

## 4

### A reforma psiquiátrica

#### 4.1

##### Antecedentes: a contestação do modelo asilar

Ao longo do século XX diversos movimentos reformistas varreram o campo psiquiátrico. Esses movimentos colocaram em questão não só as instituições asilares, mas também os objetivos, o âmbito de atuação, o objeto e o arsenal conceitual de intervenção. Segundo alguns autores,<sup>36</sup> os principais movimentos foram os seguintes: a psicoterapia institucional francesa, a psiquiatria democrática italiana, as comunidades terapêuticas inglesas, a antipsiquiatria inglesa e a psiquiatria preventiva e comunitária americana.

Não é meu propósito fazer um estudo exaustivo de todos esses movimentos, mas tão somente de esboçar o quadro de contestação das práticas, instituições e conceitos psiquiátricos, particularmente intensos depois da Segunda Guerra Mundial.

Os movimentos acima mencionados não guardam entre si homogeneidade ou identidade de propósitos. A psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas representam tentativas de aplicação da psicanálise ao aparato psiquiátrico. A primeira, a psicoterapia institucional, teve origem no trabalho de François Tosquelles, no Hospital de Saint-Alban, na França. Tosquelles entendia que o trabalho desenvolvido se assemelhava a uma espécie de “coletivo terapêutico”, expressão que acaba consagrada para caracterizar a experiência do autor. Para Fleming (1976), a expansão da psicanálise ocorrida no pós-guerra, levou a psicoterapia institucional a ser uma “tentativa de conciliação da psiquiatria com a psicanálise”, caracterizando um forte movimento de introdução da psicanálise nas instituições psiquiátricas. O alcance transformador desse projeto não foi além do espaço asilar, de uma reforma asilar que não questionava a função social da psiquiatria, do asilo e de seus técnicos. De qualquer forma, os

---

<sup>36</sup> Consultar especialmente: Amarante, P., 2000; Castel, R. 1987; Desviat, M. 1999.

fundamentos psicanalíticos do movimento serão recuperados, como veremos mais adiante, por grupos dentro da reforma psiquiátrica.

As comunidades terapêuticas constituíram outra vertente, sobretudo nas décadas de 1960 e 1970, de aplicação da psicanálise ao espaço asilar, em que a interpretação do analista tinha como objeto o inconsciente dos pacientes, dos profissionais e da própria instituição. Essa experiência teve como antecedentes os trabalhos de Sullivan com psicóticos na década de 30, a experiência de Menninger da década de 40 e encontra em Maxwell Jones o seu mais importante teórico e operador prático. Ao organizar os internos em grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, Jones buscava o envolvimento do sujeito com seu próprio tratamento e com os demais, fazendo da chamada função terapêutica uma tarefa compartilhada por todos\_ técnicos, pacientes, familiares e comunidade. A concepção que norteia a experiência é a de “tratar grupos de pacientes como se fossem um único organismo psicológico.”<sup>37</sup>

Na teoria, a comunidade terapêutica procura se contrapor à estrutura asilar considerada excludente e cronificadora; a comunidade se estrutura segundo regras discutidas em assembléias, das quais participam pacientes e funcionários, de modo igualitário, constituindo uma microssociedade democrática ideal. Na prática, a experiência fracassou como solução do problema manicomial e como proposta de estabelecer um regime de liberdade no interior do hospício. Ela não teve impacto sobre o modelo asilar e foi assimilada ideologicamente, emprestando um verniz moderno a uma estrutural tradicional, prestando-se antes ao marketing de hospícios privados do que a uma efetiva transformação do modelo.

Apesar de seu caráter utópico, e de ter esbarrado nos seus limites teóricos e práticos, as comunidades propunham a abertura do asilo, o desmonte da estrutura hierárquica, o reconhecimento e o chamado ao sujeito para a condução de seu próprio tratamento, assim como a valorização da escuta e da discussão franca com pacientes e familiares. A valorização ou estímulo da capacidade de autogestão, da autonomia, da administração do próprio espaço asilar e das tarefas e oficinas terapêuticas são elementos que virão a ser incorporados nas propostas da reforma psiquiátrica. Nesse sentido pode-se reconhecer na comunidade terapêutica um “antepassado nobre e generoso da Reforma” (Delgado, 1992).

---

<sup>37</sup> Ver: Jones, M.A. 1972.

A antipsiquiatria se pretendeu um movimento de contestação radical à ordem psiquiátrica, negando não só a validade da psiquiatria, mas também a própria noção de doença mental. Para os antipsiquiatras a cura seria um processo normal que não exigiria nenhuma intervenção terapêutica. O movimento teve como grandes ideólogos David Cooper e Laing e, depois de uma breve notoriedade entre 1960 e 1970, desapareceu sem deixar maiores vestígios.

A psiquiatria democrática italiana, que exerceu influência notável sobre os movimentos reformistas na América Latina, será objeto de maiores comentários na seção sobre a reforma no Brasil.

A psiquiatria preventiva comunitária apareceu como alternativa aos manicômios e a uma visão puramente curativa da doença. A idéia era a de organização de um amplo programa de intervenção na comunidade, visando evitar a doença pela detecção precoce das situações críticas e dos fatores de risco, instituindo-se ações preventivas. Ampliava-se assim o foco da intervenção: não mais o doente e o asilo e sim a comunidade e o conjunto da população.

O problema que se pode apontar é o caráter ideológico claramente assumido pelas propostas preventivistas ao estabelecer um intento de psiquiatrização da sociedade; substituir a doença pela “saúde mental” e definí-la como boa adaptação ao grupo social. Como assinalaram Birman e Costa, “não mais se trata de curar o doente, mas de adaptá-lo em um grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais” (Birman, J. & Costa, J.F., 1994, p. 52).

A maior expressão do movimento preventivista foi o psiquiatra norte americano Gerald Caplan, cujo livro *Princípios de psiquiatria preventiva* (1980) tornou-se o eixo orientador de todas as iniciativas do gênero. Caplan não esconde o caráter eugenista e de controle social do movimento, esperando poder “manipular algumas das circunstâncias da população” para diminuir a incidência da doença mental nas comunidades. O caráter adaptacionista e normalizador da proposta fica claro no pressuposto de que muitas perturbações mentais resultam de inadaptação e desajustamento, o que poderia ser corrigido por uma intervenção no espaço social, onde o psiquiatra controlaria uma rede de agentes não profissionais como vizinhos, líderes religiosos e agentes comunitários. O médico ou os serviços de saúde não deveriam esperar a demanda espontânea dos doentes; seria necessário se antecipar, sair às ruas, entrar nas casas e guetos, conhecer os

hábitos, identificar os vícios, rastrear as ancestralidades e localizar, antes até da manifestação do distúrbio, os “suspeitos”, segundo expressão de Caplan.

Na leitura de Birman e Costa podem ser discriminados três níveis de prevenção na proposta caplaniana:

1. prevenção primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas, que podem ser de origem individual e(ou) do meio;
2. prevenção secundária: intervenção que busca a realização do diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;
3. prevenção terciária: intervenção cujo escopo é a readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria.

Um conceito chave da psiquiatria preventiva é o conceito de crise, derivado dos conceitos de adaptação e desadaptação social, provenientes da sociologia. Caplan recorre às teorias sociológicas e antropológicas, que tematizam a relação entre sujeito e sociedade, para fundamentar a noção de desvio, entendido como um comportamento que foge ou subverte a norma socialmente estabelecida.

O modelo preventivista, originado da América do Norte, é disseminado pelos organismos internacionais (OPAS, OMS) como o modelo a ser seguido por todos os países. Esse modelo procura instituir-se como alternativa ao modelo asilar clássico contrapondo:

- um novo objeto\_ a saúde mental;
- um novo objetivo\_ a prevenção da doença mental;
- um novo sujeito de tratamento\_ a coletividade;
- um novo agente profissional\_ as equipes comunitárias;
- um novo espaço de tratamento\_ a comunidade;
- uma nova concepção de personalidade\_ a unidade biopsicossocial;

Embora tenha sido proposto como alternativa ao tratamento asilar tradicional, o preventivismo converteu-se em um novo projeto de medicalização da ordem social, de prescrição de normas médico-psiquiátricas para o conjunto da

sociedade, constituindo parte de um processo de *aggiornamento* da psiquiatria (Castel, 1978). Esse processo representaria a expansão da ordem psiquiátrica que, ultrapassando os muros do velho hospício, estabeleceria mecanismos de controle e disciplinamento social, por meio de uma difusa rede capilar de micropoderes.

A vaga e imprecisa noção de saúde mental, elevada à dignidade de um conceito orientador de meios e definidor de política, em substituição à doença mental, tem um aspecto estratégico no movimento preventivista. Essa substituição significou uma verdadeira mudança do objeto da psiquiatria e sustentou teoricamente a ampliação do seu espaço de intervenção. Ainda que em outra perspectiva, a saúde mental ocupará um lugar estratégico no discurso da reforma psiquiátrica brasileira, o que será objeto de comentários mais adiante. Por ora, queria resgatar a origem espúria dessa noção e assinalar a estranha aliança dos dois significantes, saúde e mental. Para concluir recorro à observação de Mannoni (1981) sobre a pretensão da psiquiatria comunitária de medicalização da sociedade e da cultura, quando “um saber tecnocrático da ‘doença mental’ é levado a obstruir o que, através da loucura, pedia para falar” (p. 185).

## 4.2

### **A reforma no Brasil**

Ao contrário do que ocorria na Europa, até meados do século XIX não havia no Brasil nenhum estabelecimento destinado aos chamados alienados mentais. Estes constituíam uma massa informe em que se confundiam marginalizados sociais de todo tipo, tais como vagabundos, mendigos, criminosos, crianças abandonadas, desempregados etc. Vagavam pelas ruas ou acabavam recolhidos às prisões, sem qualquer assistência médica, sendo, frequentemente, vítimas de maus tratos e castigos corporais.

A história da psiquiatria no Brasil pode ser entendida como a história de um processo de medicalização social, onde o encarceramento dos loucos e sua submissão à disciplina asilar são um imperativo da nova ordem urbana e do novo poder médico. A ordem psiquiátrica constitui-se como paradigma de organização modelar às instituições de uma sociedade que se organiza. Trata-se de um projeto que faz do médico uma autoridade que intervém na vida social, planejando, decidindo e executando medidas ao mesmo tempo médicas e políticas. Surge

assim um movimento amplo e progressivo de ordenação médica da população através da norma, cuja eficácia é, a um só tempo, real e simbólica.<sup>38</sup>

Pode-se datar o início da preocupação com a loucura com a chegada da família real portuguesa em 1808. Com o Rio de Janeiro transformado em capital do Império, e com as transformações sociais, econômicas e políticas decorrentes, exigem-se medidas necessárias de ordenação do espaço urbano, com a identificação e o controle das populações. A medicina participa da empreitada de reordenamento do espaço urbano e de disciplinarização da população, projeto no qual a medicina mental ocupa um lugar privilegiado.

É somente em dezembro de 1852 que se inaugura a primeira instituição psiquiátrica brasileira. A instituição, denominada Hospício Pedro II, localizado na Praia Vermelha, é resultado de uma campanha pública capitaneada pelo provedor da Santa Casa de Misericórdia, da qual participaram médicos, reunidos na recém-criada Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, a maioria dos quais formados na França, de onde se trazem o ideal de repetir o gesto libertador de Pínel. O *slogan* da campanha pública proposta por uma comissão da Sociedade de Medicina e Cirurgia era: “Aos loucos, o hospício”.

*Slogan* ou anátema, assim a psiquiatria brasileira e sua instituição-símbolo, o asilo, constituem-se dentro de um projeto de medicalização social, a partir do qual, ao patologizar o comportamento do louco, torna-se possível transformá-lo em objeto de uma intervenção médico-social. É nesse sentido que a psiquiatria nasce como um instrumento auxiliar de validação da medicina social, que, ao intervir na sociedade, identifica no louco um elemento da desordem e prevê um lugar institucional para sua segregação e correção.

Considerada a alienação como uma desordem do comportamento que se manifesta por uma incapacidade de o doente se manter nos limites da ordem social, praticando atos involuntários, a cura só poderia ser obtida pela imposição de normas transmitidas por um processo reeducativo, a saber, o tratamento moral. A influência da formação francesa de nossos médicos do século XIX explica a vigência do princípio do isolamento formulado por Esquirol, prescrevendo o afastamento do louco das causas de sua loucura, fundadas na sociedade e principalmente na família. O hospício surge como um espaço medicalizado,

---

<sup>38</sup> Tomo como referência para a história da psiquiatria no Brasil: Machado, R. *et al.*, 1978.

terapêutico, organizado, um verdadeiro instrumento de cura. Nesse espaço, impera a figura do médico que, por si só, constitui-se em fator de recuperação ao impor uma ordenação na vontade, no pensamento e nos sentimentos do paciente. Justifica-se assim a exclusão do doente da vida social e o seu seqüestro no hospício.

A conquista de poder político para, dentro e fora do hospício, firmar-se como braço indispensável ao exercício de poder do Estado, fundamentou-se na articulação da psiquiatria com a medicina, garantindo à função do psiquiatra a legitimação científica indispensável. Como mostrou Rosen, citado anteriormente, a partir do século XIX a medicina se constituiu como uma prática política específica e com poder especializado para assumir o cuidado dos indivíduos e da população.

A despeito do discurso científico-humanista, a verdadeira face dessa casa de segregação não demora em se mostrar. Concebido para receber no máximo trezentos doentes, três anos após sua inauguração o Hospício Pedro II abrigava quase quatrocentos. Ademais, não era ainda uma instituição médica, uma vez que se encontrava em mãos de uma administração leiga, estando ausente uma assistência psiquiátrica.

Não demoraram a surgir críticas ao funcionamento do asilo, à superlotação e à falta de tratamento médico. Os doentes ficavam entregues aos cuidados de enfermeiros mal preparados e sob a administração das religiosas da Ordem de São Vicente de Paulo, vinculada à Santa Casa.

Um dos maiores críticos desse modo de funcionamento foi o médico Teixeira Brandão, primeiro catedrático de clínica psiquiátrica e moléstias mentais da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ele reclamava a medicalização do hospício, o controle médico da instituição. Sua proposta é a instituição de uma assistência médica, baseada em princípios científicos, fazendo do hospício um lugar de conhecimento da loucura e de restabelecimento do doente mental.

Mas é somente com o advento da República que essas críticas encontram eco e, em 1890, o hospício, agora denominado Hospício Nacional dos Alienados, foi desanexado da Santa Casa e sua administração passou inteiramente para as mãos de seu diretor médico. Foi criada ainda a Assistência Médico-Legal aos Alienados, primeiro esboço de política pública nessa área. Teixeira Brandão acumula a direção do Hospício e da Assistência Pública.

A despeito dos esforços reformadores de Teixeira Brandão e seus sucessores, a função social do hospício não se alterou: lugar de segregação e de uma população pobre, marginalizada e sem amparo social. Assim, não é de se estranhar que as condições no interior do hospício não melhorassem simplesmente com a chegada da República. O ideário liberal propagado nos meios republicanos não teve acolhida nessa casa de Orates. Olavo Bilac retrata na imprensa do início do século XX, a reputação dessas instituições e, ao mesmo tempo, manifesta a esperança pela chegada de dias melhores: ele compara a sua visão do Hospício Nacional de Alienados recém-reformado com o “hospício branco e sinistro de indizível melancolia e indefinível mysterio” que vira antes:

A casa era suja e sombria; as enfermarias acanhadas e escuras; os loucos dormiam, ao acaso, atirados pelo chão; as roupas eram velhas e esfarrapadas; a comida era pessima, e o tratamento médico, se não já era o mesmo quando o grande Pinel, em 1792, foi encontrar praticado nos hospícios francezes, era ainda uma barbara e retrogada mistura de inepecia e brutalidade: quarto - forte, duchas e camisa - de - força... (Bilac apud Amarante, 2000).

Mais adiante, ao descrever os novos métodos de recuperação:

N´aquelles cerebros [em que] toda percepção é vaga, incoherente, hesitante.

E continua:

...a intelligencia é como uma ave tonta, que abre as azas, paira no espaço, procura em vão onde poisar, vae e vem, voa e revoa sem rumo certo, e cae afinal exhausta, sem ter aproveitado o esforço, e de algum modo fatigada de nada haver feito.

E Bilac apresenta com otimismo um programa de tratamento:

Hoje, ninguem lhes assegura a salvação completa, a completa e milagroza cura, - porque a Sciencia, aí de nos! ainda é para isso impotente e fallaz. Mas ja não há alli um bando de animaes inuteis ou nocivos: d`aquella animalidade inconsciente e grosseira, a sciencia e o carinho procuram tirar uma humanidade, incompleta e rudimentar, mas, em todo caso, humanidade, com algum sentimento e algum pensamento. E, quem sabe?... nunca se deve desesperar do resultado do trabalho intelligente e piedoso; d`alli sahirão, talvez, homens perfeitos e equilibrados, creados artificialmente n`aquella officina de rehabilitação humana.

Comparando com a lembrança de visitas anteriores, antes da reforma, conclui:

D'esta vez, ao transpor o portão do Hospício, já me não vieram à lembrança os versos de Dante... Não era de um lugar de supplicios que eu sahia, mas de um Sanatorium, de um laboratório de regeneração intellectual e moral.

Na imprensa, Bilac foi um dos arautos dos intentos modernizadores da psiquiatria brasileira. Expressou, de maneira clara, as expectativas geradas com a Proclamação da República e o advento do novo regime, marcado pelo predomínio dos ideais do positivismo científico.

Identificada a psiquiatria então estabelecida com o regime recém-derrogado, e por isso mesmo vista como arcaica e despótica, clamava-se por sua modernização cujos marcos deveriam ser calcados no ideário liberal veiculado pelos republicanos.

Esse projeto modernizador encontra na figura do psiquiatra Juliano Moreira o seu expoente máximo. Aliás, esse psiquiatra baiano é considerado o introdutor da psiquiatria brasileira na era científica. Moreira representou a modernidade em dois aspectos distintos. Primeiro, ao trazer ao Brasil os postulados da psiquiatria alemã, incorporando o método diagnóstico de Kraepelin com base na ênfase no caráter orgânico da doença mental. Segundo, ao estabelecer uma reordenação da assistência psiquiátrica, propondo novas formas de intervenção como *open door*, a klinoterapia e o tratamento em regime heterofamiliar.

O modelo teórico de Juliano Moreira não limita mais seu discurso à loucura e suas causas. Seguindo a tendência da época, ele alarga o campo de intervenção, partindo da concepção do indivíduo como ser social, dotado de algum grau de periculosidade e reunindo as percepções que sobre ele se produzem diversas instituições como a polícia, a justiça e a família, com base em critérios que se referem à transgressão das leis da moralidade. O saber psiquiátrico, cujo objeto é, assim, alargado, atualiza-se como uma espécie de síntese do padrão moral dominante, definindo-se o desvio como criminalidade, degeneração ou doença (Portocarrero, 2002).

Juliano Moreira ocupou a direção da Assistência praticamente durante toda a República Velha, até 1930, quando foi destituído no início do governo de Getúlio Vargas. Sua influência, contudo, estendeu-se até muito depois.

As idéias de Moreira inspiraram a criação, em 1923, da Liga Brasileira de Higiene Mental, cujo programa propugnava a intervenção no espaço social, com características eugenistas, xenofóbicas, antiliberais e racistas (Costa, 1976).

Nos anos 40, a especialidade médica da psiquiatria tornou-se mais forte e o asilamento mais freqüente. Data dessa época a transferência do Hospício Nacional de Alienados para o Engenho de Dentro, onde passou a contar com novas instalações, maior número de vagas e modernos centros cirúrgicos para as lobotomias então propostas como a última palavra em termos de tratamento da corrente organicista da doença mental.

Os anos 50 assistiram, paradoxalmente, ao fortalecimento do processo de psiquiatrização com o aparecimento dos primeiros neurolépticos e, ao mesmo tempo, de contestação ao modelo psiquiátrico, sobretudo a partir do fim da Segunda Guerra Mundial com as propostas de reforma que destaquei anteriormente, como a comunidade terapêutica, a antipsiquiatria e outras.

No campo econômico, o país vinha se modernizando rapidamente ao longo desta década. Até então predominantemente agrário, o Brasil transforma-se com a intensificação da urbanização e com a implantação de novos centros industriais. Este processo gerou uma grande massa de assalariados, em geral vindos do campo, com precária escolaridade, baixa remuneração e más condições de trabalho, dando um novo perfil à sociedade brasileira e ocasionando o surgimento de uma importante classe média urbana. Porém, em 1964, o golpe militar provocou uma guinada no desenvolvimento político, social e econômico do Brasil.

Os setores oligárquicos, que sempre controlaram o poder, reagiram fortemente à entrada do povo na cena política. O povo, representado na época pela prática populista e sindicalista, era considerado massa de manobra de políticos demagogos e de esquerdistas. Para os donos do poder, o governo do país não podia sair do controle de suas elites esclarecidas.

O novo modelo econômico implantado a partir do golpe se caracterizou pela crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação capitalista. O regime político excluiu ou cerceou a participação das classes trabalhadoras e firmou-se uma aliança entre os setores dominantes do capitalismo nacional e internacional. Nesse regime excludente, a legitimação

política exigiu a cooptação dos setores excluídos, o que resultou, entre outras coisas, na estratégia de ampliação da cobertura previdenciária.

A contratação de serviços de saúde privados e a garantia de cobertura previdenciária às classes trabalhadoras se refletiram também na área psiquiátrica. Nesse sentido, o golpe de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência pública eminentemente voltada ao doente mental indigente e uma nova fase na qual a cobertura assistencial se estendeu à massa dos trabalhadores e de seus dependentes. Essa extensão se fez dentro da lógica privatista do novo regime, com a contratação de leitos em hospitais privados, que cresceram rapidamente para atender à demanda.

A grande modificação do sistema de prestação de serviços previdenciários ocorreu com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, o qual privilegiou a contratação de serviços privados em detrimento do investimento nos hospitais públicos.

A vitória da lógica privatista levou a uma deterioração acelerada dos hospitais públicos e à transformação da saúde numa mercadoria como outra qualquer. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro. Não é de se estranhar que, coerente com esta lógica, tenha ocorrido um enorme aumento do número de vagas e internações em hospitais psiquiátricos privados. Chegou-se ao ponto de a Previdência Social investir noventa e sete por cento (97%) do total de recursos para a psiquiatria em internações na rede hospitalar, caracterizando o processo de privatização da assistência psiquiátrica, que Cerqueira (1984) denominou de “indústria da loucura”. Para esse autor, no triênio 1965/ 1968 houve um aumento de 20% no total da população hospitalar (60% na rede privada), de 51% de primeiras admissões (84% na rede privada), de 48% no total de readmissões (98% na rede privada) e um crescimento de 45% no total de leitos-chão (1040% na rede privada).

Leitos-chão! Não poderia haver indicador mais contundente da ignomínia desse tipo de modelo assistencial. Indigência material que se somava à indigência terapêutica:

Se nos lembrarmos que o hospital psiquiátrico não é a Casa de Orates, que o doente mental não é o bicho-papão que o leigo fantasia, e que metade dos leitos hospitalares de qualquer grande cidade ocidental é destinada a eles, temos de convir que vale a pena o esforço para reabilitá-los. Tanto mais quanto se sabe que

90% são francamente reabilitáveis, exceto aqueles 'cronicados'. Mas até estes têm possibilidades.

E, ainda, o que é necessário:

... desmascarar o mito do crônico (produto mais da incúria mental-higiênica e assistencial do que do destino) e denunciar a pseudo-solução que é a Colônia, bem como a desumanidade que é o hospital de 1000 doentes (Cerqueira, 1965, p., p. 7).

O modelo privatizante na saúde, e não apenas na psiquiatria, desde o início questionado, passou a ser alvo de críticas radicais com a crise institucional e financeira da Previdência Social no início dos anos 80. Esta crise levou o Estado a adotar medidas racionalizadoras e disciplinadoras do setor privado e, ao mesmo tempo, medidas que visavam reorganizar o setor público.

Com o processo de redemocratização do país já em curso, aumentou a participação de setores representativos da sociedade na formulação de políticas e na gestão do sistema de saúde. É nesse contexto que surgirão as propostas reformistas que culminarão no chamado Movimento de Reforma Psiquiátrica.

Esse movimento de reforma apresenta alguns marcos que não podem deixar de ser referidos, tanto no Brasil quanto no plano internacional: o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), entre os anos de 1978 e 1980; a Declaração de Caracas, (OPAS/OMS); as Conferências Nacionais de Saúde Mental e a Lei número 10.216, de 6 de abril de 2001, mais conhecida como Lei da reforma psiquiátrica. Em conjunto, constituem referências e configuram o que se convencionou chamar de Movimento de Reforma Psiquiátrica e Cidadania no Brasil.

O movimento de reforma propõe a discussão de algumas questões: a cidadania dos doentes mentais, os limites da reforma legal, os novos modelos de cuidado que o projeto de superação do paradigma asilar impõe.

A chamada Declaração de Caracas foi proclamada, em novembro de 1990, pela Conferência Regional para Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), convocada pela Organização Mundial de Saúde (Desviat, 1999). Essa Conferência, cuja influência ideológica se estendeu por toda a América Latina, assevera que: "A atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e

preventiva” e mais: “ a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços”.

Além das recomendações para que a internação psiquiátrica, quando necessária, seja feita em hospitais gerais e outros serviços, e de que os tratamentos fornecidos devam “salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis dos pacientes, a Declaração de Caracas estende tal recomendação à necessária reforma legal a ser implantada em tais países”.

A Declaração de Caracas forneceu a justificativa ideológica e suas recomendações abriram caminho para a discussão de alternativas técnicas no cuidado ao doente mental. Em realidade, a conferência aglutinou e deu forças, organicidade e sustentação institucional, sob o manto das organizações internacionais, aos movimentos reformistas em toda a América latina.

No Brasil, as Conferências Nacionais de Saúde tornaram hegemônico o discurso antimanicomial e elegeram como ponta de lança da reforma a luta pela aprovação do projeto de Lei Paulo Delgado, cuja tramitação tivera início em 1989. O projeto Paulo Delgado, que se tornou o eixo das discussões e da luta pela reforma, propunha:

- 1) deter a expansão dos leitos manicômiais. Nesse sentido o projeto estabelecia uma norma política pública ao impedir, no seu artigo primeiro, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, e a contratação ou financiamento, pelo Estado, de novos leitos em hospital psiquiátrico. Não menos importante, o projeto fixava uma diretriz técnica, deslocando o eixo do atendimento do manicômio para os recursos extra-hospitalares;
- 2) introduzir um novo tipo de cuidado: a retração do aparato manicomial significa investir em novos espaços de acolhida, em estruturas intermediárias, abertas, em promoção social dos pacientes. A criação de uma rede de ambulatórios, hospitais-dia, centros e núcleos de atenção psicossocial, residências terapêuticas etc., representam uma alternativa efetiva de transformação do modelo tradicional hospitalocêntrico, na perspectiva de um sistema público unificado e democrático de saúde (SUS);

- 3) o fim das internações anônimas. Esse aspecto resultaria da regulamentação da internação involuntária, sustentáculo da legitimidade jurídica do dispositivo asilar. Assim, o artigo terceiro do projeto determinava a comunicação à autoridade judiciária das internações contra a vontade do paciente. Tratava-se de medida elementar do direito civil de ir e vir do cidadão, resguardando o paciente de um ato de violência que, se necessário, devia ser regulamentado.

Em 2001, com a aprovação da Lei número 10.216, a partir do substitutivo do projeto original do deputado Paulo Delgado, o movimento de reforma psiquiátrica obtém sua vitória legal. Apesar das modificações, fruto de negociações do Congresso Nacional, a lei conservou o espírito da reforma.

Chegamos, pois, a um estágio bastante significativo do movimento de humanização e reforma da assistência ao doente mental. Pode-se dizer que a utopia da “sociedade sem manicômios” (Basaglia, 1985) tem correspondência na luta pelos direitos civis e pela liberdade. Não se trata, propriamente, de resgate da cidadania, pois não se recupera o que nunca se teve. De certo modo, o louco foi sempre um pouco como estrangeiro \_ *alienus* \_ na cidade antiga: não podia ali ser “proprietário, nem herdar, nem testar, nem fazer contrato de espécie alguma, nem aparecer perante os tribunais ordinários dos cidadãos, não podia casar-se ou, pelo menos, não lhe reconheciam esse casamento... seus filhos eram considerados bastardos” (Coulanges, 1975, pp. 154-7).

O grande ideólogo do movimento da reforma psiquiátrica e da luta pelo reconhecimento dos direitos de cidadania do doente mental foi Franco Basaglia. Seus livros, sobretudo *A instituição negada* (1985) e *Os crimes da paz* (1977) forneceram a plataforma político-teórica do movimento, cujo lema foi “por uma sociedade sem manicômios”. O êxito do movimento antiinstitucional na Itália, com a criação da chamada psiquiatria democrática teve extraordinária influência no Brasil. Basaglia denuncia a violência representada pelo manicômio e pelas formas de tratamento empregadas, desvelando seu caráter ideológico de dominação, como um instrumento de manutenção da ordem social opressora.

O título de um dos livros referidos, *Os crimes da paz*, indica a violência da qual o doente mental é objeto. A propósito, o subtítulo desse mesmo livro, em realidade uma coletânea de artigos, *Investigação sobre os intelectuais e os*

*técnicos como servidores da opressão*, não é menos eloqüente sobre a posição engajada desse autor. O próprio título do primeiro livro citado, *A instituição negada*, é revelador da proposta de Basaglia e do movimento de reforma no Brasil: a desinstitucionalização do doente mental e a desconstrução do manicômio e do saber psiquiátrico.

O tratamento baseado na segregação, na violência e na exclusão social que permite a equação louco = perigoso é o que Basaglia define como criminalização da doença. Um crime da paz, um crime realizado através de ações e saberes técnicos, que, por sua vez, o justificam e o ratificam. Assim, o doente mental é punido através da segregação manicomial e da perda dos direitos. Além das instituições, dos saberes e das políticas é crucial a interpelação que Basaglia dirige aos profissionais, esses “técnicos do saber prático”<sup>39</sup>, os executores materiais da violência legalizada e justificada.

Denunciar a função ideológica de dominação social e de justificação da violência institucionalizada, especialmente na realidade brasileira, com sua “... extraordinária longevidade da cultura e das práticas autoritárias” (apud Vilhena & Santos, 2000, p. 159), é tarefa a que se dedicaram vários autores. O próprio Código Civil, de 1916, ao considerar absolutamente incapaz “os loucos de todo o gênero”,<sup>40</sup> demarcava um espaço de exclusão, desqualificando o doente mental enquanto sujeito de direito. Essa desqualificação, que não é exclusiva do doente mental, mas atinge igualmente enormes segmentos sociais, tais como os idosos, as crianças, os negros, os pobres e outros, abre as portas para a chamada banalização da violência. (Costa, 1984).

Está claro que grande parte do contingente definido como crônico nos hospitais psiquiátricos pertence às camadas mais desassistidas da sociedade. Em geral, são moradores, abandonados por famílias sem condição econômica para amparar e garantir condições para tratamento em regime ambulatorial. Para dar conta dessa situação de segregação social surgiu, em 2003, o programa federal De Volta para Casa (Lei 10.708), pelo qual se instituiu um auxílio pecuniário (e de apoio jurídico) para egressos de internações por um período igual ou superior a dois anos ininterruptos. Também com o mesmo objetivo, foi promulgada, no Rio

---

<sup>39</sup> Expressão cunhada por Sartre para definir os executores materiais da ideologia dominante (apud. Basaglia, 1977).

<sup>40</sup> Expressão suprimida no novo Código Civil, de 2002.

de Janeiro, a Lei Municipal 3.400, de maio de 2002, criando uma bolsa de incentivo para assistência, acompanhamento e integração extra-hospitalar para pacientes com história de longa permanência em hospitais psiquiátricos. São ações de inclusão social, de resgate de cidadania, voltadas para os pacientes egressos do meio asilar.

De fato, se há um sentido no movimento da reforma psiquiátrica, este pode ser definido assim: rumo à cidadania.

### 4.3

#### **Dimensões da cidadania**

O fenômeno da cidadania é complexo e historicamente definido. O ideal da cidadania plena desenvolvida no Ocidente combina liberdade, participação e igualdade para todos. Esse ideal, talvez inatingível, serve de parâmetro para o julgamento da qualidade de cidadania em cada país e em cada momento histórico.

A referência maior para os estudos sobre a cidadania é o livro *Cidadania, classe social e status*, de T. H. Marshall (1967). Para esse autor, o conceito de cidadania cresceu na Inglaterra, a partir do século XVIII, em decorrência do desenvolvimento da sociedade capitalista, articulado à Revolução Industrial. Isso implica que o fenômeno da cidadania deve ser necessariamente referido a uma sociedade concreta, a um período histórico e às lutas sociais protagonizadas pelas diversas classes ou grupos sociais. Embora a análise de Marshall se refira essencialmente ao desenvolvimento da cidadania na Inglaterra, seu trabalho se tornou paradigmático e referência obrigatória para se pensar esta questão, não só nos países centrais, mas também na periferia do capitalismo.

Marshall distingue três dimensões da cidadania: os direitos civis, os direitos políticos e os direitos sociais. Na sociedade inglesa, ele demonstra que, primeiro se desenvolveram, no século XVIII, os direitos civis. Estes são os direitos fundamentais à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade perante a lei. Os direitos civis se desdobram na garantia de ir e vir, de escolher o trabalho, de liberdade de expressão do pensamento, de livre organização, da inviolabilidade do lar, de não ser condenado sem processo legal regular. A garantia para o gozo desses direitos seria a existência de um poder judiciário independente e acessível a todos. Eles estão na base do próprio desenvolvimento da sociedade civil moderna,

tal como a conhecemos hoje. O cerne dos direitos civis é a liberdade individual (Carvalho, 2001).

Os direitos civis correspondem ao que Locke chamou de "direitos naturais inalienáveis" (apud Coutinho, 1997, pp. 145-66). Todavia, ao contrário do que pensava Locke, os direitos civis são construídos historicamente e surgem, inicialmente, enquanto demanda da burguesia emergente contra o Estado absolutista. Com a hegemonia da classe burguesa, os direitos civis tornam-se os mais universais e fundamentam o Estado de Direito Moderno.

Os direitos políticos são mais tardios, menos universais e se referem à participação do cidadão no governo da sociedade. O cerne desses direitos é a idéia de autogoverno. Eles se materializam nos partidos políticos, nos sistemas eleitorais e no Parlamento livre e representativo.

Finalmente, a terceira dimensão da cidadania: os direitos sociais. Esses se desenvolvem no século XX, principalmente depois da Segunda Guerra Mundial. Resultam das lutas da classe operária no marco da democracia liberal. Para Marshall, os direitos sociais seriam:

Tudo o que vai desde o direito ao mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade (Marshall, op. cit., p. 63).

O cerne dos direitos sociais é a idéia de justiça social. São eles que garantem a participação do cidadão na distribuição dos produtos do trabalho. Eles se desdobram no direito à educação, ao salário justo, à saúde, à aposentadoria. Exigem, para a sua vigência, a intervenção do aparelho do Estado na vida social e a implementação das chamadas políticas sociais. Esses direitos implicam na vinculação política entre o Estado e o cidadão. Sua expansão significa o aprofundamento dessa vinculação. Do ponto de vista político, a concessão dos direitos sociais significou a integração política das classes trabalhadoras no Estado capitalista, vale dizer, um processo de cooptação dos trabalhadores no quadro da hegemonia burguesa<sup>41</sup>. Assim, paradoxalmente, as lutas pela cidadania social culminaram na maior legitimação do Estado capitalista. Esse paradoxo se expressa, por exemplo, no debate travado entre autores como Turner (1986), que

---

<sup>41</sup> Acerca do conceito de hegemonia, ver: Gramsci, A (1988).

privilegia o papel das lutas sociais na criação dos direitos sociais e Barbalet (1989) que ressalta o papel do Estado com vistas à garantia da segurança das classes dominantes.

O desenvolvimento da cidadania descrito por Marshall mostra que não se trata apenas de uma seqüência cronológica. Há uma lógica intrínseca no "caso inglês". Com base nas liberdades civis, os ingleses conquistaram o direito de votar e participar do governo. A participação permitiu a criação do Partido Trabalhista, a eleição de operários e a própria criação da Câmara dos Comuns. Fica claro o caráter histórico do fenômeno da cidadania e a necessidade, para estudá-lo, de referi-lo sempre a uma sociedade concreta.

Já Bobbio (1992) estabelece uma distinção entre direitos proclamados e direitos efetivos, salientando que, em grande número de países, a maior parte dos direitos sociais permanece no papel. Sintonizando com a modernidade, ele vai além da categorização proposta por Marshall e fala de direitos de terceira e quarta geração. Os primeiros expressam o anseio de viver num mundo não poluído e converteram-se numa bandeira de luta universal em prol de uma legislação que imponha limite ao uso de substâncias poluentes. Tão proclamatório quanto os anteriores são os chamados direitos de quarta geração. Referem-se aos limites éticos das pesquisas biológicas que permitirão manipulações do patrimônio genético de cada sujeito.

O surgimento seqüencial dos direitos, isto é, toda essa historicidade, comprova que os direitos não nascem todos de uma vez. São respostas de resistência ao aumento do poder do homem sobre o homem, do aumento de sua capacidade de dominar a natureza e os outros homens. Isso cria novas ameaças à liberdade individual ou permite novas soluções para seus problemas: as ameaças são enfrentadas com demandas de limitações do poder; as soluções são exigências de que o poder intervenha protegendo o cidadão. No primeiro caso, direitos de liberdade; no segundo, direitos sociais.

Sobre a questão dos direitos humanos, Bobbio formulou três teses centrais:

- 1) os direitos naturais são direitos históricos;
- 2) nascem no início da era moderna; e

- 3) tornam-se um dos principais indicadores do processo histórico, podendo ser interpretados como um *signum prognosticum* do progresso moral da humanidade.

A partir dessas teses, esse filósofo político italiano aponta o caráter revolucionário do reconhecimento dos direitos naturais do homem, e identifica a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789, como uma virada histórica do gênero humano. Também insiste que os direitos do homem são fins a serem perseguidos sempre, uma vez que eles não se efetivaram completamente em toda parte. Assim, a problemática fundamental relacionada aos direitos do homem na contemporaneidade não é tanto de justificá-los, mas sim o de protegê-los. Esta não é mais uma questão filosófica, como fora na Idade Moderna, mas sim política. O ponto nodal refere-se hoje à realização concreta dos direitos.

De certo modo, a polêmica acerca dos fundamentos dos direitos humanos encontrou um ponto de convergência, em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, mesmo que sua efetivação seja problemática em boa parte do mundo. Não há dúvida de que a humanidade progrediu moralmente ao passar de uma “era dos deveres” para uma “era dos direitos”. Porém, há que se estabelecer uma diferença entre “direito atual”, direito reconhecido e protegido, e “direito potencial”, direito que para efetivar-se precisa passar do estágio de objeto de discussão de especialistas para objeto de decisão de um órgão legislativo dotado de poder de coerção.

Embora paradigmático, o percurso inglês foi apenas um entre outros. Cada país seguiu seu próprio caminho. No Brasil encontramos particularidades importantes. A primeira refere-se à maior ênfase em um direito, o social, em relação aos outros. A outra particularidade refere-se à precedência dos direitos sociais sobre os demais.

Esta caracterização do percurso da cidadania no Brasil localiza no primeiro governo Vargas (1930-1945) a primeira grande sistematização dos direitos sociais no país (Carvalho, 2001). É bem verdade que essa sistematização articula o conceito de cidadania não a um código de valores políticos, mas a um sistema de estratificação laboral definido por norma legal. Desse modo o reconhecimento dos direitos de cidadania se faz mediante a regulamentação de novas profissões e/ou ocupações e extensão dos direitos aos trabalhadores dessas profissões. É o que

Santos (1987) denomina por "cidadania regulada", cujas raízes encontram-se na associação entre cidadania e ocupação, restringindo-se os direitos do cidadão aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo.

A idéia de cidadania guarda estreita relação com o desenvolvimento do chamado Estado-Nação, cuja origem data da Revolução Francesa, de 1789. Da cidadania fazem parte a lealdade a um Estado e a identificação com uma nação. Hoje se vive uma crise do Estado-nação, vinculada à internacionalização do sistema capitalista. A criação de blocos econômicos e políticos têm causado uma redução do poder dos Estados e uma mudança das identidades nacionais. A redução do poder do Estado afeta a natureza dos direitos, sobretudo políticos e sociais.

Olhando com preocupação essas transformações em escala mundial, a que se deu genericamente o nome de globalização, é que o historiador Eric Hobsbawm (2007) alerta para a necessidade da defesa dos direitos e da liberdade como anteparos ao retorno da barbárie social e econômica. Por isso, julga ser fundamental levantar a bandeira dos valores do Iluminismo do século XVIII, única garantia do progresso civilizatório. Esses valores seriam, ainda hoje, nossa principal defesa contra o avanço do irracionalismo e da barbárie. Ele observa que a vida política e social repousa sobre a restrição da liberdade individual absoluta, e que mesmo o ideal de mercados autônomos depende do poder da lei e de instituições para garantir a segurança dos contratos. Em princípio, isso se aplica a todas as ações humanas. Daí ser fundamental a defesa do regime democrático de direito, o único inventado pelo homem capaz de garantir as liberdades dos cidadãos e de limitar o poder do Estado.

O impacto do processo de internacionalização do sistema capitalista, com a criação de blocos e entidades políticas e econômicas supranacionais, tem se refletido na chamada "redução do Estado" e na sua incapacidade de implementar políticas sociais. Isso repercute na área da educação, saúde e saneamento, segurança pública etc, agravando ainda mais as desigualdades e a injustiça social, pela inexistência de mecanismos de compensação. Como isso se reflete no campo da Saúde Pública? Em particular, como afeta a assistência ao doente mental? Como, nessa conjuntura, serem formuladas políticas de inclusão social?

#### 4.4

#### **Cidadania e loucura: um paradoxo?**

Com base no itinerário do conceito de cidadania, irei questionar a sua pertinência em relação ao louco. Como vimos, o processo da reforma psiquiátrica ultrapassa em muito a mera proposição de rearranjos nas técnicas e instituições. Representa, essencialmente, uma rediscussão do lugar da loucura e do louco na sociedade. Essa discussão permite indagar se o louco goza dos foros de cidadania. Se goza, que tipo de cidadão é o louco?

É certo que essa articulação\_ cidadania e loucura\_ apresenta uma série de dificuldades, tanto do ponto de vista teórico, quanto do seu reconhecimento na vida cotidiana. Se se acompanha Foucault (1987), pode-se dizer que se trata de uma relação paradoxal: se o louco é percebido como alguém privado de razão, ele está liminarmente excluído da cidadania. Se se acompanha Swain (1977), pode se dizer que a razão não se perdeu no louco, portanto ela é uma ponte por onde o louco poderá alcançar o território da cidade.

Essa problemática assumiu grandes proporções recentemente a partir do momento em que a questão da reforma psiquiátrica ocupou lugar privilegiado na pauta dos movimentos sociais na Saúde, com o avanço do processo de redemocratização do país. De modo geral, pode-se dizer que a cidadania do louco se insere no campo da ampliação dos direitos civis e sociais de segmentos específicos como os negros, as mulheres, as crianças e adolescentes, os idosos etc. Há quem defenda que o Estado brasileiro teria uma “dívida” real com os doentes mentais, em função de seu processo histórico de exclusão e o conseqüente prejuízo de sua inserção social. Segundo esse entendimento, a dívida social com o doente mental se definiria pelo desrespeito para com a sua condição legítima de cidadania. Um dos pontos do ideário da reforma psiquiátrica seria o resgate político dessa cidadania vilipendiada.

A inspiração da reforma brasileira nos pressupostos teóricos da psiquiatria democrática italiana fica evidente na eleição da estratégia política de condenação do asilo e pela ênfase dada à questão da cidadania do doente mental.

Todavia, apesar do inegável avanço da discussão entre nós, não se deve perder de vista que a questão da cidadania do doente mental é marcada por um paradoxo. E esse paradoxo não é conjuntural ou um simples desvio de uma rota de

progresso no reconhecimento de direitos líquidos e certos, mas, ao contrário, trata-se de algo estrutural e instituído na constituição histórica da figura da doença mental. A transformação da loucura em doença mental implicou, como assinalai, na exclusão social do doente da condição de cidadania. Se, por um lado o estatuto de doente permitiu ao louco a concessão do direito de assistência e tratamento, por outro sob a proteção do Estado, autorizou também a subtração de sua condição de cidadania plena.

O surgimento da psiquiatria, com Pinel, e a subsunção da loucura no conceito de doença mental definida como desrazão, baseado na racionalidade naturalista no discurso médico, deu-se no contexto histórico da constituição de uma nova ordem política e social, rompendo com as hierarquias absolutas da sociedade tradicional. Com a Revolução Francesa, a condição de cidadania é reconhecida para o conjunto dos indivíduos dentro de um registro político de universalidade. A liberdade e o exercício da razão e da vontade seriam as condições de possibilidade para participação nesse contrato social.

A figura do doente mental não se sobrepunha à figura do cidadão, uma vez que não era definido como um sujeito da razão e da vontade. É com esse entendimento, isto é, o de que ao doente mental faltariam os atributos necessários ao pleno exercício dos direitos de cidadania, que a psiquiatria pôde postular a internação e sua reeducação como sujeito e como cidadão através de um processo terapêutico de ortopedia moral. Foi essa a base da proposta de isolamento de Esquirol e de tratamento moral de Pinel. Com a pedagogia da sociabilidade instituída no asilo, aos loucos seriam devolvidos os atributos da razão e da vontade, o que lhe permitiria reinscrever-se no espaço social. Isto significa que para recolocar o doente em condições de participar da vida social, haveria que excluí-lo. Para incluir, a condição prévia seria a exclusão.

A reforma psiquiátrica denuncia esse processo de exclusão e propõe uma nova inscrição social do louco. Toma como ponto de partida uma crítica radical à instituição psiquiátrica tradicional, o asilo ou manicômio, instituição-símbolo de um passado de violência, estigma e segregação. Para o movimento da reforma, a proposta não é a de uma simples desospitalização, de destruição do asilo, mas a pretensão é a de desconstrução do chamado aparato manicomial, o que implicaria na própria superação do conceito de doença mental e na construção de uma nova práxis.

Identificando uma carga ideológica no conceito de doença mental, acusado de ser demasiado específico, absolutista e afirmativo, Rotelli (1990) propõe sua substituição pela expressão “existência - sofrimento do sujeito em relação com o social”. Acredita que substituindo o termo doença por “existência-sofrimento” escaparia do reducionismo a que todo conceito inevitavelmente leva e conseguiria dar conta da complexidade do processo. Assim, a terapia deixaria de ser “entendida como a perseguição da solução-cura” para ser “um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento”.

Reconhecendo que a questão da loucura tem implicações que escapam ao domínio exclusivamente médico ou da saúde para se estender à própria vida cultural de uma sociedade, a reforma tem a ambição de obter o desmantelamento da trama de saberes e práticas construídas em torno do objeto doença mental. Mais ainda: deseja construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura.

Para atingir seus objetivos, a ideologia reformista entende que uma transformação de tal monta só seria possível com mudanças sociais mais amplas que retirem os pilares de sustentação da instituição psiquiátrica. Nessa direção, o caminho seria político e não técnico. Em realidade, nessa concepção o político e o técnico se confundem. É esse, aliás, o argumento esgrimido por Basaglia (1985) ao criticar a redução da doença mental a um registro individual e a uma perspectiva “objetivadora”. Para ele, o sofrimento individual só adquire sentido em relação ao corpo social, na relação com os outros. O foco deve estar sempre na esfera social e nas relações entre a doença e a política.

Nessa perspectiva, o cerne da luta travada pelo movimento reformista, tanto na Itália quanto no Brasil, relaciona-se especificamente às formas de sujeição, dominação e gestão da loucura.

A sustentação teórica de Foucault e as propostas e o otimismo da prática de Basaglia apontam para a necessidade de se pensar o processo de transformação como essencialmente político, cujo desdobramento será resultado do engajamento de profissionais, familiares, enfim, dos movimentos sociais organizados. Como demonstra Foucault (1981), as tentativas de gestão e controle das anormalidades desempenham um papel essencial na economia do poder, indicando uma outra ótica nas relações entre poder e verdade.

É de grande valor teórico a introdução de seu conceito de bio-poder. Trata-se de um poder que produz e ordena as forças ao invés de simplesmente reprimi-las; não se exerce sob a forma da segregação ou do banimento, mas da gestão da vida. Se o poder soberano mostrava sua força por ser capaz de causar a morte, o bio-poder se exerce sobre a vida, sua multiplicação e gestão. É um poder que nasce com a sociedade burguesa e suas instituições, em substituição ao poder do soberano na sociedade tradicional. Têm-se então dois tipos de poder distintos e correspondentes a dois sistemas: a macro-física da soberania, característica da sociedade pós-feudal, pré-industrial, e a micro-física do poder disciplinar, cujo funcionamento é descentralizado e capilar, chegando aos corpos, agindo sobre eles, levando em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, o tempo e as palavras. É mais eficaz que o poder soberano na medida em que se capilariza de tal forma e com tal especificidade que Foucault denomina de “contato sináptico corpo-poder” (2006).

O nascimento do bio-poder identifica o momento de transformação social, em que o poder deixa de ter um caráter essencialmente negativo cujo modo de operação é a repressão e a violência, e passa a ter uma positividade e uma produção. Nessa nova forma de poder, o fundamental não é mais a exclusão e sim o controle e a administração, com um objetivo que é ao mesmo tempo econômico e político.

Em *Vigiar e punir* (1977a), Foucault mostra como esse poder microscópico e contínuo chega até os corpos individuais, tornando-os dóceis, obedientes, analisáveis e manipuláveis, passíveis de transformação e aperfeiçoamento. O século XVIII marca o momento decisivo em que o corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e recompõe. Nasce uma “anatomia política”, que é também uma “mecânica do poder”, cujo resultado é o aumento das forças do corpo (em termos econômicos de utilidades) e diminuição dessas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Vê-se então uma dissociação do poder do corpo, fazendo dele tão somente uma aptidão, uma capacidade.

O poder disciplinar, dotado de uma positividade, mostra-se essencial na produção de um saber. Seja no sistema jurídico, seja na escola ou na medicina, enfim por toda parte o poder opera não pela imposição jurídica, mas pela técnica; não pela lei, mas pela norma; não pelo castigo, mas pelo controle.

Foucault destaca dois pólos: uma anátomo - política dos corpos e uma bio - política da população. O primeiro domestica os corpos, torna-os “dóceis e úteis”; o segundo permite a criação de uma tecnologia de ajuste da população à economia por meio de procedimentos regulares. Essas formas de exercício do poder disciplinar exigem a observação regular, o acompanhamento, o exame e a classificação quase permanente.

É assim que a escola, por exemplo, torna-se uma espécie de aparelho de exame ininterrupto que acompanha toda a operação de ensino.

Não é diferente o efeito sobre a medicina e sua liberação epistemológica no final do século XVIII com a organização do hospital como aparelho de examinar. Se o hospital era antes de tudo um local de assistência, vai tornar-se local de formação e aperfeiçoamento científico: reviravolta nas relações de poder e constituição de um saber.

Nessa linha de desenvolvimento teórico que vou muito esquematicamente resumindo, Foucault demonstra que não há como manter a ilusão de uma neutralidade do saber, como se fosse possível separar de maneira clara um saber científico dotado de neutralidade objetiva e um saber ideológico que cairia nas malhas da política. Para ele, há que renunciar à idéia de que só há saber aonde as relações de poder estão suspensas, ou que há um sujeito do conhecimento que pode tornar-se livre em relação ao sistema de poder.

Em realidade, todo saber é político, porque tem sua gênese em relações de poder. O poder produz; ele produz realidade; produz campos de objetos e rituais da verdade; todo lugar de exercício do poder é também um lugar de formação de saber.

Essa pequena digressão pelo fecundo texto que é *Vigiar e punir* é necessária para entender os mecanismos de poder e, em consequência, pensar as formas e estratégias de resistência que podemos construir. Sendo o poder disciplinar descentrado e capilar, a resistência terá que ser pensada de uma forma igualmente descentrada, como uma multiplicidade de pontos e de movimentos, como “resistências” no plural. Se ao poder soberano cabia opor uma grande resistência, ao poder disciplinar impõe-se uma multiplicidade de pontos de resistência. Como assinala Foucault na *Historia da sexualidade* (1977b), as resistências são o outro termo das relações de poder; inscrevem-se nessas relações como o interlocutor irreduzível.

Destarte, nos próprios mecanismos de poder inscrevem-se as formas de contra poder, de movimentos políticos de contestação, de estratégias de contra hegemonia. Os caminhos da reforma psiquiátrica incorporam essas estratégias e se fazem múltiplos, plurais. E não poderia ser diferente uma vez que o movimento da reforma incorpora grupos diversos, profissionais e não profissionais, desde o movimento de trabalhadores da saúde mental até familiares e organizações da sociedade civil. Trata-se de um movimento, de um trabalho em desenvolvimento, em que o elo entre os diversos militantes é o lema\_ Por uma sociedade sem manicômios!

A heterogeneidade do movimento reformista e mesmo o conflito entre seus diversos grupos é descrita por Barreto (2005) ao agrupar suas principais linhas de força: o lugar da psicanálise; a retomada da orientação da psiquiatria biológica e a problemática do social.

À psicanálise credita-se a centralidade da noção de sujeito e a afirmação do desejo em diferentes modos de subjetivação que levem em conta a diferença posta em causa pela loucura.

Lobosque (2003) chama a atenção para o par exclusão-inclusão sempre posto em questão nas discussões da reforma. Comportando uma polissemia, destaca o significante incluir como sinônimo de adaptar, normalizar, abolir a diferença. E denuncia a vocação histórica das disciplinas “psi” para constituir seu afazer como prática de psicologização e psiquiatrização da vida humana. Outro sentido de incluir é o de acolher, fazer caber, criar lugar. Se o primeiro sentido é psicologizante, o segundo, entendido como combate à exclusão, é claramente político: significa tomar a palavra, dar voz, decidir sobre coisas que nos dizem respeito, enfim, uma questão de cidadania.

Para Lobosque, um desafio teórico seria criar uma ancoragem para a loucura na cultura, sem aprisioná-la mais uma vez. Identifica como obstáculo, o preconceito de restringir a problemática da subjetivação ao campo psi. Apoiando-se em outros autores,<sup>42</sup> ela assinala que a subjetivação é um processo essencialmente político, que se estabelece quando indivíduos ou coletividades se opõem aos saberes e aos poderes dominantes, constituindo “uma espontaneidade rebelde”. Assim, os profissionais “psi” e o próprio movimento reformista

---

<sup>42</sup> Os autores referidos são Nietzsche, Delleuze Foucault e Gauttari.

deveriam “abrir mão do monopólio, das técnicas e discursos da subjetividade para participar dos processos de subjetivação que reinventam a política, a economia, as estruturas sociais” (p. 185).

Outra linha de força no movimento reformista é a presença da psiquiatria biológica nos serviços e programa de saúde mental. Barreto (2005) chama a atenção para o prestígio das teses fisicalistas. Constata a chegada de um crescente número de psiquiatras formados nessa orientação, situação tida como inevitável graças ao predomínio da psiquiatria biológica na maioria dos programas de residência médica. Barreto identifica na incorporação do renovado objetivismo desses psiquiatras um foco de contradições no “tronco frágil da reforma” (p. 136), restaurando mitos cientificistas da psiquiatria do século XIX.

A ênfase nos determinantes sociais e nas relações entre loucura e política agrega um grande contingente de militantes que desencadearam o movimento reformista. Para Barreto, suas limitações se revelam na instabilidade de sua plataforma conceitual e na tendência a restringir a doença mental a uma etiologia sociogênica, empobrecendo a dimensão da clínica. As linhas de desenvolvimento mais interessante desse grupo são as formulações sobre o projeto democrático, os processos de emancipação e as teorias acerca do sujeito.

Na mesma direção, Birman (1992) observa o impasse em identificar alienação social e loucura. Não sendo a loucura senão uma forma de alienação, a instauração da cidadania para os loucos possibilitaria o seu reconhecimento positivo como sujeitos da razão e da vontade. Para ele, não se poderia reduzir a loucura à alienação social. Esse equívoco impediria o reconhecimento da especificidade do universo da loucura, a verdade que existe nesse modo singular de existência. Esse reconhecimento implicaria romper com as concepções de verdade e subjetividade do discurso iluminista. Implicaria, ademais, reconhecer a diferença do universo da loucura sem retirá-la do campo da verdade e sem desconhecer a presença da função sujeito. Isso significa pensar a loucura não como negatividade, mas como positividade no registro da diferença e da alteridade.

Freud foi talvez o primeiro a destacar a positividade da experiência da loucura. Reconheceu não apenas a existência de um sujeito na loucura, mas também a verdade nessa experiência. Tanto os sintomas neuróticos quanto os fenômenos na psicose conteriam uma verdade concernente ao sujeito aí presente

Uma mentira histérica, por exemplo, conteria uma verdade expressa positivamente na enunciação que se deduz dos enunciados do sujeito. Da mesma forma a produção delirante-alucinatória representaria uma tentativa de reconstruir a realidade rechaçada por outra mais conforme aos desejos do sujeito. Assim, Freud (1924) inscreve o delírio como uma reconstrução, uma tentativa realizada pelo sujeito de restaurar as suas relações com o mundo.

O trabalho do psicanalista é o de acompanhar o sujeito nessa reconstrução ou, para usar uma expressão de Lacan (1955-56), “secretariar” o louco. Sendo o delírio uma tentativa de cura, a psicanálise reconhece a positividade dessa experiência. Qualquer tentativa que vá na direção de frustrar ou interromper a reconstrução delirante seria contraproducente ou antiterapêutico. As drogas psicofarmacológicas ou as medidas normativas de caráter psicossocial vão nessa direção ao tomar o delírio como desvio da razão e déficit da função subjetiva.

Para Freud, a psicose tem uma positividade própria e não pode ser tomada por referência à neurose. Muitos psicanalistas pós-freudianos se enganaram ao pensar na neurotização do psicótico como a direção da cura a ser empreendida pela psicanálise. Essa é uma cilada na qual caíram alguns projetos reformistas, entre os quais, a psiquiatria comunitária americana e a psiquiatria francesa de setor, indicando a homogeneidade entre o discurso psicanalítico pós-freudiano e o discurso atualizado do alienismo.

A pluralidade do humano é ontologicamente marcada por uma dupla característica: a igualdade e a diferença. Esta última, quando negada, dá ensejo à posição de considerá-la como atributo de alguns, o que leva a qualificá-los negativamente, com uma condição de inferioridade, marcados por um déficit ou uma limitação. Ao reconhecer a singularidade da experiência da loucura, Freud nos ensina que no louco não há nenhuma falta a ser preenchida, nenhuma correção a ser feita, nenhum ideal a ser escolhido como modelo identificatório.

Se o pensamento iluminista forneceu à modernidade o contorno conhecido de uma subjetividade-padrão, onde as categorias de verdade, subjetividade e razão estão necessariamente articuladas, a loucura nos indica a existência de uma diversidade possível, de diferentes formas de ser.

Fazer uma aposta na função sujeito exige estabelecer como pressuposto o rompimento com a definição iluminista do sujeito: sujeito da razão e da vontade.

Isso significa aprender não só a lição que a psicose nos dá, mas retirar da própria invenção freudiana do inconsciente todas as suas conseqüências.

Freud (1930b) identificou na civilização uma causa primeira e originária do mal-estar do homem. Sintoma e civilização parecem ser assim pares necessários e indissociáveis. O sintoma aparece na vida social como um ponto de elaboração que marca uma forma de ser, assinala uma criatividade do sujeito, um lugar de irrupção contingente na programação do discurso, do laço social. Encontra-se aqui uma espécie de umbigo, um resto não eliminável, que é a subjetividade. Esse é o rochedo que Freud definiu como sendo a parte mais íntima e real da singularidade humana.

O psicanalista não pode passar ao largo desse rochedo e supor uma transparência, uma simbolização e uma tradução completa disso que permanece opaco no sujeito. A operação analítica é pôr esse resto, esse intratável da clínica como causa formal da sua experiência. Para isso serve-se da transferência, opera por meio da palavra a qual repercute mais além do sentido e não opera por mandamentos nem protocolos.

É aqui que a psicanálise hoje aposta sua causa analítica: se, por um lado, o psicanalista não se furta a trabalhar em “rede”, nas chamadas equipes de saúde mental, por outro não deve ser mais um; deve introduzir a dimensão da diferença, marcar um ponto de falta, evitando as implicações deletérias dos efeitos de grupo.

## 5

### **A oficina Palavrear: apresentando o campo**

Este capítulo tem como objetivo central apresentar os resultados do estudo de campo representado pela oficina Palavrear, que tem lugar no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Para isto, gostaria, inicialmente, de fazer uma breve contextualização.

O Instituto de Psiquiatria, órgão suplementar do Centro de Ciência da Saúde da UFRJ, foi criado pelo Decreto-lei número 591, de 03 de agosto de 1938, e incorporado à então Universidade do Brasil em obediência ao artigo V da Lei número 452, de 05 de junho de 1937, ratificado pelo artigo II do Decreto número 8.393, de 17 de dezembro de 1945. Tem como finalidade desenvolver assistência, ensino e pesquisa no campo da saúde mental, servindo também de sede para o ensino da disciplina de psiquiatria aos alunos de graduação de medicina e psicologia. É também campo de estágio de várias unidades da universidade como medicina, serviço social, enfermagem, psicologia e outras. Recebe ainda estagiários de outras universidades, como a Pontifícia Universidade Católica, e de cursos técnicos de segundo grau.

A fim de planejar e executar os objetivos propostos, o Instituto de Psiquiatria mantém diversos serviços clínicos que fomentam e possibilitam a divulgação de princípios normativos em relação à saúde mental. Para tal, conta hoje com os seguintes níveis de atenção: as enfermarias, o ambulatório de adultos e o infantil-juvenil, o centro de atenção diária (CAD), o centro de atenção e reabilitação da infância e mocidade (CARIM), o centro para pessoas com doença de Alzheimer e outros transtornos mentais na velhice (CDA), o centro de atendimento a dependentes químicos e o serviço de residências terapêuticas. Nestes níveis de atenção, o trabalho é desenvolvido por equipes interdisciplinares que, através das diferentes leituras e abordagens adotadas, pretendem obter uma visão mais abrangente do paciente, da família e de seu contexto social. Estas equipes acompanham o paciente durante a internação e após a alta, estimulando a reinserção na comunidade.