psiquiatria e a descoberta da potencialidade terapêutica da palavra no encontro entre médico e paciente, isto é, nos primeiros dez anos desde a remodelação da Salpêtrière feita por Pinel, o tratamento asilar passou por um processo de coletivização da assistência e a tentativa de controle total sobre os comportamentos. A preocupação central dos psiquiatras e suas principais investigações recaí sobre a classificação dos sintomas em prejuízo da pesquisa sobre a singularização do tratamento. Os asilos tornam-se cada vez mais locais de classificação e segregação, onde a idéia pineliana de instilar curabilidade dentro da incurabilidade vai deixando de existir no horizonte institucional. A loucura encontra seu lugar na sociedade, mas ao custo de ficar guardada sob vigilância, e sem o acolhimento do seu dilaceramento. Não se investe mais na cura, a cronicidade parece ser o destino daqueles que buscam ajuda na nova especialidade. O fracasso do manicômio torna-se patente para muitos daqueles que se interessavam pelo tratamento do sofrimento mental.

Evidentemente que nem a sociedade revolucionária realizou sua utopia e nem a psiquiatria asilar cumpriu seu papel com a dignidade que autores como Pinel, Tuke, Cabanis, Tenon, Daquin, entre outros, esperavam. O asilo tornou-se cada vez mais um novo depósito de mendicância, ainda pior, porque revestido com o discurso cientificista que legitimava o pessimismo terapêutico. O descalabro e a degradação no tratamento aos doentes mentais, que, décadas mais tarde, grassarão pela maioria dos países com o consentimento das sociedades democráticas e as instituições científicas não deixa de ser uma profunda ironia histórica. A

humanidade não poderia ser corrigida por nenhuma revolução social bem intencionada, em nenhum momento da história.

Entretanto, alguns poucos asilos privados ousaram colocar em prática, experiências de “portas abertas” (cf. SHORTER, 1997, pg. 230). Otto Muller em 1861, na cidade de Helmstedt, e Adolf Erlenmeyer, em 1866, em Bendorf-on-Rhine, ambos na Alemanha, permitiam a livre movimentação de entrada e saída de pacientes. Alguns asilos escoceses e alemães experimentaram tratar pacientes em “famílias substitutas”, muitas vezes como acompanhamento após a internação e outras vezes como forma de internamento domiciliar. Sem contar os primeiros ambulatórios anexos aos asilos ainda no século XIX em vários países, mas não sabemos o resultado dessas experiências nem seu alcance ou mesmo sua clientela. É importante também notar que havia, já no século XIX, algumas associações de voluntários que se preocupavam com o acompanhamento dos internos após a experiência asilar, embora fosse pequeno o número dessas instituições de caridade, como a “Ouvre de patronage pour lês aliénés convalescents”, fundada em Paris em 1843 ou a “Mental Aftercare Association”, criada em Londres em 1869. Na mesma época havia associações com a mesma finalidade na Itália e Alemanha (SHORTER, 2007).

Seriam necessários os adventos da psicanálise e da fenomenologia existencial, no início do século XX, para que uma nova onda de investimento terapêutico invadisse gradualmente os grandes asilos públicos, a princípio em pequenas experiências na Europa, depois, com a crítica contundente dos anos 60, a ampliação para o resto do mundo, inclusive o Brasil. Importante também foi a descoberta e aplicação dos psicofármacos no início da década de 50, ampliando exponencialmente a chances de convivência social²⁸.

²⁸ Ao lado dessas experiências institucionais, terapêuticas biológicas começaram a ser experimentadas dentro dos asilos, o coma insulínico em 1933, o eletro-choque em 1938, a lobotomia em 1936, além das

Os projetos de mudanças tem início com os trabalhos pioneiros de Simon, Sullivan e Menninger nas décadas de 20 e 30 do século XX, sendo que os dois últimos foram influenciados, em maior ou menor grau, pela teoria psicanalítica em expansão naquele momento. Harry Stack Sullivan foi um psiquiatra americano que, em 1923, iniciou seu trabalho com pacientes esquizofrênicos criando a chamada “psiquiatria interpessoal”, que consistia de tratar os pacientes através da fala, rejeitando as categorias nosográficas tradicionais tanto da psiquiatria quanto da psicanálise. A ênfase era dada na relação do sujeito com a cultura na qual ele estava imerso, sendo sua doença um condicionamento imposto pela família e cujo tratamento passava pela tomada de consciência dos pensamentos que o constrangiam (ROUDINESCO, 1998). Seu trabalho em hospitais psiquiátricos, sua militância no movimento psicanalítico como dissidente deste e a discussão dos aspectos da psicose numa abordagem culturalista, tiveram forte influência sobre seus pares.

Karl Menninger, também americano, contestava a prática asilar tradicional, tendo fundado em 1926 a Menninger Clinic, onde diversas teorias e tratamentos eram realizados, desde “a etnopsiquiatria até a Self Psychology, passando pelo freudismo clássico” (idem, pg.508), e onde chegaram a ser tratados cerca de 1400 pacientes²⁹.

Hermann Simon, psiquiatra alemão, foi considerado por muitos autores como o pai da terapia ocupacional. No início do século, Simon preconizava a “terapia ativa”. Suas diretrizes consistiam, entre outros aspectos, em oferecer um ambiente hospitalar favorável e acolhedor,

medicações barbitúricas já citadas. Entretanto, essas abordagens estritamente médicas do sofrimento mental, evidentemente não se preocupavam com procedimentos que visavam romper com a tradição manicomial, pois a concepção da loucura como doença cerebral colocava em discussão e experimentação outro tipo de questões.

²⁹ A Meninger Clinic produziu um importante estudo prospectivo de 42 pacientes tratados entre 1954 e 1984. Seus resultados apontam que 59% dos pacientes tiveram uma melhora importante ou moderada (cf. BRENDEL, 2006, pg. 21).

atividade organizada para os pacientes, colaboração de técnicos e doentes no funcionamento do hospital, discussão de equipe, respeito pela vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, responsabilização pelos pacientes dos próprios atos (VERTZMAN e col. 1992). Seu trabalho influenciou fortemente a psicoterapia institucional francesa.

Importante também como pioneiro o trabalho de Joshua Bierer, aluno de Adler, que instalou-se em Londres em 1938 e iniciou o primeiro trabalho de psicoterapia de grupo orientada psicanaliticamente no continente europeu, no Runwell Hospital.

Com base nos trabalhos desses pioneiros da transformação assistencial, o processo de reforma começa a ganhar uma estruturação teórica e uma nova configuração institucional capazes de fazer a crítica ao antigo modelo asilar e propor uma alternativa assistencial na prática dos serviços e na relação dos técnicos com os pacientes. As experiências citadas construíram os fundamentos para os projetos de reforma assistencial em diversos países, alicerçando mudanças na teoria, na prática, na formação e na legislação sobre a saúde mental. É necessário, portanto realizarmos um breve recenseamento das experiências internacionais de reforma em psiquiatria, apontando para seu estado atual, para traçarmos algumas distinções fundamentais e entendermos as bases do movimento reformista. Daremos destaque à experiência italiana pelo impacto causado e suas influências no Brasil.

2.2- Movimentos reformistas no pós-guerra

Muito já foi escrito sobre as experiências fundamentais de reforma psiquiátrica na Itália, França, Inglaterra, Estados Unidos, além de outros países europeus. Portanto, limitaremos nosso trabalho a uma abordagem panorâmica sobre aspectos da reforma que avançaram no processo de desinstitucionalização e aqueles aspectos que não mudaram tanto quanto foi esperado.

Tomaremos a reforma italiana como um tópico à parte pelo valor que tem essa experiência para os brasileiros.

O processo de reforma no âmbito mundial ganha impulso e se estrutura, com o fim da Segunda Grande Guerra. Na Europa do pós-guerra o momento histórico e econômico impõe um investimento maciço na recuperação de indivíduos abandonados nos hospícios, devido à carência de mão de obra para a reconstrução das cidades. A necessidade de que todos participem com sua força de trabalho nessa tarefa coloca um desafio para os governantes, os cidadãos e os psiquiatras. Além disso, não era mais tolerável para uma sociedade que viu os campos de concentração, conviver com o estado deplorável dos hospitais psiquiátricos. Os sistemas públicos de saúde começam a sua reestruturação e a preocupação com a saúde mental da sociedade impõe um novo arranjo para a psiquiatria.

A psiquiatria moderna passa, nesse momento, por transformações estruturais significativas, possuindo como característica central seu “estatuto de crise” (BIRMAN e COSTA, 2002), no sistema assistencial sua transformação de prática privada em pública, com as diversas alterações no ato terapêutico que isso produz; no campo epistemológico a transformação de seu objeto que passa da doença para a saúde mental; e finalmente a mudança na prática clínica oriunda do conflito entre o novo objeto e a nova prática exigida. A Psiquiatria Social surge nesse contexto como uma saída para o impasse gerado pelas mudanças apontadas acima.

Os movimentos reformistas mundiais sofreram a influência teórica e prática de três experiências cruciais. A primeira e a segunda experiência foram produzidas na Inglaterra, as comunidades terapêuticas e a anti-psiquiatria; a terceira na França, a psicoterapia institucional. Com base nessas experiências heterogêneas, associadas ao progressivo desenvolvimento dos estudos epidemiológicos, sociológicos e de organização sanitária, surgiram as reformas estruturais nos países citados. Com exceção dos Estados Unidos e sua Psiquiatria Comunitária,

França, Inglaterra e Itália foram profundamente marcados pelas experiências citadas, seja para ampliá-las, modificá-las ou refutá-las em algum momento histórico.

As comunidades terapêuticas de Maxwell Jones e Thomas Main surgiram no contexto da Segunda Guerra Mundial. A primeira comunidade é instalada no Mill Hill Emergency Hospital, para tratar de pessoas com sofrimentos ligados ao trauma de guerra, soldados, civis e prisioneiros retornando para casa. Casos de neurose eram os mais freqüentes, eram tratados em dinâmicas grupais, dramatização, terapia ocupacional e grupos de discussão. As principais experiências ocorreram no Belmont Hospital, depois chamado de Unidade de Reabilitação Social, e no Northfield Military Hospital. As comunidades terapêuticas propunham “tratar grupos de pacientes como se fossem um único organismo psicológico” (AMARANTE, 1995, pg. 30), isto é, a ênfase de seu tratamento é no grupo, nas discussões em reuniões e assembléias democráticas realizadas dentro da instituição, com todos possuindo direitos iguais de fala e questionamentos, instaurando também um posicionamento de maior intercâmbio do hospital com a comunidade. Sua posição teórica é comunitária, libertária e não hierárquica e teria forte influência sobre outros movimentos. Segundo Clark (BASAGLIA, 1985, p. 139), algumas características são salientes nessa experiência; a liberdade de comunicação entre todos os atores no hospital; a ênfase na análise da dinâmica individual e interpessoal; a recusa à noção de autoridade, buscando maior horizontalidade nas relações estabelecidas; o aproveitamento dos eventos sociais para uma “reeducação social”; e os encontros coletivos onde os movimentos institucionais são debatidos livremente. Entretanto, Rapoport (idem. pg. 141) ressalva que quando uma desorganização institucional ameaçava se instalar havia um retrocesso em direção a um maior controle. Para ele, esse fato é entendível quando se apreende que um dos pilares teóricos das comunidades vinha da psicologia social de Kurt Lewin, em que a eficiência organizativa era preponderante sobre qualquer antagonismo duradouro (idem. pg. 145). É curioso notar que os psiquiatras das

comunidades terapêuticas não se recusavam a intervir quimicamente, sendo os ECTs e até mesmo a lobotomia, procedimentos realizados tanto por Maxwell Jones como por Thomas Main (SHORTER, 1997, pg. 234).

As experiências anti-psiquiátricas de Laing, Esterson e Cooper em Kingsley Hall ou na Vila 21, foram apostas criativas de um grupo de profissionais fortemente embasados na fenomenologia existencial e, que deixaram conseqüências importantes na clínica e na cultura.

Kingsley Hall era uma casa situada na periferia de Londres, com capacidade de abrigar 14 indivíduos por determinado período, tendo recebido, de 1965 a 1970, cerca de 119 pessoas vivendo em comunidade, incluídos os doentes, seus psiquiatras e outros profissionais. Era uma das três casas (house-holds) na Inglaterra com propostas semelhantes: vida em comunidade, negação do uso de medicações, tolerância e apoio no que era chamado de: “viagem de regressão” do psicótico (metanóia), ausência de regras rígidas e recusa de liderança. Essa casa era mantida pelos próprios habitantes e tinha subsídio da Philadelphia Association, uma instituição que recebia donativos e tinha como intenção instituir espaços de acolhimento coletivos e originais. Essa instituição foi fundada por Laing, Cooper e Esterson, e seus objetivos eram:

[...]libertar a doença mental, em particular a esquizofrenia, de todas as descrições; empreender a pesquisa das causas das doenças mentais e dos meios de detectá-las, preveni-las e tratá-las; organizar lugares de acolhimento para as pessoas que sofram ou tenham sofrido de doenças mentais; promover a formação dos que se encarregarão de tratar a esquizofrenia e outras formas de doença mental; organizar seminários, conferências e cursos de verão (BOUSSEUR, 1976, p. 159).

É curioso observar que entre os objetivos da instituição encontramos a idéia de desconstruir toda forma de descrição da esquizofrenia. Entretanto, os autores ressaltam a necessidade de prevenir e pesquisar as suas causas. Podemos perguntar como a tarefa de pesquisa

e prevenção poderia ser levada a cabo sem, necessariamente, passar pela descrição do objeto a ser pesquisado e prevenido. A contradição nasce da necessidade dos autores em se distanciarem da repetição de modelos explicativos e terapêuticos tradicionais, mas sem conseguirem romper com o vocabulário psiquiátrico e filosófico ao qual deviam sua formação.

Da mesma maneira, e antecedendo as house-holds, a Vila 21 era um pavilhão situado dentro de um hospital psiquiátrico em Londres. Funcionou de 1962 a 1966, com 19 leitos. Coordenada por David Cooper, iniciou suas atividades nos moldes da psicoterapia institucional, e gradativamente passou a negar toda forma de tratamento formal e a deixar os pacientes livres para decidir a gestão, as atividades, o tratamento e as altas. Após inúmeras contestações da direção do hospital, Cooper interrompe o trabalho para instituir os lares na comunidade.

O termo antipsiquiatria foi proposta por Cooper, tendo sido incorporada pelos profissionais que buscavam contestar o corpo teórico e a prática psiquiátrica corrente. Para eles, “a saúde mental, confundida com a norma, não passa, na realidade, de uma alienação, ao passo que a loucura, a doença mental, é uma crise normal na evolução de certas personalidades” (idem, pg.21).

O principal corpo de estudos centrava-se nos esquizofrênicos, suas famílias, e as práticas comunitárias. Em linhas gerais, eles pensaram numa explicação para o fenômeno psicótico, que relacionava uma “insegurança ontológica” derivada de uma impossibilidade de expressão de um eu verdadeiro associada a uma gama de conflitos e fantasmas gerados no seio familiar que não eram reconhecidos em função da duplicidade e ambigüidade da mensagem. A família elegeu um de seus membros como “bode expiatório”, que encarnava assim a loucura familiar, aliviando a culpa da violência subjacente às relações entre seus membros.

Numa leitura retrospectiva podemos criticar a radicalidade de suas práticas, atribuindo-as a contestação cultural em marcha. Entretanto, é importante salientar que esses autores produziram

textos importantes sobre a esquizofrenia, do ponto de vista fenomenológico. E levando as suas práticas às últimas conseqüências, puderam apontar a profunda necessidade de mudança entre os psiquiatras e a questionar a burocratização da assistência, em que teorias sofisticadas conviviam com a indigência prática. Nesse sentido, concordamos com Mannoni, quando afirma que a antipsiquiatria foi um “sintoma na atual crise da Psiquiatria” (idem, p. 17).

A psicoterapia institucional, nome dado ao trabalho inaugural de François Tosquelles no Hospital de Saint-Alban, na França em 1940, e levado ao seu máximo alcance por Jean Oury, na Clínica La Borde, foi um movimento que buscou recuperar o “potencial terapêutico do hospital psiquiátrico” (DESVIAT, 1999, pg.34). Difere da comunidade terapêutica, portanto, no que tange à clientela, que era mais grave. Para isso era necessário recuperar a originalidade pineliana de cura através da instituição, eliminando seu caráter violento e excludente, buscando uma terapêutica ativa para os pacientes psicóticos. A instituição psiquiátrica era considerada, em si mesma, “doente” e, portanto, toda a instituição deveria ser “tratada”. Diversos movimentos culturais e políticos, como o surrealismo, o marxismo e principalmente a psicanálise marcaram a psicoterapia institucional. O objetivo era:

[...]criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, limpeza dos sistemas alienantes sócio-econômicos, etc.) para que o psicótico aceda a um campo onde ele possa se referenciar, delimitar seu corpo numa dialética entre parte e totalidade, participar do ‘jogo institucional’pela mediação de ‘objetos transicionais’...que são tanto ateliês, reuniões, lugares privilegiados, funções, etc. quanto a participação em sistemas concretos de gestão ou organização (OURY apud VERTZMAN e col.,1992, pg. 34).

Seu fundamento era a constituição de “campos transferenciais multifocais” (DESVIAT, 1999, pg. 26), isto é, a abertura de possibilidades para o psicótico estabelecer laços dentro da

instituição através da organização de espaços e atividades estruturadas. A livre circulação da palavra nos diferentes ambientes e o acolhimento adequado das demandas e atuações por uma equipe capaz de tratar, sem bloquear a expressão da desorganização psíquica, produziram os efeitos terapêuticos desejados. Há uma forte ênfase sobre o papel do ambiente na “patoplastia” da doença, isto é, busca-se entender e alterar as relações intra-institucionais a fim de isolar o aspecto exclusivamente “patológico” da psicose, o que significa a necessidade de tornar a instituição terapêutica e não patogênica.

Essas três experiências, comunidades terapêuticas, antipsiquiatria e psicoterapia institucional, foram fundamentais para as transformações assistenciais nos países citados.

Na França, desde 1838, os serviços psiquiátricos são regulamentados pelo Estado. Nessa época o país era dividido em 95 departamentos e a lei recomendava que houvesse um asilo para cada departamento, recebendo somente internações compulsórias. As primeiras unidades abertas apareceram em 1920 e os primeiros ambulatórios, as clínicas de higiene mental, começaram na década de 30. Após a Segunda Guerra nasceu a idéia do Setor. Na França, as Jornadas Nacionais de Psiquiatria de 1945 estabeleceram as bases da nova doutrina. O hospital deveria recuperar sua capacidade terapêutica, redefinido seu papel institucional como não segregador. Este era apenas um momento do tratamento. Propunha-se a criação de diversos serviços extra-hospitalares integrados entre si: os centros de prevenção e pós-cura. Uma mesma equipe deveria acompanhar o paciente, desde a internação até o ambulatório. A assistência à família deveria ser avaliada. Intervenções médicas e psicoterápicas de qualidade deveriam ser oferecidas. Além disso, deveria ser criada uma abrangência populacional e geográfica, o setor, que ficaria sob a responsabilidade das equipes ligadas àqueles serviços e abrangia leitos em hospital psiquiátrico, ambulatórios, oficinas protegidas, clube terapêutico, lares de pós-cura e enfermarias em hospital geral. Era dada

forte ênfase nas “possibilidades terapêuticas da comunidade” (cf. DESVIAT, 1999, pg.30). Somente em 1986 aprovaram-se leis regulamentando os diversos setores³⁰.

Os sistemas privado e público convivem lado a lado, acomodando-se numa estrutura com diversos serviços diferenciados e relativamente integrados, mas são distribuídos de forma pouco eqüitativa, principalmente em Paris. Enquanto a maior parte dos hospitais psiquiátricos são públicos, cerca de um terço dos centros-dia são privados, gerenciados principalmente por organizações não-governamentais (cf. GREACEN e FINKENSTEIN, 2005). Atualmente, os setores ainda enfrentam problemas, sendo que muitos deles são organizados em torno de hospitais psiquiátricos, que por razões históricas, mantêm um lugar de referência, em detrimento dos centros comunitários³¹. A maioria dos serviços é custeada pelo poder público, inclusive consultas privadas reembolsadas pelo governo. Mas, existem longas “listas de espera” para novos pacientes no setor público (op.cit.). Ainda hoje, cerca de 3000 pacientes moram em hospitais psiquiátricos parisienses e há uma baixa oferta de serviços residenciais terapêuticos. Até 2005 não havia regulação de consulta especializada através da passagem pelo médico generalista. Essa abordagem é, portanto, relativamente recente.

³⁰ A desinstitucionalização e o fechamento de leitos psiquiátricos começou relativamente tarde em relação ao resto da Europa. Desde 1960, o Setor foi adotado, mas somente em 1975 totalmente implantado. Há um setor para cada 70.000 adultos e 48.000 crianças. Hoje existem 829 setores implantados para adultos, 321 para crianças e adolescentes e 26 setores para psiquiatria forense em prisões. Na França, o trabalho de reabilitação psicossocial está ligado a outras autoridades não psiquiátricas e conta fundamentalmente com assistentes sociais. Há uma divisão de responsabilidades que colocam problemas de integração e coordenação das ações. O setor não tem responsabilidade pelas residências assistidas, por exemplo. Além disso, o sistema é considerado “muito rígido”, favorecendo a hospitalização e a cronicidade (cf. PROVOST e BAUER, 2001). Entretanto, observa-se uma redução no número de leitos psiquiátricos desde o início da reforma francesa. De 1987 a 1997 reduziu-se em 41% esse número, com uma taxa de 16,5/10.000 habitantes, ainda considerada alta em relação ao outros países europeus, como Itália, Inglaterra, Espanha, Chipre, Áustria, Portugal e Grécia, sendo a maioria dos leitos pertencentes ao setor público (80%). Há uma ampla variação entre as regiões, com predomínio de antigos asilos como centro organizador do setor no interior do país.

³¹ Hoje, o custo psiquiátrico hospitalar é a maior despesa entre todas as especialidades médicas na França (id. 2005).

O modelo francês ficou limitado no seu alcance reformista ao não avançar o suficiente no fechamento de antigos asilos e na transformação da cultura manicomial³². A dificuldade em articular uma relação com o que está fora do asilo, isto é, a sociedade, foi motivo de críticas por parte de autores que buscavam essa integração, assim como daqueles que buscavam questionar a constituição do “saber-poder psiquiátrico”. Apesar de seu campo teórico estar baseado na psicanálise, portanto no valor que deve ser dado à singularidade, ao entendimento do sintoma como produção de sentido e à doença como uma modalidade de subjetivação irreduzível, isso não impediu de continuarem as internações desnecessárias, e a dificuldade de inserção das pessoas na sociedade não foi muito alterada (cf. AMARANTE, 1995).

Nos Estados Unidos, o movimento de desinstitucionalização, produzido pela Psiquiatria Comunitária americana, segundo Birman e Costa (op.cit.), foi a experiência que produziu uma inversão do objeto da psiquiatria em seu maior grau, com a mudança de ênfase da doença para a saúde mental. Em 1963, na presidência de Kennedy, formula-se uma política nacional de saúde mental onde o hospital psiquiátrico não é mais o local de ação prioritário da atenção aos problemas mentais. Instituem-se os Centros Comunitários de Saúde Mental, cujo foco de atenção passa a ser a acessibilidade, gratuidade, atendimento integral e ininterrupto, a internação parcial, e a prevenção da doença mental. Gerald Caplan institui o preventivismo em psiquiatria, em que se pretende estudar os fatores de vulnerabilidade e resistência dos sujeitos ao adoecimento mental, inclusive com a intenção declarada de “intervir eugenicamente para modificar padrões genéticos numa população, e, assim, aperfeiçoar a dotação constitucional fundamental de seus membros” (CAPLAN, apud TENÓRIO, 2002, pg. 31).

³² Experiências da psicoterapia institucional altamente qualificada ainda existem, como na Clínica La Borde, mas são experiências modelos, sem ter um alcance nacional.

A comunidade é agora o espaço privilegiado de intervenção, e a prevenção passa a assumir gradualmente o lugar da cura. Busca-se, assim, uma articulação entre a saúde pública, a medicina e a psiquiatria para propor as mudanças. Ganha valor teórico a noção de história natural da doença, com suas etapas de formação e, conseqüentemente, seus momentos de prevenção. Nessa direção, a prevenção primária, etapa prévia à prevenção secundária e terciária, é destacada como a principal. Dentro dessa perspectiva, o foco da atenção psiquiátrica deve se dirigir não mais às doenças, mas à prevenção da sua instalação. Como dizem os autores:

Se, inicialmente, na reforma asilar, o tratamento constituía na promoção da Saúde Mental pela busca de uma adaptação aos ideais estabelecidos para os grupos do hospital, sendo esta adaptação o critério de cura-alta, no novo contexto busca-se ativamente promover a adaptação aos ideais dos grupos instituídos no espaço social, já que a desadaptação de qualquer dos grupos instituídos passa a ser signo de doença ou de sua possibilidade, sendo registrado no mundo patológico (BIRMAN e COSTA, 2002, pg.56).

Portanto, a saúde mental é constituída como novo objeto da psiquiatria, possuindo as características de adaptação social e obediência às regras grupais, sendo uma virtualidade no interior do paciente e cuja possibilidade de realização dependeria de uma ação terapêutica disseminada no discurso institucional.

Prevenção para a Psiquiatria Comunitária assume o sentido de adaptação, adequação à comunidade e resolução de “crises”. Estas, sendo entendidas como produtos de desequilíbrios normais ou acidentais no processo de ajuste do sujeito ao seu meio e com potencial mórbido. A questão das crises consistia em identificar grupos da população que se encontravam em alto risco e oferecer um acolhimento que buscasse o entendimento do contexto pessoal e social daquele indivíduo, buscando uma atividade terapêutica que levasse aquele a integrar a experiência da crise na sua existência, prevenindo riscos inerentes àquela situação (cf. DESVIAT, 1999,

pg.61)³³. Todo o discurso e a ação da psiquiatria comunitária, entretanto, esbarra com uma aporia central. O problema com a prevenção primária, mostram Birman e Costa (op.cit.), é que a doença mental não possui uma causalidade definida, em que se possa agir sobre ela, impedindo o adoecimento. A psicopatologia não possui uma causalidade linear, inequivocamente identificável. Mesmo os estudos atuais em que se tentam correlacionar agentes patógenos específicos, como exposição materna a vírus na causa da esquizofrenia ou a transmissão de uma herança genética, não são em absoluto conclusivos ou consensuais. As teorias explicativas sobre a causalidade de doenças mentais se baseiam em modelos “hermenêuticos”, diverso do modelo das ciências naturais. O preventivismo americano mostrou-se, portanto, inconsistente teoricamente, pois sua racionalidade exige um agente causal que não pode ser demonstrado.

Além disso, o conceito central da psiquiatria preventiva, o seu objeto de intervenção, a unidade-sujeito biopsicossocial, é uma construção teórica que não se sustenta, pois justapõe noções sem integrá-las num todo coerente. A dificuldade em explicar o adoecimento mental pela biologia, levou os psiquiatras americanos a procurarem sua causalidade na Sociologia e na Psicologia da década de 50, mas sem torná-la cientificamente operativa. O critério preventivo da *desadaptação* da Sociologia, não possui a mesma racionalidade do tratamento *desadaptado* do behaviorismo³⁴. Outro ponto criticável em relação à Psiquiatria Comunitária, quando aplicada no Brasil, é sua pretensão em aumentar o potencial terapêutico da comunidade. Acredita-se que, sob a liderança dos técnicos em saúde mental, os diversos atores de uma determinada rede social poderiam, através de ações de promoção da saúde, alterar o curso de uma perturbação mental. A

³³ As principais influências teóricas foram os trabalhos de saúde pública (Cooper, Lindemann), da psiquiatria dinâmica (Erikson) e a psicologia do ego (Hartman, Kris e Loewestein), portanto uma psicanálise com forte tendência adaptativa.

³⁴ Como diz Costa: a psiquiatria preventiva não possui uma noção de personalidade que possa ser considerada científica[pe]lo] contrário, contenta-se em fragmentar campos de saberes já constituídos, submetendo-os a um processo de reconstituição do tipo leito de Procusto” (cf. COSTA, 1989, pg. 35).

questão é que uma comunidade oferece os recursos culturais disponíveis para o enfrentamento de problemas, digamos, “naturalmente”. É próprio da rede social oferecer um conjunto de pontos de suporte para o indivíduo, quer seja familiar, religioso, social, etc. Querer que, além disso, essa rede ofereça uma terapêutica específica extrapola o que dela pode ser exigido. Além disso, imaginar que uma comunidade é por si só terapêutica significa desconhecer os conflitos e antagonismos diversos que a atravessam. Seria uma idealização despropositada.

Nos Estados Unidos, o preventivismo enfatizou, durante um longo período, a clínica dos transtornos mentais menos graves, nos centros de saúde públicas, deslocando cada vez mais sua atenção para os desvios comportamentais da normalidade do que o tratamento da loucura em espaços abertos. Além disso, não houve a preocupação com a substituição do tratamento asilar ao não construir espaços substitutivos e eficazes de tratamento. Desde os anos 60 ocorre uma redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos especializados, com o aumento de leitos em hospitais gerais e o aumento de ambulatórios, mas o modelo se ressentiu de um sistema de centros de atenção diários e intensivos para os casos mais graves e de um sistema nacional de saúde pública universalizado. É reconhecido por vários autores do movimento reformista (ROTELLI, 2001), que o modelo americano promoveu a desospitalização e não a desinstitucionalização, com conseqüências graves, como o aumento de pacientes sem-teto, encarcerados e uma alta rotatividade com baixa resolutividade nas internações e a falta de acompanhamento adequado após a alta. O modelo estatal convive, paralelamente, com um modelo privado baseado no Managed Care, onde ocorre forte controle sobre o uso do sistema de saúde pela população, em função dos custos cada vez mais altos com a saúde mental (cf. DRUSS e ROSENHECK, 2000 e MANDERSCHIED, 2001). Outro aspecto é a assistência fortemente

medicalizada, com o predomínio de técnicas cognitivistas de manejo de sintomas específicos e de curto prazo.³⁵

Na Inglaterra, desde os trabalhos dos psicanalistas Bion e Rickman no Hospital de Northfield, com discussão de grupos de pacientes neuróticos de guerra, e sua participação na direção da instituição, passando por Jones e Main, como já mostrado, na criação das comunidades terapêuticas, até chegar na antipsiquiatria e depois a sua superação, houve enorme transformação da assistência naquele país³⁶. São importantes também os trabalhos desenvolvidos por sociólogos sobre os efeitos das “instituições totais” sobre as subjetividades, sendo crucial o estudo de Goffman: “Manicômios, Prisões e Conventos”(1999), que mostrava a devastação subjetiva a que eram submetidos os internos quando eram retiradas as referências pessoais, e se montava uma disciplina mortificadora.

Posteriormente, após anos de novas práticas institucionais, baseadas nas comunidades terapêuticas, foram modificadas as legislações referentes à assistência, buscando dar ênfase a um modelo centrado no tratamento comunitário, através de hospitais-dia e residências para pacientes. Buscou-se reduzir o número de leitos em hospitais psiquiátricos e implantar leitos em hospitais gerais. Outro ponto significativo foi o trabalho com médicos de família, que davam o primeiro atendimento, em territórios delimitados. O processo de reforma inglês se beneficiou enormemente do planejamento centralizado, e da força da medicina pública. A grande maioria da população é atendida pelo Serviço Nacional de Saúde inglês. Há ênfase na intervenção precoce

³⁵ Em visita ao Serviço Psiquiátrico do Johns Hopkins Hospital, um dos principais hospitais americanos, ficamos bastante impressionados com as enfermarias amplas e organizadas, o baixo tempo de permanência, a intensividade do cuidado. Mas, chamou-nos a atenção a ênfase exclusiva na terapia biológica e comportamental. Outro aspecto paradoxal foi a presença de cela-forte numa das enfermarias. Um quarto totalmente fechado, com paredes nuas, vigiado 24 horas por uma câmera instalada no teto.

³⁶ Essas foram as primeiras experiências de psiquiatria institucional cujas bases eram essencialmente sociais (cf. DESVIAT, p.36). Schittar (SCHITTAR apud BASAGLIA, 1985) se refere mesmo às experiências pioneiras de Conolly em 1839, quando este aboliu os métodos de contenção para 800 pacientes em Hanwell.

em psicoses, grupos de busca ativa e tratamento domiciliar das situações de crise. Esse plano nacional é responsável pelas taxas decrescentes de internação³⁷.

É nesse contexto de uma crescente cobertura de saúde para a população, que se iniciou no pós-guerra, e ênfase na psiquiatria comunitária, que ocorreu a experiência da antipsiquiatria. Talvez a possibilidade de uma experimentação radical de contestação do tratamento psiquiátrico só pudesse ter ocorrido dentro de um sistema razoavelmente bem organizado do ponto de vista assistencial.

2.3- A reforma italiana

A Itália tem um longo percurso na regulação da assistência psiquiátrica (cf. Fioritti, 1997; Burti, 2001; Girolamo, 2007). Desde que Chiaruggi em 1789 reestruturou o primeiro asilo em Florença, essa é uma questão que voltou ao debate público em pelo menos mais três ocasiões importantes. A primeira foi em 1904, com a “lei 36”, que enfatizava a noção de periculosidade do doente mental. O sistema judiciário já possuía um papel importante nessa época, mas curiosamente, apenas internações involuntárias eram permitidas. Isso, provavelmente, gerou um forte preconceito na sociedade, desde que o entendimento era que só os loucos perigosos precisavam ser internados.

³⁷ A Inglaterra possui atualmente uma ampla rede de serviços de base comunitária. Londres, por exemplo, conta com cerca de 651 serviços residenciais, que atendem cerca de 12000 pessoas, em variadas modalidades, há residências provisórias, permanentes, com e sem staff permanente, com uma média de 16.5/10.000 habitantes, inferior a média nacional que conta possui 22.7/ 10.000 habitantes nesse tipo de estrutura (cf. DE PONTE e HUGHES, 2005). Cerca de 90% dos casos são tratados pelo médico generalista. Os casos mais graves são tratados nos centros comunitários de saúde mental, que contam com 139 equipes territorializadas, atendendo em média 262 pacientes cada uma. Existem, atualmente, 6371 leitos psiquiátricos em Londres, isto é, 8.6 leitos para 10.000 habitantes. A média inglesa é de 6.5/10.000 habitantes, com taxas de ocupação menores na Inglaterra (88%) e maiores na capital (91%) (idem). Há uma grande preocupação no momento com programas de combate a segregação e apoio a associações de usuários, como a MIND.

Nos anos 60 e 70, ocorreu, graças ao movimento da Psiquiatria Democrática, um intenso e radical enfrentamento no campo cultural e político, com a proposta de “desinstitucionalização”, culminando com a aprovação da “lei 180”, em 1978, que contou com o apoio dos partidos de esquerda, e cuja aprovação foi possível graças à atuação de Franco Basaglia e outros membros do movimento da Psiquiatria Democrática. A lei fundamentalmente estabeleceu que: estavam proibidas novas internações em hospitais psiquiátricos públicos, previa a implantação de serviços de saúde mental de base comunitária, determinava que as internações, quando necessárias, deveriam ser realizadas em unidades psiquiátricas dentro de hospitais gerais com menos de 15 leitos, e regulava as internações involuntárias. Em resumo, as principais características que definem o movimento italiano foram a erradicação dos hospitais psiquiátricos públicos e a implantação de serviços comunitários, abertos e territorializados, com leitos em hospitais gerais, além de um forte apoio às equipes interdisciplinares. Esses serviços deveriam se colocar como alternativos e substitutivos em relação aos hospitais e não complementares a esses. Outra meta fundamental dessa experiência era a busca pela reintegração na vida social e econômica de todos os pacientes, inclusive os crônicos, através de empresas sociais. Essas mudanças estruturais tiveram seu desenvolvimento paradigmático e início de seu processo em Trieste, onde Basaglia dirigiu, e gradativamente desmontou, um antigo hospital psiquiátrico com mais de 1200 pacientes.

Em 1994 foi criado o Plano Nacional de Saúde Mental, que buscava integrar os serviços de uma dada região, criando os centros de saúde mental comunitários, assim como centros residenciais e semi-residenciais para pacientes crônicos. Como desdobramento em 1998 houve uma remodelação do Plano, pelo qual enfatizava a necessidade de aumentar a qualidade assistencial, promover a saúde mental para cada membro da comunidade, detectar precocemente problemas mentais, sublinhando a prevenção de recaídas, a atenção à família de pacientes e a

prevenção de suicídios. Esse plano ainda está em andamento e ampliou a integração dos serviços com as organizações não governamentais, organizações de usuários, e outros serviços de saúde. Há uma busca, atualmente, por maior capacidade resolutiva e avaliativa.

Em consequência desse longo processo iniciado por Basaglia, atualmente não existem hospitais psiquiátricos públicos na Itália. Todos os 76 hospitais foram fechados. Ainda existem clínicas psiquiátricas privadas, mas não houve aumento de seus leitos, e houve uma diminuição de internações no setor público. De 1978 até hoje se reduziu os leitos em 68%. Todas as internações de agudos são realizadas geralmente em unidades psiquiátricas de hospitais gerais e nos leitos dos centros comunitários de saúde mental. Outras modalidades de assistência foram criadas como os centros-dia, que corresponderia aos nossos centros de convivência, os hospitais-dia e os centros comunitários de saúde mental, que perfazem cerca de 1600 serviços com características similares³⁸. Há uma ampla rede comunitária cobrindo mais de 80% dos casos em todas as regiões, uma grande satisfação dos usuários e uma melhor qualidade de vida. Em muitas regiões existem empresas sociais que empregam um grande número de pacientes. Cada uma das 21 regiões daquele país recebe verba de um fundo para a saúde mental, entretanto, há liberdade para o manejo e aplicação desses recursos, o que leva a uma heterogeneidade de ações e serviços em cada região. De fato, essa característica administrativa pode ter levado a uma disparidade entre regiões ricas e pobres, principal crítica que é feita à reforma italiana e que hoje vem sendo enfrentado. Outra crítica que é levantada é de que teria havido aumento de pacientes em prisões e

³⁸ Atualmente existem 3498 leitos públicos, incluídos os leitos em centros comunitários, hospitais universitários e outros hospitais gerais, e 4862 leitos privados. Todo o território italiano é dividido em áreas que possuem uma rede de serviços de saúde mental, sendo o centro de saúde mental comunitário o principal elo dessa rede. Existem 1370 dispositivos residenciais para cerca de 17138 pacientes. Casos agudos em leitos públicos: 0,78/10.000 hab.; casos agudos em leitos privados: 0,90/10.000 hab. (total: 1,72/10.000 hab.) É uma das menores taxas do mundo (GIROLAMO et al, 2007).

até da criminalidade. Esses dados foram investigados e comprovou-se que isso não ocorreu (idem, 2007).

Vemos, portanto, que o movimento conduzido por Basaglia, fortemente influenciado pelas idéias foucaultianas, produziu uma das experiências mais bem sucedidas do movimento reformista mundial. Inúmeros estudos tentaram provar o contrário, mas o que se encontrou nas investigações foi um sistema que serve como exemplo para outros países. Entretanto, é necessário ressaltar que não existe uma Psiquiatria Democrática na Itália hoje. Esse movimento foi incorporado à estrutura da saúde pública e depurado das questões epistemológicas que mobilizou o seu início. Do nosso ponto de vista, isso não enfraquece suas idéias, mas apenas as coloca em perspectiva. Ressalta seu valor ao invés de depreciá-lo, mas ao mesmo tempo desmitifica um grande pensador, colocando-o no movimento da história.

O início do movimento italiano, liderado por Basaglia, insere-se no movimento cultural maior em que se encontrava o mundo naquele momento, de contestação de toda forma de controle e sujeição, e de crítica aos modelos tradicionais de família, escola, instituições políticas, e de grande efervescência intelectual.

É a partir da crítica ao tratamento fundamentado nas comunidades terapêuticas, na qual Basaglia baseava sua abordagem da loucura em Gorizia, que começa seu trabalho teórico e prático. Ele passa a negar o valor de uma comunidade terapêutica inserida numa instituição psiquiátrica como local de tratamento, pois essa microssociedade se colocava em conflito com os valores dominantes da sociedade como um todo. Para ele, a comunidade terapêutica atuaria como uma camuflagem para o apagamento das subjetividades, a violência institucional, a exclusão justificada por uma psiquiatria que institucionalizava doenças, como consequência do não reconhecimento das “existências-sofrimento” de determinados indivíduos. Nota-se nesse

momento a formulação de uma mudança de paradigma: de doença mental para existência-sofrimento. Influenciado pela fenomenologia existencial, Basaglia considerava uma redução injustificável considerar o sujeito que sofre como um doente mental. A gravidade de sua posição no mundo não o colocava num patamar humano inferior, como o diagnóstico de doente mental parecia instituir.

Seu objetivo era destruir o manicômio, devolvendo os pacientes ao seu lugar na sociedade. Como nota Barros: “a gestão comunitária que procurava apenas humanizar o manicômio não colocava em discussão as relações de tutela e custódia e nem questionava o fundamento de periculosidade social contido no saber psiquiátrico” (BARROS apud AMARANTE, 1995, pg. 51).

Portanto, é de uma crítica à psiquiatria como teoria e prática, excludente da cidadania e de invalidação da experiência complexa de sofrimento psíquico singular, que a Psiquiatria Democrática vai se ocupar. Dentro desse movimento, surge também uma crítica mais radical à idéia de doença mental como positividade a ser tratada, onde a abolição do manicômio era a meta principal. Entretanto, tal posição não era hegemônica.

Como afirmou Rotelli, outro protagonista da reforma italiana, em 1971:

[...]não era a negação da doença mental nem da psiquiatria, nem o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que se relacionava com a recusa do mandato outorgado pela sociedade aos psiquiatras para que eles isolassem, exorcizassem e anulassem os sujeitos à margem da normalidade social (ROTELLI apud DESVIAT, 1999, p. 44).

Basaglia ressalta que a realidade sócio-econômica induz a uma abordagem médica equivocada, reduzindo esta a uma manobra protetora do sistema. Enquanto que um ato

terapêutico real teria que romper com qualquer tipo de invalidação social, recusando um mandato que exclui do corpo social aqueles que portam a marca da estranheza³⁹.

Em “A Instituição Negada” (1985) Basaglia explicita sua posição, frente ao que ele chama de instituições da violência. Para ele, essas instituições que a sociedade inventou, família, escola, manicômio, fábrica, prisão, universidade, caracterizam-se pela violência e exclusão sobre aqueles que não detêm o poder. Os técnicos são apenas repetidores desse exercício de violência, que o poder maior delega para escamotear a própria violência. Seu objetivo é adaptar o indivíduo a aceitar seu papel de “objetos de violência”. Assim, o ato terapêutico é descrito como uma maneira de evitar que o indivíduo tome consciência do conflito entre ele e a sociedade, do antagonismo fundamental que opõe o desviante da norma criada “cientificamente”, e a sociedade que a estabeleceu. O que Basaglia questiona é a própria idéia de ciência e norma. Essas aparecem como produto de uma sociedade repressora. Portanto, o autor propõe o rompimento com uma certa noção de ato terapêutico, recusando o mandato social que o autoriza e negando a violência mistificada em ciência. Seu entendimento de ato terapêutico passa a ser a de um ato político, pois busca integrar a crise na vida individual, sem excluí-la do coletivo.

O questionamento do campo científico e institucional da psiquiatria leva, conseqüentemente, a repensar a noção de doença. A psiquiatria faz uma descrição exaustiva de síndromes e sintomas excluídos do contexto social do doente, fazendo-o “aderir a uma doença abstrata, simbólica e, como tal, ideológica” (BASAGLIA, apud AMARANTE 2003, p. 70). Embora seja interessante acompanhar a experiência triestina na sua crítica à psiquiatria, no que

³⁹ É interessante a maneira que Basaglia descreve a relação do doente com o médico. O autor delimita três possibilidades, de acordo com o status sócio-econômico daquele. A relação pode ser aristocrática, mutualista ou institucional, sendo que a qualidade e a dignidade da relação diminui à medida que o doente vai perdendo o poder contratual, e na medida que desce na escala social. O valor social do doente determina como será, portanto, sua “carreira” psiquiátrica. Independente da doença é a posição social que estabelecerá o grau de destruição ou restabelecimento do sujeito adoecido.

ela tem de conformista e redutora, é importante atentar que se levarmos às últimas conseqüências a proposta de considerarmos o ato terapêutico como ato político e doença como abstração, pode gerar algumas confusões, e mesmo incongruências, como mostro abaixo.

A redução, segundo Basaglia, operada pela Psiquiatria consiste em tornar o outro, diferente em sua singularidade, um objeto. Essa objetificação transforma radicalmente aquele que sofre, pois esse passa a representar o papel de doente mental, isto é, portador de um corpo/cérebro defeituoso, que necessita de uma tutela institucional. Sua crítica passa a se dirigir não só à Psiquiatria, que se limita a definir, catalogar e gerir a doença, mas também à psicanálise e à fenomenologia. Esta por não conseguir romper com a objetualização do sujeito, se limitando a buscar compreendê-lo. Aquela, por objetualizá-lo não enquanto corpo, mas enquanto pessoa. No seu dizer:

Mas, o que foi feito do doente real, isso só pode ser visto no interior de nossos manicômios, onde nem as denúncias dos complexos de Édipo nem os depoimentos do nosso estar-com-no-mundo-da-ameaça foram capazes de tirá-lo da passividade e objetividade de sua condição. Se essas 'técnicas' houvessem penetrado efetivamente nas organizações hospitalares, se se tivessem submetido ao questionamento e a contestação que lhes oporia a realidade do doente mental, deveriam ter-se transformado, por uma questão de coerência, ampliando o escopo, até que viessem a abranger todos os atos da vida institucional (BASAGLIA, 1995, pg. 105).

A crítica de Basaglia se dirige a toda técnica que não rompe com a violência do manicômio. Para ele, a única forma de tratamento possível é aquela que se dá entre um profissional e um indivíduo livre, num ambiente de reciprocidade e com capacidade igual de contratualidade. O manicômio é aquele local onde é agravada a condição do sujeito, pois se o doente mental é aquele em que foi reduzida a capacidade de se conduzir na vida de maneira pluridimensional, isto é, de exibir diferentes posicionamentos subjetivos ou diferentes "jogos de

linguagem” diante do outro que o interpela, então numa instituição fechada essa dificuldade tende a piorar, porque lá ele é transformado, de fato, num ser unidimensional, reduzido a um objeto que reage de acordo com as regras institucionais, que reduzem sua complexidade a um corpo mortificado, isto é, restrito a condutas padronizadas. Assim, ele defende a idéia de que o aliado do tratamento, no sentido de rompimento da apatia e condutas cristalizadas, é a própria agressividade do paciente. A agressividade é que permite que aquele que estava submetido à instituição reaja, oponha ao poder uma barreira, recuperando a possibilidade de ação que estava paralisada pelo vazio emocional em que o doente se encontrava⁴⁰.

Basaglia propõe, portanto, uma negação, que possui várias dimensões:

Negação da instituição manicomial; da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência, à qual o doente é sujeito, dentro e fora da instituição (BASAGLIA apud AMARANTE, 2003, pg. 73).

As negações do manicômio, da violência e do poder do psiquiatra são teoricamente fáceis de compreender. Vejamos as outras negações, da psiquiatria como ciência, do doente como resultado de doença incompreensível, e de seu papel regressivo.

As duas primeiras se referem ao que Basaglia chama de “colocação da doença mental entre parênteses”. Para ele, o doente mental no que concerne à sua singularidade, foi deixado em suspenso pela psiquiatria, em prol de classificações e descrições da doença abstrata. Para se contrapor a esse estado de coisas, ele propõe que deveríamos inverter os termos da equação, isto

⁴⁰ É notável nesse ponto a semelhança com Winnicott, para quem a agressividade era um motor para a criatividade e para o estabelecimento do sentimento de continuidade da existência. Ação e agressão eram, praticamente, sinônimos, para esse autor, e cruciais para dar condições para o sujeito perceber a vida de maneira autêntica e real.

é, que colocássemos a doença em suspenso e enfatizássemos o sujeito em sofrimento. Dessa maneira, poderia ser retirado tudo aquilo que da doença era construção institucional e redução teórica com vistas à manipulação e controle. Agindo dessa maneira, Basaglia pretende retirar da psiquiatria o que ela tem de ideológico, possibilitando que ela se torne uma “nova ciência”, mais próxima do homem real. Essa tarefa implica em desvelar o que foi chamado de “duplo da doença mental”, isto é, o que dela é produzido pela institucionalização e objetificação do doente, tudo o que da doença é discurso redutor, preconceito e degradação prática de subjetividades e corpos manipuláveis.

Esse projeto, de negação e desconstrução de uma prática e de uma teoria, chamam desinstitucionalização. Significa um processo em construção permanente, em que a complexidade de um objeto, a loucura, deve ser apreendida através de abordagens diversas, pela aceitação das inúmeras possibilidades da existência humana. A intenção é produzir espaços e circunstâncias apropriadas à diversidade do *pathos*, e com isso favorecer uma relação com o sofrimento psíquico na qual o cuidado pode ser mais efetivo e menos excludente.

Nessa perspectiva, a ênfase se desloca da doença para a “existência-sofrimento do paciente em sua relação com o corpo social”(op.cit). É o sujeito na sua configuração subjetiva única construída na relação concreta com o ambiente em torno de si, que devemos focar a atenção. O tratamento passa a ser o cuidado singular na relação da pessoa com o corpo social, e não restituição de um padrão comportamental predeterminado.

Entretanto, Basaglia, em alguns momentos de sua elaboração, parece oscilar entre dois pontos de vista, insinuando certa dicotomia na sua argumentação. Essa oscilação se dá entre uma crítica radical à idéia de doença mental e de uma clínica apta a tratá-la e uma crítica mais branda, colocada “apenas” sobre a subserviência da ciência ao modelo econômico. Ele faz, em certos momentos, a crítica da psiquiatria enquanto ciência produtora de um discurso médico sobre a

loucura, nos moldes da crítica foucaultiana. Em outros momentos ele parece defender uma psiquiatria renovada, democrática, não alienante, próxima a um discurso anti-capitalista.

Em “Loucura/Delírio”(2005), Basaglia parece se aproximar de um discurso propriamente antipsiquiátrico, quando diz:

Para essa razão iluminada, a loucura faz parte da natureza que ela combate e deseja dominar. O ‘saco cheio de ar’ (follis), com o qual antigamente se representava a loucura e ao qual o nome dessa remetia, não encontra lugar nessa racionalidade que quer explicar e dominar tudo. A cabeça não pode estar cheia de vento, nem os delírios ser impelidos pelo vento, nem as almas ou os corpos ver-se possuídos por espíritos e demônios. Deve existir uma explicação racional e científica. Mas a única explicação que essa razão consegue dar é que se trata de uma ‘doença’, e a palavra ‘doença’- mais científica e digna do que o ar soprado de um saco vazio- ocupará definitivamente o lugar daquele sopro de vento (BASAGLIA, 2005, pg. 267).

Nesse momento, Basaglia parece criticar qualquer tipo de enquadre racional da loucura ou qualquer nova descrição do fenômeno visando atingir um determinado fim terapêutico, pois a própria noção de terapêutica foi colocada em questão.

Em “Desinstitucionalização” (2001), Franco Rotelli, parece ratificar essa posição basagliana, diz que o “mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício – a doença – da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade” (ROTELLI, 2001, pg.90). E afirma: “A ruptura do paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização e a ruptura do paradigma se fundamentava também na ruptura da relação mecânica de causa-efeito na análise da constituição da loucura” (idem, pg.91). Para ele, o modelo clínico implicava em reduzir o sofrimento existencial a uma doença fictícia correlata de uma explicação mecanicista, assim como no modelo psicológico se reduzia o objeto a um conflito inconsciente. Entretanto, ele não explica por que o paradigma clínico necessariamente postula uma relação linear de causalidade. Assim,

embora Rotelli explique que a doença mental não significa para os reformadores uma entidade ontológica, mas uma “realidade inventada, no entanto sempre uma dura e viva realidade”, declaração que concordamos, ele rompe com o paradigma clínico, pois coloca em seu lugar a reprodução social das pessoas. Para ele, reprodução social é sinônimo de singularização. Afirma: “Estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais” (idem, pg.94). Ele reforça que devemos evitar “as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica”, em prol da reprodução social e da “produção de vida”. O problema é que “reprodução social” remete a um campo explicativo e de ações que não recobre totalmente o termo “singularização”. Este termo possui um sentido mais amplo dentro do campo psiquiátrico, diz respeito a uma posição subjetiva mais que a uma produção social. Os reformadores italianos se preocuparam em ampliar as possibilidades de produção social dos pacientes, mas ao custo de empobrecer o entendimento de outras abordagens teóricas que tem como eixo central de suas preocupações a singularidade do sujeito. Singularidade esta que não está referida diretamente à reprodução social do indivíduo.

Uma outra questão é o questionamento de doença mental como conceito⁴¹. Não se pretende tornar os profissionais da área mental, policiais da linguagem ou vigilantes contumazes do vocabulário cientificista. Podemos afirmar que para se teorizar sobre o sofrimento psíquico grave é necessário criticar a noção de doença mental enquanto patologia cerebral estrita sem relação com o ambiente, como descrita por uma psiquiatria biológica reducionista. Quando o sujeito sofre delírios, alucinações, ou outra experiência psicótica, a maneira mais justa de abordá-

⁴¹ Amarante (1996) ressalva que Basaglia não nega a doença mental ou o doente, “...enquanto existência. O que está sendo colocado em negação é o conceito de doença mental como construção teórica”(op. cit. pg. 70). Perguntamos qual é o problema de colocar a doença mental como construção teórica. Não é esse mesmo o objetivo da crítica epistemológica?

lo é aquela que busca um enquadre do fenômeno diferente de outras doenças estritamente biológicas. Isso significa aceitar que a biologia cerebral está envolvida no processo, mas não que ela é o fator determinante, a causa da manutenção ou da resolução dele. O sofrimento mental grave implica uma riqueza de abordagens explicativas. Mais que isso, considera outros fatores como fundamentais no tratamento daquela condição. O tratamento medicamentoso, eixo da medicina, torna-se uma ação entre outras. A complexidade do quadro assim o exige⁴².

Isso não implica, entretanto, negar o vocabulário consagrado da psicopatologia. Podemos falar em doença mental, sintomas, síndrome e quadro clínico, se tivermos o cuidado de não reificar aquilo sobre o que estamos falando. Além disso, torna-se imprescindível reconhecer que mecanismos neuronais estão necessariamente implicados naquele sofrimento, assim como estão implicados em todo ato da nossa vida mental, corporal, afetiva e social. Por não sermos almas desligadas do corpo, mas corporeidade que se expressa em sinapses, linguagem e movimento no ambiente, nossos neurônios estão implicados com a saúde e o sofrimento. Aceitar isso não significa aceitar a causalidade neuronal, mas sim a sua relação com tudo o que nos cerca.

O contrário disso seria tentar um retorno ao passado, e refazer o vocabulário que foi dispensado quando se inventou a psiquiatria. Claro que isso é possível. Apesar do trabalho que teríamos para nos comunicar sobre os problemas mentais, acredito na plausibilidade dessa idéia. Falaríamos de loucura, pura e simplesmente. Mas, haveria algum ganho real com isso? Tudo o que foi inventado em teorias teria que ser abandonado, mesmo com a riqueza do que foi escrito sobre as psicoses, da fenomenologia à psicanálise.

⁴² Em “A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização”(2005), no início de sua produção e no contexto da introdução da comunidade terapêutica em Gorizia, Basaglia enfoca a importância da psicofarmacoterapia da doença mental: “Naturalmente, o problema da liberdade para o doente mental- ou melhor, o problema do doente no hospital- não surgiu de repente...mas ressurgiu com uma exigência que não se pode ignorar, depois da transformação produzida pelos fármacos, na relação entre o doente e sua doença”(BASAGLIA, 2005. pg.27).

Na apresentação ao livro “O que é a Psiquiatria?”, entretanto, Basaglia diz algo praticamente oposto:

Se, de fato, o doente é a única realidade à qual devemos reportar-nos, convém encarar as duas faces que justamente constituem essa realidade: a de ser ele um doente, com uma problemática psicopatológica (dialética e não ideológica), e também um excluído, um estigmatizado social. Uma comunidade que se pretende terapêutica deve levar em conta essa realidade dúplice – a doença e a estigmatização-, a fim de poder reconstruir gradualmente a face do doente mental tal qual devia ser antes de a sociedade – com seus atos de exclusão e a instituição por ela inventada – tê-lo esmagado com sua força negativa (BASAGLIA, 2005, pg. 70).

Aqui, Basaglia torna-se mais próximo da concepção pluralista e pragmática que defendemos. A questão é que se há um indivíduo doente na sua existência, isso implica em aceitar a possibilidade de se teorizar a respeito e, portanto, de se “fazer ciência”, que no caso da psiquiatria significa restituir a rede de causas e razões com eficácia pragmática. O próprio reconhecimento de uma doença, implicitamente é uma proposição sobre um fenômeno observável, senão ele não seria reconhecido. Se a doença mental não fosse observável ou teorizável, ela não seria uma existência doente, seria uma variação humana absolutamente indiferente. Acontece que ela nunca foi um fenômeno indiferente para qualquer grupo social. Ela foi, sim, descrita e apreendida de formas diversas, mas nunca de forma aproblemática⁴³.

Uma coisa é dizer que a doença mental não existe, que é uma redução operada sobre um sofrimento psíquico desviante da norma e que, por isso, necessita ser contida. Outra coisa é dizer que ela existe, mesmo considerando-a do ponto de vista de uma existência-sofrimento, e que a

⁴³ É evidente que com isso não quero defender um naturalismo ingênuo, que afirma que a doença existe “em si”, independente da descrição que dela é feita por um determinado grupo social. A variação humana que aprendemos a reconhecer como doença só foi teorizada, porque havia uma forma de vida partilhada por uma comunidade de falantes de uma mesma língua, com um solo ético comum.

única maneira de tratá-la é num ambiente livre, sem aceitar o mandato social que pretende retirá-la do mundo. A diferença entre uma posição e outra é sutil. De um ponto de vista, a ênfase é dada à crítica da ciência e da psiquiatria como forma de abordagem de um fenômeno identificável. De outro, a ênfase recai sobre o sofrimento psíquico e a melhor forma de lidar com ele, isto é, de tratá-lo, tentando modificar sua expressão e seu alcance na economia subjetiva.

A posição basagliana permite essas duas leituras. Entretanto, apesar de não concordarmos com a primeira posição e de considerarmos a segunda posição criticável em alguns aspectos, é necessário reconhecer que predomina nos seus escritos, apesar da ambigüidade, a segunda posição, mais sofisticada do que a primeira. O louco seria um indivíduo que sofre por sua dificuldade de se relacionar com o ambiente social que o cerca. Muito além de um corpo ou psiquismo doente, o que o destitui subjetivamente seria a impossibilidade de estabelecer uma capacidade normativa mínima no mundo. A questão central do tratamento passa a ser a produção ou recuperação dessa capacidade, dando-lhe condições de negociar sua condição com a sociedade na qual ele vive.

As experiências de reforma partem de um mesmo solo crítico, mas desenvolvem seus projetos de diferentes maneiras levando a resultados mais ou menos ricos do ponto de vista da desmontagem do antigo modelo asilar. Podemos verificar que, nos países onde as teses foucaultianas, com Basaglia ou com os antipsiquiatras, foram testadas em sua radicalidade, a reforma psiquiátrica está mais avançada e pulsante, isto é, Itália e Inglaterra. Parece que, mesmo com a corrosão parcial de seus argumentos e a contestação de suas idéias mais radicais, seu papel na desconstrução da idéia de doença mental como entidade a-histórica, e da psiquiatria como teoria e prática neutras, sofreram um abalo suficiente para lançar as bases de um movimento que foi se depurando do ímpeto contra-cultural, mas conservou o frescor de uma clínica que se quer

crítica e renovada. Isso não nos dispensa, entretanto, de criticar alguns pressupostos, sabendo que essa crítica conta com a vantagem do tempo decorrido e é, portanto, facilitada pelo não envolvimento direto na luta contestatória daqueles pensadores. Embora alguns estudiosos pensem que houve uma espécie de aliança informal entre os críticos radicais e as políticas neoliberais que se aproveitaram para defender o fechamento dos manicômios e economizar recursos⁴⁴, como, por exemplo, na Inglaterra de Margareth Thatcher.

Como mostrou Rotelli (2001), no contexto histórico da crítica ao manicômio, a desinstitucionalização era “uma palavra de ordem central e utilizada para muitos e diferentes objetivos” (ROTELLI, 2001, pg.19). Para os reformadores significou a transformação da assistência, para os gestores era um programa de racionalização de custos durante a crise do “Welfare State”, e para técnicos e políticos radicais “ela simbolizava a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social, e se emparelhava à perspectiva antipsiquiátrica” (id. ibid.). Esse autor critica também os limites do movimento reformista, em alguns países europeus e nos Estados Unidos, por terem produzido uma fragmentação da assistência graças à distribuição dos problemas mentais em serviços especializados em “doenças” ou em diagnósticos específicos, assim como por terem propiciado o conhecido fenômeno da “revolving door”, cuja incapacidade das equipes em assumirem a responsabilidade pela existência concreta do paciente criaram um “circuito” mais dinâmico que o hospício, mas nem por isso menos “institucionalizante”. Para ele, com exceção da Itália, “a Psiquiatria nascida das reformas faliu, seja no objetivo de superar a cronicidade, seja no objetivo de liberar-se da sua função de coação e internação” (ROTELLI, 2001, pg.27).

Creemos, entretanto, que o saldo do movimento contestatório foi altamente favorável. Suas críticas e proposições reformistas em torno de uma clínica comunitária e anti-segregadora

⁴⁴ Para isso ver o artigo de Janice Chesters : “Deinstitutionalisation: an unrealised desire” (2005).

produziram efeitos nas políticas públicas que, agindo pragmaticamente, construíram um sistema completamente novo. Na Itália, a crítica acima não se aplica, pois se manteve um bom nível de investimento público na implantação dos novos serviços. E na França a não radicalização do processo é que deve ser apontada como um fator que impediu o avanço ainda maior em direção a uma “desmanicomialização” da assistência. Talvez uma nova leitura desses processos possa servir como uma abertura da discussão no Brasil em direção a uma maior pluralidade clínica e menor incongruência teórica.

2.4-A constituição da psiquiatria e o movimento reformista no Brasil

A diversidade de reformas alcançou o Brasil tardiamente, gerando debates nos meios profissionais e acadêmicos, e influenciando os diversos atores que fariam a reforma brasileira uma das mais abrangentes do mundo, conciliando as clínicas psiquiátrica e psicanalítica, a política e a cultura, agregando familiares e pacientes em associações de defesa dos direitos dos usuários e com uma lei nacional e várias leis estaduais, criando estruturas ao mesmo tempo substitutivas ao asilo e ricas em abordagens teóricas e práticas não conciliáveis tão facilmente em outros países. Nossa intenção é apontar que, se houve ruptura no pensamento psiquiátrico com a estruturação do movimento reformista, este também não foi completamente alheio à constituição da psiquiatria no Brasil. Queremos aproximar a construção de um campo teórico-prático com as mudanças operadas dentro desse campo. Nossa intenção declarada é de valorizar a tradição. Entendemos tradição como os saberes que permitiram em determinados contextos históricos uma melhor qualidade na atenção aos sujeitos com sofrimento psíquico. Pensamos que Juliano Moreira, Teixeira Brandão, Ulysses Pernambucano, Luiz da Rocha Cerqueira, os atores da reforma e os trabalhadores dos atuais Caps estão ligados pela herança de um saber complexo e muitas vezes contraditório, mas pertencentes ao mesmo campo de atuação.

O marco institucional do nascimento da psiquiatria no Brasil é a ordem de criação por D. Pedro II do primeiro manicômio em 1841 no Rio de Janeiro, e sua inauguração em 1852. Em “Danação da Norma” (1978), os autores explicam que a fundação desse asilo de alienados se insere dentro de um movimento mais amplo de constituição de uma medicina social brasileira, pelo qual torna a sociedade o novo objeto de investigação e controle médico. Dessa perspectiva, a psiquiatria nasce como um projeto de uma elite médica republicana, que pensa o Estado como normalizador do espaço social e base fundamental para edificar uma sociedade mais justa.

A precariedade da assistência no Brasil-Colônia é assim expressa por Juliano Moreira, um dos primeiros psiquiatras brasileiros:

Os alienados, os idiotas e os imbecis foram tratados de acordo com suas posses. Os abastados e relativamente tranqüilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa quando as condições físicas dos doentes o permitiam...Se agitados punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranqüilos, vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelo campo entregues às chufas da garotada, mal nutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde, barbaramente amarrados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente (MOREIRA apud MEDEIROS, 1993, pg.75)

Diferente da Europa, no século XVII e XVIII as cidades brasileiras são pouco populosas, não está em andamento nenhuma “revolução industrial”, e a maioria da população vivia na zona rural, onde a tolerância ao desvio do comportamento era razoavelmente melhor, apesar de haver repúdio e agressões aos loucos muito agitados. A visibilidade da loucura começa a aumentar gradativamente, em função do crescimento de desocupados e andarilhos, em geral homens livres, isto é, não escravos e não proprietários, que não conseguem ou não aceitam trabalhos “indignos”, produto do preconceito contra a atividade praticada pelos cativos. O enclausuramento em prisões desses “ociosos”, entre eles os loucos, repete o fenômeno descrito por Foucault no século XVI

européu, apesar das causas estruturais diferenciadas. O desenho imaginário de um rosto para a loucura começa muito incipiente, e ganhará contornos mais precisos a partir do Império, através dos médicos da época. A partir de 1830, começam a aparecer na imprensa artigos produzidos por eminentes clínicos, solicitando a criação de um local específico para os loucos, evitando que circulem pelas ruas, que sejam trancados nas residências, ou que fiquem internados em hospital não especializado, no caso mais citado, a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro⁴⁵. Em outras cidades, as Santas Casas assumem as mesmas funções, de abrigo, assistência social, e amparo aos necessitados e doentes, em Santos, Salvador, Olinda, São Paulo, Belém, entre outras. Mas, as condições insalubres da Santa Casa é alvo de críticas constantes, que apontam para as péssimas condições de tratamento. Na verdade, os alienados eram simplesmente entulhados nos porões do hospital, submetidos a castigos físicos, expostos a doenças contagiosas e desnutrição (cf. RESENDE, 1987, pg.35). Os médicos clamam pela retirada dos loucos pobres das ruas, mas pedem um local de tratamento e não apenas de exclusão. O Hospício Dom Pedro II é finalmente construído em 1852, através de donativos imperiais, subscrições e loterias, para o atendimento dos “loucos curáveis” de todo o país. Rapidamente torna-se um local destinado àqueles que apresentam problemas mentais de todo tipo, como “idiotas, imbecis, epiléticos ou paralíticos dementes, que se reputam incuráveis e podem viver inofensivos no seio da família” (MACHADO, 1978, pg.474).⁴⁶

⁴⁵ Entre relatórios e artigos fundamentais que trataram do problema da inadequação da assistência nessa época, cita-se o relatório da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, o artigo “Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas do rio de Janeiro”, do médico francês José Sigaud e “Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados”, do médico italiano Luiz Vivente De-Simoni. (cf. ODA E DALGALARRONDO, 2007, pg.35-36).

⁴⁶ A criação do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, é consequência da atuação dos médicos que pediam um local adequado de tratamento, em consonância com as diretrizes do alienismo francês que exercia grande influência no meio acadêmico brasileiro. Mas, é também produto do senso de oportunismo dos administradores desse estabelecimento, pois tornando-se responsável pela administração, pôde fazer frente

Além do Hospício Pedro II, existia ainda, o Asilo de Mendicidade e a Casa de Correção.⁴⁷

O primeiro recolhia indiscriminadamente velhos, crianças, loucos, ou seja, indivíduos sem moradias ou incapazes de informar seu domicílio. O segundo se encarregava dos loucos criminosos ou presos que enlouqueciam. No interior do país continuava a prática comum de prender em cadeias aqueles loucos que perturbavam a ordem pública.

Portanto, o Hospício “não é legalmente reconhecido como o único local apropriado para internação” (idem, pg.477). Se, por um lado, vemos uma tentativa de modernizar o atendimento aos alienados, por outro, essa tentativa não é bem sucedida, havendo diferentes locais de enclausuramento da alienação mental. O médico tem muito pouco poder nesse momento. As internações, mas também as altas, são decididas pelo provedor da Santa Casa, com base em atestados de autoridades judiciárias. A família também poderia requisitar a internação ou alta ao juiz e ao provedor, independente da opinião médica. Há enorme arbitrariedade e favorecimentos para se conseguir uma vaga para internação, situação que foi denunciada pelo psiquiatra Teixeira Brandão nos jornais da época (idem,ibidem).

A psiquiatria não existia como especialidade, os primeiros médicos a se dedicarem ao estudo e tratamento da loucura eram clínicos. A transformação dos Colégios Médico-Cirúrgicos do Rio e da Bahia em Faculdades de Medicina acontece em 1832, tendo sido somente em 1881 que é criada a cátedra de Psiquiatria, oriunda da reformulação do ensino médico, pela qual se separou da disciplina de Medicina Legal. Para Russo (cf. RUSSO,1993, pg.08), essa raiz comum marca uma proximidade, mas também conflitos, em torno do mesmo objeto de investigação: o

à situação financeira difícil em que a instituição se encontrava. O hospício era uma fonte de recursos vantajosos, em que, ao mesmo tempo, que retirava da Santa Casa um grande número de pacientes desagradáveis, aportava esse estabelecimento com uma soma financeira significativa.

⁴⁷ Em 1860 foi criada também a primeira clínica psiquiátrica privada no país, a Clínica Dr. Eiras, no Rio de Janeiro.

louco na sua relação com a lei e a sociedade. Mas, marca a importância do “discurso médico em geral, e do psiquiátrico em particular, na definição de questões políticas fundamentais para a nova sociedade que emergia”(op.cit. pg.09).

Os primeiros psiquiatras brasileiros são influenciados principalmente por Esquirol, e sua teoria das causas morais, pela qual, a organização social perniciosamente estimulante das “paixões factícias”, isto é, aquelas produzidas pela sociedade desenvolvida que estimula no homem a loucura. A busca de satisfações artificiais e, conseqüentemente, o encontro de decepções geradas pelo abuso de divertimentos, a ambição, o desregramento, o abandono de antigas crenças, a educação viciosa, ou seja, a depravação dos costumes, estaria na base do descontrole das paixões. Um pouco mais tarde, no final do século XIX e início do século XX, a influência da psiquiatria germânica também se torna importante no meio acadêmico, com as teses de Kraepelin, introduzidas no meio psiquiátrico brasileiro por Juliano Moreira.⁴⁸ No início do século passado as teses germânicas passam a dominar o pensamento psiquiátrico, principalmente no que tange às nosologias, apesar de manter os “princípios gerais do tratamento moral, obviamente modernizados e revestidos com aspectos próprios das crenças científicas vigentes nas primeiras décadas do XX”(ODA e DALGALARRONDO, 2007, pg.43).

É interessante, entretanto, observar que havia uma preocupação com a organização do espaço asilar. Buscava-se seguir as regras de um bom tratamento, consentâneo às diretrizes da psiquiatria francesa, com a diferença de que aqui, evitavam-se as punições muito rigorosas. Vieira da Silva, por exemplo, proíbe “[...]pelos efeitos perigosos e por serem indignos da atualidade, as atitudes forçadas, a máquina de Darwin, a cadeira giratória” (MACHADO,1978,

⁴⁸ Recentemente Mário Eduardo Costa Pereira estabeleceu uma interessante conexão entre um artigo de Juliano Peixoto e Teixeira Brandão com Jacques Lacan e seu pensamento sobre a paranóia, que possivelmente teve alguma influência sobre ele graças a repercussão desse artigo por Henri Claude e Marcel Montassut. Ver “Lacan com Juliano Moreira e Afrânio Peixoto-A autofilia primitiva, o narcisismo e a questão da paranóia legítima” (PEREIRA, 2007,pg.18)

pg. 446). É interessante perceber também inúmeras regras no cuidado com o doente, que chega a certos detalhes, ao dizer que:

[...]os meios de repressão só podem ser determinados pelo facultativo a cujo cargo estiver o alienado. Em caso urgente, o primeiro enfermeiro poderá empregar, sob sua responsabilidade pessoal: a privação de visitas, passeios e outros meios de recreio; a reclusão solitária, o colete de força, com ou sem reclusão. O enfermeiro deverá informar ao facultativo os meios empregados e os motivos que fizeram sua reclusão necessária (op.cit. pg.447).⁴⁹

A crítica que os próprios psiquiatras fazem à situação do asilo, entretanto, é permanente. O excesso de doentes, a falta de treinamento e a violência dos enfermeiros, o pequeno número de psiquiatras para atender a demanda, e, enfim, a impossibilidade destes de assumir efetivamente a direção do tratamento moral, em função do poder institucional das irmãs de caridade, geravam uma enorme insatisfação por parte dos médicos.

Em 1881, Nuno de Andrade assume a direção do hospício, na mesma época da criação da cadeira de Psiquiatria, sendo substituído em 1886 por Teixeira Brandão. Com a proclamação da República o Hospício é finalmente separado da Santa Casa e renomeado, passando a se chamar Hospício Nacional de Alienados. Em 1903, Juliano Moreira assume a direção da instituição, gerando uma mudança no enfoque dos problemas mentais, pois este era fortemente marcado pela psiquiatria germânica em contraposição ao seu antecessor de influência francesa (cf. Resende, 1987, pg. 43).⁵⁰

⁴⁹ Apesar de sabermos que a teoria é muito diferente da prática efetivamente realizada no espaço asilar, não podemos deixar de notar uma preocupação dos alienistas com a assistência. Muitos dos nossos hospitais psiquiátricos privados atuais, conveniados ao SUS, agem com menos cuidado e respeito ao paciente do que o asilo do século XIX.

⁵⁰ Teixeira Brandão, apesar das críticas que lhes dirigem, é um dos principais articuladores das críticas e das propostas de mudança no funcionamento do asilo. Assim como das alterações operadas na legislação,

No primeiro quarto do século XX ocorre uma expansão dos asilos públicos no Brasil. De 1912 a 1920 são criados no Rio de Janeiro a Colônia de Engenho de Dentro, a Colônia de Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário. Outros manicômios são implantados pelo país, e novos atores assumem papéis importantes na construção de um saber psiquiátrico, como Henrique Roxo, Franco da Rocha, Odilon Galotti, Ulysses Pernambucano, entre outros. Este último desenvolveu um inovador trabalho em Recife, implantando um ambulatório de saúde mental, uma escola especial para deficientes e aumentando o escopo teórico para áreas das ciências humanas, no que foi chamado de psiquiatria intercultural, nos anos 30 (op.cit.).

É nesse momento (1923) que surge no Brasil uma associação de eminentes psiquiatras cariocas, que passam, após um curto período de defesa de um projeto assistencial público, a defender a “prevenção, a eugenia e a educação” como forma de resolver o problema da doença mental no Brasil (cf. COSTA, 1989, pg.78). A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), liderada por Gustavo Riedel, possuía no seu início uma proposta de “higiene psíquica individual”, que correspondia a, de um lado, promover uma conduta saudável, e de outro, prevenir, com base na psiquiatria organicista em voga na época, que uma herança patogênica fosse transmitida à prole. Entretanto, a LBHM abandona essa proposta inicial e busca penetrar no campo social mais amplo, ampliando suas ações em toda a sociedade, com o intuito de fazer a “higiene da raça”, prevenindo a doença mental através de medidas notadamente racistas, xenófobas e eugênicas, como a esterilização obrigatória, o impedimento de casamentos inter-raciais, e instrumentos jurídicos importados da Alemanha nazista, como os tribunais eugênicos. Felizmente, esse “flerte”

desde a estatização do asilo e separação da Santa Casa até o aumento do poder da psiquiatria no que tange ao cuidado dos alienados e proteção de seus direitos. Em 1903 ele é eleito deputado, no mesmo ano em que Juliano Moreira assume a direção do estabelecimento. Em decorrência de seu trabalho parlamentar, associado a influência de seus colegas, o hospício é definido, por lei, como o único lugar apto a receber e tratar a loucura no Brasil.

de parte da psiquiatria brasileira com a psiquiatria nazista não teve sustentação teórica e política e se encerrou num curto espaço de tempo.

Em 1941, ocorre a entrada de Aduino Botelho para a chefia do Serviço Nacional de Doenças Mentais, responsável por uma expansão de 16.000 leitos, até 1954. São criados mais hospitais psiquiátricos públicos (23 hospitais), principalmente os hospitais-colônias, que são responsáveis por 80.7% dos leitos psiquiátricos no Brasil, sendo o restante dos leitos distribuídos entre as 39 clínicas privadas (cf. Paulin e Turato, 2004). Enquanto isso havia apenas 04 ambulatórios em todo o país. É nesse momento que começam a ser introduzidos os primeiros tratamentos biológicos na psiquiatria brasileira, os choques cardiazólicos e insulínicos, a eletroconvulsoterapia e psicocirurgia.

Na década de 50 aumentam o número de clínicas particulares, através da criação de enfermarias específicas para os institutos de aposentadorias e pensões de certas categorias profissionais. O abandono dos hospitais públicos é notório. Em 1960 a proporção entre público e privado começa a se inverter, havendo nessa década 135 hospitais. Mas é notável o aumento proporcional dos leitos em hospitais privados, até chegar em 1981 com 70.6% dos leitos provenientes dessas clínicas. O fator de mudança central foi a decisão dos governantes militares brasileiros em ampliar a oferta de leitos para toda a população, se apoiando num sistema privado e curativo, de acordo com um capitalismo dirigido e ligado politicamente a setores empresariais. Em 1966 é criado o INPS, junção dos vários institutos de aposentadorias e pensões, e ocorre a ampliação da cobertura para a massa de trabalhadores, expandindo-se, indiscriminadamente, a cobertura privada no país. Chega-se ao ponto, de haver nos anos 70 cerca de 7.000 pacientes internados sem camas (leitos-chão) com um tempo médio de permanência de 7 meses. Entre 1965 e 1970, a clientela internada em clínicas conveniadas passa de 14.000 para 30.000. A ênfase era dada aos hospitais privados conveniados à Previdência Social, restando poucos recursos para

ambulatórios públicos, sendo que mesmo nestes não havia qualquer preocupação com a cidadania do paciente ou com uma qualidade técnica razoável. Os hospitais públicos não recebiam atenção necessária por parte do governo. É nesse panorama caótico que surgem as primeiras medidas de controle por parte do poder público, do número de internações, do tempo de permanência e de padrão mínimo de qualidade assistencial que, entretanto, volta a declinar após 1974, em função da redução de investimentos no comparativo com os outros gastos de saúde (idem, pg.67).

Apesar do quadro caótico, ocorreram experiências dignas de nota nessa época, que apesar das críticas a elas dirigidas, em função do seu fracasso como tratamento e de sua cooptação pelo sistema hospitalar empresarial, merecem serem lembradas: as comunidades terapêuticas. Implantadas dentro de hospitais psiquiátricos, como enfermarias especiais ou em toda a instituição, destacam-se as experiências do Rio de Janeiro (Clínica Psiquiátrica Pedro-II, Hospital Pinel, Casa das Palmeiras), de Porto Alegre (Clínica Pinel, Hospital São Pedro, Unidade Sanitária de Murialdo) e São Paulo (enfermaria em hospital geral do Hospital dos Servidores). Nesse estado, o professor Luís Cerqueira chegou a assumir a chefia da saúde mental por um curto período, tendo obtido alguns avanços na organização de uma assistência pública de base comunitária.

A década de 70 no Brasil foi o momento histórico da denúncia da degradação a que eram submetidos os doentes mentais internados nos hospitais psiquiátricos. Desencadeado pela contestação ao modelo exclusivamente médico e asilar de tratamento da loucura, que os profissionais diversos do campo da saúde mental trouxeram para o espaço público, o movimento reformista a partir dessa época mostrou à sociedade a precariedade das condições de assistência em saúde mental e propôs alternativas para a substituição desse modelo.

Desde então inúmeras experiências de cuidado tiveram início em diversas cidades do país, com matizes clínicos e alcances sanitários diferenciados. Dessas experiências forjaram-se

consensos clínicos e políticos que, beneficiando-se da abertura democrática e da consolidação de um sistema público de saúde, permitiram o estabelecimento de leis e portarias que regulamentaram um novo modelo de atenção em saúde mental.

É de 1990 a Declaração de Caracas, que inaugura uma época especial para América Latina e Brasil, onde ficam estabelecidas diretrizes claras quanto a necessidade de superar o hospital psiquiátrico como local preferencial de tratamento, o respeito aos direitos humanos dos doentes e busca de sua inserção na comunidade. No Brasil, em 2001 é aprovada a lei 10216/01, após 10 anos de tramitação na Câmara Federal e modificações no Senado, que retirou o objetivo de extinção dos manicômios, mas manteve sua idéia original de proteção dos direitos dos “portadores de transtornos mentais” e a mudança de modelo. Inúmeras experiências assistenciais foram produzidas no Brasil, com maior ou menor sucesso, dependendo do apoio político e financeiro na sua implementação. O resultado desse trabalho é auspicioso, e inspira novos e antigos atores a continuarem o processo de reforma. Para chegar nesse ponto de avanço, foram necessárias discussões intensas e sistemáticas nos espaços institucionais e governamentais durante vários anos, críticas consistentes ao modelo asilar e privatista da assistência, e experiências modelares e precursoras de um novo modelo assistencial.

Resumidamente podemos situar o início desse processo com a insatisfação dos profissionais que trabalhavam nos serviços públicos de saúde mental, notadamente nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, e Salvador no final da década de 70. O processo político brasileiro naquele período de redemocratização era o contexto, no qual nascia o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (cf. AMARANTE, 1995). Esse movimento teve papel fundamental na reforma nesses primeiros anos, com ressonâncias até o presente momento.

Amarante (1995) ressalta que os movimentos reformistas no Brasil podem ser, grosso modo, divididos em dois períodos ou trajetórias: o primeiro foi o movimento higienista de

meados de século XIX até a Primeira Guerra, que trazia em seu bojo um caráter de controle dos espaços sociais, de medicalização da sociedade e higiene moral. Em seguida, após a Segunda Guerra, podemos localizar o segundo movimento de saúde mental, influenciado pelas mudanças operadas dentro dos hospitais psiquiátricos pelas comunidades terapêuticas e a psicoterapia institucional na Europa, e pela psiquiatria comunitária nos Estados Unidos. Este movimento teve forte influência no Brasil nesse primeiro momento de crítica ao modelo manicomial e a tomada de consciência dos profissionais.

Além disso, a reforma psiquiátrica brasileira, como nós a vivenciamos até o momento presente, pode também ser dividida em três momentos. O primeiro momento, em meados da década de 70, que o autor denomina de trajetória alternativa, se inicia no contexto da abertura política, o fim do “milagre econômico”, o aumento da participação popular e das entidades ligadas à saúde na crítica ao modelo econômico e a falta de liberdade. Entidades como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde e movimento Renovação Médica, lideram as discussões no campo da saúde mental até a criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).⁵¹

No segundo momento, denominado sanitarista, os atores da crítica passam a ser incorporados aos órgãos gestores governamentais, legitimando um outro discurso e buscando reduzir o enorme custo provocado pela participação dos hospitais privados na saúde. Novas diretrizes na saúde pública são traçadas, como a universalização, hierarquização, integralidade e equidade. Amarante (1995) ressalta que, nesse período, as críticas anteriores dirigidas à medicina enquanto aparelho ideológico, sua “pseudo-cientificidade”, a normatização da vida social, enfim,

⁵¹ Os trabalhos de Basaglia, Goffman, Castel, entre outros, começam a se difundir no meio profissional. A chamada “crise do DINSAM” é um momento fundamental, onde trabalhadores “bolsistas” da saúde mental se organizam e exigem mudanças na assistência, na gestão, e no vínculo trabalhista. A população, através de matérias na grande imprensa, começa a descobrir o grau de degradação a que são submetidos os doentes mentais. (idem)

questões epistemológicas ligadas à constituição científica da psiquiatria, são colocadas de lado, com vistas a um planejamento das ações. É nesse momento que se constroem planos estratégicos, como o do CONASP, as AIS e SUDS, e se fortalecem as idéias de saúde pública integral e universal que conduzirá ao SUS. Esses dois momentos se caracterizam mais pela busca da racionalização dos recursos e humanização do atendimento.

O terceiro momento é chamado, pelo autor, de trajetória da desinstitucionalização. À partir da crítica ao modelo anterior, baseada na idéia de que estavam apenas reformando superficialmente a assistência, sem questionar as bases do conhecimento e a relação social com a loucura, levaram a um redirecionamento do movimento, com a criação de experiências concretas na atenção e no pensamento reformista. Nasce o movimento “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”, que agregava familiares e usuários da rede de saúde mental, constituíam-se novos serviços, paradigmáticos do que se almejava, como o Caps Professor Luiz da Rocha Cerqueira, de São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos. É também nesse momento que é aprovada a lei 3.567/89, que resultará na lei 10.216/01, através de um longo processo de discussão e apresentação de um substitutivo no Senado, gerando uma ampliação dessa discussão para toda a sociedade, sobre a extinção dos manicômios. Esse novo momento marca uma diferença com os anteriores, porque aponta para um outro paradigma teórico-prático sobre o sofrimento psíquico. Além disso, entram em cena familiares e pacientes organizados e empenhados na busca de seus direitos(cf. AMARANTE, 1995)⁵².

⁵² O autor ressalta que existem diferenças significativas entre o movimento sanitaria e o movimento pela desinstitucionalização. Para ele, o movimento pela reforma psiquiátrica brasileira não consegue, ou não pode, implantar um modelo sanitaria, pois as diferenças entre os modelos são marcantes. Na trajetória de desinstitucionalização, o objeto de intervenção é singular, sua forma de tratamento é específica a cada indivíduo, sua busca é a de traçar uma nova forma de lidar com o sofrimento. Portanto, seu modelo não se encaixa bem nos grandes planos, na burocracia e obediência a modelos de rede muito engessados, ou em tecnologias inovadoras. A saúde mental precisa de local não

Na década de 80, duas experiências concretas de reforma psiquiátrica no Brasil foram determinantes para se criar a convicção, nos profissionais e governantes, da eficácia prática e da superioridade ética desse novo modelo que estava se construindo: o CAPS Luiz Cerqueira em São Paulo e a construção da rede substitutiva de saúde mental de Santos.

Em 1989, Santos começou a ser administrada por um governo popular, que tinha como eixo a questão da cidadania das várias classes sociais e grupos historicamente marginalizados da sociedade brasileira. Os investimentos nas áreas sociais passaram a ser prioridade.

É nesse contexto, em que a defesa da cidadania se torna o eixo condutor das ações governamentais, inclusive da cidadania dos doentes mentais, que ocorre a intervenção municipal na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico com características manicomiais e desrespeito aos direitos humanos, e que inaugura o processo de reestruturação da rede mental dessa cidade.

É importante salientar, como mostra Leal (1994) em seu estudo sobre o processo em Santos, que a noção de cidadania para os loucos implica em repensar a idéia de cidadania que marca a modernidade. É com essa concepção, que o trabalho em Santos marca uma diferença, pois busca a cidadania dos doentes mentais: “através da consideração de seu direito de expressão social como são, isto é, considerada a forma peculiar não apenas de subjetivação, mas de inserção social inscrita historicamente” (idem , p.31).⁵³

asséptico, liberdade de movimentos, invenção permanente de ações, disponibilidade pessoal para lidar com o acaso. Nada disso parece se coadunar muito com o sanitarismo ou a medicina tradicional.

⁵³ A autora se baseia no trabalho de Birman (1992), para afirmar que a experiência de Santos rompeu com uma idéia de cidadania tal como foi estabelecida pelo ideário iluminista e revolucionário, o qual implicava uma idéia de subjetividade universal. Existiria um padrão de subjetividade, correlato ao cidadão, que tinha na razão o seu estofo. A razão era universal, e seu uso pelos sujeitos garantia a cidadania adequada ao funcionamento social igualitário e justo. Entretanto, a razão descrita nesses termos é aquela de um sujeito único, sem fraturas ou discordâncias subjetivas muito intensas. E as formas de constituição subjetiva minoritárias ou pouco normativas foram, conseqüentemente, patologizadas,

A questão da cidadania do louco aponta também para uma outra relação com a clínica, pois se a clínica psiquiátrica traz em seu bojo o modelo de um sujeito-cidadão universal, sendo a cura a adequação a um modelo prévio, uma outra descrição de cidadania, onde esta é necessariamente diversa, múltipla, implica pensar uma clínica diferente da tradicional⁵⁴.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, localizado no bairro de Itapeva, em São Paulo, é outra experiência inovadora no campo da reforma psiquiátrica brasileira. Criado em 1987, após várias tentativas de reestruturação da rede assistencial pública em uma metrópole com inúmeros problemas a serem enfrentados, foi produto da constatação de que, feita a crítica aos hospitais e ambulatórios típicos, havia a necessidade de um espaço que acolhesse os pacientes mais graves – psicóticos e neuróticos graves – com qualidade e intensividade, buscando evitar tanto as internações quanto a cronificação.

Jairo Goldberg, no seu livro “A Clínica da Psicose – um projeto na rede pública” (GOLDBERG, 1996), descreve o momento inaugural desse serviço como um projeto

tomaram-se doença mental. Assim, a discussão sobre a cidadania do louco altera, necessariamente, o estatuto do ser racional universal, como foi estabelecida pelo Iluminismo e a Revolução Francesa.

⁵⁴ As mudanças operadas em Santos começaram com a intervenção na clínica psiquiátrica particular e conveniada ao sistema de saúde público. Após vistorias onde se constataram inúmeras irregularidades, maus tratos e condições sub-humanas, técnicos da rede pública passaram a gerir e desconstruir o manicômio “por dentro”. Isso implicou em mudanças significativas no cotidiano hospitalar, cujo modelo assumido era o da comunidade terapêutica (idem, 1994), além de alterações importantes na redução de leitos e humanização do hospital. Além disso, novas estruturas assistenciais foram criadas: os Núcleos de Atenção Psicossocial, a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência, a casa dos crônicos e a emergência no pronto-socorro central. As características principais dessas estruturas eram o respeito à individualidade e à dignidade de cada doente, a construção de espaços coletivos não burocratizados, a recusa em aprisionar os doentes em rótulos estigmatizantes, a reabilitação para a vida na comunidade, a responsabilidade compartilhada entre todos os técnicos, a busca pela inserção em atividades criativas, artísticas e laborais que visassem gerar autonomia para os pacientes. O centro de convivência e a unidade de reabilitação possuíam uma função mais reabilitadora, enquanto os núcleos de atenção psicossocial (Naps) assumiam ações também clínicas e emergenciais. Estas estruturas eram regionalizadas e ofereciam atenção diária, 24 horas, a todo paciente que necessitasse de ajuda, funcionando de portas abertas e possuindo também, alguns leitos de acolhimento para os que necessitassem de atenção intensiva. A experiência de Santos, como podemos ver, foi fortemente marcada pela psiquiatria democrática italiana, e buscava fundamentalmente recuperar o poder de contratualidade do doente com a sociedade. A reforma psiquiátrica brasileira construiu as suas condições de possibilidade nessa experiência seminal.

institucional em processo de construção permanente, sem caminhos prévios muito arranjados, e, sem escamotear os impasses, com grande margem para a invenção de estratégias terapêuticas diversas. Mais do que salientarmos o trabalho interdisciplinar, o projeto terapêutico individualizado, as várias oficinas terapêuticas, o trabalho com grupos diversos, ou a psicoterapia com psicóticos, importa marcar que a grande diferença do Caps é seu posicionamento de tratar as psicoses recusando qualquer procedimento meramente tecnocrático ou de gestão burocrática dos problemas por eles apresentados⁵⁵.

Os dois exemplos brasileiros contemporâneos de ações em saúde mental alternativos ao modelo dominante, um serviço pioneiro de atenção psicossocial e uma rede, também pioneira, composta de vários serviços integrados, são experiências que marcaram uma geração de trabalhadores e inspiraram muitos a implantarem outros projetos, e a ganharem espaços de gestão pública que conduziram a uma série de avanços legais, gerenciais, técnicos e éticos.

No recente artigo denominado “O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004”, Borges e Batista (2008) dividem esse período histórico em quatro momentos: germinativo, latência, retomada e expansão. O primeiro momento de 1990 a 1996 é marcado pelo fim da DINSAM que não tinha uma função propositiva e a criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental e do Colegiado de Coordenadores Estaduais.

⁵⁵ É importante a crítica que o autor dirige à atuação do hospital e do ambulatório típico, pois nestes, o tratamento reduz-se a uma intervenção mecânica sobre o sintoma, visando sua abolição ou mitigação, independente do sujeito que sofre com a condição psicótica. A doença, mais que o doente, é o foco do cuidado. O resultado do que é feito é fixado previamente, sendo a prescrição de psicotrópicos e seu monitoramento na redução de sintomas, a única preocupação. Na verdade, sua crítica dirige-se mais à abordagem reducionista do doente, do que à instituição psiquiátrica em si, pois ele considera que mesmo serviços extra-hospitalares podem produzir efeitos nocivos sobre as pessoas. Evidente que, em geral, o hospital é o local de destituição humana no seu maior grau, mas o risco existe em qualquer instituição de saúde mental. Nos hospitais, o que chama a atenção é a contradição flagrante de que, seria ali um ambiente para um atendimento rico e variado, que haveria maior complexidade de ações terapêuticas, mas é o exato oposto. E não por acaso, e sim porque a teoria que informa a prática é redutora, desqualificando a história subjetiva e a necessidade concreta de atenção singular.

São efetivados grupos de trabalho diversos, parcerias formais e informais, diálogos regulares com consultores, isto é, é um período de grande articulação política e técnica entre inúmeros atores envolvidos. Ocorre a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Ocorre também a normatização de procedimentos hospitalares e ambulatoriais, que possibilita a criação de serviços alternativos. Num segundo momento, de 1997 a 1999, a mudança da estrutura organizacional do Ministério da Saúde leva a desestruturação da CNSM, assumindo um caráter mais consultivo do que deliberativo. Há pouca produção normativa, mas mantém-se um grupo articulado com o movimento reformista brasileiro. No terceiro momento, de 2000 a 2001, com a nova reestruturação do Ministério a CNSM reassume seu papel propositivo e deliberador, importantes portarias são criadas como a que cria a linha de atuação das residências terapêuticas. Ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a aprovação da lei 10.216. Finalmente, no quarto momento, o de expansão, de 2002 a 2004 acelera-se o processo de desospitalização e expansão de serviços extra-hospitalares, com uma nova regulamentação para os Caps e aporte de novos recursos através de portarias específicas (GM 336/2002 e SAS 189/2002). É interessante notar que, apesar da evidência da cadeia de eventos políticos, normativos e assistenciais terem sustentado a transformação assistencial no Brasil, não impedem as autoras de apontar para a ausência de um diálogo mais efetivo entre gestor federal e os serviços. E ressaltam a necessidade de se ter cuidado ao se formular políticas de avaliação desses serviços, pelo risco de se perder de vista o cuidado com a clínica cotidiana e sua imprevisibilidade permanente⁵⁶.

⁵⁶ Nesse contexto, Juarez Furtado e Rosana Onocko Campos (2005), acreditam que o desafio de fazer a interação entre a verticalidade das normas, portarias e avaliações dos gestores com a horizontalização dos executores das ações propostas na “ponta” dos serviços passam pela convocação de maior participação dos profissionais e da população no gerenciamento das políticas de saúde mental, buscando uma transversalização da gestão. Para um estudo sobre os sistemas de avaliação de qualidade em saúde mental no âmbito da reforma ver “O umbigo da reforma psiquiátrica. Cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental” (BARRETO, 2005).

Após trinta anos de discussão teórica, formulação de políticas e projetos, implantação e expansão de novos serviços e formação de técnicos voltados para construção de um novo modelo, consolida-se o longo processo de desinstitucionalização no Brasil⁵⁷. Como foi dito, esse é um processo complexo de negociação política que envolve governos federal, estaduais e municipais, necessidade de maiores recursos (menos de 3% do orçamento federal da saúde é destinado à saúde mental), treinamento de pessoal, decisão política, questões judiciais e discussões com órgãos de classe. Uma gama de fatores, portanto, implicando uma maior ou menor rapidez na reforma psiquiátrica brasileira.

2.5- Os novos serviços

Dentre os diversos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, os centros de atenção psicossocial são certamente as instituições-chave para o cuidado dos pacientes graves. Produtos de experiências concretas e bem sucedidas no Brasil e no mundo, foram regulamentadas através de portarias ministeriais em 2002 (portarias 336/02 e 189/02), apesar de constar este termo desde 1992 (portaria 224/92). Através dessas regulamentações foi possível um enorme crescimento desses serviços, pois recebendo remuneração acima do teto financeiro estipulado para os municípios, passou a ser um dispositivo economicamente interessante para os gestores. No

⁵⁷ Temos hoje uma rede de atenção extensa que continua em expansão. Segundo o relatório de gestão 2003-2006, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, dois fatos marcam a mudança do modelo: a implantação de mais de 1000 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo Brasil, presentes em toda unidade federativa, e a inversão do fluxo de recursos financeiros, que passaram a ser maiores nos CAPS. De cerca de 73.000 leitos em 1996 o número foi reduzido para perto de 39.567 leitos em 2006 em 226 hospitais. De 2003 a 2006 foram reduzidos 11.826 leitos. Os leitos hospitalares privados representam 58% dos leitos em psiquiatria (dados de 2005). Isso se traduziu num maior equilíbrio de investimento público entre serviços extra-hospitalares e hospitalares, com ampliação acentuada dos primeiros. Houve um aumento relativo de hospitais de pequeno porte (menos do que 160 leitos) e uma redução do número de hospitais de grande porte. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar em Psiquiatria desempenha um papel importante na fiscalização, controle e descredenciamento de hospitais de baixa qualidade. Evidentemente que há uma série de embates jurídicos e negociações com Estados e municípios nesse processo, muitas vezes de difícil solução⁵⁷. Ao grande aumento de CAPS soma-se também o crescimento do número de residências terapêuticas⁵⁷, centros de convivência e cultura, os projetos de geração de renda e articulação com a produção e difusão de cultura, e redução do número de leitos psiquiátricos em manicômios, ampliando-os em hospitais gerais.

momento são mais de 1100 serviços desse tipo em todo o Brasil, fazendo a cobertura de uma ampla parcela da população mentalmente atingida. Existem três categorias de Caps para adultos psicóticos ou neuróticos graves (existem também os Caps para usuários de drogas e para crianças e adolescentes), de acordo com a população atendida no território e a complexidade de ações desenvolvidas, sendo dois Caps com funcionamento parcial (8 às 18 de segunda a sexta) e um Caps com funcionamento integral (24 horas de segunda a segunda), atendendo pacientes em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Assim, temos os Caps I, II ou III.

Funcionam, geralmente em casas na comunidade, amplas o suficiente para o trabalho de cerca de 12 a 15 técnicos de nível superior, além de auxiliares de enfermagem e apoio. Os técnicos buscam trabalhar de maneira interdisciplinar, compartilhando ações e responsabilidades, desenvolvendo outras formas de atenção além daquelas estritamente vinculadas a suas categorias profissionais, realizando ou acompanhando oficinas, por exemplo. De fato, as equipes realizam uma gama muito variada de trabalhos, desde atendimento em consultório, passando pelas oficinas, atendimentos de urgência, visitas domiciliares, acompanhamentos terapêuticos, lazer assistido, até a capacitação e supervisão de equipes dos programas de saúde da família e contatos intersetoriais diversos.

O enfoque das ações aponta a principal mudança que representam esses serviços na saúde pública, a equipe trabalha, na maioria dos casos, com referenciais teóricos do novo modelo, isto é, buscando tratar a complexidade do sujeito, no que isso significa de variedade de formulações clínicas, abordagens multifacetadas e intervenções subjetivas, familiares e comunitárias, que buscam articular essa clínica e a mudança da representação social da loucura e, fundamentalmente, prescindindo sempre que possível do isolamento do paciente da sua rede de relações. Os centros de atenção psicossocial são, então, as estruturas que realizam essa articulação de maneira mais organizada. Além de serem os serviços que superam em número, todos os outros, seu papel na abordagem da crise, na estabilização e na reabilitação, os colocam naturalmente como os locais de eleição para o estudo da clínica em seu laço social. Além disso, desempenham um papel fundamental no processo de desinstitucionalização de pacientes com tempo prolongado de internação.

O que ressalta nas experiências dos Caps é a percepção de que as soluções possíveis para os casos clínicos descritos escapam em muito ao modelo médico e psicológico vigente. Um mosaico estruturado de ações que se inicia pelo acolhimento num ambiente de respeito, a

disponibilidade da equipe em se fazer presente, ao mesmo tempo, que permite a circulação mais livre possível, passando pelo trabalho nas oficinas terapêuticas ou de geração de renda, o lazer assistido, a participação dos pacientes nas decisões do coletivo. Tudo isso associado a uma prescrição cuidadosa de medicações e uma escuta de qualidade, indicam que a busca e o respeito básico à autonomia possível são os eixos norteadores desse trabalho. Como apontam Delgado e Leal (2007), “O mais importante é que essas atividades sejam oferecidas como ferramentas capazes de abrir possibilidades de promover a conexão do paciente com o serviço e a partir daí com o território, a cidade” (LEAL e DELGADO, 2007, pg.149).

A maioria dos pacientes dos Caps pode, então, ter acesso a duas experiências fundamentais e que estavam ausentes em grande medida no manicômio. A primeira é a possibilidade de acesso ao prazer, pois esses sujeitos possuem limitadas suas possibilidades de usufruir espaços orientados para isso. Segunda, o exercício da convivência com outros, isto é, construir laços que possam retirá-lo do isolamento social. Nessa perspectiva destaca-se o potencial organizador, para o psiquismo, do reconhecimento de que não se está só, e da possibilidade de estabelecer vínculos não invasivos. Além disso, o acolhimento do que é dito nesses espaços, a não desqualificação da fala desregrada ou delirante, tão presente nos manicômios, e a mediação pela palavra das crenças e desejos apresentados tornam as experiências dos CAPS fundamentais para a melhora que se quer dessas pessoas.

Os Caps não são, portanto, apenas dispositivos de saúde, mas principalmente “um modo de operar o cuidado” (idem. pg.137), onde uma outra lógica de atenção está sendo construída sobre o “tripé” rede, clínica e cotidiano.

Estes são, grosso modo, os principais vetores que coordenam os serviços e que explicam em parte, a estabilização clínica de sujeitos gravemente enfermos, que estariam, de outro modo, condenados a desperdiçarem suas vidas em ambientes estéreis e mortificadores.

Uma das ações mais proeminentes dos Caps são as oficinas terapêuticas. Estas são espaços coletivos dentro da instituição, constituídas geralmente por um técnico e alguns pacientes. Cada oficina nasce do desejo de um ou mais pacientes de desenvolverem uma atividade específica do campo cultural mais amplo, ou seja, algo que a sociedade realizou e que eles se interessam em aprender, conhecer ou produzir. São atividades compartilhadas por um grupo que se propõe a uma tarefa, seja fazer música, comida, artesanato, horta, pintura, escultura, escrita, etc. Após um período de investigação e apropriação das habilidades necessárias, o

produto passa a circular no ambiente institucional ou extra-institucional, através de exposições, mostras ou da comercialização. A inserção do produto no espaço maior de circulação torna-se uma importante tarefa do Caps, constituindo exemplo de busca de inserção social e reconhecimento individual.

O trabalho das oficinas, assim como outras modalidades de atenção, como a acompanhamento terapêutico, são bons exemplos do que é denominado: “clínica ampliada”. De modo geral, boa parte dos trabalhos escritos analisados, mas não todos, buscam superar a tradicional visão de uma divisão de trabalho compartilhada, entre clínica de um lado, psiquiátrica e psicanalítica, e de outro, o trabalho “extra-clínico”. Este se traduz nas abordagens reabilitativas em geral, isto é, aquelas abordagens feitas muitas vezes pelos profissionais de serviço social, arte e os “oficineiros” de vários tipos. Essa divisão, ainda que questionada por muitos autores, nuançando que clínica é tudo o que se faz nos Caps e que reabilitação e clínica são termos indissociáveis na reforma psiquiátrica, permanece como tema a ser explorado.

Muitos autores buscam articular a psicanálise com essas outras abordagens. Principalmente profissionais que atuam na vertente lacaniana, promovem essa articulação, com o objetivo de transformar o extraclínico em clínico. Veremos como é feita essa articulação. De outro ponto de vista, outros autores buscam questionar exatamente a clínica em si. Suas questões dirigem-se a colocar sob suspeita qualquer ação terapêutica que se baseie sobre um arcabouço teórico da tradição clínica, seja ela psiquiátrica ou psicanalítica.

É importante salientar, que as práticas institucionais não manicomial constróem suas referências teóricas sobre casos concretos. Os estudos de casos são importantes ferramentas na indicação de caminhos que podem ser mais bem sucedidos. Mas, fundamentalmente, os casos nos mostram o que foi afirmado conceitualmente. Na maioria dos casos relatados (ver GOLDBERG, 1996; LEAL, 1999; LOBOSQUE, 2003; TENÓRIO, 2001), o que nos é apresentado é uma nova maneira de abordar situações humanas extremamente difíceis. Aos quadros psicopatológicos graves se juntam muitas vezes a extrema pobreza, o uso de substâncias, a violência, a desagregação familiar, a perda do emprego, o isolamento social e inúmeras internações.

A característica central desses casos é a grande dificuldade que a equipe de saúde mental enfrenta ao lidar com a multiplicidade de fatores desfavoráveis. Mas, é importante notar que a dificuldade da equipe só existe porque agora o caso é visto em sua verdadeira complexidade. A dificuldade se apresenta nos novos serviços, portanto, porque no modelo manicomial os pacientes

eram apenas corpos manipulados, geridos burocraticamente, numa rotina mortificante, e agora são abordados como situações singulares.

Entretanto, é importante ressaltar que a implantação de Caps pelo país não é uma garantia de um trabalho eficaz de desinstitucionalização. Alguns autores observam uma certa tendência à burocratização de alguns serviços, levando a estagnação e a perda da inventividade. Leal e Delgado (op.cit.) ao comentar os desafios da singularização da atenção nesses serviços dizem que muitos pacientes de Caps mostram sinais de cronificação, com um cotidiano empobrecido, o que os leva a perguntar se os Caps estão repetindo o asilo. Da mesma maneira, Lancetti (2006) no contexto da discussão sobre a importância do Programa de Saúde da Família para atenção em saúde mental afirma que a ação articulada dos Caps com o PSF poderia “arrancar os Caps de sua reclusão tecnocrática e de sua tristeza burocrática” (LANCETTI, 2006, pg.50). Ele acredita que as ações no território e no próprio domicílio da família, sem a presença de profissionais especializados, com “agenciamentos produzidos com organizações de cooperação, religiosas ou com produções de arte são novos *settings* terapêuticos mais eficazes e sintonizados com as novas formas de doença mental”(idem.pg.51). Essa é também a posição de Amarante, que afirma que:

[...]a reforma psiquiátrica está sendo reduzida à implantação de Caps. Não apenas se está reduzindo o amplo repertório de recursos,[...] como se está reduzindo todo o processo complexo da reforma psiquiátrica a uma organização administrativa e tecnocrática de serviços. Em resumo, a reforma psiquiátrica torna-se a clínica modernizada, a psiquiatria renovada, realizada no interior dos Caps. Por outro lado, o modelo prevalente dos Caps é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS[...]. Em meu entendimento, há um risco de capsização da reforma psiquiátrica ao mesmo tempo em que pode haver uma inampsização dos Caps (AMARANTE apud RODRIGUES, 2007, pg. 58).

Como podemos ver, diversos atores da reforma questionam a eficácia dos novos serviços. Alguns com a intenção de buscar uma maior complexidade clínica dos serviços, outros, ao contrário, propondo uma alternativa à clínica psiquiátrica. Embora sejam abordagens diferentes, é possível perceber a dificuldade de exercer um cuidado a pacientes graves num novo modelo de atenção.

2.6- As críticas à reforma no Brasil

Para a análise das críticas ao processo de reforma psiquiátrica brasileira, a partir de um outro ponto de vista, contrário ao esboçado acima, nos baseamos no trabalho “Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil”(2006), elaborado pela Associação Brasileira de Psiquiatria através de um grupo de trabalho e consultores que se propuseram a realizar uma “avaliação da reforma assistencial brasileira”. O documento é referendado pelo Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira. Essas diretrizes foram formuladas como uma alternativa ao atual modelo de reforma em saúde mental do Ministério da Saúde e pode ser considerada a tentativa da ABP de sair do plano da crítica retórica, lançando-se como entidade proponente e articuladora de um plano nacional de saúde mental, mais conforme as suas teorias de base e aos seus interesses políticos.

Nesse documento, a ABP afirma que: “após cinco anos da promulgação da lei 10.216 ainda não ocorreu a criação de um modelo assistencial que atenda as reais necessidades das pessoas que padecem de transtornos mentais”. Embora, o modelo atual tenha problemas na sua implantação, acreditamos que seu desenho programático e institucional está pronto, faltando de fato, sua consolidação e ampliação. Para realizar plenamente esse plano, implicaria na ampliação dos recursos orçamentários federais para a saúde mental que atualmente é muito baixo (cerca de 3% do total para a saúde). Para a ABP, as diretrizes do SUS e da lei 10.216 são avanços importantes para oferecer uma melhor qualidade assistencial, pois diferente da proposta original que tramitou no Congresso Nacional durante vários anos, não tem atualmente um caráter “anti-médico e especificamente anti-psiquiátrico”, como em sua formulação inicial. Segundo a ABP, a lei aprovada é considerada moderna e se aplicada corretamente pode trazer benefícios aos pacientes e familiares. Para essa entidade, entretanto, a Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM) do Ministério da Saúde (MS) tem burlado essa lei, editando portarias que a contrariam

“frontalmente”. Segundo os autores desse trabalho, as portarias que foram editadas na sequência da aprovação da lei seguem as diretrizes do projeto que foi rejeitado no Senado, isto é, essas portarias teriam como fundamento noções antipsiquiátricas, o que estaria gerando: “insegurança nos pacientes, familiares e operadores do sistema, e principalmente naqueles que *realmente* prestam atendimento” (itálico meu). É interessante notar que o termo “realmente” traduz, ao nosso ver, o pensamento subjacente às críticas. Quem, supostamente, presta atendimento *real* aos pacientes são os que partilham integralmente das idéias centrais da entidade, que como veremos possui uma concepção estritamente médica da atenção em saúde mental, com isso colocando em segundo plano todas as outras profissões e abordagens que participam do trabalho desse campo. Nesse documento, a ABP coloca-se, portanto, como a verdadeira defensora da lei de reforma, pois derrotado o projeto radical de fechamento dos manicômios, foi a principal responsável pela sua versão atual.

Afirmam também que: “Desde 1995 o Ministério da Saúde adota como premissa a exclusão do médico da equipe que assiste o doente mental e vem fazendo isso progressivamente”. Entretanto, o documento não explicita quais ações foram movidas pelo MS nessa direção. O médico psiquiatra, ao contrário do que é afirmado nesse documento, é um trabalhador imprescindível nos novos serviços. Consta como profissional obrigatório nos Caps, com exceção dos Caps tipo I para cidades menores em que não haja esse profissional. Porém, reiteram que o MS promove a “desospitalização a qualquer preço” e que o “governo parece querer despsiquiatrizar a assistência. Agindo assim, o governo estaria mostrando que prevalecem os interesses ideológicos e econômicos sobre os interesses dos pacientes e familiares”. A atual política de saúde mental estaria, além disso, promovendo a desassistência e o retorno “à fase equivalente à fase policial e religiosa da assistência em saúde mental”, isto é, ao período pré-pipeliano. Os argumentos apresentados para confrontar a atuação propositiva e reguladora da

CNSM são vários. Alegam que os Caps estão substituindo a anterior atuação dos hospitais psiquiátricos e, portanto, não estão sendo “um equipamento a mais” a integrar o sistema, ferindo a lei 10.216 e tornando o sistema “capscêntrico” e não mais hospitalocêntrico.

Entretanto, os argumentos apresentados pela ABP não explicitam quais as ações que efetivamente colocam-se como antipsiquiátricas. Em que medida as portarias ministeriais contrariam a lei 10.216, se são elas que possibilitam que essa lei ganhe operacionalidade prática, regulamentando ações e estabelecendo parâmetros para o funcionamento, remuneração e controle dos serviços? Onde estaria havendo “despsiquiatrização”? Quais são os interesses ideológicos do governo? Nada disso é explicado. Evidentemente a ABP confunde a política do Estado quanto à saúde mental com algumas teses do movimento reformista brasileiro, isto é, com o modelo teórico de parte desse movimento.

Os Caps, por sua vez, são descritos como serviços que estão, efetivamente, substituindo os hospitais, o que seria um elogio muito interessante porque este é realmente um dos objetivos da reforma. Mas, ao mesmo tempo são descritos como “ineficientes e ineficazes”. Podemos dizer que, ou eles são ineficazes ou estão substituindo os hospitais, mas nunca as duas coisas ao mesmo tempo. O chamado “capscentrismo”, que significa simplesmente propor um serviço ordenador de um território, não é entendido pela ABP como uma estratégia de organização de uma rede assistencial, mas como um ataque à lei 10.216, pois nessa lei estaria proposta uma atenção integrada. Para os autores das “Diretrizes” a integração não vem acompanhada de uma estrutura assistencial ordenadora do sistema, colocando o hospital psiquiátrico como uma estrutura como outra qualquer. Nesse documento: “O hospital psiquiátrico num sistema descentralizado e hierarquizado de saúde geral e mental deve ser local de atendimento, ensino e pesquisa. É um local necessário para investigar e fazer progredir o conhecimento sobre as doenças psiquiátricas”. Esse é um ponto fundamental e certamente coloca problemas sérios, porque ao defender a

manutenção do hospital psiquiátrico a ABP se coloca, de fato, como um interlocutor complicado para o movimento reformista. Mas, não necessariamente para a CNSM, pois esta tem pautado suas ações para a fiscalização (PNASH-Psiquiatria) e redução do número de leitos, mas não para o fechamento indiscriminado de hospitais, embora esta seja afirmação da entidade. As variações regionais e municipais, assim como a disponibilidade de serviços comunitários, tem guiado a conduta quanto ao fechamento de leitos, sendo as avaliações do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar as principais referências quanto a esse tópico. Entretanto, a ABP não reconhece o hospital especializado no Brasil como um lugar historicamente ligado ao baixo potencial terapêutico, com problemas graves de desrespeito aos direitos humanos e gerador de estigma e exclusão, chegando a questionar o Programa de Avaliação do governo. Curiosamente, aceita que o modelo hospitalocêntrico deve ser superado em prol de um modelo “integrado”. Mas, ao desconhecer, ao que parece, a realidade dos hospitais psiquiátricos brasileiros desfoca a sua percepção do problema e torna ambígua a afirmação da falência desse modelo.

Um ponto importante a ser considerado nessa discussão é o número de leitos psiquiátricos por habitantes. Embora a CNSM tem proposto uma nova designação e abrangência para essa modalidade de cuidados, leitos de atenção integral em saúde mental, que abrange leitos em hospitais psiquiátricos, mas também em hospitais gerais e serviços de atenção diária (Caps III), há uma certa disparidade entre os números considerados ideais. O Ministério da Saúde afirma que o número de 0,45 leitos por mil habitantes seria adequado (lei 1.101 de 2002), entretanto o número atual está em torno de 0,23. A CNSM afirma que cidades com uma boa rede de atenção, como Campinas, Santos, Betim e Pelotas, por exemplo, estão funcionando bem com um número de 0,18 a 0,25 (cf. DELGADO e col. 2007, pg. 56). Dados internacionais consideram razoável o número de 0,50 leitos por mil habitantes (cf ANDREOLI, 2007, pg.88).

Quanto às propostas formuladas para um projeto de mudança na assistência psiquiátrica, curiosamente, apontam a necessidade de serviços e projetos que já existem no atual modelo, tais como a articulação da saúde mental com a atenção básica, a criação de serviços residenciais terapêuticos, centros de convivência e a ampliação de leitos em hospitais gerais. Essas ações estão atualmente contempladas, como foco de projetos a serem implementados ou consolidados. Entretanto, alguns pontos estão em franco desacordo com a reforma, como a manutenção dos hospitais psiquiátricos, não colocando em discussão, portanto, a possibilidade de uma rede de atenção que busque evitar a exclusão, e a ampliação de ambulatórios “essencialmente médicos”. Mais uma vez, a necessidade de frisar que os tratamentos devam ser guiados pela lógica estritamente médica é colocada. Por outro lado, algumas propostas são contraditórias. Um delas é a que defende a criação de “Centros de Atenção Médica, Psicológica e Social” (CAMPS) e os “Centros de Atenção Integral em Saúde Mental” (CAISM). Estes atuariam na atenção primária, secundária e terciária, com vários níveis de complexidade, incluindo atendimento a urgência e internação, e deveriam se transformar em “centros de excelência” para o ensino. Enquanto isso, pela proposta, os primeiros atuariam na atenção secundária apenas, com equipes multiprofissionais, mas “cada um exercendo o papel que é da sua profissão” (idem.pg.34) e deveriam se colocar como “serviços intermediários” entre o ambulatório e a internação, isto é, não seriam serviços substitutivos, mas apenas complementares. O que o grupo que formulou essa proposta propõe efetivamente é o desmembramento das funções dos Caps atuais. Os “CAMPS” não são os Caps destituídos da sua capacidade substitutiva? Os CAISM não se parecem com os Caps III, mas com ênfase no ensino e na delimitação rígida de áreas profissionais? As propostas da ABP no referido documento simplesmente aproveitam o que já existe em funcionamento e expansão no país, só que desmembrado e mais “medicalizado”, na acepção mais infeliz da palavra, que é a defesa de uma corporação.

É interessante notar que a ABP nesse documento faz uma crítica à reforma brasileira, atacando sua “capsização”, da mesma maneira que os partidários de uma maior radicalização na desmontagem do antigo modelo. Estes por um lado querem a despsiquiatrização da assistência. Aqueles, por outro lado, acreditam que a despsiquiatrização está “a pleno vapor” e querem uma espécie de “moratória” no processo. Mesmo autores que defendem a “clínica da reforma”, entretanto, apontam para os problemas que os principais serviços do novo modelo estão enfrentando. Os Caps se tornaram um remédio para os males da saúde mental no Brasil, mas que agora se vê sob o foco, às vezes sob o ataque, de todos os atores do campo psiquiátrico brasileiro.

Retomando, talvez a chave para explicar a posição da ABP esteja nos seus “princípios”. Como é dito no documento, um dos princípios que “fundamentam a existência da ABP” afirma que a prática psiquiátrica deriva de “conhecimentos científicos que foram se construindo na base de estudos científicos rigorosos”, sendo que esses estudos “contrastam e se opõem a interpretações discursivas e impressionistas dos fenômenos psíquicos e dos problemas do funcionamento mental”.⁵⁸ Para os autores:

[...]os conhecimentos alcançados pela Engenharia Genética e pela Biologia molecular vem confirmando a importância das bases biológicas das doenças psiquiátricas e juntamente com a obtenção de imagens funcionais e estruturais do cérebro *in vivo*, vem proporcionando conhecimento cada vez maior do cérebro e desvendando segredos que resultarão em benefícios para os pacientes (MEDEIROS e col, 2007).

⁵⁸ Gentil afirma numa entrevista que para ele psiquiatria e medicina são a mesma coisa. Ele diz que: “A única coisa que a psiquiatria tem de eficaz é a abordagem médica. É uma especialidade médica, como a neurologia ou qualquer outra”. No entanto, é difícil imaginar um outro ramo da medicina com mais questões interdisciplinares que a psiquiatria. O empobrecimento intelectual que esse reducionismo conduz é bastante óbvio para nos estendermos aqui. Outros opositores tentam atacar a reforma psiquiátrica por outros meios. Sonnenreich, por exemplo, citando um “biógrafo” de Basaglia, diz que ele: “não conseguiu o cargo universitário que desejava, em Parma, e foi para o “manicômio” de Gorizia, que representava o oposto da carreira universitária. Sua saída de lá não foi bem vista por seus companheiros...; Jervis o acusava de carreirismo” (1977). A tentativa de desqualificação da reforma, para algumas pessoas passa pela desqualificação pessoal (entrevista disponibilizada no site da ABP. Acessada em julho de 2007).

Evidentemente que os avanços nas pesquisas em neurociências são importantes para o conhecimento de aspectos fundamentais dos transtornos mentais. Mas, nos parece precipitado afirmar que a Engenharia Genética tem desvendado importantes segredos. Quais? A neurociência avança lentamente e aguardamos os resultados de suas pesquisas. Mas, isso não deve impedir de fazermos as mudanças estruturais na assistência em saúde mental. De fato, os novos serviços propiciados pela reforma psiquiátrica trabalham com outros “princípios”. Consideramos cruciais outras formas descritivas além da biológica. As “interpretações discursivas” são elementos que consideramos relevante para ao avanço do conhecimento psiquiátrico, psicológico e cultural da doença mental.

É necessário, portanto, que investiguemos os pontos que parecem colocar obstáculos ao entendimento dos fundamentos da reforma ou pelo menos esclarecer claramente as discordâncias em jogo entre os diversos atores envolvidos.

Capítulo 3- As teses da reforma: perspectivas

A reforma psiquiátrica brasileira construiu através de suas práticas e formulações teóricas algumas teses centrais que permeiam todo o campo de estudos desse movimento (LEAL, 1999). Apesar da heterogeneidade de seus atores, foi possível constituir uma base comum por onde circulam as experiências concretas e os projetos. Essas formulações abrangem diversos tópicos, da epistemologia da psiquiatria à organização de serviços, recebendo influências que vão da psiquiatria democrática italiana à psicanálise lacaniana. Muitas vezes essas experiências são conflituosas e geram dissidências e impasses conceituais.

Erotildes Leal (1999) afirma que o discurso teórico e a reflexão sobre a prática dos serviços, apresentados pelos atores da reforma brasileira no período de 1989 a 1999, apesar de comungarem da mesma concepção de “cuidar sem segregar” e da crítica a uma racionalidade cientificista linear, apresentavam diferenças de concepções sobre o campo. Com base no uso que esses atores faziam de termos recorrentes em seus trabalhos, tais como: autonomia, reabilitação psicossocial, cuidado em saúde mental, suporte social, clínica ampliada, entre outros, e utilizando-se das noções de “sujeito” e “mundo” como referentes significativos para avaliar o discurso reformista, dividiu as concepções encontradas, em linhas gerais, em três modelos, ou seja, existiriam três abordagens teóricas sobre as práticas dos novos serviços. A primeira seria caracterizada pela noção de clínica ampliada, em que haveria um enfoque sobre as noções de cidadania, autonomia e crítica à cultura como espaço segregador de experiências desviantes e à psiquiatria como saber privilegiado. A segunda abordagem é estritamente da clínica psicanalítica lacaniana, em que o objeto deixou de ser a doença mental ou a existência-sofrimento, passando a focar o inconsciente e o discurso do sujeito. A terceira abordagem reconheceria a dimensão social e política, mas enfatizaria a necessidade de reconhecer a clínica psiquiátrica, enquanto

produção social fundamental na relação com a loucura. Nessa abordagem importa a inserção subjetiva, mais do que a inserção social.

Para Tenório (2001), as proposições teóricas-práticas da reforma psiquiátrica brasileira podem ser divididas em três vertentes. Na primeira, a desinstitucionalização, a ênfase recai sobre a desconstrução teórica da noção de doença mental e a recusa da clínica enquanto redução da experiência complexa do sofrimento individual na relação com o corpo social. A psicanálise não teria um papel relevante nessa vertente, ao contrário, seria uma forma abrandada de controle social. Na segunda vertente, derivada da psicoterapia institucional francesa, e que no Brasil ganhou feições próprias em função das características singulares de implantação local desses serviços, a psicanálise tem um papel não só relevante como crucial. A terceira vertente seria a da reabilitação, com um caráter mais referido a promoção de uma competência social, e um valor muito discreto dado à teoria psicanalítica. Embora essa divisão possa ser útil em alguns aspectos, desconsidera a questão de que a desinstitucionalização pode ser descrita de dois ângulos diversos. Um ângulo é dado pelo viés basagliano estrito enquanto o outro pode ser visto através de um modelo plural, que leva em conta tanto a questão sócio-política como uma clínica psiquiátrica não redutora.

Tomamos, assim, os três modelos propostos por Leal (1999) para examinar com mais detalhes as teses centrais da reforma, com o objetivo de explicitar as discordâncias e aproximações entre os modelos e suas incongruências como também apontar novos rumos teóricos para a clínica da reforma.

3.1- A abordagem psicossocial: clínica ampliada ou clínica negada?

No primeiro modelo, como vimos, a noção de sujeito psicológico era sinônima de sujeito histórico, em que a idéia de divisão subjetiva não se apresentava como uma questão fundamental.

A relação com o outro social é que definia sua diferença radical e os esforços terapêuticos estavam próximos aos esforços para alterar essa relação. As ampliações dos laços sociais e da autonomia se colocavam como objetivos centrais, sendo a sociedade um espaço a ser modificado para que o sujeito fosse respeitado em sua singularidade e pudesse criar outros papéis identificatórios que não o de “doente mental”.

Esse primeiro modelo foi descrito no segundo capítulo no tópico sobre a reforma italiana e é bem representado pelos autores basaglianos, como por exemplo, em Amarante (1999). Este autor considera equivocada a posição, suposta em outros atores, que pensa na reforma apenas como reestruturação do modelo assistencial. Para ele, o que está em curso é uma transformação de paradigma da psiquiatria, uma “revolução”, e não um “aggiornamento”, como ressaltou Castel (1987). A humanização do tratamento, ou a modernização das técnicas terapêuticas são questões importantes, mas insuficientes para entender a tarefa que os profissionais da reforma se propõem. Entretanto, ele rejeita a crítica de que as experiências da reforma descuidariam da clínica em prol das transformações sociais ou políticas. A reforma psiquiátrica, para Amarante é um processo social complexo, em que diversos movimentos, atores e conflitos no campo em estudo passam a se dar conta da complexidade do seu objeto de estudo e a impossibilidade de compreendê-lo em sua totalidade. É o que ele chama de “transcendência” do objeto de conhecimento^{59, 60}. No campo

⁵⁹ Utilizando a noção de complexidade, em Stengers e outros, entende o autor, que uma crítica à ciência como poder e à idéia de sua neutralidade é importante nessa desconstrução. Ao invés da dualidade cartesiana de causa-efeito, é importante buscar a complexificação do fenômeno que tinha sido reduzido a uma entidade natural a-histórica.

⁶⁰ O ponto que considero problemático é a idéia de um objeto transcendente: o sofrimento psíquico. Na idéia de transcendente está embutida a concepção de que o *pathos* existe como algo em si, isto é, que as diversas teorias que são construídas para dar conta dele nunca poderão alcançá-lo, porque a coisa em si está inalcançável, nossa contingência humana não possibilita o verdadeiro conhecimento. A verdade está em algum lugar inatingível, pelo menos por enquanto, ao saber. Está implícita nessa formulação uma idéia de verdade como adequação da coisa à descrição. A impossibilidade de alcançar a verdade se dá porque o objeto é transcendente ao conhecimento.

epistemológico, é necessário se questionar o problema da construção da teoria que fundamenta a prática psiquiátrica, através da construção de conceitos, tais como, anormalidade, terapêutica, cura, doença, etc. O ponto a ser enfrentado é aquele da aceitação, como um dado da natureza, de conceitos construídos histórica e contingencialmente, para lidar com sujeitos que possuem subjetividades e comportamentos variantes. O tratamento, nessa acepção, seria formas de cuidar do sujeito em sua existência e em suas relações concretas de vida. Critica a idéia de clínica clássica e enfatiza idéias como:

[...]criação de possibilidades, produção de possibilidades e subjetividades...o sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, tornar-se-á sujeito, e não objeto de saber (AMARANTE, 1999, pg.50).

Nessa mesma perspectiva, propõe desconstruir a idéia de doença: “A doença não é um objeto, mas uma experiência nas vidas de sujeitos humanos”(op.cit. pg. 53).

A clínica psiquiátrica clássica teria deixado como marca uma concepção de causa e tratamento da doença que levou ao manicômio e a abolição da cidadania, ou seja, a práticas redutoras da complexidade existencial da loucura. Amarante salienta que a internação produziu uma experiência de adoecimento nova, diferente de antes da internação, sendo que o olhar clínico sobre esse desvio fenomenológico, dado pela institucionalização, gerou uma mudança significativa na configuração do fenômeno⁶¹.

⁶¹ Imaginar que a prática da internação produziu uma nova forma de adoecimento é uma versão parcial desse acontecimento. Sem dúvida, a institucionalização prolongada gerou piora em muitos sujeitos que teriam um destino diferente se tratados em ambientes acolhedores e clinicamente sofisticados, mas generalizar essas situações obscurece o entendimento de sofrimentos psíquicos graves, que mesmo com o suporte dos novos serviços não obtém as mudanças que esperávamos. Concordo com Desviat, na sua fala sobre a realidade da cronicidade de boa parte dos pacientes psiquiátricos: “O paralelismo entre hospital psiquiátrico/ nosologia clássica e loucura foi e continua a ser uma simples ilusão contracultural...” (DESVIAT, 1999, p. 84).

Para Amarante (1999), essas mudanças exigiriam transformações em pelo menos quatro campos: o teórico-conceitual, onde se buscaria a desconstrução do conceito de doença mental e a construção do conceito de existência-sofrimento do sujeito na sua relação com o corpo social. O técnico-assistencial, com a noção de território, os novos serviços, os projetos de trabalho e renda, a ênfase na sociabilidade, no lazer, nas oficinas e cooperativas de usuários do sistema. Os campos jurídico-político, que dizem respeito às leis e portarias, a extinção dos manicômios, o financiamento e a questão penal. E por fim, o campo sociocultural, em que trata de mudar o imaginário social sobre a loucura, a questão do louco como cidadão, a produção de arte, a livre circulação e um outro olhar sobre instituições.

Nessa mesma direção Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), propõem que existem dois modos de operar com a loucura, um modo asilar e um modo psicossocial. No modo psicossocial, temos, segundo esses autores, as seguintes características: a determinação do adoecimento é psíquica e sociocultural, e não orgânica; os problemas do sujeito são constitutivos dele e também contingentes a sua situação, portanto não são “necessariamente removidos” por ações terapêuticas; o tratamento é da demanda e não dos sintomas; a clínica é da escuta e da criação de si e não retomada a do estado anterior às crises; a relação é com um sujeito e não com um objeto; a mudança de doença para existência-sofrimento; desospitalização, desmedicalização, implicação subjetiva e sociocultural; clínica ampliada e não clínica psiquiátrica ou psicológica. No que tange a organização das relações intra-institucionais, busca-se a horizontalização sem interdição e o apoio à co-gestão, a transdisciplinaridade e à participação. Quanto à concepção das relações da instituição com a clientela, ênfase no território, interlocução, e não estratificação. Finalmente, quanto à concepção efetiva dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos, vislumbra-se o reposicionamento do sujeito, a singularização e a não supressão sintomática, a apropriação

do desejo, o abrir-se para uma dimensão “não enciclopédica” do saber e para objetos que não se esgotam em “objetos imediatos”, de “valência imaginária”.

É interessante observar que os autores apresentam dois modos possíveis da atenção, portanto, caso haja discordância com algum aspecto mencionado do “modo psicossocial”, inevitavelmente posiciona aquele que discorda no “modo asilar”. É como se estivessem definidos dois campos absolutamente separados. Aquele que, por exemplo, propõe uma abordagem orgânica ou psicológica da loucura estaria operando segundo o modelo do asilo. Acreditamos que imaginar que o “modo psicossocial” necessariamente desconsidera o orgânico em prol do psicossocial é um reducionismo invertido. Pensamos que o objeto de conhecimento e intervenção não existe em si, ele é construído para lidar com situações práticas. Uma descrição que lance mão da organicidade, isto é, de uma descrição do sujeito que privilegie circunstancialmente seu cérebro pode ser eticamente relevante, porque fundamental para o tratamento. Além disso, os autores parecem desconhecer a riqueza descritiva e teórica que foi produzida pela psiquiatria e psicologia, maior ao nosso ver do que sua capacidade de gerar empobrecimento subjetivo⁶². A possibilidade de uma intervenção sobre o sujeito parece significar, ainda hoje, uma violência discursiva e institucional, uma patologização indevida da variação da vida. Em “Clínica em Movimento-Por uma sociedade sem manicômios”, Marta Lobosque (2003) afirma que “a clínica não tem um lugar central, não é de forma alguma o eixo diretor de nossas ações ou estratégias; estas[...]são de ordem diversa, levando-nos a intervir no âmbito da política, do direito, das legislações, da cultura, do trabalho” (idem. pg.18). A autora entende que a vocação histórica da clínica na saúde mental visava corrigir os desviantes e que, portanto, a clínica deve ser uma

⁶² Querer reduzir todas as teorias psicopatológicas a um mesmo patamar, é desconhecer o quanto autores tão diversos quanto Pinel, Kraepelin, Bleuler, Binswanger, Freud, Lacan, Winnicott, produziram de enriquecedor no conhecimento humano.

“clínica em movimento”, que oferece “ajuda” quando é chamada a intervir, mas submetida, incondicionalmente, à política. Nesse sentido, critica autores que defendem uma reforma psiquiátrica que enfatizam a clínica, em prol de uma versão anti-racionalista, onde os efeitos de poder do saber científico deveriam ser colocados em xeque, através de uma insurreição dos “saberes sujeitados”. O trabalho com a loucura nos novos serviços teria o caráter de uma insurreição (op.cit. pg. 121). A clínica psiquiátrica e a psicanálise operam como um saber científico, fundamentando uma ação que a autora pretende “descentrado, disperso, descontínuo, local, indiferente a qualquer tipo de autenticação universalizante” (op.cit. pg.122).

O problema com respeito a seu ponto de vista é explicar como um saber instituído não teria um papel normativo qualquer. Quando lidamos com um ou mais fenômenos necessitamos demarcar objetos de estudo e intervenção, utilizando para isso uma linguagem teórica que possua valor heurístico explicativo e que propicie uma ação qualquer sobre aquele objeto. Ao fazermos isso criamos uma norma, por menos reificada que seja, cujo objetivo é dar direção ao trabalho sobre o objeto. A norma visa organizar um plano de ações, o qual pode ser modificado à medida que se amplia a complexidade da experiência e novos elementos começam a fazer variar as ações. Podem se alterar os paradigmas. Mas, antes há de se ter normas “universalizantes”, entendendo que universalizante aqui não deve ser hipostasiado, como um pretenso valor perene, mas apenas como valor de regra de ação⁶³. Ao tentar fugir da clínica em prol de um saber disperso, perde-se a regra de ação e conseqüentemente aumenta o risco de ações à deriva, sem uma norma qualquer que sirva como termo de comparação entre o que se propôs a fazer e o que foi efetivamente feito. A insurreição de supostos saberes sujeitados pode ter valor para uma certa idéia política, mas não parece fazer sentido para quem necessita de ajuda. Supostamente, haveria uma preocupação para que não se excluam potencialidades “revolucionárias” de relação através da loucura. A revolução

⁶³ Ver Rorty (1991).

causada por uma nova potencialidade relacional. Não se estaria exigindo demais dos sujeitos em suas existências-sofrimento?

A consequência da posição anti-clínica de parte dos militantes e autores da reforma brasileira é um acirramento da discussão e divisão dentro do próprio movimento. A crítica aos “militantes” da reforma, isto é, aqueles que enfatizam a política e a sociedade, ao invés da clínica do sujeito, aparece às vezes de forma incisiva em alguns autores. Por exemplo, Greco (2001) pensa que a noção de clínica ampliada dilui equivocadamente a especificidade técnica. Afirma também que a reabilitação psicossocial “é que pode estar ‘surda’ à dimensão do sujeito” e que os trabalhadores, sem se dar conta poderiam estar “tiranizando os pacientes sob pretexto de fazer valer seus ‘direitos’, criando de fato um ‘dever’ de cidadania”. E conclui: “Frente a um Outro absoluto, localizado, autoritário e poderoso, resta-nos o embate ideológico heróico e destituído da necessária formalização técnica” (idem. pg.117). Da mesma forma, Valente Filho (2001) critica o que chama de “discurso do mestre” nos Caps, com os pacientes sendo forçados a se adaptarem a modelos pré-estabelecidos. Nesses casos, curiosamente, vê-se o uso da psicanálise lacaniana sendo utilizada contra os “militantes” reformistas e a politização do campo. É nessa direção que Tenório (2001), critica uma certa postura anti-clínica que alguns autores imprimem ao movimento, entendendo que esta postura traduz, na verdade, uma recusa do real da psicose, isto é, uma defesa contra aquilo que não está capturado pela linguagem e pela cultura, portanto, um aspecto “neurótico” da reforma. Mesmo na Itália, os psicanalistas lacanianos que trabalham em instituições criticam em Basaglia, o que chamam da impossibilidade de dirigir um tratamento, pela incapacidade do movimento em distinguir clinicamente os efeitos de estrutura, levando a uma “paranoidização” e uma “ligação interna pacientes-médicos-enfermeiras de identificações que levaram inevitavelmente à construção de um inimigo externo” (cf. LAURENT, s/d. pg. 237).

Em “A psicanálise nas novas instituições” (LAIÁ e col. 2003), artigo produzido por diversos psicanalistas lacanianos, há uma avaliação crítica das “utopias comunitárias” que agregariam o fator de contraposição a uma suposta “ordem institucionalizada em torno do significante ‘psiquiatria’ e de todos os procedimentos criados a partir dele”(idem, pg.116). Explicam o suposto “fracasso” dessas utopias não tanto pelo seu radicalismo ou pelas reações das indústrias de medicamentos, mas, paradoxalmente, pelo sucesso em tornar-se uma política de Estado. Os novos serviços tornaram-se mais efetivos porque tiveram que se adaptar às “regras sócio-institucionais” e à realidade da clínica, além de ter que chamar como parceiros os que antes eram declarados como “segregadores”, a própria sociedade. Nesse sentido, os Caps ao invés de se colocarem como, segundo a máxima basagliana, “lugares de vida”, se apresentam agora como “formas de vida com o Outro”, na formulação de Laurent. É como uma aprendizagem lenta, com inúmeros equívocos na montagem institucional (os casos clínicos apresentados pelos autores o atestam), mas que faz, no entrechoque permanente dos procedimentos universalizantes com o imprevisível da psicose, alavancar a reforma psiquiátrica com o enriquecimento que a clínica psicanalítica permite, ao ser pensada como uma “bricolagem”, e o psicanalista não como um autor, mas como um objeto de quem se faz um bom uso.

Como notou Delgado (2001), a psicanálise laciana apresenta-se difundida na maioria dos Caps brasileiros, sendo esta aproximação inevitável, embora não signifique que seja espontânea. Para esse autor, só existe “um caminho possível entre a política e a clínica: a clínica da reforma”(idem, pg.154), entendida como uma clínica do cotidiano dos serviços e realizada no território geográfico-cultural onde circulam os sujeitos. Embora, para esse autor, a referência à psicanálise apareça como fundamental, defende uma laicização do tratamento, isto é, uma incorporação cada vez maior do saber leigo não técnico.

A teoria psicanalítica tornou-se a referência-chave na construção de um arcabouço explicativo para a clínica dos novos serviços no Brasil, tendo um papel fundamental na problematização de diversos aspectos do campo e fundamentando a articulação da subjetividade com a cidadania, através de duas abordagens diferentes⁶⁴. Difere, portanto, do modelo de maior inspiração entre nós, o italiano (cf. ZENONI, 2000). Nesse segundo modelo, como veremos, o sujeito é pensado como radicalmente dividido, em que o mundo é rebatido sobre a noção de Outro, isto é, integralmente dentro do campo lingüístico em que o sujeito se constitui.

Apesar da relação entre psicanálise e saúde mental no Brasil, como foi dito, iniciar-se muito antes que os serviços substitutivos fossem criados, com a expansão dos centros-dia, houve uma recuperação maciça do seu papel no campo da saúde mental. Embora tenha havido um período de negação da psicanálise como teoria fundamental para a reforma no início dos anos 80, os psicanalistas foram gradualmente se incorporando aos serviços (cf. FIGUEIREDO, 2001). Entretanto, diversos autores (cf. RINALDI, 2006) ressaltam o fato de que muitas noções psicanalíticas são usadas de forma abusiva, imprecisa ou banalizada, tornando-as inócuas porque inseridas num contexto diferente. Para esses autores (op. cit.), noções como sujeito e escuta, por exemplo, passam a se referir ao campo da reabilitação social, portanto ao discurso consciente, vista como normativa por alguns autores, e que não teria nenhuma relação teórica com a escuta do sujeito do inconsciente, marca da psicanálise. Nesse sentido, procuram diferenciar o que seria uma psicoterapia compreensiva, humanista e quase tutelar da verdadeira psicanálise, cuja especificidade diz respeito ao excesso de gozo, ao real que invade o sujeito e cuja clínica se baseia na ética do desejo, do sujeito que se articula com o Outro de maneira peculiar e radicalmente diversa da articulação neurótica. Baseado nesse argumento, a clínica psicanalítica

⁶⁴ É importante destacar o papel da psicanálise lacaniana na reforma como uma característica fundamental em Minas Gerais.

nos Caps, para alguns estudiosos, marca uma diferença com relação ao cuidado psicossocial, porque indica que é o sujeito do inconsciente que está em causa e não o sujeito da cidadania neurótica comum. Ao nosso ver, devemos tomar essa distinção entre sujeito do inconsciente e sujeito da cidadania de forma cautelosa, pois muitas vezes ela pode indicar apenas uma hierarquia de valores que funciona mais como distinção profissional do que orientação de tratamento. Uma coisa é chamar a atenção para uma maior precisão conceitual, diagnóstica ou terapêutica, evitando assim, condutas marcadas por uma ideologização da prática, outra é dizer que quando se discute sobre um aspecto da vida social de um paciente não se está no campo psicológico. O sujeito, enquanto marcado pelas experiências de identidade e alteridade em relação a um outro, portanto, enquanto ser de significação linguística e de ação corporal, é todo o tempo psiquismo em interação social. A divisão proposta visa apenas a facilitar o trato de determinadas questões, melhorar a conversação entre os profissionais, mas não deve ser reificada. A pretensão a proferir a “verdade” sobre a loucura ou a verdadeira forma de tratamento, a que realmente conta, parece ser a causa dessa proposição. Há que se diferenciar entre aqueles que buscam apontar mal-entendidos clínicos importantes, quando se confundem esses “dois” sujeitos, daqueles que levam longe demais a suposta pureza da clínica psicanalítica. Devemos entender mal-entendidos clínicos quando uma teoria ou ideologia coloca em risco a possibilidade do sujeito em alcançar sua normatividade.

3.2- Reforma e clínica lacaniana:

Freud escreveu em 1924 o trabalho “Neurose e Psicose” (2007), onde ele tenta explicar a diferença genética entre as duas doenças. Ele diz: “a neurose seria um conflito entre o Eu e o Id, ao passo que a psicose seria o resultado de uma perturbação nas relações que o Eu mantém com o

mundo externo” (idem, pg.95). Enquanto na neurose o eu recalcou uma representação intolerável vinda do id, que colocava o eu em conflito com o mundo externo ou seu representante, o super-eu, na psicose o eu criou “onipotentemente” um novo mundo interno e externo. Para Freud a psicose, nesse trabalho, constrói um novo mundo conforme os desejos do id e promove a demolição do mundo externo porque este é uma barreira à satisfação do desejo. Na esquizofrenia há uma retirada de afeto no mundo externo, tornado-o empobrecido, sendo os delírios como que “remendos” onde uma fenda se abriu na relação com o mundo, isto é, uma tentativa de cura. Para Freud, a origem das doenças é a mesma: a “privação, a não realização de algum daqueles desejos da infância, sempre indomáveis e profundamente enraizados na nossa organização psíquica filogeneticamente determinada” (idem, pg. 97). A questão em aberto nesse artigo diz respeito a qual mecanismo estaria em jogo na psicose para esse desprendimento da realidade externa.

Em “A Perda da Realidade na Neurose e Psicose”(2007), escrito no mesmo ano, Freud ressalta que a criação de uma nova realidade visa modificar o impacto psíquico que a realidade abandonada causava, há uma tentativa de reconstrução. A psicose “renega” a realidade e busca substituí-la. A diferença entre os mecanismos é que na neurose a pulsão tenta todo o tempo ser reintroduzida na vida psíquica e na psicose é a “parte rejeitada da realidade”(idem, pg.129) que busca se reimpor ao sujeito.

A psicanálise lacaniana tenta, de certa maneira, dar uma resposta nova para os impasses freudianos, buscando conceitualizar o mecanismo de privação próprio da psicose. Ela propõe que há um mecanismo específico responsável pela perda de realidade na psicose: a forclusão. Para Lacan, a forclusão é a recusa pela criança de um significante lingüístico. Esse significante específico, o Nome-do Pai, pode ser descrito como qualquer expressão simbólica de uma instância terceira que represente uma interdição ao incesto, isto é, que sirva como metáfora ao desejo da mãe por algo que não o filho ou do filho em relação à mãe: “Um sintoma, um gesto,

uma palavra, uma decisão ou mesmo uma ação, todos são, em sua diversidade, exemplos de significantes do Nome-do Pai, sendo cada um deles uma expressão singular do desejo” (cf. NASIO, 1989, pg.158). É uma barragem, mediada pela linguagem, ao Outro materno, a esse excesso, essa não limitação de uma vivência de um gozo exclusivo, dual e potencialmente invasivo. O Nome-do-Pai ou função paterna, “não é outra coisa senão o exercício de uma nomeação que permite à criança adquirir sua identidade” (ROUDINESCO, 1998, pg.542), e que se foracluído não está inscrito na organização simbólica do sujeito.

Em resumo: para os estudiosos de Lacan o complexo edípico é estrutural porque é nesse momento que o sujeito recebe ou não uma inscrição significante, o Nome-do Pai, que serve ao sujeito como um operador lógico que possibilita interpretar o desejo da mãe, o Outro. Na psicose, ocorreria a “forclusão”, ou a não inscrição do significante paterno, associado também à ausência de uma “significação fálica”. Todos os fenômenos encontrados nas psicoses, ou seja, alterações de linguagem, do pensamento, alucinações, assim como delírios ligados ao corpo e a sexualidade, derivam dessas duas alterações fundamentais. O desencadeamento da psicose ocorreria em função de uma demanda de um “pai real”, ou melhor, alguém ou algo que exige uma posição qualquer do sujeito, impondo uma triangulação onde o sujeito estava estável numa relação imaginária dual, por identificação (cf. DRUMOND, 2000). Da impossibilidade de lançar mão do significante paterno desencadearia a psicose.

Essa versão extremamente resumida corresponde, grosso modo, a primeira versão de Lacan para as psicoses. Na sua segunda clínica, ele enfatiza outros aspectos. Coloca em primeiro plano o trato do real pelo simbólico, que todo sujeito deve realizar. Nesse momento teórico, ele ressalta que sempre haverá um resto não assimilável pela linguagem, sendo este resto o gozo do real, que desestabiliza imaginariamente os sujeitos. Nas neuroses a forma de trato do real é através do Nome-do Pai enquanto que nas psicoses, outras alternativas podem se apresentar: uma

crença delirante estabilizadora para o sujeito, a construção de um objeto material, a produção de uma obra. Na segunda clínica a explicação do desencadeamento também muda, o pai real (Um-pai) aparece nesse momento como uma irrupção de um sem sentido, uma lacuna pontual na rede simbólica, um estranhamento do mundo que possui uma força desagregadora para o sujeito.

Não é objeto do nosso trabalho discutir a teoria lacaniana, seus pontos de força e fraqueza, mas simplesmente apontar que, em linhas gerais, os trabalhos teóricos sobre a psicanálise nos novos serviços dirigem-se por esse arcabouço teórico geral e organizam-se na direção de propiciar uma escuta e viabilizar um trabalho sobre uma produção realizada pelo paciente, sob laço transferencial, que cause um arranjo verbal ou não verbal, estabilizando o eu na sua deriva sem fim na linguagem sem amarração e invasiva do corpo do psicótico.

No que tange ao fato psicopatológico mais significativo dos psicóticos, o delírio, os psicanalistas lacanianos, seguindo Freud, construíram uma explicação fundamental. O delírio é uma “tentativa de cura”, uma forma de ressituar o sujeito no mundo diante de uma desestruturação mais grave⁶⁵. Diante da invasão real do seu corpo pelo Outro não simbolizado pela linguagem, o psicótico constrói lingüisticamente uma barreira menos ameaçadora, falha e claudicante, mas assim mesmo mais eficaz temporariamente. O trabalho nos novos serviços seria propiciar que o indivíduo “trabalhe” seu delírio, transformando-o gradativamente, de algo extremamente perturbador e desagregador para o eu, em uma construção lingüística mais aceitável e assimilável na sua rede imaginária, a “metáfora delirante”. Uma outra maneira de trabalhar com o psicótico seria fazer com que ele produza um trabalho, uma suplência ao significante foracluído, através de uma obra. Sua função seria exatamente essa, servir como substituto ao que, na teoria lacaniana, serve como elo que une as estruturas simbólica, imaginária

⁶⁵ Bleuler, em 1908, antes de da análise do Caso Schreber por Freud em 1911, já apontava o delírio como um sintoma secundário na esquizofrenia.

e real da experiência humana: o significante lingüístico do Nome-do Pai. Um elo postiço, portanto, sintomático e ao mesmo tempo apaziguador do processo psicótico.

No trabalho: “Clínica das psicoses: os impasses da transferência”, Rosane Ramalho (2007) resume o dilema das psicoses diante da estrutura simbólica, ou do Outro:

A crise psicótica acontece quando alguém, em algum momento da vida – momento esse caracterizado por alguma injunção imperiosa – vive a situação como além de suas possibilidades. Diante da situação, para conseguir lidar com ela, ele sente necessidade de se referir ao saber paterno (ao significante Nome-do-Pai), e como não tem simbolizado, o mundo, o saber que até então o sustentava, crepusculiza-se, desmorona. Trata-se de uma terrível experiência, de morte psíquica, ou de morte do sujeito, em que ele fica reduzido a uma condição objetual (RAMALHO, 2007, pg.93).

A possibilidade vivida como real pelo psicótico, de ser um pedaço do Outro, de que o Outro faz uso como objeto de gozo, isto é, de não estar verdadeiramente separado dele é uma ameaça ao núcleo de sua subjetividade. É o fator desorganizador que faz com que o sujeito busque uma resposta reorganizadora, através dos delírios, podendo vir a encontrar, de fato, um delírio que estabilize a desagregação. O terapeuta é aquele que segue o sujeito nas suas produções delirantes e não delirantes, servindo como testemunha desse arranjo delirante estabilizador.

Monteiro e Queiroz (2006), enfatizam, baseando-se em Laurent e Miller, que o trabalho nos serviços de saúde mental é uma prática coletiva, e que o analista tem um papel institucional como todos os outros profissionais, apesar de específico. Esse “analista-cidadão”,⁶⁶ deve trabalhar norteado por três questões centrais: o trabalho de elaborar um delírio que sirva como suplência ao significante faltoso na psicose, produzindo uma estabilização sintomática

⁶⁶ A idéia do analista-cidadão foi proposta por Eric Laurent em uma conferência em Belo Horizonte, significando que o analista deveria sair de sua posição neutra, apagada e sem ideal para intervir no espaço público. Essa “novidade” de Laurent, entretanto, é há muito tempo praticada no Brasil por analistas de fora do campo lacaniano.

conseqüência da barreira ao “gozo do Outro”, isto é, impedindo que o sujeito fique no lugar de objeto a ser invadido permanentemente pela linguagem sem amarração no significante do Nome-do-Pai, na terminologia lacaniana. A segunda questão que deveria nortear seu trabalho baseia-se em retirar o privilégio da interpretação e enfatizar intervenções “triviais”, pela qual o manejo do laço transferencial possa oferecer um sinal para o psicótico de que ele continue seu trabalho de construção simbólica de si, através da instituição. E finalmente, de que o analista deve estar junto das produções que o paciente possa fazer, em termos de arte, cujo endereçamento ao outro da cultura teria um importante papel de estabilização.

O risco desse trabalho é que essa dificuldade da significação pode levar o sujeito, e isso é importante na reflexão dos novos serviços, a construir uma falsa posição, isto é, assumindo “contornos de submissão, assujeitamento, tomando o discurso do semelhante, do familiar, da instituição, do grupo social, como imperativo. Adapta-se àquilo que o outro dele espera, assumindo para si seus valores, ideais e pertencas”(SILVA, 2007, pg.116). É a exacerbação do que Winnicott chamava de falso *self*, uma máscara de obediência aos ditames que vem do próximo, produzindo um afastamento ainda maior do contato com o núcleo do *self*. Esse risco institucional inerente ao trabalho coletivo é que alguns autores tentam diminuir.

Alfredo Zenoni (2000) entende que a segunda clínica de Lacan é interessante do ponto de vista institucional, porque concebe a psicose não como um déficit, uma negatividade de algo, e sim, dá um sentido positivo aproximando as estruturas clínicas num *continuum* entre as diferentes estruturas. A diferença entre neurose e psicose não é tão profunda, mas simplesmente de grau. Todo sujeito tem algo foracluído do mundo simbólico, o que muda é a incidência, o foco do que não foi assimilado. Essas características são produzidas porque quando Lacan estabelece que todo e qualquer sujeito está fadado à impossibilidade de simbolizar todo o real, a metáfora paterna torna-se apenas uma das maneiras disponíveis ao sujeito para lidar com o Real. Não implica,

dessa forma, que outros arranjos não podem ser bem sucedidos no trato do que no Simbólico é inassimilável.

Zenoni afirma, ainda, que a prática de tratamento analítico é diversa da prática institucional, estando ambas subsumidas na clínica. A questão é que para os sujeitos psicóticos a prática institucional pode ter um valor maior que a prática analítica clássica, no sentido de que oferece para estes, muito além de uma escuta psicanalítica, um acolhimento, um abrigo, sendo uma resposta social a um problema clínico. Mas, ao lado do aspecto social, a instituição pode atuar com uma direção psicanalítica nas suas intervenções coletivas, no que ele chama de “prática feita por muitos”.⁶⁷ Segundo esse autor: “Em alguns estados da clínica, não se trata de ir ao consultório do analista, trata-se de ser protegido” (idem, pg 16). Esse fator de proteção significa, para Zenoni, tornar plausível para o paciente que ele tenha um lugar no Outro, que este não o invada ou persiga, mas que há espaço para ele, como para todos, na estrutura simbólica comum, na qual todos devemos respeitar, estar conforme às regras. Portanto, que ele tem um lugar de “mestre” e que sua palavra é ouvida e incluída no enquadre institucional. O Outro deve ser esvaziado do “suposto saber”, pois esse gozo do saber é vivido de maneira persecutória. Assim, é o paciente que deve buscar esse saber em si mesmo. A partir disso o trabalho da equipe muda de uma posição interpretativa, isto é, mais próxima à problemática da semântica, para uma posição concernente à construção de uma barreira ao Outro. Essa barreira pode assumir diversas configurações que passam pela linguagem, mas não pelo sentido. A equipe deve encorajar o paciente a instituir o que ele chama uma letra a-semântica, isto é, alguma coisa real, concreta. O autor dá o exemplo da escrita enquanto produto materializado, como objeto. Sua preocupação é

⁶⁷ Termo cunhado por Jacques Alain Miller.

que o sujeito estabeleça um laço social e que se mantenha a salvo das passagens ao ato⁶⁸ que a linguagem que remete à busca de sentido o leva. O objeto assume, portanto, um valor importante nesse trabalho, sendo também correlato às noções de testemunha⁶⁹ e a de secretário, que são os recebedores confiáveis desses objetos. Essas noções remetem a um saber que é do paciente⁷⁰.

É possível notar, que autores brasileiros, recentemente, tem valorizado a segunda clínica lacaniana nas suas teorizações sobre o tratamento institucional das psicoses. Palombini (2007), no âmbito de suas pesquisas sobre o papel do acompanhamento terapêutico, numa espécie de “psicanálise a céu aberto”, chama a atenção para o fato de que:

[...]outros modos de amarração [dos três registros: simbólico, imaginário e real] criem respostas possíveis à existência, fora da norma fálica. O delírio, mas também a criação artística, a produção de teoria, alguma forma de se fazer um nome com o qual se apresentar ao mundo...sem apelo ao Nome-do-Pai, sem a exigência vã de uma edipianização que só pode malograr (PALOMBINI, 2007, pg. 166).

É possível identificar nos trabalhos de autores que descrevem o trabalho cotidiano nos novos serviços, principalmente aqueles que tematizam as oficinas terapêuticas, os mesmos referenciais teóricos. As oficinas são descritas, por exemplo, como locais onde haveria uma produção de objetos numa “rede de trocas simbólicas que lhe conferem um valor[...]quando escapa do automatismo, da pura repetição, do sem sentido; quando é tornado público, investido pela cultura e pelas relações sociais” (COSTA e FIGUEIREDO, 2004, pg. 9).

⁶⁸ A passagem ao ato traduz a impossibilidade de mediação pela palavra, é uma “expressão direta daquilo que não consegue ser dito de outra forma”(BULHÕES, 2007, pg. 101).

⁶⁹ Costa (2007) ressalta a noção de testemunha afirmando a “performatividade da escuta”, ou seja, o analista ou profissional coloca sua escuta como testemunha de uma fala imprevista, e que imaginariamente, pelo acordo mútuo, possibilita que essa fala seja um “novo início” no processo de subjetivação,

⁷⁰ O membro da equipe como testemunha enfatiza a: “dimensão do não-saber, enquanto que a dimensão do secretário coloca o acento sobre a dimensão da letra”(idem, pg.61).

Numa interessante leitura lacaniana, Guerra (2004)⁷¹ propõe que na sua pesquisa encontrou um aspecto fundamental que produz os efeitos de estabilização desejados, e que ela denomina “densidade simbólica diferenciada”. Densidade esta que diz respeito mais ao objeto produzido e menos à fala individual. Nessa leitura, o objeto corresponderia ao objeto *a* da teoria lacaniana, cujo estatuto nem interior nem exterior, serviria como um ponto articulador da castração para o psicótico. Baseada na segunda clínica de Lacan, a autora defende que esse objeto estabeleceria a construção de uma realidade mais estruturada, diferente da realidade neurótica, mas com alguma funcionalidade social. Segundo a autora:

Assim, enquanto ao falar, o neurótico produz mais de gozo ou objeto *a*, objeto-resto; ao criar coisas concretas, talvez o psicótico estivesse extraindo do ventre do Outro objetos reais que, permitindo-lhe produzir um resto nessa operação -um objeto inédito- talvez lhe conferisse uma densidade simbólica sobre sua corporalidade real. O psicótico seria deslocado ou separado dessa posição de objeto de gozo do Outro ao criar um objeto externo, endereçado ao social, via oficinairo ou qualquer outra pessoa ou instituição (GUERRA, 2004, pg.51).

A idéia é que ocorreria uma circunscrição do excesso pulsional a que estaria submetido o psicótico, através da construção de um objeto com “densidade simbólica” suficiente para associar esse objeto à linguagem, quando da significação dessa produção, deslocando seu papel de objeto para a de “autor” ou sujeito.

⁷¹ A autora propõe que existem quatro discursos sobre as oficinas nos serviços de atenção diária. Um discurso que enfatiza o déficit, sendo a oficina um tipo de entretenimento; um segundo discurso em que predomina a leitura psicanalítica da estrutura psicótica em que se buscaria uma operação subjetiva que consiste em construir uma suplência como forma de estabilização; um terceiro discurso com enfoque na exclusão sócio-política do indivíduo, sendo o papel da oficina oferecer uma inscrição do louco na sociedade; e finalmente um discurso estético, em que a loucura seria vista como uma forma de expressão alternativa do sujeito e que a arte poderia ser uma forma de inscrição e difusão cultural (GUERRA, 2001, pg. 46).

Citando Zenoni: “Acho que essa clínica possibilita desfazer politicamente, culturalmente esse lugar do louco como elemento desqualificado. É a clínica positiva. O louco, dentro dessa formulação, é um batalhador, é um sujeito que trabalha para lidar com a dispersão de gozo, com as dificuldades pulsionais”(idem,pg. 50).

De maneira semelhante, no seu texto sobre oficina literária em um centro de convivência, Greco ((2004) explica que o processo de “criação nessa oficina partiu basicamente de dois pontos: a aplicação artística do não-sentido e o trabalho artesanal com o aspecto ‘material’ da palavra (sua forma e musicalidade)”(idem, pg.85). A ênfase na materialidade da palavra, seu uso como objeto manipulável em técnicas específicas, mostra que os psicanalistas lacanianos tem utilizado, como descrito anteriormente, uma abordagem teórica do tratamento institucional da psicose na direção de uma delimitação de um sujeito que se constitui pela ação sobre objetos, sejam eles palavras, pinturas, cerâmicas, ou outros. O que ressalta é a possibilidade de uma estruturação de um eu enquanto ativo na construção de um mundo de coisas partilhadas. Outro ponto interessante mostrado pelo autor é o papel do oficinairo enquanto aquele que não encarna um ideal, em função da problemática paterna que está colocada na psicose. Importa menos os efeitos de significação do que efeito de “resposta ao Real” (idem, pg.90).

É interessante notar que as formulações sobre os objetos, a técnica centrada na produção de algo e não na significação, o papel do serviço como lugar de abrigo, faz uma aproximação inesperada com a teoria winnicottiana, a qual examinaremos.

3.3- Ética pragmática e pluralismo clínico

O terceiro modelo teórico que embasa a reforma psiquiátrica deriva de uma concepção de sujeito psicológico, no qual apresenta-se a idéia de divisão subjetiva, apesar de não referida de maneira explícita ao sujeito do inconsciente psicanalítico. Para Leal (1999), um eu interior,

tributário do vocabulário dos sentimentos, ou representante de uma dimensão criativa e não racional, é uma descrição comum nesse modelo. A sociedade teria uma importância, mas não é fundamental a alteração do meio para que o sujeito fosse inserido, mas sim a alteração de si para que pudesse expressar-se de maneira mais assertiva no mundo.

Nesse terceiro modelo busca-se valorizar a herança pineliana, entendida como um corpo de conhecimentos em constante alteração, mas que mantém como eixo de sua ação, a busca pela compreensibilidade do adoecimento psíquico, a possibilidade de diálogo com a parte saudável da personalidade, e o uso criterioso das teorias e técnicas de intervenção sobre a subjetividade. Acredito que o principal conceito subjacente a esse modelo é o de normatividade, isto é, a capacidade do sujeito de criar para si regras normativas para a ação psíquica e social, norteadoras de comportamentos que teriam maior eficácia simbólica e prática no mundo de relações. A capacidade dos profissionais de oferecerem uma ampla rede de suporte que visasse o sujeito na sua capacidade de recuperar ou adquirir uma normatividade possível é o objetivo central desse modelo. Nesse sentido, a preocupação teórica recai menos sobre a desconstrução da clínica psiquiátrica ou psicanalítica e mais sobre formas de operacionalizá-la dentro dos novos serviços. O eixo orientador é a pluralidade de abordagens que podem ser utilizadas no trabalho cotidiano com os pacientes. A melhor abordagem empregada é aquela que é produzida pela escuta cuidadosa do sofrimento mental, que utilizará as ferramentas diagnósticas produzidas pela psiquiatria e pela psicanálise, mas também de outras teorias sobre o sujeito. E cada paciente poderá se beneficiar de respostas diversas de acordo com a situação pessoal, a configuração familiar, a gravidade clínica, o posicionamento subjetivo. A psicoterapia em consultório, a abordagem exclusiva em oficinas, o eixo principal no tratamento medicamentoso, o passeio ou a ida ao cinema. Nenhuma abordagem está descartada de antemão, pois não está em jogo a vitória de um sistema de pensamento contestatório ou de uma psiquiatria que se quer biológica. Outros

termos ganham relevo nos escritos e discursos sobre o tema, como a noção de autonomia, responsabilidade, atenção, cuidado, cotidiano e território. A provisoriedade dos saberes, no lugar das certezas teóricas, a tematização da escuta da singularidade, contra a padronização de procedimentos e condutas, a heterogeneidade e variabilidade do sofrimento psíquico ao invés dos diagnósticos rígidos. Em suma, a ampliação de saberes, discursos e práticas na atenção, cujo enfoque busca refinar a interrelação entre a subjetividade e a sociabilidade, na busca pela normatividade do sujeito⁷².

Essa abordagem é correlata a um ponto de vista pluralista e pragmatista na discussão de temas atualmente não consensuais presentes no debate de algumas teses reformistas. O campo da reforma é heterogêneo, com atores de diversas filiações e proximidades teóricas, produzindo uma discussão fértil, mas muitas vezes um afastamento profundo sobre alguns temas polêmicos, tal como foi dito acima, na relação entre a produção de sociabilidade e inserção no trabalho em contraposição à psicanálise institucional, ou o papel das abordagens biológicas frente à crítica ao risco de reducionismo fisicalista. A discussão sobre o uso de eletrochoque, por exemplo, ainda é um tabu nas discussões entre os reformistas⁷³. Acredito que alguns impasses poderiam ser superados se optássemos por uma versão pragmática da clínica.

Em linhas gerais o Pragmatismo pode ser descrito como uma corrente filosófica que reúne autores americanos com abordagens diversas, tais como Chales Peirce, William James, John

⁷² Opera-se uma crítica à restrição do atendimento ao *setting* clássico do atendimento em consultório de psiquiatria ou psicoterapia. Isso significa, que a escuta psicológica ou a consulta médica em consultório, com horário marcado, retornos agendados, e obediência a certas regras de funcionamento, espera, e organização burocrática, são insuficientes para oferecer um cuidado complexo àqueles sujeitos que necessitam dessa atenção. As múltiplas variáveis que alteram a vida concreta desses sujeitos implicam na capacidade de uma equipe de saúde mental ampliar sua habilidade de escuta, análise e propostas de ações terapêuticas a outros ambientes e intervenções. A casa, a rua, os espaços políticos mostram-se possíveis locais de ação clínica (cf. LEAL 1999 e LANCETTI, 2007).

⁷³ Por exemplo, em dois grupos de discussão pela Internet agregando uma ampla participação de técnicos de diferentes profissões, usuários e familiares de todo o Brasil (emdefesadareforma@yahoo.com e psiquiattrasdaudepublica@yahoo.com), o tema do ECT é extremamente difícil de ser discutido, pois é nítido o desconforto gerado, produzindo em seguida hostilidade ou simplesmente o silêncio.

Dewey, e mais recentemente o neo-pragmatismo de Richard Rorty⁷⁴. Apesar de não comungarem todos as mesmas concepções, tem como solo comum de suas proposições a opinião de que as idéias não estão em algum lugar metafísico prontas para serem descobertas, mas são:

[...]ferramentas- como garfos, facas e microchips- que as pessoas distinguem para lidar com o mundo no qual eles se acham. Eles acreditavam que as idéias são produzidas não por indivíduos, mas por grupos de indivíduos- que as idéias são sociais. Eles acreditavam que idéias não se desenvolvem de acordo com alguma lógica interior a si mesma, mas são inteiramente dependentes, como germes, dos seus carreadores humanos e do ambiente. E eles acreditavam que desde que essas idéias eram respostas provisórias a circunstâncias particulares e irreproduzíveis, sua sobrevivência depende não de sua imutabilidade, mas de sua adaptabilidade (MENAND apud BRENDEL, 2006, pg.27).

É, portanto, um método de investigação que enfatiza a dimensão prática da pesquisa científica, a natureza pluralística do fenômeno estudado e das ferramentas que são usadas para estudar aquele fenômeno, o papel participativo de muitos indivíduos com diferentes perspectivas e o caráter provisório das explicações produzidas (cf. BRENDEL, 2006, pg.29). A dimensão prática da pesquisa concerne a que ela seja humanamente útil para os indivíduos concretos e seus problemas, tomando distância de considerações teóricas abstratas que não tenham relação com a mudança do mundo. Sua natureza pluralística implica em reconhecer que diferentes abordagens de um fenômeno são a melhor maneira de alcançar o objetivo a que se propõe, pois dado que não existe uma correspondência entre a teoria produzida e uma suposta verdade oculta, não se justifica, com base em um fundamento racional último e incorrigível, a primazia de uma teoria sobre a outra. Isto é, diferentes ferramentas para diferentes objetos são produzidos para diferentes fins, daí o caráter participativo da produção do conhecimento. Por fim, seu caráter provisório,

⁷⁴ O autor David Brendel pensa que Rorty é radicalmente diferente dos outros pragmatistas devido a sua suspeita e ceticismo quanto à pesquisa científica e, portanto, é descrito com um “pós-modernista” a ser evitado. Discordamos dessa posição.

visto que o mundo humano está em constante mudança e colocando novos e diferentes problemas necessariamente todo conhecimento é intrinsecamente provisório, falível e mutável.

Uma forma de se aproximar do campo pragmático é através de sua teoria de linguagem. Segundo Jurandir F. Costa (1995), a teoria pragmática da linguagem é uma gama de “preocupações práticas e tradições filosóficas diversas”(idem, pg44), na qual se inserem autores como Wittgenstein, Austin, Quine, Davidson e Rorty. O ponto que os une é a afirmação de que a linguagem é um conjunto de “habilidades naturais formadas por sons e marcas articuladas com sentido, intenção e força performativa”(idem, ibid.). É uma resposta biológica a solicitação do ambiente que ganha estabilidade semântica num dado ambiente cultural. É simplesmente a soma dos nossos atos de fala, não sendo, portanto, uma entidade autárquica, ontologicamente distinta do homem concreto, um esquema ou estrutura que daria as condições de possibilidade da produção do sentido. O sentido de uma teoria, portanto, deriva da resposta lingüística e prática que foi dada por uma determinada comunidade num momento histórico qualquer a um fenômeno que se tornou relevante para aquela comunidade. É uma resposta contingente e temporária. Na vertente pragmática da linguagem, a verdade é aquilo que uma comunidade de falantes assume como verdade. É um termo de aprovação e não um conceito epistêmico, pelo qual elementos lingüísticos deveriam se relacionar com objetos do mundo através de uma correspondência entre eles ou através da coerência de noções e conceitos. O objeto de conhecimento é um recorte produzido pela linguagem para descrever um pedaço do mundo ou determinada situação comportamental que seres humanos usaram para dar inteligibilidade e produzir ferramentas teórico-práticas para lidar com situações concretas, que os ajudem a trabalhar com o imprevisível de uma situação que interessa a todos. O objeto de conhecimento não é transcendente, ele é imanente ao acordo lingüístico que o criou.

Com base nessas duas acepções pragmáticas, a filosófica e lingüística, analisaremos algumas teses reformistas e anti-reformistas, com vistas à superação de alguns entraves que permeiam as discussões. A primeira questão que colocamos é a discussão da doença mental como descoberta ou como invenção da psiquiatria. A segunda questão é sobre a relação entre cérebro e psiquismo, ou sua versão mais antiga que opõe natureza e cultura.

Com base na teoria pragmática podemos afirmar, a respeito da primeira questão, que não existe doença na natureza. A doença é sempre uma produção humana, uma construção lingüística com valor performativo, isto é, com uma eficácia prática derivada dos valores que os humanos elegeram como fundamentais na sua existência. O normal e o patológico baseiam-se em acordos lingüísticos com propósitos práticos naquele grupamento cultural específico. A loucura, nessa concepção, seria uma variação na vivência da experiência com o mundo e consigo mesmo, que pela estranheza e desadaptação, geraram formas múltiplas de lidar. Uma dessas formas foi a constituição da psiquiatria e a invenção da doença mental. Tributária das ciências naturais em desenvolvimento, essa foi uma resposta contingente a uma mudança cultural e política maior, como mostra Foucault, Gauchet e Swain. Existiram outras formas de entender ou articular o saber de uma determinada época com o fenômeno observado, como na explicação místico-religiosa.

Ao mesmo tempo, dizer que a doença mental não existe falseia o campo da experiência. Podemos dizer que ela existe como qualquer outro objeto teórico ou prático, é um termo descritivo, com valor operativo e heurístico. Aponta para uma concepção pragmática que produz um novo entendimento. No caso, redescreve a experiência da loucura em termos científicos, buscando uma lógica positiva com vistas a alterar um estado pouco normativo. Ao realizar essa redescrção a psiquiatria abre um campo de possibilidades, como na produção de substâncias que minoram os fenômenos descritos como patológicos produzindo uma melhora da relação do

sujeito com o corpo social. Por outro lado, produzindo um discurso e uma ação eficaz e eticamente relevante, a psiquiatria corre o risco de se fechar num vocabulário único e totalitário.

Quando Basaglia propôs o termo sofrimento psíquico ou a noção de “existência-sofrimento” no lugar de doença mental, está sendo produzido um novo sentido, pois para ele, é um termo que redescreve com vantagens outro termo: doença mental. No caso, a concepção “doença mental”, apontaria para uma restrição do conhecimento, de maneira geral, ao conhecimento biológico unicausal. E invalidamos socialmente o sujeito, pois o termo em causa não é neutro e inócuo no mundo das trocas sociais. Ao contrário, quando falamos em sofrimento psíquico estamos apontando para um campo de causalidades variadas e relacionadas entre si. Ampliamos o discurso da biologia para outros níveis discursivos, como a da causalidade psíquica na sua relação com os diversos laços sociais. Entretanto, o termo sofrimento psíquico não é mais verdadeiro do que poderia ser o termo doença mental. Esse termo seria simplesmente mais operativo do ponto de vista técnico, porque amplia o campo de intervenções, e mais vantajoso do ponto de vista ético, porque impediria a redução fisicalista e social do sujeito. Toda vez que, através de um novo arranjo discursivo, ampliamos nossa capacidade de referirmos a um outro sujeito como mais próximo de nós, isto é, quando o vemos como mais complexo do que antes, estamos falando de vantagem ética.

A questão que se coloca, então, é se de fato, ao designarmos doença mental estamos empobrecendo a descrição do sujeito ou não. Acreditamos que o termo existência-sofrimento, se por um lado solapa o pensamento classificador do tipo redutor das singularidades, por outro, esse termo amplia em demasia o campo psicopatológico, podendo servir como um véu para investigações sobre a posição subjetiva diante do próprio sofrimento e do mundo. Essa noção, se de um lado complexifica a descrição subjetiva, pode, por outro lado desconstruir a possibilidade de pensar a clínica de maneira cada vez mais refinada e efetiva no manejo verbal ou não verbal

das situações concretas de sofrimento. A “existência-sofrimento” pode, quando usada de forma ideológica, esconder ou inviabilizar a possibilidade de pesquisa psicanalítica no campo psicossocial e a pesquisa psiquiátrica no campo biológico, dado que o termo se refere exclusivamente ao sujeito em relação à sociedade em termos de contratualidade. Apesar de útil em algumas situações, ela não abrange toda a complexidade do fenômeno.

A saída do impasse, ao meu ver, passa pelo que David Brendel (2006) e Jurandir F. Costa (1996) chamaram de “clínica pragmática”. Esses autores propõem que as teorias sendo apenas modelos explanatórios alternam entre abordagens primariamente “científicas” e “humanistas” em função da complexidade mesma do objeto de estudo. Acreditam que a única possibilidade de manter o campo aberto à investigação é que se tolere a ambigüidade e incerteza na medida em que se tente integrar dialeticamente os referentes de cada teoria que estarão sempre informando e respondendo ao lado oposto. A escuta informada pela psicanálise, psicologia e outras ciências humanas se contrapõem ao estudo científico do cérebro num equilíbrio que se sabe precário entre a categorização e a individualização do sujeito, mas que tem como único respaldo, a ética do atendimento e o respeito a sua singularidade. O pluralismo clínico e o resultado prático cujo índice é a normatividade do sujeito são defendidos contra o reducionismo biológico, psicológico ou social. Para Brendel (2006), se o conhecimento é uma ferramenta, necessariamente utilizar apenas um tipo de instrumento para todas as possibilidades de recortes de objetos implica em erro⁷⁵. Há sempre “versões incompletas da verdade”, e por isso é necessário manter e empregar uma variada rede conceitual para lidar com situações singulares, embora seja possível e às vezes

⁷⁵ Brendel critica, entretanto, uma abordagem hermenêutica da psiquiatria pela qual as desordens mentais são consideradas socialmente construídas. Para ele, a abordagem hermenêutica negligencia a dimensão científica como as bem estabelecidas associações entre certas lesões cerebrais e desordens mentais. Penso que aceitar a abordagem hermenêutica não implica em negar fatos biológicos, mas apenas ressaltar que mesmo estes tenham uma descrição construída pela linguagem.

imperioso optar por uma abordagem mais condizente com a situação que se apresenta no momento. Por exemplo, um sujeito depressivo com alterações na tireóide deve se beneficiar mais de um hormônio tireoidiano do que de um tratamento psicanalítico. Assim como um outro paciente depressivo com uma história de sentimentos de culpa neuróticos provavelmente vai se beneficiar com a psicanálise. Evidentemente que uma abordagem não necessariamente excluirá a outra. Um paciente que necessite de ECT pode se tratar num Caps, fazer psicanálise e participar da organização de uma associação de usuários. Não há concorrência de teorias assim como não há disputa entre qual a melhor ferramenta para construir uma casa, muitas serão utilizadas em cada momento da obra.

A questão que se coloca é que a reforma psiquiátrica brasileira no momento necessita confrontar dois campos opostos: o materialismo eliminativo ou fiscalista na psiquiatria e o movimento anti-clínico dentro da própria reforma. Este se caracteriza pela radicalização da crítica à psiquiatria, utilizando Foucault, Deleuze e Basaglia como seus autores de referência. Mas erram o foco porque englobam dentro da psiquiatria enfoques radicalmente diferentes. O que se coloca em questão não deveria ser a psiquiatria enquanto campo de estudos e aplicações de conhecimentos, mas a base filosófica de uma versão dela. A psiquiatria como saber médico e prática social não é homogênea, unívoca, isenta de disputas ou contradições internas. Enfrentam-se atualmente duas perspectivas psiquiátricas que trazem duas concepções de sujeito e de tratamento. Com isso introduzo a segunda das questões levantadas.

A psiquiatria que se autodenomina biológica caracteriza-se pela busca de explicações causais dos problemas mentais através da descrição de alterações neuronais e genéticas. Há nessa vertente um enfoque exclusivo no cérebro, não apenas como órgão privilegiado de estudos e intervenção, mas como entidade que explicaria todo e qualquer evento mental normal ou patológico. Está implicada nessa posição a crença de que podemos abrir mão da aproximação do

sofrimento mental através da linguagem psicológica, fenomenológica, psicanalítica ou antropológica da causalidade baseada em narrativas, em prol de descrições puramente fisicalistas. Seu pressuposto é o de um materialismo ontológico.

Segundo Brendel (2006) e Serpa Jr. (2006), a relação entre mente e corpo pode ser abordada a partir de dois pontos de vista, ambos materialistas. Para a maioria dos filósofos da mente e psiquiatras, a mente não pode ser entendida como uma entidade não física, na medida em que não existe mente ou subjetividade “desencarnada”. A necessidade de superar a perspectiva dualista da subjetividade implica necessariamente que reconheçamos o materialismo como um pressuposto básico. Entretanto, o materialismo tem hoje duas acepções que se opõem. O materialismo ontológico da psiquiatria biológica pressupõe que possamos reduzir a mente ao cérebro, isto é, tudo o que possamos dizer sobre a subjetividade poderá ser melhor dito através do vocabulário neurocientífico, o único que realmente tem a chave explicativa para os fenômenos mentais. Mente nessa acepção é considerado um termo a ser dispensado, porque o que está em jogo, de fato, são os constituintes físicos do indivíduo, e suas interrelações, em que se buscaria uma identidade tipo-a-tipo (identidade *type-type*) entre a descrição neuronal e mental. Serpa Jr (2006) relaciona o materialismo ontológico da psiquiatria biológica à psicopatologia sintomatológica-criteriológica descrita por Kraus, pela qual são construídos os atuais sistemas nosológicos em psiquiatria (*idem*, pg.34). Nessa abordagem psicopatológica, com enfoque descritivo em “terceira pessoa”, não há lugar para a subjetividade ou a dimensão experiencial e intersubjetiva do sofrimento mental, apenas para a avaliação objetiva do comportamento.

Uma outra versão da psiquiatria defende a posição inversa. Nessa perspectiva pluralista e pragmática o materialismo que se defende não é ontológico, mas metodológico. Isso implica dizer que um evento mental particular é idêntico a um evento cerebral, mas tipos gerais de

eventos mentais não correspondem a eventos cerebrais correspondentes ponto-a-ponto⁷⁶. É o que se chama de identidade *token-token*. Como mostra Costa (2004), nos estudos de fenômenos físicos as causas são a-rationais, isto é, são “fenômenos antecedentes relacionados de modo lógico a fenômenos conseqüentes, sob a modalidade de condicionamento ou determinação”(id.pg.44). Eventos descritos como causas se vinculam a eventos descritos como efeitos, estabelecendo uma relação nomológica. Sempre que se repetir qualquer experimentação, preservando as suas condições contextuais, elas se reproduzirão, independentemente do observador. Esse tipo de investigação é típico das neurociências. Ao contrário, nas investigações psicológicas o tipo de causalidade é outro. Nas “causas racionais” ou “razões”, a causalidade se rege por “descrições de sentido e não nomológicas”. Para pensamentos, sentimentos, sensações e afetos tais como o prazer, dor, angústia, delírio ou depressão faltam eventos cerebrais delimitados correspondentes (BRENDDEL, 2006,pg. 87). Como não há relação específica e nomológica entre dois eventos o discurso neurocientífico torna-se insuficiente e incapaz de subsumir o vocabulário psicológico no seu próprio vocabulário. O projeto eliminativista da psiquiatria biológica é, portanto, filosoficamente impossível⁷⁷. A abordagem biológica, na perspectiva do materialismo metodológico, é uma das possibilidades descritivas, mas os teóricos que defendem esse tipo de materialismo afirmam, como pressuposto fundamental, que sem a narratividade, sem a descrição do sofrimento em termos psicológicos, ocorreria um indesejável empobrecimento descritivo.⁷⁸

⁷⁶ ver Donald Davidson e seu “monismo anômalo”, pelo qual um mesmo evento, “ontologicamente neutro”, pode ter descrições físicas ou mentais dependendo do contexto: “O monismo anômalo assemelha-se ao materialismo na medida em que sustenta que todos os eventos são físicos, mas rejeita a tese, tida habitualmente como essencial ao materialismo, segundo a qual todos os fenômenos mentais podem receber uma explicação puramente física” (DAVIDSON apud SERPA JR, 1998, pg.302)

⁷⁷ Uma abordagem possível da questão é a que tenta dar suporte empírico para a psicoterapia, na medida em que esta produz alterações cerebrais em última instância (cf. VAUGHAM, 1998).

⁷⁸ Para uma crítica do projeto de uma “medicina baseada em evidências” na psiquiatria, Octávio Serpa Jr. mostra que a medicina sempre foi uma prática em busca de evidências clínicas, mas as evidências não tinham como pressuposto fundamental, pesquisas estatísticas e epidemiológicas ou estudos clínicos randomizados muitas vezes inaplicáveis ao contexto individual do caso concreto. Ele propõe que a

Assim, termos como desejos, crenças e fantasias, são constitutivos de uma rede lingüística que nos constitui e cuja eliminação levaria não só ao empobrecimento subjetivo, mas a impossibilidade de se fazer uma boa clínica.

Serpa Jr (2006), ao criticar a abordagem biológica reducionista, ressalta, entretanto, que “nem todo monismo materialista endossa uma postura reducionista eliminativista” (idem, pg.74). Diversos autores que “naturalizam” a mente reconhecem a necessidade de manter o vocabulário do mental para que não se perca os aspectos intencionais, fenomênicos e qualitativos que só podem ser explicitados dentro de uma descrição em termos da primeira pessoa. Colocando em evidência a tese do “holismo mental”, pela qual um mesmo conteúdo mental pode significar coisas diversas em uma mesma pessoa num contexto diverso ou em diferentes pessoas, acrescenta:

O conjunto que compõe o mental articula-se internamente a partir de princípios normativos, que dão coerência e consistência a esta trama de crenças, desejos, sentimentos, memórias etc. Assim, seria exorbitante pretender que exista um mesmo estado/localização neural que ocorra sempre que um dado conteúdo mental ocorra. Pela adesão ao holismo do mental deixa de fazer sentido destacar um único evento mental do conjunto com o qual se articula e correlacioná-lo nomologicamente com um estado físico ou com apenas um outro evento mental ou comportamental. Entretanto, quando este evento mental acontece, ele é superveniente a um estado/localização neural correlato (SERPA Jr,2006, pg.79).

Ele pressupõe a necessidade de estabelecer um diálogo entre as diferentes perspectivas, implicando-as mutuamente na recusa a uma abordagem excludente. A dúvida que resta, evidentemente, é se os propositores da psiquiatria biológica aceitariam um diálogo conciliador, pois parece que suas pressuposições implicam justamente na hipótese eliminativista. A não ser,

medicina baseada em evidências está logicamente dependente de uma “medicina baseada em narrativas” (cf. SERPA Jr, 1999).

evidentemente, que aceitem que sua posição seja apenas um recurso reducionista com finalidades instrumentais circunscritas, mas se aceitassem isso eles não seriam materialistas ontológicos, mas sim materialistas metodológicos.

Jurandir F. Costa em “A psicanálise e o sujeito cerebral” (2007), explica que o cérebro “é um elo na cadeia que liga o corpo ao ambiente/mundo. Sua higidez, obviamente, é uma condição necessária à gênese e ao equilíbrio das atividades mentais. Mas, o mesmo poderia ser dito do restante da matéria corporal e do ambiente”(op.cit.). O ponto central é reconhecer que a corporeidade, na sua expressão física ou mental está presente, que podemos lançar mão de instrumentos químicos para intervir no processo, mas que essa dimensão abarca apenas parte do problema, é um elo importante de uma série de encadeamentos na relação da corporeidade com o ambiente. Ele expressa esse pensamento da seguinte maneira:

Qualquer hipótese neural sobre a experiência da identidade do sujeito deve ser capaz de explicá-la em termos da relação corpo-ambiente ou corpo-mundo, a menos que venha a excluir da explicação o que é relevante para a vida psicológica e ética. Sem a satisfação dessa exigência, o materialismo se arrisca a tropeçar em objeções difíceis de superar (COSTA, 2007, pg. 20).

No contexto de sua abordagem da autonomia e da heteronomia do sujeito, explica que a neurociência, base da psiquiatria biológica, em sua versão mais redutora, desloca a autonomia do sujeito para o cérebro:

[...]e a heteronomia das causas impessoais para o reino da bioquímica ou da neurofisiologia. O que antes era autonomia, agora é redescrito como resiliência, plasticidade, complexidade ou autoorganização criativa, e o que era autoridade, agora é código genético, cromossomo ou trocas neuroquímicas e informacionais (COSTA, 2007, pg.27).

O pluralismo clínico é correlato também a uma abordagem externalista do mental. Por externalismo entende-se a recusa em definir características mentais exclusivamente através do vocabulário da interioridade. A referência à interioridade através de descrições referidas ao campo semântico das sensações, sentimentos, pensamentos privados, ou seja, de um eu interior indevassável ao conhecimento do outro e portador do privilégio epistemológico do conhecimento do mental é um efeito histórico do Romantismo na filosofia. Autores que estudam a mente do ponto de vista evolutivo chamam a atenção para o fato de que a mente é um termo que se refere também a elementos que não podem ser descritos apenas pelo vocabulário da interioridade. A corporeidade e os objetos são elementos que expressam e simbolizam a mente, pois possuem características pessoais e idiossincráticas que são apresentadas ao mundo e também representam o sujeito. Como afirma Cláudia Ferreira(2007), baseada em Dennett, a idéia de mente externa ampliou

[...]as fronteiras do self para além da consciência da primeira pessoa. Nosso self não é constituído apenas por aquilo que pode estar disponível à consciência, mas por todo campo de experiência externalizado, ecológico e não-consciente, por todos os instrumentos disponíveis no ambiente cultural, de palavras a objetos, que o organismo usa na construção ativa de suas fronteiras existenciais (FERREIRA, 2007, pg.69).

A chamada “extrusão do mental” implica em considerar que prévio a aquisição da linguagem interiorizada, através do monólogo interno de palavras e sentenças aprendidas através da interação com outros seres humanos, o indivíduo utilizava as palavras para representar para si mesmo “atividades, como marcas de checagem e etiquetas internas”(idem. pg.71).

A interação corpo-ambiente tem como consequência a constituição da mente, e a ação do corpo e a criação de objetos são, portanto, fundamentais para a constituição do sujeito e para o equilíbrio psíquico, como veremos no trabalho de Winnicott. Nessa mesma direção, Costa

(2004), afirma que as “experiência emocionais ou se exteriorizam em coisas e eventos extracorporais ou desembocam no beco sem saída da psicopatologia”(COSTA, 2007,pg.18).

Assim, a corporeidade necessita ser tratada com os meios diversos e necessários para causar uma alteração no padrão subjetivo desse sujeito. Os meios utilizados para alcançar esse fim podem ser uma ação sobre o funcionamento cerebral através de psicotrópicos⁷⁹, a organização de uma estrutura psicoterápica para obter mudanças no posicionamento subjetivo ou a criação de espaços coletivos de produção de objetos que possam representar o sujeito no mundo e gerar valor e reconhecimento no outro e na cultura. Todas essas intervenções possuem efeito sobre a corporeidade na sua relação com o ambiente, na sua posição diante do outro, na constituição das suas defesas, no entendimento de matizes singulares de seu sofrimento psíquico.

Para concluir, afirmamos que o materialismo metodológico é necessário e compatível com o pluralismo clínico isto é, a concepção de que só podemos aceder a uma abordagem psiquiátrica pragmaticamente útil para seres humanos na medida em que utilizamos todos os vocabulários disponíveis com vistas a minorar o sofrimento do sujeito ou permitir que este sujeito, alcance uma melhor normatividade em sua vida.

Em resumo, podemos dizer que a psiquiatria não reducionista, a psicanálise aberta a pluralidade da expressão do mental e a clínica psicossocial mais ampla, são campos do saber que estão aliadas na reforma psiquiátrica, em contraposição às abordagens redutivas tanto da psiquiatria quanto de parte do movimento reformista.

⁷⁹ Para uma discussão sobre a importância dos neurolépticos na transformação da assistência em saúde mental e seus efeitos na psicoterapia e na reabilitação psicossocial ver “Química, cérebro, mente e sociedade – Paradoxos epistemológicos dos psicofármacos na medicina mental” (1987), artigo de Gladys Swain publicado na revista *Débat* n.47 (tradução de Fernando Ramos). Para discutir o impacto dos psicofármacos na sociedade ver de Nikolas Rose “Psychopharmaceuticals in Europe”, em “Mental Health Police and Practice Across Europe- the future direction in mental health care” (2007).

3.4- O pensamento de Winnicott e os novos serviços

Analice Palombini (2007), no contexto de seu artigo sobre o trabalho de acompanhamento terapêutico, propõe que uma teoria da clínica seja “uma caixa de ferramentas”, isto é, uma grade conceitual que oriente o trabalho concreto com o paciente, através de um entendimento fenomênico permitido pela teoria e um leque de proposições a serem postos em ação pelo terapeuta. Ela chama a atenção para a variedade atual das caixas de ferramentas disponíveis, esclarecendo que cada uma delas permite identificar e pôr em relevo certos traços comportamentais da articulação do sujeito com o mundo. Para ela, as três principais teorias em pauta hoje nos serviços de atenção diária são as teorias de Lacan, Winnicott e Deleuze.

Dando o exemplo de um caso concreto de um atendimento “a céu aberto”, isto é, realizado em um mercado, a autora mostra que a ação da acompanhante terapêutica e a conseqüente resposta da paciente podem ter distintas interpretações de acordo com a grade conceitual utilizada. Numa abordagem, a winnicottiana, é posta em relevo a indiferenciação e a adaptação do meio às necessidades da paciente, possibilitando a continuidade do ser. Noutra abordagem, a deleuziana, é enfatizada a “síntese conectiva” das máquinas desejanças, postas em ação pelos dois personagens. E na vertente lacaniana, o manejo dos conceitos de alienação-separação permite o entendimento do transitivismo da paciente, manejado pela linguagem da terapeuta. Importa notar que para a autora a marca que une as três abordagens é o espaço público como “vórtice comum que incide marcadamente sobre a direção clínica do trabalho” (idem, pg. 163).

É interessante notar que a ação da terapeuta foi realizada independente de qualquer teoria. A explicação do efeito produzido pela sua ação só vem *a posteriori*. A teoria serviu, qualquer que seja ela, como interpretação para a terapeuta, que baseada nisso, provavelmente enriqueceu seu

repertório para ações futuras. Mas, por outro lado, dependendo do enfoque dado, e da adesão da equipe à teoria posta em causa na explicação, pode haver empobrecimento teórico e prático para futuras ações, pois não colocar em relevo uma teoria, impossibilita a reflexão sobre formas alternativas de entender e agir com base nesse entendimento. A escolha teórica implica, portanto, fazer um recorte de uma dada situação clínica, salientando alguns aspectos e obscurecendo outros. Para nós, o recorte apropriado não deveria ser dado de antemão, mas sempre de acordo com a necessidade dos casos concretos. Com diferentes caixas de ferramentas à mão, podemos experimentar aquela que nos pareça a mais adequada para uma dada configuração clínica. Para determinadas situações, o conceito de alienação-separação é extremamente útil, para outros a noção de dependência ambiental pode ser preponderante, e ainda outros, as “máquinas pulsionais” podem ser conceitos úteis no manejo do caso. A autora, nesse artigo, faz sua escolha pela teoria lacaniana. Eu gostaria de colocar em destaque, nesse momento, a teoria winnicottiana. Minha escolha se baseia no fato de que, ao meu ver, os Caps são ambientes que podem ser “suficientemente bons” para os pacientes, e provêem objetos concretos com os quais estes refazem seu mundo interno e externo.

Meu trabalho, portanto, nesse tópico caminha na direção de uma articulação clínica com o fazer cotidiano dos serviços, utilizando como teoria os estudos psicanalíticos de Donald Winnicott. Os argumentos teóricos são outros e, portanto, a teoria de sujeito implícita também. Acredito que esse aporte que propomos pode ser bastante útil para pensar a atenção psicossocial nos novos serviços, como clínica *stritu sensu*, em todas as suas abordagens. Penso que para entendermos o que os serviços substitutivos estão fazendo nas suas práticas, devemos estudar certos aspectos importantes da subjetividade, como por exemplo, a corporeidade e sua relação com o meio, e o papel do ambiente e dos objetos na constituição e estabilização subjetiva. Meu intuito não é, por outro lado, mostrar qual é a melhor teoria psiquiátrica ou psicanalítica para os

novos serviços, ou fazer uma oposição ao trabalho teórico desenvolvido com base na teoria lacaniana. Não pretendo afirmar qual é a clínica da reforma psiquiátrica brasileira. Pretendo apenas aportar novos elementos para o campo em estudo, buscando aumentar o grau de complexidade na explicação da eficácia clínica alcançada nesses serviços. A minha intenção é simplesmente apontar que se olharmos para os nossos trabalhos cotidianos nos serviços com determinadas ferramentas teóricas ainda pouco exploradas poderá aumentar a nossa capacidade de intervenção clínica e possibilitar ao sujeito ampliar sua capacidade normativa.

Donald Winnicott é considerado um dos psicanalistas mais originais e independentes da história da psicanálise, destacando-se por recusar toda forma de idolatria, escolas de pensamento e discípulos. Para ele, todo discurso sobre a verdade subjetiva corria o risco de se tornar uma “linguagem morta” (cf. WINNICOTT, 1990), um amontoado de jargões, distante da prática clínica real. Ele sentia uma profunda suspeita pela metapsicologia freudiana e kleiniana, porque os termos metapsicológicos podiam “fornecer uma aparência de compreensão onde tal compreensão não existe”(idem). Esse ceticismo metapsicológico não impediu, porém, de inventar termos úteis e criativos para o atendimento a pacientes gravemente enfermos.

Este psicanalista que nunca deixou de exercer a pediatria, considerava a psiquiatria infantil uma extensão daquela. Ingressou na psicanálise na década de 30, em plena controvérsia entre os partidários de Melanie Klein e Anna Freud, tendo feito suas principais intervenções a partir da década de 40, através de artigos, conferências e palestras pelo rádio. Foi assessor técnico em saúde mental, responsável pelas crianças evacuadas da região de Oxford na Segunda Grande Guerra, experiência crucial para sua formação e primeiras formulações psicanalíticas, onde travou contato com crianças e adolescentes desajustados, anti-sociais e psicóticos.

Curiosamente, por muito tempo seu trabalho teórico foi considerado profícuo e inventivo nas descrições e intervenções clínicas, mas trivial e simplista como teoria. Essa visada

reducionista de sua produção deveu-se a dois fatores. Primeiro seu estilo de escrita era avesso a hermetismos e construções forçadas na linguagem acadêmica. Buscava sempre um vocabulário o mais próximo possível do linguajar comum. Ele queria ser entendido por uma ampla categoria de pessoas, e repudiava o elitismo intelectual.⁸⁰ Suas influências não vinham da filosofia, lingüística ou outra disciplina acadêmica teórica, mas da literatura e da biologia empírica darwiniana. Seu estilo de pesquisa era descrito pelo mesmo, da seguinte forma:

Não começarei por fazer um levantamento histórico e por mostrar o desenvolvimento de minhas idéias a partir de teorias de outras pessoas porque minha mente não trabalha desse modo. O que faço é juntar isso e aquilo, aqui e acolá, concentrando-me na experiência clínica, formando minhas próprias teorias e, então, depois de tudo, me interesso em descobrir de onde roubei o quê. Talvez este seja um método tão bom quanto qualquer outro (WINNICOTT, 1993, pg.269).

Em segundo lugar, seu trabalho foi ofuscado no Brasil num primeiro momento pela prática freudiana e kleiniana e posteriormente pelo impacto e ampla divulgação da doutrina lacaniana. Entretanto, o pensamento Winnicottiano é bastante sofisticado, e se aproxima de teorias contemporâneas sobre o desenvolvimento infantil e de certa vertente da fenomenologia⁸¹. Seu trabalho foi marcado em grande parte pela leitura de Darwin, na medida em que acreditava que o desenvolvimento humano e a constituição de sua subjetividade se assentavam num processo natural. Nesse sentido sua aproximação da teoria psicanalítica traz uma grande novidade, pois se mostra não cartesiana, evitando posições que opõem natureza-cultura,

⁸⁰ Nas primeiras leituras de Winnicott pode-se ter a impressão de que ele usa expressões banais e que seu pensamento é excessivamente indulgente com o humano. Mas, essa impressão pode ser desfeita em diversas ocasiões, como nessa passagem ao falar das crianças: “As crianças são uma carga[...]e se trazem alegria é porque duas pessoas decidiram aceitar esse tipo de carga; na realidade concordaram em não chamá-la de carga, e sim de bebê” (WINNICOTT in DAVIS e WALLBRIDGE, 1982, pg. 22).

⁸¹ Para uma visão detalhada da fenomenologia a que me refiro ver: “Psicopatologia do Senso Comum: uma psicopatologia do ser social” (2006) de Erotildes Leal onde podemos notar uma relação clara entre Blakenburg, Minkowski, Laing, e conseqüentemente Winnicott (LEAL, 2006, pg.114). Ver também “Subjetividade, Valor e Corporeidade: os Desafios da Psicopatologia” (2006) de Octávio Serpa Jr.

interioridade-exterioridade, eu-mundo, mente-corpo ou materialidade-sentido. Ele rompe com o determinismo dos outros autores.

Winnicott é um autor que recentemente vem recebendo maior atenção nos meios acadêmicos brasileiros e internacionais. Essa mudança decorre da necessidade de abrir o campo de investigações para estudar problemas psíquicos que superam em muito a possibilidade de entendimento pelo recorte teórico tradicional. Sua ênfase no papel do ambiente na constituição de um *self* estruturado e a possibilidade de alterações graves do psiquismo quando ocorrem falhas no meio em que o bebê é criado, levando a distorções no esquema corporal, na dissociação da vida psíquica ou simplesmente na capacidade de “sentir-se vivo”, coloca Winnicott como um pensador útil para problemas de saúde enfrentados na contemporaneidade. Além disso, seus estudos sobre o ambiente em que vivemos instiga a pensar o papel destes nos casos mais graves de adoecimento mental. Winnicott promove, por tudo isso, uma mudança no pensamento psicanalítico atual.

Essa “mudança paradigmática” decorre, segundo Loparic (2002), do resultado de suas:

[...]observações de distúrbios psíquicos infantis precoces os quais pareciam ir contra a teoria freudiana da sexualidade (isto é, contra a principal generalização do paradigma freudiano); segundo pelo reconhecimento da importância do problema das crianças desajustadas, as quais não eram pensadas serem sexuais e foram, portanto, excluídas do tratamento pela psicanálise, crianças sendo enviadas para outras instituições; e terceiro pelas insuficiências técnicas do *setting* freudiano original (LOPARIC, 2002, pg. 73).

Winnicott renovou, em grande medida, o pensamento psicanalítico, estabelecendo uma terceira via teórica entre os dogmatismos kleiniano e anafreudiano em voga na Europa nas décadas de 40 e 50, no que tange à psicanálise de crianças. Apesar de estar mais próximo das idéias de Klein, pelo menos no início de sua obra, ele refutou as teses kleinianas de um Complexo de Édipo precoce, ou seja, de uma relação imaginária triádica desde o início. Muito ao contrário,

para ele não havia nem mesmo uma relação diádica, exceto se vista do ponto de vista do observador. Para ele, o bebê “não existe” como uma unidade, ele é parte de uma relação constituída pelo par mãe-bebê. A idéia de “objetos internos” bons e maus, introjetados precocemente pelo bebê, também não é assimilada facilmente por Winnicott, pelo simples fato de que na fase maturacional que o interessa, interno e externo não se distinguem. A formulação kleiniana de um mundo interno do bebê, com um eu repleto de pulsões destrutivas em relação ao objeto externo, produzido pela pulsão de morte primitiva, introjetando objetos “bons” e “maus”, e abarrotado de fantasias defensivas e culpa, não correspondia às elaborações que Winnicott estava estabelecendo sobre o papel do mundo externo, do ambiente apaziguador e da indistinção inicial eu-mundo na organização psíquica do bebê (cf. LIMA, 2007, pg.229).

Ele também, de certa forma, elaborou uma aproximação da subjetividade alternativa ao freudismo. Como mostra Masud Khan (1993), sua posição diverge da de Freud quanto ao papel do eu na sua relação com as pulsões e a realidade externa. Freud descreve o eu como um servo dividido entre as exigências de dois campos opostos. Ao contrário, Winnicott aceitava:

[...]a realidade como a aliada dos processos maturativos em andamento no bebê e examinava com extraordinária perspicácia e penetração o caráter dos recursos ambientais (maternos) para a personalização do potencial psíquico e pulsional do bebê no sentido da plenitude do *self* (KHAN in WINNICOTT, 1993, pg. 43).

Ele é crítico quanto à prevalência que Freud dava à noção de id no desenvolvimento. Acreditava que somente na medida em que já havia um *self* estruturado é que os impulsos libidinais poderiam realmente contar como experiência importante e significativa. Antes disso, o bebê vive uma relação de dependência absoluta da mãe-ambiente, sem um *self* organizado e, portanto, sem condições de sentir a libido como parte integrante de si. Como mostra Adam Phillips (1988), a “dependência era imaginada por Freud como uma concessão por parte da

criança[...e a mãe...]é literalmente um objeto para aliviar a tensão do desejo. A criança é concebida como originalmente onipotente, exploradora e hedonista” (PHILLIPS, 1988, pg.08). Winnicott, propunha uma outra versão para o início da relação com o outro. Desejo e objeto sexual não cabem em sua estrutura de pensamento para o início da vida extra-uterina.

A noção de objeto enfatizada em Winnicott é relacionada com o mundo externo e não tem um objetivo sexual. Para ele, a relação mãe-bebê era o principal modelo para a relação psicanalítica e a “principal fonte de analogia em seu trabalho”(idem, pg.64). O complexo edipiano não desempenha nenhum papel fundamental, enquanto fator estruturador do sujeito, exceto quando já houve o estabelecimento de uma organização do *self* nos primeiros meses após o nascimento. Para Freud, as pulsões dirigidas ao outro são cruciais no período edípico para a constituição da subjetividade. Para Winnicott, o Édipo tem valor explicativo para o campo das neuroses, mas não é significativo na estruturação da subjetividade. Ele pensava que o determinante da subjetivação encontrava-se no período pré-edípico, na relação mãe-bebê, pois para que essa relação tivesse um valor fundacional, ela não estaria sob o domínio das tensões pulsionais, mas sob o acolhimento da mãe, enquanto produtora de um ambiente suficientemente bom. A mãe-ambiente propicia a emergência do “sentimento de ser”, base para o sentimento do eu (cf. PLASTINO, 2007, pg.210), sendo essa vivência fundamental para as posteriores identificações do sujeito, ao qual Freud designou de forma pouco explícita como identificação primária.

Outra diferença do ponto de vista freudiano era sua ênfase no valor da agressividade, que no seu pensamento significava simplesmente a motilidade, a ação muscular do bebê, que englobando um erotismo infantil, o fundia com o movimento. Na constituição do sujeito, o erotismo, portanto, ganhava importância quando fundido com a agressividade, pois dessa fusão surgiria a possibilidade do sujeito sentir-se real. O sentimento de “ser real” tem um valor crucial

no pensamento winnicottiano e na explicação dos quadros psicopatológicos. Ao contrário, se o erotismo se encontra des-fundido com a agressividade, recai numa possibilidade de satisfação puramente subjetiva, contrária à agressividade que só dá ao ser possibilidade de satisfação caso encontre oposição. Em resumo, podemos dizer que o conflito edípico não é uma questão fundamental para Winnicott diante dos problemas clínicos por ele enfrentados.

É importante também salientar a diferença entre as concepções winnicottianas e lacanianas. Para Winnicott a experiência da constituição subjetiva é natural, pré-linguística, antepredicativa e não conceitual. Seu pensamento é considerado “vitalista”, pois considera que o ser vivo possui um impulso vital para o desenvolvimento, caso o ambiente seja favorável. Com o tempo, a apreensão da linguagem e da narratividade enriquece radicalmente o processo, complexificando a estruturação psíquica de forma avassaladora. Mas, sem degradar a experiência corporal na relação do eu com o ambiente e os objetos. Difere de Lacan, portanto, na medida em que este autor postulava uma diferença radical entre o humano e a natureza, na explicação da constituição da subjetividade. Para ele, o Outro simbólico e o outro imaginário são estruturas que impõem ao sujeito uma ruptura de qualquer homeostase psíquica, instituindo a falta como categoria fundamental. Falta esta que estruturava o desejo humano, ao criar um objeto perdido para sempre, e desde sempre, e marca uma incompletude que porta o signo do desamparo humano no mundo. Winnicott, ao contrário, é “darwiniano” quanto a esse aspecto. Pensa que o ser humano não é desamparado e faltoso, daí sua fragilidade e incessante procura por objetos de satisfação, e seu permanente estado de decepção com o mundo. Acredita simplesmente que o animal humano é parte do ambiente, e que se descola gradativamente deste com o seu natural desenvolvimento. O que necessita, como a maior parte dos seres vivos, é que esse ambiente no início seja suficientemente bem adaptado às suas necessidades. A característica do bebê humano é que esse ambiente tem relação direta com a forma que sua mãe se apresenta.

No que diz respeito à psicose, para Lacan há uma falta na estruturação simbólica de um significante ordenador da rede lingüística do sujeito, o Nome-do Pai, no período edípico. Para Winnicott, uma falha pré-lingüística concernente ao ambiente, no início da vida pós-uterina do bebê, em que o manejo da corporeidade do bebê e a situação do par mãe-criança está desajustada.

Apesar de Lacan e Winnicott terem se correspondido e, de certa forma, o último ter influenciado decisivamente o primeiro na construção teórica do *objeto a*, pela leitura lacaniana do objeto transicional winnicottiano (cf. KLAUTAU, 2007), é evidente que suas abordagens divergem em muito no que tange ao papel da linguagem, dos objetos e do ambiente na estruturação da vida psíquica. Entretanto, apesar das diferenças podemos notar certos pontos de aproximação entre alguns pontos de vista. O papel dos objetos, por exemplo, diferem muito quanto à teoria, mas na construção de uma conduta clínica para casos de psicose há uma interessante proximidade. O ambiente também possui um papel que os lacanianos tem ressaltado nos seus trabalhos institucionais. A constituição do ser, também possui ressonâncias, principalmente entre Winnicott e a segunda clínica lacaniana. Tentaremos apontar essas proximidades com maior detalhe no final do capítulo⁸².

Tentaremos fazer um recenseamento dos principais conceitos de Winnicott, com vistas a buscar uma elaboração sobre as psicoses, principal quadro clínico dos Caps, e uma possível aplicação dessas noções para o tratamento institucional. Seguiremos seus textos e de seus

⁸² Essas diferenças e aproximações com relação à teoria lacaniana são importantes, porque muito do que hoje se faz nos serviços de atenção diária apontam para uma dimensão que valoriza o tipo de ambiente e a recepção dos objetos que são feitos. O papel que estes fatores desempenham, no tratamento de casos graves podem ser explicados de maneira satisfatória através de conceitos de um ou outro autor. Abrir o campo de discussão teórico sobre a relação com o outro e com o mundo através de outras ferramentas que não apenas o manejo das intervenções lingüísticas possibilita que as intervenções no cotidiano dos serviços se tornem amplas para a maior parte dos profissionais que neles trabalham.

principais comentadores, sempre que as noções nos parecerem relevantes para o estudo das psicoses.

Em “A Natureza Humana” (1990), Winnicott traça um painel de suas principais idéias, fazendo um resumo de suas contribuições teóricas. Ele inicia seu trabalho explicando que a verdadeira oposição, comumente aceita, não é entre o mental e o físico. Para ele essa separação é uma “armadilha” veiculada pelo vocabulário comum: “O soma e a psique é que são opostos. A mente constitui uma ordem à parte, e deve ser considerada como um caso especial de funcionamento do psicossoma” (idem, pg.29). No início da vida humana somos corpos sem consciência reflexiva, mas ativos e reativos ao ambiente que nos envolve. Desde a vida intra-uterina existe atividade corporal, movimento e discriminação do ambiente. Após o nascimento o soma inicia seu processo gradual de diferenciação originando a psique, que seguindo um processo normal, torna-se integrado ao soma, originando o psicossoma. Esse processo, entretanto, pode se dar de forma imperfeita, gerando problemas de integração e personalização, caso o ambiente falhe em oferecer segurança, estabilidade, confiabilidade e permanência. A psique se constitui através da elaboração imaginativa das funções corporais, como a alimentação e a excreção, sendo preenchida de memórias dessas experiências e de suas fantasias, tendo como função principal a “interligação das experiências passadas com as potencialidades, a consciência do momento presente e as expectativas para o futuro”(idem). Ao contrário, mente para o autor é “uma ordem à parte, e deve ser considerada como um caso especial do funcionamento do psicossoma”, sendo seu “ornamento”. Seu status na teoria winnicottiana é de ser responsável pela cognição, o intelecto e a consciência, tendo uma capacidade discriminativa mais reflexiva do ambiente e de si mesmo, e se bem integrada com o psicossoma, enriquecer o funcionamento do *self* no sentido de possibilitar que este não apenas mantenha, mas recrie o ambiente

criativamente. Portanto, a mente para Winnicott é um “ornamento” absolutamente fundamental, podendo quando mal integrado ao psicossoma tornar-se fonte de sofrimento adicional em função da inteligência funcionar como um bom “adaptador social” graças ao desempenho de excelência. Entretanto, não é “na” mente onde se localizam os graves problemas de integração e personalização que indicam os casos de psicoses.

Um aspecto interessante e intrigante é o papel relevante que o autor atribui à noção de reparação. Essa noção por sua vez se relaciona com outros dois conceitos centrais em sua obra: *ruthlessness* e *concern*. A primeira poderia ser traduzida como impiedade e a segunda como preocupação. Para Winnicott, o bebê apresenta-se inicialmente diante do seio materno de forma impiedosa, isto é, ele não se preocupa com a agressividade motora e erótica que pode ser potencialmente dolorosa para a mãe. Como ele e a mãe-ambiente são vivenciados como uma unidade pouco diferenciada, somente mais tarde no desenvolvimento, quando ele se dá conta da separação entre os dois, é que a capacidade de se preocupar com o outro da relação se estabelece. É o momento do *concern*, em que o bebê concebe seu amor instintivo e agressivo como forma de ataque à integridade materna. Momento crucial, porque é um vivido de culpa e remorso, mas que, novamente, se for bem manejado pelo outro se torna o principal fundamento da ação responsável no mundo. O bebê tentará reparar o possível dano, através de um esforço para construir algo para a mãe. A reparação é a base para toda dádiva simbólica, toda produção cultural, visando restituir o ambiente que lhe deu suporte. Caso seja bem sucedido o processo permitirá que a ação no mundo continue sendo vivida como expressão espontânea do psicossoma, numa constante de ação, agressividade, reparação e dádiva. Winnicott diz que: “Não devemos esquecer que, na infância, a capacidade de reparação é muito limitada – se excluirmos a pronta aceitação pela mãe, da dádiva simbólica – se a compararmos à capacidade do adulto para contribuir socialmente através do trabalho” (idem, pg. 93).

A noção de confiança também é crucial na teoria winnicottiana. Ao falar sobre o manejo psicoterápico da regressão no setting analítico e sua importância na reformulação de experiências traumáticas precoces, o autor explica que todo o processo depende da capacidade de confiar e da responsabilidade do terapeuta em fazer jus a essa confiança e que “é possível que ocorra uma longa fase preliminar do tratamento consistindo exatamente na construção dessa confiança”(idem, pg. 163). Portanto, a confiança no ambiente é um estado que permite retomar a capacidade da ação criativa⁸³.

Para Winnicott a cisão grave do psiquismo que caracteriza a psicose, em que o *self* estabilizador do eu e do não-eu encontra-se desorganizado, ocorre por falhas na provisão ambiental adequada, isto é, a displicência ou a intrusão materna com relação às necessidades do psicossoma em construção⁸⁴. A ênfase é sobre o ambiente em que o sujeito está mergulhado, pois é aí que a integração psíquica ocorre ou não ocorre. Por isso, o manejo do ambiente numa situação psicoterápica é fundamental. A forma como é feito o “*holding*” e o “*handling*”, ou seja, a sustentação e manejo do psicossoma é o que vai proporcionar a estabilização.

Winnicott construiu um arcabouço teórico fecundo de idéias para a clínica dos pacientes graves, isto é, psicóticos, anti-sociais, usuários de drogas e neuróticos graves. Para ele, falhas no ambiente de suporte da criança estavam envolvidas na organização psíquica desses sujeitos.

Segundo Winnicott:

Para progredir em direção a uma teoria ‘trabalhável’ da psicose, o analista deve abandonar toda idéia da esquizofrenia e paranóia em termos de regressão ao complexo edípico. A etiologia dessas doenças leva-nos

⁸³ Ver “Reflexões sobre confiança e hábito em D.W. Winnicott e J. Dewey” (2007) de Pedro Salem.

⁸⁴ Winnicott diz que uma reação prolongada do bebê a uma intrusão ambiental é vivenciada como morte ou perda do ser, ou perda da continuidade da existência. O bebê conhece a morte através dessa experiência. Antes disso, a experiência vivida pelo bebê é a da solidão, que segundo o autor, é uma vivência positiva e anterior ao reconhecimento da dependência absoluta. Ele diz: “O indivíduo emerge não do inorgânico, mas da solidão”(idem,pg. 155).

inevitavelmente a estágios que precedem o relacionamento entre três corpos. O estranho corolário é que há na raiz da psicose um fator externo (WINNICOTT, in LOPARIC, 2002, pg. 85).

Acreditava que mesmo pessoas com quadros desse tipo poderiam alcançar uma melhora de sua condição através de uma “situação especial”, a qual refere-se a condições terapêuticas especializadas para essas pessoas, ou seja, um *setting* com características específicas, adaptadas às necessidades desses sujeitos.

Sua forma de escrita pode ser exemplificada nessa típica sentença winnicottiana, simples no linguajar, concisa na descrição do problema, e lapidar no enfoque do que é crucial em cada situação clínica:

Os psicóticos são portadores de distúrbios derivados de um estágio ainda mais precoce e básico. Suas dificuldades e problemas são especialmente aflitivos. Por não serem inerentes, não fazem parte da vida, e sim da luta para alcançar a vida – o tratamento bem sucedido de um psicótico permite que o paciente comece a viver e comece a experimentar as dificuldades inerentes à vida (WINNICOTT, 1990, pg. 100).

O tratamento da psicose para Winnicott visa, portanto, fornecer as condições apropriadas para que o sujeito aceda à vida, pois eles estariam num campo experiencial em que a vida não é um dado, não é experienciada como real. E para que esse tratamento possa ser bem sucedido é imprescindível um ambiente adequado. O estudo dos estágios iniciais do desenvolvimento emocional torna-se fundamental, pois esse desenvolvimento dá-se numa interação em alto grau com o ambiente, sendo “a chave para a saúde mental, no que diz respeito a nos libertarmos da psicose” (WINNICOTT, 1990, pg. 172).

Para Winnicott, o sujeito se constitui na continuidade de um processo biológico natural, que apesar de não estar garantido previamente, ocorre de forma satisfatória se for dado um livre curso, ou melhor, se os pares envolvidos nesse processo forem razoavelmente sadios. Como

mostra Bezerra (2007), o sujeito se organiza através da “própria vitalidade dos tecidos, que se desdobra em motilidade e erotismo. É este movimento inerente à vida que impulsiona o processo de personalização e de integração egóica”(BEZERRA, 2007, pg. 37). É importante definirmos melhor essas noções.

Personalização é o termo utilizado por Winnicott para descrever a organização psicossomática, a interrelação que se constrói no psicossoma, que se traduz pela “psique residindo no soma”. O corpo se encontra imaginariamente disperso e fragmentado, e através da elaboração imaginativa das funções corporais que tem seu apoio na mãe-ambiente adequada, ocorre a constituição da psique. Para ele: “A base para este residir é uma vinculação de uma experiência motora, sensorial e funcional com o novo estado de ‘ser uma pessoa’ do bebê” (WINNICOTT in DAVIS e WALLBRIDGE, 1982, pg. 55). A pele passa a ser uma membrana limitadora entre o eu e o não-eu, e o bebê ganha um esquema corporal, em continuidade com seu desenvolvimento em direção ao estabelecimento de uma realidade psíquica interna. É o sentimento de estar residindo no seu próprio corpo, sendo consequência de experiências pulsionais que alternam com períodos mais longos de tranquilidade e cuidado corporal pela mãe ou seu substituto. A personalização corresponde ao manejo corporal adequado do bebê (handling). Apenas vagarosa e gradualmente o “centro de gravidade do ser” passa do ambiente para o indivíduo.

Integração denota em Winnicott uma realização do bebê, que ocorre em grande parte antes, mas muitas vezes concomitante ou superposta à personalização, no momento de dependência absoluta da mãe, quando ele ainda não tem consciência de si como separado do ambiente. A integração do *self* é consequência da preservação da “linha da vida”, ou seja, da

experiência pré-lingüística de “continuar a ser” no tempo. O *self*⁸⁵, com seu potencial herdado biologicamente, possui já uma base, que se desenvolve com a maturação motora e sensorial, e um início de elaboração imaginativa. Mas, esse ego é fragmentado e a integração é realizada pelas funções do *holding*, isto é, esse suporte ambiental possibilitará a integração tendo como experiência corporal e psíquica a vivência não integrada sem angústia, em função da confiabilidade dessas funções. Aos poucos a integração ocorrerá, dado que a não integração não é ameaça para o ego do bebê. Para que o indivíduo construa a possibilidade de sair da dependência absoluta e seguir para a dependência relativa e posteriormente para o momento “tornando-se independente”, é necessário que esse ambiente interno esteja estruturado, isso significa a experiência bem sucedida de estar não integrado. A experiência de não integração do bebê é equivalente à capacidade de ficar só, que para Winnicott significa estar só na presença de alguém. O paradoxo winnicottiano é sua tentativa de explicar que para conquistar a integração é necessário confiar no ambiente a ponto de viver a não integração. A capacidade para estar só é consequência da vivência da não integração que o bebê atravessou com sucesso.

Ao lado da vivência de não integração e da capacidade de estar só, é crucial para o bebê a possibilidade de exercer a agressividade inata sem retaliação. Para Winnicott, agressividade não é sinônimo de violência. É uma ação motora e erótica espontânea do ser vivo que age buscando interagir com o ambiente, derivando sua importância do fato de que agindo e encontrando obstáculos a sua ação, o indivíduo em formação é ajudado a reconhecer seu eu em oposição ao não eu. Tem, portanto, uma função crucial na constituição do sujeito. A integração, portanto, é

⁸⁵ O *self* às vezes aparece traduzido como ego ou eu, e mesmo Winnicott muitas vezes não se preocupa em fazer uma distinção acurada. É uma noção que aparece nos textos winnicottianos muitas vezes sem precisão conceitual. Ele utiliza na maior parte das vezes o termo *self*, mais abrangente, outras vezes o termo *psique* é usado. Jan Abram escreve que o ego aparece em um de seus escritos como ‘parte da personalidade que busca as condições adequadas a fim de integrar-se em uma unidade’, ou seja como parte do *self*. (cf. ABRAM, 2000, pg.119).

possibilitada, segundo Winnicott, por dois conjuntos de experiências. O primeiro diz respeito ao cuidado materno, onde ele é: “manipulado, banhado, embalado e nomeado”(Winnicott, 1993, pg.276).⁸⁶ O segundo corresponde as “experiências pulsionais” onde se seguem experiências de tranqüilidade. Em resumo, cuidado, nomeação e experiências pulsionais estão na base da integração.

O *self*, outro conceito central em Winnicott, é o resultado do processo acima descrito, o qual ele define da seguinte maneira:

Para mim, o *self*, que não é o ego, é a pessoa que eu sou, que é somente eu, que possui uma totalidade baseada na operação do processo maturativo. Ao mesmo tempo, o *self* tem partes e é, na verdade, constituído dessas partes. Tais partes se aglutinam, num sentido interior-exterior no curso da operação do processo maturativo, auxiliado, como deve sê-lo (principalmente no início), pelo ambiente humano que o contém, que cuida dele e que de forma ativa facilita-o. Normalmente, o *self* se acha localizado no corpo, mas pode em determinadas circunstâncias, dissociar-se do corpo nos olhos e na expressão facial da mãe e no espelho que pode vir a representar o rosto da mãe. Finalmente, o *self* atinge significativa relação entre a criança e a soma das identificações que (depois de bastante incorporação e introjeção de representações mentais) se organizam em forma de uma realidade interna psíquica viva. A relação do menino ou menina com sua própria organização psíquica interna se modifica de acordo com as expectativas manifestadas pelo pai e pela mãe e por aqueles que se tomaram importantes na vida externa do indivíduo. Só o *self* e a vida do *self* é que tem sentido de ação e de vida do ponto de vista do indivíduo que até então cresceu e que continua a crescer da dependência e imaturidade para a independência, e a capacidade de identificar-se com objetos de amor maduros, sem perda da identidade individual (WINNICOTT apud KHAN, 1993, pg. 45).

O ambiente materno, no período de dependência absoluta, possibilita que o sujeito construa um “ambiente interno” suficientemente bom, base para uma vida pessoal idiossincrática e criativa. Com a integração e a personalização o indivíduo passa a ter relações objetais, a investir

⁸⁶ Apesar de Winnicott não detalhar a nomeação como um dos fatores da experiência de integração, é importante notar o papel da linguagem, que não foi completamente desconsiderada por ele.

libidinalmente e agressivamente num objeto percebido como inteiro e separado. Esse *self*, então, é enriquecido enormemente pelos movimentos de identificação com o outro, pela linguagem e pelo sentido. Mas, a integração-personalização nunca é completa. O *self*, como aponta Bezerra, é:

[...]fundamentalmente processual[...]Sua unidade não implica numa totalização autocontida; ao contrário, sua natureza essencial reside no movimento constante de autoconstrução e desconstrução, integração e não-integração, que lhe dá o caráter de experimentação contínua, na busca criativa de um sentido para a experiência do viver (BEZERRA, 2007, pg. 48).

No indivíduo psicótico, o processo de integração-personalização ocorre de maneira falha. O termo utilizado por Winnicott é trauma. Sem o apoio ambiental ao *self*, a continuidade do ser é rompida e se não for restaurada no tempo certo o bebê perde a capacidade de sentir-se real no mundo:

Se a reação que é desorganizadora do continuar a ser recorre persistentemente põe em marcha um padrão de fragmentação do ser. O bebê cujo padrão é de fragmentação na linha da continuidade do ser, tem diante de si uma tarefa evolutiva que, desde o início, está carregada na direção da psicopatologia (WINNICOTT, in DAVIS e WALLBRIDGE, pg. 61).

Em “A mente e sua relação com o psique-soma” (1993), artigo escrito em 1949, Winnicott explica que o “corpo vivo, com seus limites, e com um interior e exterior, é *sentido pelo indivíduo* como formando o cerne do *self* imaginativo” (idem , pg. 411). O núcleo constitutivo do *self* é, portanto, o psicossoma, entendendo que há uma interrelação entre o soma, o corpo ativo em sua relação com ambiente, e a psique, a elaboração imaginativa das funções desse corpo, isto é, o esboço de sensação, sentimento e cognição pré-verbal ligada às funções corporais. Como foi dito, à integração do psicossoma segue-se uma especialização a que Winnicott denomina: mente. Para ele, em consonância com Jones, a mente não existe “realmente

como uma entidade” (JONES, apud. WINNICOTT, 1993, pg. 409), ela nasce da necessidade do psicossoma em conservar a continuidade da existência. É uma construção protetora que o bebê utiliza para se defender das falhas ambientais normais. A mente pode ser entendida como a cognição a serviço do psicossoma, que capacita o bebê a manter a continuidade do ser e libera a mãe da necessidade de ser perfeita. O bebê passa a compreender a falha ambiental até certo ponto. Com isso, Winnicott considera a possibilidade de, na falha ambiental severa, a mente usurpar a função do meio ambiente, passando a cuidar do bebê quando aquele não consegue fazê-lo. A mente possui também a capacidade de catalogar ou memorizar os acontecimentos do ambiente. Como esse processo ocorre antes do indivíduo constituir o eu, as falhas do ambiente são registradas como pertencentes ao psicossoma que, por sua vez, projeta no exterior o que é vivido como persecutório desde o interior. A incapacidade de culpabilizar o ambiente no seu início está na origem, segundo Winnicott, da necessidade de projetar e, portanto, vivenciar como externa a vivência persecutória interna. É como se a perseguição (intrusão) vivida como vinda de fora, tivesse sido experienciada como interna, impedindo o indivíduo de perceber que foi, de fato, externa. Na origem dos quadros paranóides, para o autor, está a falha ambiental vivida como interna, projetada, e assim, novamente vivida como externa, mas agora de forma difusa, sem mediação possível.

A psicose, para Winnicott, tem como base uma falha ambiental no suporte à continuidade da existência, onde ocorrem imposições precoces, invasões ou carências do ambiente, produzindo defesas psíquicas frente à ameaça de aniquilamento do ego. A organização de defesas psicóticas é a forma que o indivíduo produz para se defender da angústia de aniquilamento, uma tentativa, segundo Winnicott, de se tornar invulnerável ao mundo externo⁸⁷.

⁸⁷ Por outro lado, Winnicott acreditava que pessoas sadias “podiam brincar com a psicose[...]A psicose é[...]terrestre e se relaciona com os elementos da personalidade e da existência humana[...]e (para citar a

Como foi dito, a confiança no mundo significa a capacidade que a criança adquire de agir no ambiente sem medo de retaliação, e sem precisar se proteger psiquicamente da aniquilação do *self* em formação, que pode advir de um ambiente retaliador. Confiança é a base da expressão criativa de si, fundamento da saúde psíquica.

Da mesma forma, o sentimento de continuidade da existência representa o estado de tranqüilidade psíquica alcançada quando o sujeito não necessita se retrair face ao ambiente falho. É a expressão de que o *self* é contínuo no tempo e espaço.

O fracasso ambiental pode também ter consequências menos desastrosas, apesar de dolorosas, que se traduz pela noção criada por Winnicott de *falso self*. O *falso self* tem gradações, que vai desde uma completa dissociação psíquica até a relação saudável do que poderíamos chamar de um eu social ou eu convencional, que utilizamos para proteger o *self verdadeiro* dos embates no mundo social⁸⁸. Winnicott explica da seguinte maneira a constituição do *falso self*:

A mãe satisfatoriamente boa vai ao encontro da onipotência do bebê e, em certo grau, consegue torná-la significativa. Ela o faz repetidamente. Um verdadeiro *self* começa a ter vida, mediante a força dada ao ego fraco pela implementação das expressões onipotentes do bebê pela mãe. A mãe que não é satisfatoriamente boa não é capaz de implementar a onipotência infantil e, assim, ela falha repetidamente em satisfazer o gesto infantil; ao contrário ela substitui o seu próprio gesto, que recebe sentido pela aquiescência do bebê. Esta submissão por parte do bebê é a etapa mais precoce do falso *self* e pertence à incapacidade da mãe de intuir as necessidades do seu filho (WINNICOTT, in DAVIS e WALLBRIDGE, 1992, pg. 65).

Winnicott estabelece, portanto, o *self* verdadeiro e o falso. O primeiro é produto do gesto espontâneo do que ele chama psicossoma. O segundo uma versão do *self* verdadeiro

mim mesmo!) somos realmente pobres se formos apenas sadios” (WINNICOTT in DAVIS e WALLBRIDGE, 1982, pg. 64).

⁸⁸ Pedro Salem propõe o termo “self pragmático” para essa situação.

extremamente adaptado e reativo ao ambiente, com pouca capacidade de agir criativamente e sentir-se real, produto de uma retração do eu concernente ao ambiente.

Em resumo podemos dizer que a mãe provê o bebê, isto é, apresenta o objeto adequado às suas necessidades, no exato momento em que ele deseja⁸⁹. Essa adaptação quase completa às suas necessidades cria no bebê a ilusão de onipotência, a vivência pré-reflexiva de criação do objeto e inseparabilidade do mundo. É o que o autor chama de objeto subjetivo. Haverá um longo caminho até o reconhecimento do objeto objetivo, isto é, aquele que é apresentado pela mãe. A falha ambiental impede essa vivência, crucial para o *verdadeiro self*, fazendo com que o bebê precise se adaptar muito precocemente ao mundo externo compartilhado, ao preço de perder a espontaneidade do gesto criativo. Winnicott propõe, então, que com o desenvolvimento a mãe começa a desiludir a criança, e esta começa a reconhecer o outro à medida que este não mais se adapta às suas necessidades. Nesse momento começa a se produzir uma terceira área, intermediária, entre a ilusão e a desilusão, ou melhor, entre o mundo interno e externo: o espaço potencial. Nesse espaço, se localiza o campo transicional, constituído num primeiro momento pelos objetos transicionais. Objeto transicional, portanto, difere de objeto externo pela característica de ser não apenas um objeto material, concreto, mas também por ser criado, isto é, vivido pelo bebê como produção dele. E, por outro lado, difere também de objeto interno, porque não é um “conceito mental” e nem uma parte do exterior que é integrada ao sujeito pela identificação ou introjeção, ele é uma “possessão”. O autor constrói a seguinte relação entre os três objetos:

⁸⁹ A mãe suficientemente boa ou mãe devotada comum são a maioria das mães que cuidam de seus filhos. Essa capacidade está relacionada ao que Winnicott chamou de “preocupação materna primária”, que significa a condição psíquica materna que se estabelece nas semanas anteriores e posteriores ao parto, ou seja, é uma mudança subjetiva natural da mãe não muito perturbada, na busca pela identificação com seu bebê.

O bebê pode usar um objeto transicional quando o objeto interno está vivo e é real e suficientemente bom (não muito persecutório). Mas, esse objeto interno depende, quanto a suas qualidades, da existência, vitalidade e comportamento do objeto externo (seio, figura materna, cuidado ambiental geral). O fracasso deste em alguma função essencial leva indiretamente à morte, ou a uma qualidade persecutória do objeto. Após a persistência da inadequação do objeto externo, o objeto interno deixa de ter sentido para o bebê, e então – e somente então – o objeto transicional também fica sem sentido. O objeto transicional pode, portanto, representar o seio ‘externo’, mas indiretamente, por ser representante de um seio ‘interno’. O objeto transicional jamais está sob controle mágico, como o objeto interno, nem tampouco fora de controle, como a mãe real (WINNICOTT, 1993, pg. 400).

O espaço potencial é, então, para Winnicott, um “campo experiencial” complexo e vasto que traduz a “transicionalidade”, isto é, um lugar teórico onde localizam-se diferentes experiências culturais, desde a brincadeira infantil até a elaboração teórica, a produção de arte e a experiência religiosa. É, também, onde ocorre a “comunicação significativa” entre dois ou mais sujeitos, através da superposição dos espaços potenciais de cada um, produzindo na comunicação a vivência de uma experiência mútua. Para Winnicott:

O valor do espaço potencial de cada indivíduo, para a sociedade, reside na contribuição que pode ser feita em termos de criatividade pessoal. Isto, naturalmente, inclui as criações de indivíduos que se destacam nas artes e nas ciências que de forma tão óbvia enriqueceram a nossa cultura, mas, de modo igualmente significativo, inclui o dar de si(eu), em áreas menos espetaculares do viver e do produzir (WINNICOTT in DAVIS e WALLBRIDGE, 1982, pg. 80).

Insistirei um pouco mais sobre a idéia dos objetos transicionais, com a finalidade de chamar a atenção do leitor para o desenvolvimento proposto por Bollas (1992) sobre o que ele denomina “objeto transformacional”. Os objetos transicionais, além de representar a mãe, são os primeiros objetos não-eu da criança, sendo possessões desta, sendo vividas como objetos, ao mesmo tempo, internos e externos. Internos porque representantes imaginários de um ser que começa a ser percebido como objetivo e não criado. Externos porque eles são partes materiais do

mundo, resistentes ao controle onipotente da criança e à sua agressividade. Exatamente por possuírem essas características são usados intensamente, apaziguando a ansiedade e sendo suporte da agressão infantil⁹⁰. Esse tema está diretamente ligado ao papel que os objetos possuem para os sujeitos. Como o ambiente é o que proporciona uma adequação quase perfeita às necessidades da criança, isso significa que ao desejar algo, o ambiente estará pronto para oferecê-lo, criando a ilusão de que o objeto foi criado pelo sujeito. Quando, com o desenvolvimento, ocorrer a gradual desilusão, a criança colocará outros objetos nesse lugar ilusório. Objetos com resistência e flexibilidade suficientes para serem criados e partilhados ao mesmo tempo. Esses objetos transicionais são o que podemos chamar de produções subjetivas-objetivas, pedaços da matéria que são eu e não eu ao mesmo tempo, e que ganham sua eficácia no equilíbrio psíquico justamente por não exigirem uma distinção rígida na sua função e no seu estatuto de objeto. É o representante de uma área que é produzida, ou melhor, evidenciada, durante o descanso psíquico, onde a divisão mundo externo e mundo interno não se colocam.

Portanto, os objetos transicionais tem um papel fundamental na passagem de um momento existencial para outro, quando a criança passa da dependência absoluta para a relativa independência materna, e do período estritamente subjetivo para outro de reconhecimento da realidade externa, sem entretanto, deixar se extinguir o espaço de transicionalidade. Ao contrário, ao invés de uma extinção, Winnicott diz que o espaço de transicionalidade tende a se difundir por toda experiência cultural. Na verdade, há uma continuidade entre “o uso da criança deste primeiro objeto e o uso posterior que o adulto faz da tradição cultural[...]Mas, diferente dos mais

⁹⁰ Agressão esta que, para o autor, é sinônimo de ação criativa. Para o autor a agressividade e a ação motora são impulsos vitais que visam alterar criativamente o mundo externo, mostrando ao eu sua potência na transformação e dando consistência ao sentimento de continuidade da existência, ou simplesmente ao sentimento de sentir-se real. Isto se dá pela própria resistência do mundo e dos objetos, que ao mesmo tempo são também relativamente complacentes ao esforço motor (cf COSTA, 2004).

sofisticados objetos culturais posteriores[...]o objeto transicional é essencialmente idiossincrático e incompartilhável”(PHILLIPS,1988, pg. 115).

O espaço potencial é consequência do afastamento materno e simboliza um campo onde o esforço de separação entre o mundo interno e o mundo externo é deixado de lado, constituindo um espaço de “repouso psíquico” para o ser humano. Nesse espaço de transicionalidade pode se colocar objetos que representam a mãe em afastamento, mediando esse afastamento e impedindo que a separação mãe-bebê seja vivida como uma separação total.

A psicose é, para Winnicott, a incapacidade de fazer uso do espaço potencial. A produção da fantasia, que na saúde se superpõe à realidade, ou não se mostra ou quando se mostra aparece como delírio, porque é realidade psíquica não compartilhada. A falha no espaço potencial significa uma resposta à demanda do mundo, que corresponde a uma experiência apenas interna, vivida subjetivamente. Essa incapacidade de partilhar e fazer uso de objetos que podem ser suporte de realidades internas e externas é o ponto de desequilíbrio dos psicóticos. O psicótico conserva a onipotência da fantasia infantil, sem transformá-la, de maneira persistente, em ação compartilhada no mundo.

Quando é possível para a criança usufruir de um espaço potencial, em que falhas ambientais de adaptação às suas necessidades não foram significativas, onde não houve intrusão ou indiferença do ambiente, ou se não houve retaliação ao gesto agressivo-criativo do sujeito, é possível a constituição de um *self*. O *self* winnicottiano representa a experiência de sentir-se real, de sentir-se o mesmo na passagem do tempo, e de sentir-se confiante na sua capacidade criativa face ao ambiente.

Cristopher Bollas ((1992), em “A sombra do objeto – psicanálise do conhecido não pensado”, propõe que antes do estabelecimento dos objetos transicionais, o bebê estabelece uma relação com o que ele chama de “objeto transformacional”. Em resumo, ele afirma que a mãe ou

seu substituto transmite para a criança “por meio do seu idioma próprio de maternagem, uma estética do ser que se torna uma característica do self do infante” (idem, pg. 27). O processo de cuidados maternos produz na criança a percepção pré-linguística, isto é, não representacional, de transformações no *self*, entendido como uma herança em potencial. Essas transformações do *self* permitidas pelo suporte e manejo maternos são, então, um vivido que produzirá um padrão de busca do sujeito por objetos (pessoa, lugar, acontecimento) que seriam como promessas de mutação do *self*, isto é, um objeto “como um transformador ambiente-somático do sujeito”. Para Bollas, o adulto busca objetos que signifiquem transformações do *self*, em função dessas primeiras experiências transformacionais, sendo signo de uma promessa de mudança, gerador de uma esperança de mutação. Nesse sentido, o objeto transformacional é marca de um processo que significou para a criança e significa para o adulto, um campo experiencial de estar sendo alterado pelo meio, porque foi um vivido que constituiu as primeiras experiências do sujeito. Entretanto, nem todas as experiências desse tipo são positivas. Experiências de mutação insatisfatórias na infância marcam uma tendência a buscar a repetição das vivências traumáticas, porque, segundo Bollas: “por meio destas, recordam-se existencialmente de suas origens” (idem, pg. 32). Mas, além disso, diversas configurações psicopatológicas podem, através da busca e relacionamento com o objeto, tentar restaurar o processo transformacional dando-lhe um novo sentido.

Penso que a noção de objeto transformacional tem o valor teórico de enfatizar o ambiente maturacional e apontar para um aspecto que vemos reiteradamente nos serviços da reforma, o retorno ao lugar onde a esperança está novamente disponível. Podemos traduzir esperança como a promessa de um encontro com um objeto transformacional.

Winnicott no seu trabalho de 1945, “Desenvolvimento emocional primitivo”(1993), diz que seu objetivo é apresentar sua tese de que o “desenvolvimento primitivo do bebê, antes de o bebê conhecer a si mesmo[...]é vitalmente importante: e, de fato, que aí se encontra o

esclarecimento na psicopatologia da psicose”(idem, pg.274). Ele defende a idéia de que os processos de integração, personalização e realização, ou seja, apreciação do tempo, espaço e outras propriedades da realidade, são momentos da vida do bebê que definem a estruturação psicótica. A presença de si mesmo, isto é, do *self*, habitando o próprio corpo não é um dado, um processo que ocorrerá independente de uma série de fatores, Ao contrário, dependerá do ambiente. Ao falar de uma paciente psicótica em análise com ele, diz que ela “vivia dentro de sua cabeça a maior parte do tempo, atrás dos olhos[...]Não sentia a própria personalidade como localizada no corpo, que era como uma máquina complexa que ela tinha de dirigir com habilidade e cuidado conscientes” (idem, pg. 275).

A possibilidade de desintegração da personalidade é consequência do fracasso “ou atraso” na integração primária. O estado de não integração infantil, normal e saudável, é a base para a desintegração. Não integração e desintegração são fenômenos distintos. O primeiro remete a possibilidade de relaxamento, como fruto de uma vivência não integradora tranqüila que o ambiente adequado possibilitou. O segundo remete à patologia e à vivência de não integração perturbada pelo ambiente. A psicose também remete a problemas na personalização, decorrência de falhas no período. Em “Conseqüências da psicose parental para o desenvolvimento emocional da criança” (2007), Winnicott distingue as psicoses e descreve-as de uma maneira a mais próxima possível da linguagem comum, sem perder a precisão da descrição:

Se examinarmos os indivíduos esquizóides, encontraremos neles uma distinção imprecisa da fronteira que separa a realidade interior da exterior, as concepções subjetivas das percepções objetivas. Examinando mais, encontraremos no paciente sentimentos de irrealidade. Os indivíduos esquizóides fundem-se com outras pessoas e coisas com mais facilidade que os indivíduos normais, e tem mais dificuldade de sentirem-se separados enquanto indivíduos. Além disso, percebemos uma certa fraqueza de integração entre ego e corpo. O trabalho de parceria entre psique e soma é falho, e os limites da psique por vezes não correspondem

exatamente aos do corpo. Por outro lado, os processos intelectuais tendem a correr à solta. Os esquizofrênicos não tem facilidade de entabular relacionamentos nem de mantê-los, quando os objetos desses relacionamentos são externos, isto é, reais no sentido usual do termo (WINNICOTT, 2007, pg.107).

Winnicott ressalta que, fundamentalmente, pelo menos em algumas das análises conduzidas por ele, o problema da psicose se baseia numa “falta essencial de relação verdadeira com a realidade externa”(idem, pg.279). É importante salientar que a suposta naturalidade da realidade externa é desmistificada pelo autor, que afirma que este é um passo extremamente complexo, e que “nunca é dado e estabelecido de vez”(idem, ibidem). As dificuldades da transferência com os psicóticos, segundo o autor, é causada por esse problema.

A realidade externa para Winnicott não remete a qualquer idéia semelhante a uma referência absoluta a um objeto dado na natureza. Não encontramos em Winnicott um critério de realidade do tipo correspondentista, ou seja, uma verdadeira correspondência idéica ao objeto em si, um dado natural. Para Winnicott, a realidade externa nasce de uma experiência infantil comum, a amamentação. Há um encontro entre um bebê faminto e uma mãe que deseja ser “atacada”.

Estes dois fenômenos não entram em relação um com o outro até que a mãe e a criança *vivam uma experiência juntos*. A mãe, por ser madura e fisicamente capaz, tem que ter tolerância e compreensão, de forma que é ela quem produz uma situação que, com sorte, pode resultar no primeiro laço feito pelo bebê com um objeto externo, um objeto que é externo ao *self* do ponto de vista do bebê (WINNICOTT, 2007, pg.279).

A possibilidade desse encontro produz uma ilusão no bebê. Ele necessita algo que, ao invés de ser alucinado, aparece na realidade trazido pela mãe. A sobreposição entre o criado e o encontrado possibilita a construção da realidade. O seio com sua consistência, cheiro, gosto e visão, encontrado no momento em que o bebê está a ponto de aluciná-lo, é a experiência

fundamental que servirá para enriquecer a vida do bebê com pedaços da realidade. A capacidade que o sujeito possuirá de se relacionar com a realidade é proporcional a “quantidade de ilusão que foi experimentada e, portanto, do quanto esse mundo auto-criado foi capaz ou incapaz de usar objetos percebidos do mundo externo como material”(idem, pg. 280). A alucinação e a apresentação do objeto criam a ilusão, experiência crucial para que a superposição do que é criado com o que é encontrado constitua a trama com a qual se tecerá a realidade externa. Sem a ilusão não existe a possibilidade de constituição de uma relação entre o psiquismo e o mundo.

Para que esta ilusão:

[...]se produza na mente do bebê, é necessário que um ser humano se dê ao trabalho de trazer o tempo todo o mundo até o bebê de forma compreensiva de maneira limitada, adequada às necessidades do bebê. Por esta razão, um bebê não pode existir sozinho, psicológica ou fisicamente, necessitando realmente de uma pessoa que cuide dele no início (op.cit., pg. 281)

Em “Psicose e cuidados maternos”(1993), escrito em 1952, Winnicott reitera o que foi dito acima ao afirmar que: “A saúde mental, portanto, é um produto do cuidado contínuo que torna possível uma continuidade do crescimento emocional” (idem, pg. 377). Este cuidado contínuo que Winnicott se refere é apenas a atenção da mãe comum, que tem uma capacidade de adaptação às necessidades do bebê, extremamente bem organizada. Ele chama essa capacidade de “devoção”, negando, entretanto, qualquer conotação sentimentalista ao termo. Pode-se entender devoção como aquela capacidade da mãe em introduzir gradualmente a realidade externa ao bebê, através do jogo contínuo de ilusão-desilusão mencionado, e que se bem estruturado no seu início, permite à criança criar um meio ambiente pessoal semelhante ao ambiente compartilhado. Interessante observar que Winnicott utiliza o termo “suficientemente semelhante” para falar da realidade externa, isto é, ele não acredita num compartilhamento integralmente semelhante. A

saúde mental é um entre-jogo permanente do interno e do externo, ou em outras palavras, de um uso do espaço potencial que é sempre idiossincrático. Em sua visão, uma adaptação completa à realidade dada, isso sim, significa doença mental, pois traduz uma incapacidade de estar em contato com o singular de cada um⁹¹.

A psicose nesse trabalho é a “indulgência especial com relação a esta área intermediária” com que o indivíduo posiciona-se no mundo, estando relacionada ao desenvolvimento emocional primitivo ou precoce. Há, entretanto, em Winnicott uma gradação entre a psicose e a normalidade. Para ele, essas “doenças psicóticas não representam mais que exageros aqui e ali, não implicando qualquer diferença essencial entre a sanidade e a insanidade” (idem, pg. 382). Ele percebe no desenvolvimento infantil comum os fenômenos que se repetirão na esquizofrenia e estados esquizóides, vendo estas como “defesas organizadas contra a confusão e a não integração”(idem, pg. 379). Psicose para ele, significa uma defesa contra a angústia da não integração, a qual ele chama de “agonia primitiva”, uma distorção defensiva utilizada pela criança para se defender do fracasso de uma ativa adaptação suficientemente boa. Estas agonias primitivas ele apresenta-as como fenômenos subjetivos: ficar em pedaços; cair para sempre; sentir ausência de relação com o corpo; ter ausência de orientação; e sentir-se em isolamento completo por não existir qualquer meio de comunicação (cf. ABRAM,1996, pg. 31). Essas vivências são angústias “impensáveis”, isto é, não podem ser concebidas ou integradas na experiência de continuidade de ser do bebê por constituírem-se em ameaças de aniquilação, isto é, ameaças ao núcleo do *self*.

Poderíamos dizer que o self central é o potencial herdado que experimenta a continuidade do ser, adquirindo, ao seu próprio modo e

⁹¹ Cristopher Bollas cunhou o seguinte termo para esse tipo específico de adoecimento: “normose” (Bollas, 1992).

num ritmo particular, uma realidade psíquica e um esquema corporal característicos. É necessário levarmos em consideração o conceito de isolamento desse self central como uma característica da saúde. Qualquer ameaça a esse isolamento do verdadeiro self transforma-se em uma tremenda ansiedade nesse estágio inicial. As defesas do princípio da infância surgem com as falhas maternas(ou dos cuidados da mãe) para rechaçar as intrusões que podem ameaçar o isolamento (WINNICOTT, in ABRAM, 1996, pg 31).

Da mesma maneira, nos quadros paranóides, ele percebe um estado normal anterior, no período de integração, na qual a criança vive um momento paranóide em função da fragilidade do *self* face ao ambiente que, entretanto, torna-se neutralizado se houver um suporte estável, suficientemente bom.

É interessante notar, que Winnicott possui uma visão próxima a que poderíamos chamar de teoria não realista em relação à doença mental. Citando Rickman, ele diz: “Doença mental consiste em não ser capaz de encontrar alguém que possa aturá-lo” (RICKMAN, in WINNICOTT, 1990, pg. 196). Sua concepção de transtorno mental é descrita em termos de uma configuração subjetiva que se organiza do encontro de um sujeito face ao ambiente, e que são configurações cambiantes, seguindo uma gradação num *continuum* que vai da neurose à esquizofrenia, com a depressão ocupando o espaço intermediário, negando a possibilidade do termo “doença” ter o mesmo sentido na medicina e na psiquiatria. Nesta, há todo de tipo de superposição, gradação e variação de padrões.

Afirma:

[...]pois doenças mentais não são como tísica, febre reumática ou escorbuto. São padrões de conciliação entre êxito e fracasso no estado do desenvolvimento emocional do indivíduo[...]Permitam-me ressaltar o fato de que doenças mentais não são doenças; são conciliações entre a imaturidade do indivíduo e reações sociais reais, tanto apoiadoras quanto retaliadoras. Neste sentido o quadro clínico da pessoa mentalmente doente varia de acordo com a atitude ambiental, mesmo quando a doença no paciente permanece fundamentalmente inalterada (op.cit., pg. 200).

O papel do ambiente no cuidado a doença mental, portanto, é para Winnicott crucial nas formas graves de adoecimento. A provisão ambiental suficientemente boa de uma instituição, quando feita de modo sutil e com a implicação real de seus terapeutas permite ao sujeito uma nova chance de integração e personalização. Se a neurose é mais adequadamente tratada num consultório, a psicose é melhor atendida num local onde ocorra possibilidade de viver a provisão.

Para Winnicott as pessoas comuns podem ter uma aproximação do mundo esquizofrênico, isto é, fazer uma idéia do que se passa nesse estado através da vida cultural. Curiosamente, ele pensa que a vida cultural normal oferece um exemplo, pálido que seja, de como é a vida mental esquizofrênica(cf. Winnicott, 1990, pg. 202). Certamente, ele se refere ao fato da cultura pertencer ao espaço potencial, com muito da vida interna dos sujeitos, assim como no esquizofrênico o mundo subjetivo parece estar mais exposto.

Em “O Medo do Colapso”(2007), escrito em 1963, Winnicott explica que em alguns pacientes, não somente psicóticos, o sentimento de um medo desse tipo é suficientemente prevalente para que o levemos em consideração. Ele diz que significa o fracasso de uma organização defensiva. Colapso aqui pode ser traduzido como um estado psíquico “impensável”, que subjaz à organização da defesa. Se nas neuroses a defesa diz respeito à castração, nas psicoses trata-se do colapso do estabelecimento do *self* integrado. Assim: “O ego organiza defesas contra o colapso da organização do ego e é esta organização a ameaçada. Mas o ego não pode se organizar contra o fracasso ambiental, na medida em que a dependência é um fato da vida”(idem, pg.71). O aparente paradoxo pode ser desfeito se entendemos que sua idéia explicita o fato de que o colapso realmente já aconteceu na vida do sujeito. O acontecido não foi experienciado pelo ego porque este não era organizado, mas como o bebê e o ambiente experimentam uma vivência comum no início da vida, o acontecido se deu no ambiente. O

acontecido não experienciado pelo ego, ou *self*, significa que ele foi experienciado pelo sujeito-ambiente, pelo par indivisível do sujeito imerso no ambiente. O medo do colapso atual é uma atualização da experiência original da agonia primitiva. Esta agonia “não pode cair no passado a menos que o ego possa primeiro reuni-la dentro de sua própria e atual experiência temporal e do controle onipotente agora” (idem, pg.73). Winnicott (2007) enumera as agonias primitivas e as respectivas defesas que estão em jogo nesse processo:

1. Retorno a um estado não integrado (Defesa: desintegração).
2. Cair para sempre (Defesa: sustentar-se/self-holding)
3. Perda do conluio psicossomático, fracasso da personalização (Defesa: despersonalização).
4. Perda do senso de real (Defesa: exploração do narcisismo primário, etc.).
5. Perda da capacidade de relacionar-se com objetos (Defesa: estados autistas, relacionados apenas a fenômenos do self).

Essas agonias primitivas mostram, para Winnicott, que o que descrevemos clinicamente é sempre uma organização defensiva. Para ele:

[...] é errado pensar na enfermidade psicótica como um colapso; ela é uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva, e é geralmente bem sucedida (exceto quando o meio ambiente facilitador não foi deficiente, mas sim atormentador, que é talvez a pior coisa que pode acontecer a um bebê humano). (idem, pg.72).

Em “A Psicologia da loucura: Uma contribuição da psicanálise” (2007), trabalho de 1965, Winnicott radicaliza suas idéias sobre as psicoses. À pergunta hipotética: todo bebê é louco? Ele responde que não, ao mesmo tempo em que, afirma ser necessário deixar a porta aberta para formulação de uma teoria “em que uma certa experiência de loucura, seja o que for que isso possa significar, é universal” (idem pg. 96). Se o medo do colapso é produto de um colapso que

já aconteceu, o mesmo pode ser dito sobre a loucura. O paciente busca recordar a “loucura original”, mas, como foi dito, essa experiência ocorre em um momento anterior à organização do ego, antes, portanto, que houvesse a capacidade de “abstrair experiências que foram catalogadas a apresentá-las para uso em termos de lembrança consciente” (idem, pg. 98). É uma experiência do sujeito não acessível à lembrança. Ela só pode ser vivida no presente e não lembrada no sentido estrito do termo. Por isso, o papel do terapeuta é proporcionar um setting que possibilite ao sujeito chegar o mais próximo disso que Winnicott está chamando de loucura. E afirma: “o colapso não é tanto uma enfermidade quanto um primeiro passo no sentido da saúde” (idem, pg.99).

É nessa direção de pesquisa sobre a esquizofrenia que autores como Ronald Laing (1978) se apropriaram de parte das idéias winnicottianas. No artigo mencionado acima, Winnicott (2007) saúda Laing e seus colaboradores porque: “..estão chamando nossa atenção para a maneira pela qual a esquizofrenia pode ser o estado normal de um indivíduo em crescimento ou que cresceu em um meio ambiente dominado por pessoas com traços esquizofrênicos”(idem, pg.97). Mas, faz a ressalva de que, apesar do material clínico convincente, Laing falha:

[...]em levar a lógica de sua atitude a uma consideração da mesma coisa em termos do relacionamento parento-filial no período de dependência absoluta ou quase absoluta. Estendesse ele seu trabalho nessa direção, descobriria que o que está apresentando é ainda mais verdadeiro, e chegaria perto de efetuar um enunciado importante com referência à etiologia da esquizofrenia (idem, pg.97).

De fato, Ronald Laing (1978), em “O eu dividido- estudo existencial da sanidade e da loucura”, procura aproximar sua leitura fenomenológico-existencial da escola britânica de psicanálise, principalmente de Winnicott. Sua abordagem das psicoses é marcadamente influenciada pelas idéias sobre o falso e o verdadeiro *self* e sua relação com o mundo externo.

Talvez seu principal livro seja uma das melhores aplicações da teoria winnicottiana ao estudo clínico das psicoses, mais especificamente da esquizofrenia. Winnicott lhe escreveu uma carta em 1958 em que mostra um grande entusiasmo pelo manuscrito do livro que Laing lhe enviara. Ele diz: “Após lê-lo, tentei lhe telefonar, de tão entusiasmado que estava. Acho que meu entusiasmo se deve ao fato de o senhor fazer uso do tipo de coisa que acho importante. O senhor é certamente muito generoso em suas atribuições” (WINNICOTT, 1990, pg. 103).

Laing concebe a psicose em termos de uma “insegurança ontológica”, ou seja, de uma incapacidade do sujeito psicótico de derivar uma posição existencial segura, e as defesas que erige para lidar com as ansiedades⁹² que tal incapacidade produz. Sua aproximação de Winnicott é evidente:

O nascimento biológico é um ato definitivo, onde o organismo infantil é precipitado no mundo[...]Em circunstâncias normais o nascimento físico de um novo organismo vivo inaugura no mundo processos rapidamente progressivos, por meio dos quais, dentro de um espaço de tempo surpreendentemente curto, a criança se *sente* real e viva, uma entidade, com continuidade no tempo e localização no espaço. Em suma, o nascimento físico e a sensação de vida biológica são seguidos do nascimento existencial do bebê como ser real e vivo (LAING, 1978, pg. 43).

É o modelo da segurança ontológica, cuja incapacidade significa sensação de irrealidade, uma dúvida quanto a sua identidade e autonomia, com dificuldade em se diferenciar do mundo sem experienciar a própria continuidade no tempo, e “talvez sinta seu eu parcialmente divorciado do corpo” (idem, ibidem). Laing reitera todos esses elementos do mundo psicótico ao falar do relacionamento que o sujeito estabelece consigo mesmo em que, ao não possuir uma unidade

⁹² Laing caracteriza três formas de ansiedade psicótica: absorção, que é o temor de perda de identidade ao se relacionar com o outro; implosão, que é a vivência terrorífica do que Winnicott chama de invasão do ambiente; e petrificação, que poderíamos entender como temor real de coisificação ou objetificação de si (cf. LAING, 1978, pg.48).

integral de si, vivencia-se como um *self* “desencarnado”, isto é, dividido radicalmente em mente e corpo, e profundamente identificado com a mente. Entendemos mente aqui no sentido que lhe dá Winnicott. Esse *self* desencarnado, por sua vez, é organizado como um sistema de “*falsos selves*”, cujo objetivo é se relacionar de forma artificial com o mundo, como um estranho, enquanto o “*self interior*” apenas observa e fantasia, sem qualquer tipo de gratificação ou expressão. Para Laing, a base etiológica da psicose estava no isolamento cada vez maior do *self interior* ou verdadeiro, que sem expressão não pode sentir-se real. Como mostra Laing, ao relatar o caso de um paciente:

Este equívoco não podia ser infinitamente sustentado, já que o sentido de identidade exige a existência do outro por quem a pessoa é conhecida; e uma conjugação de reconhecimento da outra pessoa com o próprio auto-reconhecimento. É impossível viver infinitamente sadio tentando apartar-se de todos os outros e desligar-se de grande parte de seu próprio ser (idem, pg. 153).

O *self* verdadeiro, não podendo criar meios de acesso ao mundo de forma objetiva, numa dialética entre o eu e o outro, torna-se volátil, empobrecido, cada vez mais irreal e, para Laing, “carregado de ódio, medo e inveja”. Nesse ponto discordamos de Laing. Se seguirmos as formulações winnicottianas o *self* verdadeiro é a potencialidade da vida, que quando expressa pode ser em forma de agressividade, mas não parece teoricamente possível “sentir ódio, medo e inveja”. Esses são sentimentos pertencentes ao eu ou ao falso *self*. Entretanto, em suas formulações mais gerais Laing propõe uma etiologia da psicose interessante, quando fala em seu isolamento radical.

3.5- Winnicott e Lacan: algumas aproximações

Existem pontos discordantes entre Winnicott e Lacan no que tange as teorias de sujeito e relação sujeito-objeto, bem como à possível causalidade das psicoses. Entretanto, ao investigar as aplicações das idéias lacanianas ao contexto institucional pudemos vislumbrar aproximações entre os dois autores que gostaríamos de ressaltar.

Tanto um quanto outro tem visões parecidas quanto ao desencadeamento do quadro. Em Lacan, aparece a injunção de um fator terceiro que desequilibra o jogo de identificações binárias que estabilizavam precariamente o sujeito. A injunção do Um-pai pede um significante que o sujeito foracluiu. Em Winnicott, ocorre uma demanda da realidade compartilhada em que o sujeito não consegue responder em função da falha no espaço potencial, de onde se espera um espaço comum, uma sobreposição do espaço do *self* com o espaço de outros *selves*. Nos dois autores vemos uma espécie de fratura na relação com o meio quando o sujeito é solicitado a dar uma resposta que significa, tanto num como noutro, laço social. Por outro lado, se em Lacan é o real que invade o sujeito dada a impossibilidade de simbolização de um aspecto fundamental, que permanece solto, sem enlaçamento possível e, portanto, sem conseguir a “amarração” dos campos do imaginário, simbólico e real; em Winnicott é o “real” das agonias primitivas que ameaçam o sujeito na forma da desintegração e despersonalização. O termo real aqui empregado significa simplesmente que ao descrever as agonias primitivas, Winnicott serve-se de elementos que remetem ao corpo infantil sem apoio do meio, ao qual ele próprio refere como “impossível de ser descrito”. Os dois autores concordam quanto a um *continuum* entre neurose e psicose, pelo menos no “último Lacan”, e também na proximidade entre loucura e normalidade, ou melhor, na diferença não tão grande entre um posicionamento subjetivo e outro.

Da mesma forma, a estabilização em Lacan se dá quando o sujeito metaforiza uma crença delirante, transformando-a em ponto de amarração da identidade. Outra forma de estabilização

ocorre com a produção de objetos concretos que sirvam como significantes a-semânticos identitários. Em Winnicott, a estabilização ocorre pela possibilidade de reconstrução do espaço potencial, isto é, pela produção de objetos transicionais que apontem para o sujeito um lugar de descanso psíquico, onde o eu e o não eu não precise ser reiteradamente separado. O ponto de apoio integrador e personalizador da identidade, se dá quando o sujeito pode vivenciar a não integração de forma confiável, em que ele pode tentar “ser” ou “nascer de novo” a partir de um meio facilitador. O ser aqui é tributário de uma expressão do *self* verdadeiro num meio ambiente que acolha o gesto espontâneo, de um sujeito que se reconheça como real ao produzir esse gesto, por meio da produção de objetos, de um gesto, de uma palavra que seja dele. Em suma, a criatividade winnicottiana é similar à formulação lacaniana da “palavra plena”.

É importante sublinhar o que Winnicott chama criatividade e seu lugar no mundo:

Se existe um verdadeiro potencial criativo, podemos esperar encontrá-lo em conjunto com a projeção de detalhes introjetados em todos os esforços produtivos, e devemos reconhecer a criatividade potencial não tanto pela originalidade de sua produção, mas pela sensação individual de realidade da experiência e do objeto (idem, pg.130).

A importância do objeto produzido recai não sobre seu valor estético-cultural, mas seu potencial de estabelecer a concretude da experiência da continuidade do ser, a capacidade de sentir-se real, isto é, integrar-se e personalizar-se, responsável, segundo o autor, pela sensação de não estar enlouquecendo.

Do ponto de vista institucional, os novos serviços, nas suas melhores formulações, podem ser descritos como ambientes confiáveis para os sujeitos psicóticos. São locais em que o ambiente atua como receptáculo para as experiências de regressão psíquica, sem retaliação, em que o

sujeito pode vivenciar a desintegração, acompanhado de um ou vários terapeutas, que lhe darão suporte e garantia de que continuarão ali. A estabilidade, permanência e regularidade do ambiente winnicottiano caracterizam esses espaços. A segurança poderá se estabelecer porque na instituição ele amplia a capacidade de confiar, dada a multiplicidade de indivíduos oferecendo o suporte adequado e ampliando sua autonomia em função da ampliação de laços sociais.⁹³

Além disso, são serviços que possuem duas características fundamentais descritas por Winnicott, a provisão de objetos transicionais, e a capacidade de resiliência, isto é, de suportar o ataque do sujeito sem ser destruído, sem alterar a relação desse espaço com o sujeito em suas características fundamentais, exceto quando o sujeito o permite e deseja, utilizando o que tem a sua disposição como objetos transformacionais.

Nos serviços as inúmeras oficinas, mas também as consultas e entrevistas, reuniões e assembléias, encontros para trabalho, lazer e expressão, são a indicação de que além do ambiente ajustado, os objetos produzidos recebem uma significação. Essa significação pode ser descrita de duas formas. A primeira é a construção em si de algo que não exija uma explicação que inclua uma distinção mundo interno-mundo externo. Não está em discussão o valor no mercado ou o significado explícito daquele objeto. Importa como elaboração imaginativa que será recebida e terá um lugar naquele ambiente. Esse objeto, como qualquer outro do ambiente humano, se insere como oportunidade de criação de um objeto transicional, dentro de um espaço potencial. Se acreditamos em Winnicott, na sua descrição da psicose como falha na construção do espaço potencial, então podemos ver que os objetos produzidos podem ser, independente da significação lingüística dada, elementos de restauração e construção de espaços potenciais. Espaços de descanso psíquico e de elaboração da continuidade da existência. Três elementos são importantes

⁹³ Ver GUTTMAN e VERTZMAN (2006).

na formulação da continuidade da existência: a capacidade para estar só, a possibilidade de investimentos em objetos do mundo e a constituição do espaço transicional.

A outra significação é de que esses objetos são também objetos reparadores, no sentido de serem restituições materiais e simbólicas que esses sujeitos dão ao mundo. Se a reparação é fundamental para o preparo de novas ações criativas, modificações no mundo compartilhado, então esses objetos são as “dádivas simbólicas” ressaltadas por Winnicott como cruciais na restauração da capacidade de agir.

Vale a pena citar a idéia de Winnicott sobre instituição para psicóticos, tal como foi dito em seu trabalho “Os doentes mentais na prática psiquiátrica” (1990):

“Contudo os distúrbios mais insanos ou psicóticos se formam na base de falhas da provisão ambiental e este pode ser seu trabalho de assistência social psiquiátrica, seu trabalho com os casos. O que você se encontra provendo, em seu trabalho, pode ser descrito da seguinte maneira:

Você se dedica ao caso.

Você aprende a saber como é se sentir como seu cliente.

Você se torna digno de confiança para o campo limitado de sua responsabilidade profissional.

Você se comporta profissionalmente.

Você se preocupa com o problema do seu cliente.

Você aceita ficar na posição de um objeto subjetivo na vida do cliente, ao mesmo tempo em que conserva seus pés na terra.

Você aceita amor, e mesmo o estado de enamorado, sem recuar e sem representar sua resposta.

Você aceita o ódio e o recebe com firmeza, ao invés de como vingança.

Você tolera, em seu cliente, a falta de lógica, inconsistência, suspeita, confusão, debilidade, mesquinhez, etc e reconhece todas essas coisas desagradáveis como sintomas de sofrimento (Na vida particular as mesmas coisas o fariam manter distância).

Você não fica assustado nem sobrecarregado com sentimentos de culpa quando seu cliente fica louco, se desintegra, corre pela rua de camisola, tenta suicídio, talvez com êxito. Se você é ameaçado de assassinato, chama a polícia não só para proteger a si mesmo, mas também ao cliente. Em todas essas emergências você reconhece o pedido de socorro de seu cliente, ou um grito de desespero por causa da perda de esperança nessa ajuda.

Em todos esses aspectos você é, em sua área profissional limitada, uma pessoa profundamente envolvida com sentimentos e ainda assim, à distância, sabendo que não tem culpa da doença de seu cliente e sabendo os limites de suas possibilidades de alterar a situação de crise. E se você pode controlar a situação, há a possibilidade de que a crise se resolva sozinha e então será por sua causa que o resultado foi alcançado” (idem, pg.205-206).

Talvez não haja melhor definição para um trabalho num Caps do que essa.

3.6- Duas vinhetas clínicas: contribuições winnicottianas

Gostaria de apresentar alguns resumos de casos clínicos escritos em publicações brasileiras sobre psicanálise e instituições. Meu objetivo é refazer esses relatos e, em seguida, produzir alguns deslocamentos, isto é, pequenas tentativas de redescrições clínicas utilizando outras ferramentas. Procurarei, fundamentalmente, enfatizar elementos da teoria que me apraz, a winnicottiana, para apontar praticamente uma forma de apresentação e entendimento de casos, alternativos ao já conhecido. A finalidade é, tão somente, ampliar a possibilidade descritiva do cotidiano clínico dos serviços, com base na psicanálise, não se tratando, portanto, de uma crítica à construção do caso, ao relato ou ao manejo que foi dado com base na teoria lacaniana. Escolhi dois casos clínicos de psicose que foram tratados de maneira muito eficiente pelos colegas, com todo rigor teórico, técnico e ético. Além disso, são casos muito bem escritos e teorizados. Meu interesse é refletir, com base nos relatos, a partir de um outro ponto de vista, certamente correndo o risco de deixar algo de lado, pois não fui eu a acompanhar esses sujeitos. Mas, espero que essa tentativa seja vista como uma contribuição e não como uma franca objeção.

Em “A construção do caso clínico em saúde mental”(1999), Carlo Viganò visa recuperar a dimensão clínica nas instituições, em contraposição a uma assistência social para toda a vida como é proposta pelo entendimento que ele tem de reabilitação. Para evitar uma nova forma de

segregação com o fechamento dos manicômios, o que outros autores chamaram de “manicômio mental”, o autor propõe a “construção do caso clínico”. Diferente do caso social, que se baseia no discurso, do puro significante, dos instrumentos jurídicos e assistenciais, cujos operadores são os técnicos; o caso clínico envolve o objeto e o verdadeiro operador torna-se o próprio sujeito. A crise pode se tornar uma “chance analítica”, mas somente “na condição de que o momento clínico não seja comprimido pelo projeto terapêutico da equipe”(idem, pg. 53). Então, ao invés de interpretação deve-se buscar a construção da fantasia, que remete ao chamado “objeto psíquico”. Por construção devemos entender também o trabalho preliminar do ato analítico, e consiste em colocar o “paciente em trabalho, registrar os seus movimentos, recolher as passagens subjetivas que contam”, pelo qual o terapeuta é testemunha. Como exemplo ele cita o caso de um paciente psicótico jovem de um serviço de atenção diária de Belo Horizonte. Esse rapaz foge da instituição e dois membros da equipe decidem procurá-lo no centro da cidade. Encontram-no e ao invés de buscar levá-lo para o serviço, oferecem-lhe um sorvete e despedem-se dizendo um “até amanhã”. O paciente no dia seguinte retorna à instituição e começa a “trabalhar”. Não há interpretação, o que foi feito, segundo Viganò, foi uma construção, a qual “tende a construir o diagnóstico do discurso e não do sujeito”. Para ele o paciente estava preso a um discurso em relação ao Outro de ter que fugir. O paciente se perguntou o que os técnicos querem dele, fazendo um laço com estes, e se deslocando dentro do discurso. Antes ele “não estava no discurso, o seu Outro era somente os muros da Instituição”. Assim, sua conclusão é a de que: “*percebemos que não existimos para esse rapaz; para ele só existem os muros*. No segundo tempo, o projeto é: *vamos até a cidade procurá-lo e mostrar que nós existimos*” (idem, pg. 58). O que viabilizou o tratamento desse paciente foi a construção de um caso clínico, em que a teoria informava que esse paciente estava fora do discurso, numa relação com o Outro pela qual os terapeutas não existiam.

Talvez seja possível um entendimento do sucesso da abordagem desse paciente através de outra chave interpretativa. A primeira questão que coloco é que o que impedia esse paciente de ficar no serviço talvez não fosse a inexistência da equipe, e sua relação com o Outro, ou o discurso, em que havia apenas os muros da instituição e, portanto, ter de fugir do que o estava contendo. Penso que é, na verdade, o contrário, a equipe existia em excesso para ele, os terapeutas muitas vezes representam os papéis de perseguidores implacáveis, sendo necessário para o equilíbrio psíquico do psicótico construir uma defesa contra uma ameaça externa porque a angústia de vivenciar uma perseguição interna, ou o que Winnicott chamava de angústia impensável é insuportável. Menos ameaçador para o *self* pode ser fugir de um lugar cuja equipe é a perseguidora. Esse excesso do ambiente pode ser traduzido como uma atualização de um ambiente invasor, produtor da vivência de um nada aterrorizante, sendo a projeção uma defesa comum. Nesse sentido, o sucesso de fazer com que o paciente retorne à instituição pode ser entendido como um manejo adequado dessas angústias impensáveis. A equipe colocou-se como não invasora, ofereceu-lhe um presente, um sorvete, e convidou-o a ser acolhido novamente, dando ao paciente e a si mesma uma nova chance, uma esperança. O paciente pôde ser visto sem ser invadido. O que a equipe “disse” poderia ser traduzido como, em minhas palavras: “volte, e veja como não vamos invadir seu espaço, experimente estar num lugar em que você pode descansar e viver períodos de desorganização sem que nos voltemos contra você por isso. Nós suportamos sua agressão e desinteresse, suas fugas e seus retornos, nós agüentaremos o insuportável que é sua errância”. Talvez, ao invés de imaginar que o paciente tenha se perguntado: o que querem de mim? Devamos supor que ele tenha perguntado a si mesmo: Será que esse é um lugar em que posso relaxar, reparar algo, buscar construir algo que me transforme?

Não percebo que o paciente estivesse fora do discurso, se assim fosse qualquer coisa que fosse dita pela equipe poderia ser “lida” da forma mais imprevisível possível. O “até amanhã”

poderia significar qualquer coisa, uma ameaça, uma promessa, uma frase sem sentido, uma frase enigmática, uma despedida para um hoje que já se perdeu, etc. Se o paciente “leu” a frase como um convite, então ele se mostrou como um usuário razoavelmente competente da língua, logo ele não estava fora do discurso, ele simplesmente esperava do discurso ambiental uma garantia de não invasão. O convite foi percebido como uma promessa de que isso não aconteceria.

Se nesse caso a ênfase foi dada na construção do caso, portanto, antes do processo analítico em si, o caso que abordaremos agora irá tratar de, após a organização de um enquadre institucional adequado, acolhendo-o e protegendo-o, tomar o paciente em análise. Em “A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica”, Fernando Tenório (2001) descreve o caso de um paciente psicótico, jovem, doente há alguns anos, e com uma sintomatologia produtiva bastante variada e complexa. De difícil manejo, com várias internações, passagens ao ato, e que ao final de um laborioso processo de atenção psicossocial e acompanhamento analítico conseguiu uma estabilização. Essa passagem para a análise se dá quando o paciente em crise é atendido pelo terapeuta e diz que o que pensa tem “uma lógica”, e pede que um analista de verdade o escute. O trabalho psicanalítico deu-se como um desdobramento da atenção psicossocial, mas diferenciando-se dela. O paciente, Pedro, em determinado momento desenha e explica, de forma muito precisa, o que o perturba. Ele diz: “A pessoa realista não tem vínculo com os sonhos e a pessoa que vive na fantasia se afasta da realidade: esse é meu problema psicológico”(idem, pg. 144). O terapeuta explica que, de fato, a “fantasia” , como descrita no seu gráfico explicativo, tenta dar conta do que para ele é impossível circunscrever, organizar e conter pela linguagem. E que toma a forma de um gozo excessivo que o invade. Seguindo no seu trabalho analítico, em que uma produção escrita é entregue ao analista, Pedro sucumbe a uma nova crise. Nesta aparece um elemento novo e surpreendente, ele diz que as alucinações auditivas decorrem do seguinte: “É o ‘h’de homem que eu não tenho. Ou tenho fraco, sei lá” (idem, pg.145). Pergunta se um homem

pode “feminizar”, e que estava com medo de virar mulher. Em seguida deixou de comparecer às sessões e ouvia a voz do analista na cabeça. Entretanto, o paciente apresenta uma melhora e, certamente, é um caso bem sucedido de tratamento analítico num Caps.

Passemos à consideração teórica do caso. Para Lacan, a condição psicótica tem como efeito a produção de um “empuxo-à-mulher”, que significa, grosso modo, uma dificuldade inerente à assunção da subjetividade na psicose, isto é, por não ter inscrito o significante fálico, conseqüência da forclusão do significante paterno, o paciente encontra-se impossibilitado de assumir um lugar diante do outro, que represente a autoridade, a responsabilidade, ou um lugar viril, fálico. Ao não conseguir responder à injunção que se apresenta, desde esse ponto subjetivo ou lingüístico, sucumbe à desorganização psíquica. O Nome-do Pai como lei não inscrita e o significante fálico como faltoso na sua função de organizador do desejo, das trocas sociais e sexuais, implica que o Outro não é castrado e, portanto, torna-se invasivo sobre o corpo do sujeito, que sente o real não simbolizado como um excesso ao qual ele está submetido. Assim, a inscrição de sujeito está em xeque na psicose e torna-se um objetivo importante para os novos serviços, que mesmo sem conseguir atingi-lo muitas vezes, é capaz de estabilizar indivíduos no campo social.

Penso que, independente do excelente trabalho, um ponto da teoria winnicottiana poderia ser útil para pensarmos esse caso. Winnicott postula que na constituição do sujeito, no período de dependência absoluta, em que bebê e o ambiente são a mesma coisa, ocorre a constituição do ser e, com os cuidados de *holding*, a continuidade da existência tem seu lugar. Para Winnicott, o ser e a mãe (ou o seio), nesse momento teórico, são totalmente implicados um no outro, o que significa dizer, que existe um elemento feminino puro na constituição do ser. Esse elemento feminino puro pode ser integrado ao sujeito ou cindido, permanecendo como um elemento dissociado em maior ou menor grau, podendo vir a mostrar-se numa análise e na cultura de diversas maneiras. Ao lado

do elemento constitutivo do ser como feminino haveria, para Winnicott, um elemento masculino puro que se estabelece no momento da preocupação (concern), em que o outro aparece como distinto do eu. É o “fazer”, diferente de “ser”, que no elemento masculino está em jogo.

Se levarmos em consideração essa teoria, podemos entender de outra maneira o que se passou com o paciente Pedro. Talvez, no momento da análise, em que o laço transferencial tenha se estabelecido de uma maneira mais completa e dirigida, preferencialmente, a um só terapeuta, a dificuldade que todo sujeito psicótico possui de se colocar numa situação de dependência tenha se atualizado. O estado de dependência implica em reviver o momento de constituição do ser, quando se estabelece o elemento feminino. Se, podemos acreditar nessa hipótese, traduziremos o medo de “feminização” como a apercepção pelo sujeito da impossibilidade de se colocar diante de um outro que cuida sem viver isso como uma transformação na mulher. O elemento feminino cindido e não integrado é colocado no campo de experiências do psicótico de forma avassaladora, conseqüência do laço de dependência em que ele se vê no momento da transferência maciça que vivencia.

Daí, a extrema dificuldade que é colocar esses sujeitos em análise, e a maior flexibilidade de manejo quando vários técnicos estão envolvidos, e quando a instituição como um todo ambiental pode acolher a possibilidade de desagregação.

É interessante notar, que o trabalho realizado nos novos serviços envolvem uma gama de ações conduzidas por um amplo time de profissionais, com funções variadas e sobrepostas, diluindo a possibilidade de uma transferência maciça sobre um técnico, fortalecendo a equipe no processo difícil de agressão, regressão, desagregação a que os psicóticos estão envolvidos. Facilitando assim, o enlaçamento social através de produções lingüísticas e não lingüísticas, e a construção de identidades mais estáveis à medida que objetos concretos e crenças e desejos forjados pela linguagem se estabilizam num ambiente que os suportem.

Parece que disso decorre o sucesso dos novos serviços, independente da teoria que informa a construção dos casos. A psicanálise lacaniana foi um avanço importante para a clínica psicossocial, produzindo uma direção de tratamento muito significativa. Entretanto, talvez seja a hora de considerarmos outras teorias, para que a grande variedade de respostas clínicas possíveis, possa ser entendida e manejada de maneira cada vez mais rica e proveitosa para todos os que trabalham e freqüentam os serviços destinados à reforma psiquiátrica.

Considerações finais

Esse trabalho buscou entender a complexidade da reforma psiquiátrica brasileira através do estudo de suas origens histórico-conceituais. O objetivo principal foi compreender os diferentes modelos teóricos que sustentavam a prática nos novos serviços no que tange aos aspectos clínicos e sociais desse processo. Em outras palavras, queríamos investigar se, de fato, havia discordâncias quanto ao enfoque que deveria ser dado no trabalho efetuado pelas equipes de saúde mental que atuam nos serviços promovidos pela reforma. Foi confirmada a impressão inicial de que o campo reformista estava cindido entre aqueles que enfatizavam a dimensão clínica, seja ela psiquiátrica ou psicanalítica, e aqueles outros que davam maior relevo à dimensão sócio-cultural do problema. Além da divisão interna ao movimento tornou-se necessário estudar as críticas que certos atores do campo psiquiátrico faziam às idéias gerais da reforma e às ações dos serviços. Nessa concepção, cuja predominância de abordagem do sofrimento mental é baseado no modelo estritamente médico, o embasamento para a crítica está nos achados da neurociência e no corporativismo profissional.

No campo reformista, buscou-se estudar quais eram os argumentos teóricos utilizados para a sustentação dos diversos pontos de vista. Constatamos, com base nos estudos de Leal (1999), que o campo psiquiátrico brasileiro serve-se de basicamente três perspectivas diferentes.

A primeira se caracteriza pela abordagem do problema da doença mental a partir da crítica às perspectivas clínicas em geral. Essa perspectiva baseia-se em trabalhos teóricos cuja matriz encontra-se nos escritos de Foucault e Basaglia. Após esse estudo tornou-se claro que os autores que defendem essa perspectiva possuem uma visão reducionista da clínica negando abordagens que privilegiem uma descrição biológica e psicológica do adoecimento mental. Nesse sentido, esses autores curiosamente colocam-se ao lado daqueles que reduzem a abordagem do sofrimento mental apenas ao aspecto biológico, negando valor às descrições psicológicas e sócio-culturais. Esses dois campos se apresentam como pólos de um mesmo reducionismo, pois se na primeira perspectiva existe a suposição de que a verdade corresponde a uma única descrição do sofrimento humano, na outra perspectiva parece haver uma crença de que a loucura é uma entidade transcendente ao conhecimento humano, negando o valor empírico das diversas ações terapêuticas. Suas idéias de complexidade, além de não levarem em conta a biologia humana desconsideram o valor prático das tradições clínicas em prol da idéia de que a loucura é uma forma de vida que não deve ser examinada pela razão, pois isso seria um processo que reduziria seu potencial revolucionário. Na segunda perspectiva ocorre uma crítica à percepção anterior e uma valorização da clínica psicológica, no caso a psicanálise lacaniana enquanto uma matriz que organiza uma forma de pensar a assistência nos Caps. Entretanto, apesar de verificarmos que suas produções teóricas e ações práticas, enriqueceram muito a atuação dos profissionais nos novos serviços, vimos que eles adotaram uma visão monista da clínica. Não só deram pouca ênfase aos aspectos reabilitativos mais amplos, mas também passaram a definir os casos clínicos a partir de uma única perspectiva.

Em oposição às duas visões anteriores propomos uma abordagem clínica pluralista, negando tanto o reducionismo biológico, o sociológico quanto o psicanalítico. Nessa terceira perspectiva sobre o adoecimento mental e seu tratamento estudamos autores que lançam mão de

estudos da filosofia da mente, pragmatismo lingüístico e de uma perspectiva externalista do mental. Chegamos à conclusão de que essa abordagem permite que utilizemos diversas teorias para diferentes propósitos, negando a superioridade de qualquer abordagem sobre a outra, pois o que está em jogo é a capacidade que a teoria e a prática possuem de aumentar a capacidade normativa dos sujeitos. Não se considera uma verdade que corresponda a qualquer descrição única. As diversas descrições são apenas ferramentas que utilizamos para agir e alterar o ambiente ou o indivíduo nesse ambiente.

Propomos então que um novo autor para o campo reformista fosse estudado. Esse autor possui uma visão não cartesiana e externalista sobre o mental, e enriquece o tratamento das psicoses e outros problemas graves que são tratados nos Caps, pois apresenta conceitos que se articulam bem com o perfil dos novos serviços. As noções de objeto e espaço transicional, ambiente suficientemente bom, reparação, confiança e a ênfase que é dada no papel que um suporte contínuo e resiliente à agressividade e à desagregação podem ter sobre a subjetividade nos parece crucial para uma abordagem mais eficaz nos serviços, oferecendo um esquema de entendimento e atuação das equipes de saúde mental bastante adequada aos objetivos e a organização dos mesmos.

A escolha pela abordagem histórico-conceitual nos fez optar pelo estudo dos autores de base que sustentam os diversos pontos de vista. Percorremos os trabalhos de Foucault sobre a constituição da psiquiatria, assim como de autores que apresentavam visões alternativas ao dele, notadamente o trabalho de Gauchet e Swain, e descobrimos que no Brasil parte do movimento reformista baseia-se em concepções que não se sustentam teoricamente, pois estão marcadas por uma visão histórica datada. Entretanto, ao fazermos esse percurso histórico descobrimos que Foucault foi um autor fundamental para o movimento reformista mundial, influenciando através

de seu arcabouço crítico, diversas experiências contestatórias ao manicômio a nível mundial. Baseados nisso, percorremos estudos sobre os movimentos reformistas mundiais e seus desdobramentos atuais, com o intuito de verificarmos os avanços e impasses a que alguns países chegaram quanto ao processo de desinstitucionalização. Nossa ênfase foi no movimento italiano e suas conseqüências, pelo impacto que a Psiquiatria Democrática teve no Brasil. Estudamos em seguida, o processo de reforma psiquiátrica nesse país, sua história desde a implantação da psiquiatria no século XIX até os dias de hoje. Em seguida, estudamos as teses que norteiam o movimento brasileiro, as concepções de base, e os impasses a que somos levados se mantemos certos pontos de vista. Examinamos as dificuldades teóricas que permeiam o movimento brasileiro que decorrem da adoção de uma única perspectiva de abordagem. Procuramos estudar a corrente psicanalítica lacaniana aplicada ao serviços de atenção diária, com a intenção de entender como se articulam a clínica e o campo psicossocial mais amplo nesse grupo de estudos. Em seguida, após criticar a tentativa de propor uma única visão psicanalítica, apresentamos o que nos parece ser uma contribuição para o campo de estudos, a teoria winnicottiana.

Referências

ABRAM, Jan. **A linguagem de Winnicott**. Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro. Editora Revinter. 2000.

ALBERTI, Sônia e FIGUEIREDO, Ana Cristina. Apresentação. In ALBERTI, Sônia e FIGUEIREDO, Ana Cristina (orgs). **Psicanálise e saúde mental**. Uma aposta. Rio de Janeiro. Editora Companhia de Freud. 2006. pp 07 a 18.

AMADEO, Francesco; BECKER, Thornos; FIORITTI, Ângelo; BURTI, Lorenzo; TONSELA, Michele. Reforms in community: the balance between hospital and community-based health care. In KNAPP, Martin; McDAID, David; MOSSIALOS, Elias; THORNICROFT, Graham. **Mental health policy and practice across Europe**. European Observatory on Health Systems and Services. Open University Press. 2007. pp 235 a 249.

AMARANTE, Paulo(org.). **Loucos Pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro. SDE/ENSP. 1995.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 2003.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In AMARANTE (org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro. NAU Editora. 2003. pp 45 a 65.

ANDREOLI, Sérgio Baxter. Serviços de saúde mental no Brasil. In MELLO, Marcelo F.; MELLO, Andréa de A. F.; KHON, Robert. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre. Artmed Editora. 2007. pp 85 a 100.

BARRETO, Jubel. **O umbigo da reforma psiquiátrica**. Cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental. Juiz de Fora. Editora da UFJF. 2005.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada**: Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro. Editora Graal. 1985.

_____. **Escritos Selecionados:** em saúde mental e reforma psiquiátrica. Organização Paulo Amarante. Rio de Janeiro. Editora Garamond. 2005.

BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica.** História e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro. Editora Jorge Zahar. 1989.

BEZERRA Jr, Benílton. A Clínica e a Reabilitação Psicossocial. In PITTA, Ana (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo. Editora Hucitec. 2001. pp 137 a 142.

BEZERRA, Benilton. Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos. In BEZERRA Jr, Benílton e AMARANTE, Paulo (orgs). **Psiquiatria Sem Hospício:** Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro. Relume Dumará. 1992. pp 31 a 40.

BEZERRA Jr, Benilton. Winnicott e Merleau-Ponty: o *continuum* da experiência subjetiva. In BEZERRA Jr, Benílton e ORTEGA, Francisco (org.). **Winnicott e seus interlocutores.** Rio de Janeiro. Editora Relume Dumará. 2007. pp 35 a 65.

_____. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. In **Physis Revista de Saúde Coletiva.** Vol. 17. No. 2. maio-agosto 2007. pp 243 a 250.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada. In BEZERRA, Benílton e AMARANTE, Paulo (orgs). **Psiquiatria sem hospício.** Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro. Editora Relume Dumará. 1992.

BIRMAN, Joel e COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In AMARANTE, Paulo (org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 1994. pp 41 a 72.

BOLLAS, Cristopher. **A sombra do objeto.** Psicanálise do conhecido não pensado. Rio de Janeiro. Imago Editora. 1992.

BORGES, Camila F. e BAPTISTA, Tatiana W. de F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Vol 24 No.2. fev 2008. pp 456 a 468.

BOUSSEUR, Chantal. **Introdução à Antipsiquiatria**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. 1978.

BRENDEL, David H. **Healing psychiatry**. Bridging the science/humanism divide. Cambridge. MIT Press. 2006.

BURTI, L. Italian psychiatric reform 20 plus years after. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 2001. 104 (Suppl. 410) pp 41 a 46.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro. Editora Forense Universitária. 2000.

CASTEL, Robert. **A Ordem Psiquiátrica**: A idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro. Editora Graal. 1978.

_____. **A gestão dos riscos**. Da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro. Francisco Alves Editora. 1987.

CAVALCANTI, Maria T. **A Trama no Tear**: Sobre o tratar em psiquiatria. Rio de Janeiro. 1997. Tese (Doutorado em Psiquiatria e saúde mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ).

CHESTERS, Janice. Deinstitutionalisation: an unrealised desire. **Health Sociology Review** 14.3. Dec. 2005. pp 272.

COELHO, M. T. A. e ALMEIDA FILHO, Naomar de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro. Vol. 9 (2). Maio-ago. 2002. pp 315-333.

COSTA, Jurandir F. **História da Psiquiatria no Brasil**: Um corte ideológico. Rio de Janeiro. Editora Xenon. 1989, 4ª edição.

_____. **O vestígio e a aura**. Corpo e consumismo na moral de espetáculo. Rio de Janeiro. Editora Garamond. 2004.

_____. **A face e o verso**. Estudos sobre o homoerotismo II. São Paulo. Editora Escuta. 1995.

_____. Pragmática e processo psicanalítico: Freud, Wittgenstein, Davidson, Rorty. In **Redescrições da psicanálise**. Ensaios pragmáticos. Rio da Janeiro. Editora Relume Dumará. 1994.

_____. **O risco de cada um**. E outros ensaios de psicanálise e cultura. Rio de Janeiro. Editora Garamond. 2007.

_____. A travessia do inferno. Prefácio. In Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org). **Psicose. Aberturas da clínica**. Porto Alegre. Associação Psicanalítica de Porto alegre e Editora Libretos. 2007.

_____. Apresentação. In **Clínica da psicose**. Um projeto na rede pública. GOLDBERG, Jairo. Rio de Janeiro. Te Corá Editora e Instituto Franco Basaglia. 1996.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Sílvio. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In AMARANTE (org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro. NAU Editora. 2003. pp 13 a 44.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; SCHECHTMAN, Alfredo; WEBER, Renata; AMSTALDEN, Ana Ferraz; BONAVIGO, Elizabete; CORDEIRO, Francisco; PÔRTO, Karime; HOFFMANN, Maria Cristina C.; MARTINS, Rita; GRIGOLO, Tânia. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In MELLO, Marcelo F.; MELLO, Andréa de A. F.; KHON, Robert. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre. Artmed Editora. 2007. pp 39 a 84.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. O tratamento a partir da reforma psiquiátrica. In QUINET, Antônio (org). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro. Editora Rios Ambiciosos. 2001. pp 153 a 158.

DE PONTE, P. & HUGHES, G. Mental health care in London. **European Psychiatry**. Vol. 20. 2005. pp. 274-278.

DERRIDA, Jacques. Cogito e história da loucura. In Ferraz, Maria Cristina Franco (org). **Três tempos da história da loucura**. Rio de Janeiro. Editora Relume Dumará. 2001.

DESVIAT, Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ. 1999.

DRUMMOND, Cristina. Formas de desencadeamento. In Há algo de novo nas psicoses. **Curinga/Escola Brasileira de Psicanálise** – Minas Gerais. Belo Horizonte. 2000. pp 10 a 17.

DRUSS, Benjamin & ROSENHECK, Robert. Locus of mental health treatment in integrated service system. **Psychiatric Services**. Washington. Vol. 51 (7). 2000. pp.890-892.

FERREIRA, Cláudia Passos. Além das fronteiras da consciência – o *self* externalizado em Winnicott e Dennett. In BEZERRA Jr, Benílton e ORTEGA, Francisco (org.). **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro. Editora Relume Dumará. 2007. pp 66 a 89.

FERRY, Luc e RENAUT, Alain. **Pensamento 68**. Ensaio sobre o anti-humanismo contemporâneo. Editora Ensaio. São Paulo. 1988.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Reforma psiquiátrica e psicanálise: um novo *aggiornamento*? In QUINET, Antônio (org). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro. Editora Rios Ambiciosos. 2001. pp 93 a 96.

FILHO, Newton Valente. Reflexões acerca de um CAPS. In QUINET, Antônio (org). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro. Editora Rios Ambiciosos. 2001. pp 159 a 164.

FIORITTI, Ângelo; RUSSO, Leo Lo ; MELEGA, Vittorio. Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the italian psychiatric context. **American Journal of Psychiatry**. Jan.1997. 154: 94 a 98.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura: Na idade clássica**. São Paulo. Editora Perspectiva. 2005, 8ª edição.

_____. **O Poder Psiquiátrico**. São Paulo. Martins Fontes Editora. 2006.

_____. Resposta a Derrida. In: MOTTA, Manoel Barros da. (org.). **Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. Ditos e Escritos**. Vol.1. São Paulo. Editora Forense Universitária. 1999. pp 243 a 257.

FREUD, Sigmund. Neurose e Psicose. In **Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Escritos sobre a Psicologia da Inconsciente. Volume III. Rio de Janeiro. Editora Imago. 2007.

_____. A perda da realidade na neurose e psicose. In **Obras Psicológicas de Sigmund Freud**. Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Volume III. Imago Editora. 2007.

FURTADO, Juarez Pereira e MIRANDA, Lílian. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Vol. IX. No. 3. Setembro de 2006. pp 508 a 524.

FURTADO, Juarez Pereira e CAMPOS, Rosana Onocko. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Vol. VIII, No. 1. março de 2005. pp 109 a 122.

GAUCHET, Marcel & SWAIN, Gladys. **Madness and Democracy: The Modern Psychiatric Universe**. Princeton. Princeton University Press. 1999.

_____. **La Pratique de l'esprit humain**. L'institution asilaire et la revolution démocratique. Paris. Editions Gallimard. 1980.

GIROLAMO, G. *et al.* The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives and lessons to learn. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**. (Special Issue – on line). 2007.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo. Editora Perspectiva. 1999.

GOLDBERG, Jairo. **Clínica da Psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro. Te-Corá/Instituto Franco Basaglia. 1994.

GREACEN, T. & FILKENSTEIN, C. Mental health care in Paris. **European Psychiatry**. Vol. 20. 2005. pp.285-289.

GRECO, Musso Garcia. Dançando em gelo liso entre a clínica e a política. In QUINET, Antônio (org). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro. Editora Rios Ambiciosos. 2001. pp 111 a 120.

_____. Oficina: uma questão de lugar? In COSTA, Clarice M. e FIGUEIREDO, Ana C. (orgs). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria. Coleções IPUB. 2004. pp 83 a 94.

GUERRA, Andréa Máris Campos. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In COSTA, Clarice M. e FIGUEIREDO, Ana C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental**. Sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria. Coleções IPUB. 2004. pp 23 a 58.

KHAN, Masud. Prefácio. In WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro. Francisco Alves Editora. 1993. pp 07 a 61

KLAUTAU, Perla. Winnicot e Lacan: a importância do conceito de objeto transicional na formulação do objeto *a*. In BEZERRA Jr, Benilton e ORTEGA, Francisco (org.). **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro. Editora Relume Dumará. 2007. pp 35 a 65.

LAIA, Sérgio; MARON, Glória; MACEDO, Lucíola F. de; RUBIÃO, Laura Lustosa; GRECO, Musso Garcia; GOMES, Nádia Reggiani. A psicanálise nas novas instituições. In **Opção Lacaniana** no. 38 – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise. São Paulo. Edições Eólia. 2003. pp 116 a 121.

LAING, Ronald D. **O eu dividido**. Estudo existencial da sanidade e da loucura. Petrópolis. Editora Vozes. 1978.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo. Editora HUCITEC. 2006.

LAURENT, Eric; KANTZÀ, Giuliana; VIGANÓ, Carlo; FOCCHI, Marco; RECALTATI, Massimo; MAIOCCHI, Maria Teresa. **O lugar da psicanálise nas instituições.** École Européenne de Psychanalyse. s/d.

LAURENT, Eric. Psicanálise e saúde mental: a prática feita por muitos. In Há algo de novo nas psicoses. **Curinga/Escola Brasileira de Psicanálise** – Minas Gerais. Belo Horizonte. 2000. pp 164 a 175.

_____. O analista cidadão. In Psicanálise e saúde mental. **Curinga/Escola Brasileira de Psicanálise** – Minas Gerais. Belo Horizonte. 1999. pp 12 a 19.

LEAL, Erotildes M. **A noção de cidadania como eixo da prática clínica:** uma análise do Programa de Saúde Mental de Santos. Rio de Janeiro. 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da UERJ).

_____. **O agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica Brasileira:** Modelos de conhecimento. Rio de Janeiro. 1999. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde do Instituto de Psiquiatria da universidade federal do Rio de Janeiro).

_____. Psicopatologia do Senso Comum: uma psicopatologia do ser social. In SILVA FILHO, João Ferreira (org). **Psicopatologia hoje.** Rio de Janeiro. Centro de Ciências da Saúde. 2006.

LEAL, Erotildes Maria e DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In Pinheiro, Roseni (orgs). **Desinstitucionalização da saúde mental.** Contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 2007. pg 137 a 154.

LEAL, Erotildes Maria; SERPA Jr, Octavio Domont; MUÑOZ, Nuria Malajovich; GOLDSTEIN, Néilson; DELGADO, Pedro Gabriel G. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos da assistência psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.** Vol. IX. No. 3. Setembro de 2006. pp 433 a 446.

LEURET, François. Indicações a seguir no tratamento moral da loucura. **Revista Latinamericana de Psicopatologia Fundamental.** Vol. III No. 3. set. 2005. pp 540 a 553.

LIMA, Júlia Coutinho Costa. A questão da internalidade e da externalidade em Winnicott e Melanie Klein. In BEZERRA Jr, Benílton e ORTEGA, Francisco (org.). **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro. Editora Relume Dumará. 2007. pp 229 a 252.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento**. Por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro. Editora Garamond. 2003.

LOPARIC, Zeljko. Winnicott's Paradigm Outlined. **Revista Latinoamerica de Psicopatologia Fundamental**. Vol. V – no. 1- março de 2002. pp 62 a 98.

MACHADO, Roberto e col. **Danação da Norma: Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro. Editora Graal. 1978.

MANDERSCHIED, R. *et al.* The U.S mental health system in the 1990s: the challenges of managed care. **International Journal of Law and Psychiatry**. Vol 23(3-4). 2000. pp. 245-259.

MEDEIROS, Tácito. Uma história da psiquiatria no Brasil. In: RUSSO, Jane e SILVA FILHO, João Ferreira da (orgs). **Duzentos anos de Psiquiatria**. Rio de Janeiro. UFRJ e Relume Dumará Editora. 1993. pp. 71-84.

MEDEIROS, Tácito et al. Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. Citações e referências a documentos eletrônicos. Disponível em: www.abpbrasil.org.br/diretrizes-final.pdf Acesso em 10 de janeiro de 2008.

MELLO, Andréa *et al.* **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. São Paulo. Artmed Editora. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de gestão**. Relatório de Gestão 2003 – 2006. Brasília. 2007. pp 23 a 34.

MONTEIRO, Cleide e QUEIROZ, Edilene F. A clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental. **Revista Psicologia Clínica**. Vol. 18. No. 1. Rio de Janeiro. 2006. pp 109 a 121.

NASIO, Juan David. **Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. 1989.

_____. **Os grandes casos de psicose.** Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. 2001.

NEWMAN, Alexander. **As idéias de Winnicott.** Um guia. Rio de Janeiro. Editora Imago. 2003.

NICÁCCIO, Maria F. F. de Sílvia. **Utopia da Realidade:** contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental. Campinas. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP).

ODA, Ana Maria G. R. e DALGALARRONDO, Paulo. Apresentação. In PINEL, Phillippe. **Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação mental ou Mania.** Porto Alegre. Editora da UFRGS. 2007.

PALOMBINI, Analice de Lima. Psicanálise a céu aberto? In Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org). **Psicose. Aberturas da clínica.** Porto Alegre. Associação Psicanalítica de Porto Alegre e Editora Libretos. 2007. pp 156 a 175.

PAULIN, Z. F. e TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências e Saúde- Manguinhos.** Rio de Janeiro. Vol.11(2). 2004. pp.241-258.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa Pereira. Lacan com Juliano Moreira e Afrânio Peixoto: a autofilia primitiva, o narcisismo e a questão da paranóia legítima. In Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org). **Psicose. Aberturas da clínica.** Porto Alegre. Associação Psicanalítica de Porto Alegre e Editora Libretos. 2007. pp 18 a 53.

PESSOTI, Isaias. **A loucura e as épocas.** São Paulo. Editora 34. 1994.

PHILLIPS, Adam. **Winnicott.** Cambridge. Harvard University Press. 1988.

PINEL, Phillippe. **Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação mental ou Mania.** Porto Alegre. Editora da UFRGS. 2007.

PITTA, Ana. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In PITTA, Ana (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo. Editora Hucitec. 2001. pp 19 a 26.

PLASTINO, Carlos Alberto. Winnicott: a fidelidade da heterodoxia. In BEZERRA Jr, Benílton e ORTEGA, Francisco (org.). **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro. Editora Relume Dumará. 2007. pp 199 a 228.

PORTER, Roy. **Uma história social da loucura**. Rio de Janeiro. Editora Jorge Zahar. 1990.

PROVOST, Dominique; BAUER, Andrée. Trends and developments in public psychiatry in France since 1975. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 2001. 104 (Suppl. 410). pp 63 a 68.

RAMALHO, Rosane Monteiro. Clínica das psicoses: os impasses da transferência. In Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org). **Psicose. Aberturas da clínica**. Porto Alegre. Associação Psicanalítica de Porto alegre e Editora Libretos. 2007. 89 a 100.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil. In: **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde no Brasil**. Petrópolis. Editora Vozes. 1987. pp 16-71.

RINALDI, Doris. Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental? In ALBERTI, Sônia e FIGUEIREDO, Ana Cristina (orgs). **Psicanálise e saúde mental**. Uma aposta. Rio de Janeiro. Editora Companhia de Freud. 2006. pp 141 a 148.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Michel Foucault, as “marcas da pantera” e a “pantera cor-de rosa”. Apontamentos sobre o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. **Revista Vivência** No. 32. 2007.

RORTY, Richard. Objectivity, relativism and truth. **Philosophical papers** Volume 1. Cambridge. Cambridge University Press. 1991.

ROSE, Nikolas. Psychopharmaceuticals in Europe. In KNAPP, Martin; McDAID, David; MOSSIALOS, Elias; THORNICROFT, Graham. **Mental health police and practice across Europe**. European Observatory on Health Systems and Services. Open University Press. 2007. pp 146 a 187.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In NICÁCIO, Fernanda (org). **Desinstitucionalização**. São Paulo. Editora HUCITEC. 2001. pp 89 a 100.

ROUDINESCO, Elisabeth e PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor. 1998.

RUSSO, Jane. Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil. In: RUSSO, Jane e SILVA FILHO, João Ferreira da (orgs). **Duzentos anos de Psiquiatria**. Rio de Janeiro. UFRJ e Relume Dumará Editora. 1993. pp. 07-10.

SALEM, Pedro. Reflexões sobre confiança e hábito em D. W. Winnicott e J. Dewey. In BEZERRA Jr, Benílton e ORTEGA, Francisco (org.). **Winnicott e seus interlocutores**. Rio de Janeiro. Editora Relume Dumará. 2007. pp 166 a 198.

SERPA Jr, Octavio Domont de. **Mal estar na natureza**. Estudo crítico sobre o reducionismo biológico em psiquiatria. Belo Horizonte. Editora Te Corá. 1998.

_____. Subjetividade, valor e corporeidade: os desafios da psicopatologia. In SILVA FILHO, João Ferreira (org). **Psicopatologia hoje**. Rio de Janeiro. Centro de Ciências da Saúde. 2006. pp 25 a 101.

SHORTER, Edward. **A History of Psychiatry**. From the Era of asylum to the Age of Prozac. New York. John Wiley & Sons, Inc. 1997.

_____. The historical development of mental health services in Europe. In KNAPP, Martin; McDAID, David; MOSSIALOS, Elias; THORNICROFT, Graham. **Mental health police and practice across Europe**. European Observatory on Health Systems and Services. Open University Press. 2007. pp 15 a 33.

SILVA, Marluce Maria de Godoy. Sobre François Leuret e sua obra. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. Vol. III No. 3. set. 2005. pp 533 a 539.

SWAIN, Gladys. Química, cérebro, mente e sociedade. Paradoxos epistemológicos dos psicofármacos na medicina mental. Revista Débat No. 47. nov-dez 1987. pp 172 a 163.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências e Saúde- Manguinhos**. Rio de Janeiro. Vol. 9(1). 2002. pp.25-59.

_____. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro. Editora Rios Ambiciosos. 2001.

_____. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In QUINET, Antônio (org). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro. Editora Rios Ambiciosos. 2001. pp 121 a 132.

TRILLAT, Etienne. **História da histeria**. São Paulo. Editora Escuta. 1991.

TYKANORI, Roberto. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In PITTA, Ana (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo. Editora Hucitec. 2001. pp 55 a 59.

VAUGHAN, Susan. **A cura pela fala**. Rio de Janeiro. Editora Objetiva. 1998.

VERTZMAN, Júlio; SERPA Jr, Octavio; CAVALCANTI, Maria Tavares. Psicoterapia institucional: uma revisão. In BEZERRA, Benilton e AMARANTE, Paulo (org). **Psiquiatria sem hospício**. Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro. Editora Relume Dumará. 1992. pp 17 a 30.

VERTZMAN, Júlio e GUTMAN, Guilherme. A clínica dos espaços coletivos e as psicoses. In VENÂNCIO, Ana e CAVALCANTI, Maria T. (orgs) **Saúde Mental: campos, saberes e discursos**. Rio de Janeiro. Coleções IPUB. 2001. pp 39 a 72.

VIGANÓ, Carlo. A construção do caso clínico em saúde mental. In **Psicanálise e saúde mental. Curinga/Escola Brasileira de Psicanálise** – Minas Gerais. Belo Horizonte. 1999. pp 50 a 59.

WANDERLEY, Alexandre Augusto Ribeiro. **Os duplos da história da loucura**. Rio de Janeiro. Inédito. 1997.

WINNICOTT, D. W. **Natureza Humana**. Rio de Janeiro. Imago Editora. 1990.

_____. **O ambiente e os processos de maturação**. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre. Editora Artes Médicas Sul Ltda. 1990.

_____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro. Imago Editora. 1975.

_____. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo. Editora Martins Fontes. 2005.

_____. **O gesto espontâneo.** São Paulo. Martins Fontes Editora. 1990.

_____. **Textos selecionados.** Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro. Francisco Alves Editora. 1993.

_____. **Explorações psicanalíticas.** In Winnicott, Clare, Shepherd, Ray e Davis, Madeleine. Porto Alegre. Artmed Editora. Reimpressão. 2007.

ZENONI, Alfredo. Qual instituição para o sujeito psicótico? In Psicanálise e Instituição. A segunda clínica de Lacan. **Revista AbreCampos.** Ano 1. Vol. 0. Belo Horizonte. 2000. pp12 a 31.

_____. A clínica da psicose: o trabalho feito por muitos. In Psicanálise e Instituição. A segunda clínica de Lacan. **Revista AbreCampos.** Ano 1. Vol. 0. Belo Horizonte. 2000. pp 32 a 50.