

A Loucura entre a Psiquiatria e a sua Reforma: uma relação de continuidade

The Madness between Psychiatric and your Reform: a relationship of continuity

Sâmea Carolina Ferreira Quebra (*Escola Superior da Amazônia*)¹

Ernani Chaves (*Universidade Federal do Pará*)²

Resumo: Este artigo sugere uma aproximação entre o discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira com o período reconhecido como inaugural da Psiquiatria médico-científica, o primeiro iniciado em meados do século XX e o segundo na transição do século XVIII para o XIX. A hipótese sustentada concebe uma continuidade entre os referidos períodos e foi desenvolvida quando questionamos se a Reforma Psiquiátrica produziu a ruptura com discursos e práticas típicos da tradição psiquiátrica que, ao inventar a loucura como doença (mental), negou a existência de uma experiência subjetiva naquele reconhecido como louco. Expomos, brevemente, a história da psiquiatria moderna, situamos o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e partimos para a análise de uma experiência obtida a partir da pesquisa de mestrado realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), reconhecido por nós como o dispositivo mais inovador nessa trama psiquiátrica que pretende encerrar com: o confinamento asilar e a versão psiquiatrizante da loucura.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica Brasileira; Psiquiatria; Loucura; Doença Mental; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Abstract: This article suggests a connection between the discourse of the Brazilian Psychiatric Reform and the period accepted as the inaugural to Psychiatry as medical science, with the first started in the mid-twentieth century, and the second in the transition from the eighteenth to the nineteenth century. The hypothesis that is supported here sees a continuity between those periods and it was developed when we questioned if the Psychiatric Reform produced a break with the typical discourses and practices of psychiatric tradition that, by inventing the madness as a (mental) disease, denied the existence of a subjective experience in that someone recognized as insane. We expose briefly, the history of modern psychiatry. We situate the movement of the Brazilian Psychiatric Reform and headed to the analysis of an experience obtained from the master's survey conducted in a Psychosocial Care Center (CAPS), recognized by us as the most innovative device in this psychiatric plot that pretends to end with: the asylum confinement and the psychiatric version about madness.

Keywords: Brazilian Psychiatric Reform; Psychiatry; Madness, Mental Disease; Psychosocial Care Center (CAPS).

¹ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará / Professora de nível superior na Escola Superior da Amazônia. E-mail: sameaquebra@yahoo.com.br

² É Professor Titular da Faculdade de Filosofia e foi Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal do Pará de 2011 a 2014. É também Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Colaborador no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, ambos na UFPA.

O presente artigo sugere uma aproximação entre o discurso sobre a loucura que começa a circular a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e aquele iniciado no período de construção da Psiquiatria como ciência. Entre ambos os discursos, aos quais nos referiremos respectivamente como “reformista” e “psiquiátrico”, existe uma distância cronológica de mais de um século: o primeiro teve início em meados do século XX, ganhando expressão política no final da década de 1970 e o segundo iniciado na passagem do século XVIII para o XIX, firmando-se como saber ao longo deste. Supomos que os referidos discursos, inscritos em suas épocas, apresentam uma relação de continuidade quanto ao lugar por eles dado à loucura.

Nossa hipótese é que o discurso reformista que se direciona para conceder à experiência subjetiva da loucura um lugar menos marginalizado e, mesmo, menos psiquiátrico, tentando inventar vias alternativas para a sua existência, também, reinscreve sua versão psiquiatrizada.

A continuidade que sugerimos poderia não ser instigante se aceitássemos que os períodos históricos destacados se seguem um ao outro em ordem cronológica: séculos XVIII, XIX e XX. Porém, os discursos que aqui destacamos pretendem estabelecer uma relação descontínua, considerando que o movimento da Reforma Psiquiátrica visa à ruptura com o modelo de assistência conferido à loucura pela Psiquiatria Moderna. Essa descontinuidade não nos parece evidente, uma vez que a construção de novas estratégias de cuidados da loucura, encabeçada pelo movimento atual da Reforma pode reeditar, tal como sugeriremos adiante, a assistência asilar, tida como alvo de combate.

Nossa aproximação se sustenta, tanto nas contribuições de Michel Foucault sobre a invenção da psiquiatria como discurso de verdade sobre a loucura e do asilo como sua “sede”, explorados, em especial, no seminário do Collège de France “O Poder Psiquiátrico” (1973-74/2006); e na pesquisa de campo desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial³, através da qual pudemos ter contato com a proposta de serviço inovador e reformado, sobretudo por empregar uma assistência de “portas abertas”, dispensando cuidados à loucura, ou à saúde mental sem lançar mão da internação, fundamental no modelo asilar empregado pelos anos “dourados” ou “modernos” da Psiquiatria.

Situaremos, inicialmente, as práticas de assistência à loucura, instituídas a partir da constituição do saber Psiquiátrico, em seguida, as reformulações da assistência ocorridas com a Reforma Psiquiátrica, para, finalmente, articular estas duas cenas. Priorizaremos neste artigo no que se refere à inovação da assistência com a qual tivemos contato através da pesquisa os aspectos ligados: à nova estrutura física da unidade psiquiátrica, bem como aos seus recursos humanos e modelo de assistência; às denominações atuais para sujeito que é assistido pelo serviço CAPS; ao anúncio de alta e à ameaça da crise; à intervenção química (medicação); e aos registros prontuários.

Não pretendemos produzir uma análise absoluta sobre as novas instituições consideradas reformadas por objetivarem a substituição de um modelo asilar, mas sim

³ Situado a um município da região metropolitana de Belém.

através deste recorte situar alguns pontos que mais do que se distanciarem daquilo que pretendem superar, parecem-nos reeditar um período não tão remoto quanto suposto.

A loucura e o discurso psiquiátrico

Partimos da concepção de que a loucura reconhecida como doença mental não é um dado natural ou, simplesmente, fruto da evolução dos saberes que culminaria na “descoberta” desta patologia, mas, sim, uma versão dada àquela experiência subjetiva, construída taticamente num dado período histórico, o qual situamos na passagem do século XVIII para o XIX, estendendo-se neste último, momento demarcado por Foucault como Modernidade.

Testemunha-se nesse período o lugar estratégico da Medicina que pretendia, através da regulação dos corpos, maximizar a força de trabalho necessária para o abastecimento da sociedade industrial, o que provoca a centralização do discurso médico tanto nas instituições hospitalares, quanto na sociedade em geral, e a classificação das condutas em “normais” ou “patológicas”, referidas à possibilidade de incorporação das regras que regulavam a dinâmica social quanto à produção econômica e/ou ao controle populacional. Desta forma, “normais” eram aqueles que se socializavam de acordo com a demanda da sociedade industrial, e “patológicos”, o seu avesso.

É neste contexto de ascensão médica que a Psiquiatria inicia sua cruzada para ser reconhecida como um saber da medicina, mas, ao mesmo tempo, independente desta. Seguindo os pré-requisitos para tal, era preciso, delinear o seu próprio objeto de intervenção, ou a doença, vindo a loucura a ser tomada como este objeto, para o qual se produz um discurso médico-psiquiátrico, associado ao pacto de preservação da sociedade industrial.

Foucault (1973-74/2006) destaca as contribuições de Pinel, Esquirol e Fodéré como referências à proto-história da psiquiatria, uma vez que, produzidas no momento fundante da psiquiatria moderna, datadas das três primeiras décadas do século XIX, tinham grande circulação por indicarem um modelo comum de compreensão e, principalmente, de intervenção sobre a loucura. Esta difusão denota o empenho da psiquiatria em se situar como saber privilegiado, além de técnico-profissional, mas, também, circunscrevendo a instituição própria que se destinaria à terapêutica da loucura: o asilo.

Neste sentido, Birman (1978) destaca que para ocorrer o processo de emancipação psiquiátrica, dois pontos precisavam, fundamentalmente, ser atendidos: a necessidade de produção de um discurso próprio (interesse epistemológico) e a obrigação de estabelecer métodos clínicos e terapêuticos que fossem reconhecidos pela racionalidade médica (interesse curativo).

Para atender a tais exigências, travam-se três frentes de batalha para a compreensão, ou localização, da etiologia da doença mental. O primeiro ponto diz respeito ao organismo do louco, pois, seguindo a tradição médica para identificação de uma doença, era preciso identificar quais lesões orgânicas estariam relacionadas à loucura. Mas não havia lesão. Reconhece-se que todas as alterações encontradas nas autópsias eram semelhantes às aquelas verificadas em cadáveres de indivíduos que jamais manifestaram qualquer sintoma da loucura, como, por exemplo, delírios crônicos. A segunda frente defendia a hipótese de uma loucura “Ideal”, retirando a primazia da lesão orgânica e localizando sua deficiência no campo das paixões, referido à moral. E a terceira frente que visava articular

as duas primeiras respondendo, assim, às exigências médicas, mas sem ignorar a etiologia moral, conciliação que aponta para as soluções dadas pela psiquiatria diante da ausência de um corpo anatomopatológico. Na falta de uma lesão orgânica, bastava saber identificar o louco a partir do que o marcava como o avesso da norma para incluí-lo em algum regime normatizador moralizante. A questão era a de se ter condições de reconhecer aqueles que faziam um uso amoral do próprio corpo e aproximar isto da possibilidade de se tornar um louco.

Esta aproximação faz entrar em cena o destaque dado à relação entre a família e a doença mental, estabelecendo-se um duplo vínculo com esta instância, por ser tomada como célula fundamental ao desenvolvimento da sociedade que deveria ser protegida de seu membro louco – um dos motivos que justificam a necessidade de internação nos asilos –, ao mesmo tempo em que se incluía a possibilidade da loucura se tornar hereditária a partir do convívio com outros membros adoecidos ou ainda por causa da falta de severidade na transmissão das regras sociais (morais) para seus entes.

Desta forma, doente mental e família tornam-se alvos da psiquiatria, o primeiro como objeto de cura e a segunda como intervenção preventiva e pedagógica, de modo que os hábitos familiares pudessem evitar o adoecimento mental de seus indivíduos.

Flagramos, assim, a questão da etiologia da loucura se estender à cena social. A questão, enfim, é localizar a loucura nas relações interpessoais, ou seja, pensar o louco como aquele que subverte as normas: a loucura marcada como o avesso da sociabilidade, não atendendo às exigências de ordem e de norma, aos princípios religiosos, aos costumes, à educação, às paixões. Uma vez localizada entre as relações interpessoais, aquela “doença” poderia acometer qualquer um, não mais somente quem pudesse ter alguma lesão orgânica, nem apenas quem tivesse um familiar doente mental. Vê-se a psiquiatria transbordar os limites da doença mental, autorizando-se como discurso moral generalizado, ao alcance de todos.

Esses pontos demarcam o terreno propício para a intervenção psiquiátrica propriamente dita: o isolamento, o asilo e o tratamento moral tornam-se dispositivos importantes e indispensáveis para a terapêutica da loucura.

No asilo, o doente receberia tratamentos físicos de cunho moral: apesar da ausência de lesões orgânicas, seria exposto aos banhos frios ou quentes, isolado da família, fosse porque a família deveria ser preservada da loucura, fosse porque a convivência com os familiares poderia interferir na progressão do tratamento, com a finalidade de se enquadrar à nova ordem, para reaprender a moralidade social.

Assim, o tratamento moral ensina: a ordem – localização e fixação no tempo e no espaço; o trabalho – preenchimento do tempo e do espaço, tornando-se um ser útil; da realidade – reconhecimento, pelo doente, da realidade social, negando conteúdos delirantes; e a sociabilidade – finalidade última do internamento que culminaria na reaprendizagem das normas e da ordem moral, habilitando o indivíduo a retornar à sociedade reconhecendo seu nível ideal de docilidade.

Essa breve tessitura sobre a loucura tida como doença (mental), indica-nos que o caminho trilhado pela psiquiatria parece ter servido apenas ao interesse de se fazer reconhecer como discurso médico-científico e independente, firmando seu pacto com a moral, se necessário fosse. Ao longo desta história, pouco (ou nunca?) houve interesse

em reconhecer a loucura como uma experiência subjetiva que dizia algo sobre/por si. A palavra do louco parece invalidada, sobretudo ao observamos as táticas de ensinamento da realidade como advento para reabilitar o sujeito para o social: o louco deveria renunciar à sua verdade e “testemunhar” aquilo que a comitiva psiquiátrica lhe ordenava dizer.

Deste modo, situar primeiramente o nascimento da psiquiatria moderna, auxilia-nos nas interrogações que construímos quanto ao discurso reformista, da Reforma Psiquiátrica, este que pretende contar outra história sobre a loucura, concedendo-lhe a chance de refazer novos saberes.

A loucura e o discurso reformista

Foi o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira que nos impôs questões e nos lançou ao estudo de Foucault, não à toa, mas por nos parecer (re)contar uma história, supostamente, superada. Assim, partiremos de seus princípios ideológicos até chegarmos ao recorte prático, possível a partir do olhar lançado a uma assistência psiquiátrica “reformada”.

A partir da contribuição teórica de alguns autores (Couto & Alberti, 2008; Lins, 2007; Rinaldi, 2006, 2010; Santos, Almeida, Venancio & Delgado, 2000; Tenório, 2001), concordamos com a ideia de que a Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento que pretende fundamentalmente criticar e resistir ao modelo asilar de assistência à loucura que estabeleceu o manicômio como via de isolamento aos loucos, o silêncio, o esquecimento e a morte (subjetiva e real) como seu destino.

O período que antecede o início do movimento da Reforma Psiquiátrica, final da década de 1970, é marcado pela superlotação dos asilos psiquiátricos, pela insalubridade destes espaços, pelo silenciamento da loucura, destinando estes sujeitos ao esquecimento, caracterizando estas instituições como verdadeiros filmes de terror da vida real protagonizados por mortos-vivos.

No Brasil, a partir das referências de Costa (2007), a história dos cuidados à loucura parece importar os dispositivos de tratamento já adotados pelos tutores estrangeiros da jovem psiquiatria brasileira. Destacamos um momento anterior da loucura não psiquiatrizada, quando não se tinha, ainda, depósitos devidamente paramentados e específicos para esta “categoria” de sujeitos. Todas as pessoas despossuídas de direitos ou que comprometiam a manutenção da ordem pública ganhavam o mesmo destino: casas de internamento, prisões, ou mesmo, no que nos soa como uma já balbuciente psiquiatria, celas especiais em hospitais gerais das Santas Casas de Misericórdia.

Outra cena mencionada por Baptista e Engel (2001) refere que na cidade do Rio de Janeiro, especificamente, esse momento a-psiquiátrico é marcado pelos loucos que ocupavam e dividiam os espaços públicos conjuntamente com as demais personagens sociais. A “livre-circulação”, ainda que marcada pela identificação daqueles que eram “diferentes”, ou mesmo loucos, não os destituía de seus direitos e da responsabilidade sobre si mesmos.

Mas, eis que a loucura passa a ser discriminada, seja por lhe ser vetado o direito de ir e vir, seja por lhe começar a ser destinado um lugar específico. Quando tirados de circulação, até então, os lugares aos quais os loucos eram destinados se apresentavam em condições deploráveis e tinham como tratamento apenas os castigos e as torturas físicas. Sob essa justificativa, nasce a necessidade de construção de hospícios, casas de

internamento substitutivas às celas improvisadas, onde se testemunharia não mais a imundice daqueles espaços, mas sim a higiene do ambiente e o tratamento moral, pressupostos indispensáveis para cura da loucura. Claro e principalmente que, além disso, entra agora em cena a figura do médico psiquiatra: o responsável pela nova casa de loucos (Costa, 2007).

A segunda década do século XX, no Brasil, é marcada pela ascensão de instituições voltadas para assistência à loucura, ou aos doentes mentais, momento também de uma psiquiatria franco-brasileira, o que demanda em Juliano Moreira, um dos pioneiros da psiquiatria brasileira, e em seus sucessores a necessidade de construir uma psiquiatria com identidade própria. Porém, tal questão esbarrava na falta de tradição científica, o que dificultava a delimitação do objeto próprio para o novo campo médico, uma vez que os critérios de intervenção sobre a loucura se confundiam com os problemas sociais gerais. O que aparecia como alvo, neste momento, eram aqueles que poderiam colocar em risco a ordem e o ideal eugênico de raça pura: alcoólatras, mestiços, negros, estrangeiros, loucos, etc.

Para solucionar este impasse científico, o que também contribuiria para justificar a psiquiatria como saber médico e particular, a etiologia biológica das doenças mentais começa a ser adotada como referência. Neste momento, está em cena a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) que tem como primeiro objetivo melhorar a assistência aos doentes mentais, bem como desenvolver ações de prevenção, de eugenia e de educação dos indivíduos. Estes últimos itens são os que redimensionam o alcance da psiquiatria, pois em vista de prevenir, helenizar e educar os indivíduos, a questão não se reduz mais em simplesmente atender aos loucos, mas evitar que a população enlouqueça.

Além do mapeamento das famílias que continham indivíduos loucos, considerando o princípio da “hereditariedade” e da “degenerescência”, categorias utilizadas por Foucault (1974-75/2001), era preciso ainda combater os maus hábitos, aqueles que poderiam comprometer o projeto de pureza racial e ainda lançar os indivíduos na loucura.

Com a atuação da LBHM, aqueles primeiros princípios que cercavam a dominação do território da loucura pela psiquiatria, especificamente, a diminuição dos castigos e torturas, logo caem por terra. Empenhada em combater o alcoolismo e as doenças mentais, voltam aos palcos o excesso de autoritarismo e a aliança entre a LBHM e a polícia: não era qualquer consumo de álcool considerado inaceitável, mas aquele que ocorria entre as camadas pobres da população. O antialcoolismo aparece como primeiro objetivo de combate.

Conjuntamente a isto, firma-se o pacto com a moralidade ou moralização dos indivíduos, visto que se objetivava construir corpos e espíritos trabalhadores, num Brasil que dá os primeiros passos rumo à industrialização. Por um lado, flagra-se uma sociedade que precisa ser preservada daqueles que podem comprometer seu desenvolvimento e, por outro, o acúmulo de corpos em casas de internamento que exerciam a função única de retirar de circulação os desordenados, mantendo estagnada uma força de trabalho desperdiçada pelos sujeitos desviantes da norma e que, se mantidos na exclusão, pouco poderia se aproveitar para o fomento da produção. Dessa forma, reconhecer a necessidade de uma reforma no sistema de assistência psiquiátrica brasileira não se justifica pelo simples compadecimento ou reconhecimento de que os sujeitos identificados como

doentes mentais não recebiam qualquer tipo de atenção digna. Esse é um ponto destacado por Lins (2007) quando da necessidade de transformação do asilo: o que passa a ser objetivado não é mais, somente, o reconhecimento e exclusão dos doentes, mas instituir uma assistência de promoção da saúde (mental).

O louco pacato ou moribundo do asilo passa a ter seu trabalho valorizado. Inaugura-se o modelo de assistência amparada nas Comunidades Terapêuticas que se destinavam à divisão de atividades, e trabalhos, para pequenos grupos de pacientes, os quais tinham seus corpos animados pelos seus afazeres. Observa-se que os pacientes “melhoravam” ao realizar tais atividades, adotando-se o desempenho dos mesmos como critério de cura e de alta do serviço.

Além disso, para facilitar esse processo, entende-se que cada vez mais o asilo precisa se afeiçoar a um espaço extra-hospitalar, não se reduzindo à função de exclusão, mas se fazendo de instrumento através do qual o paciente aprende a se comunicar e a se comportar, viabilizando seu retorno à sociedade e à família.

Pacheco (2009), em consonância com outros autores (Birman & Costa, 1994; Amarante, 1995), destaca este momento das Comunidades Terapêuticas como o primeiro período da Reforma Psiquiátrica, recorte no qual ainda se aposta no hospital psiquiátrico como instrumento para a cura.

O segundo período que destaca é o da Psicoterapia de Setor e a Psiquiatria Preventiva que pretendia expandir o alcance dos serviços psiquiátricos através da inclusão de demais profissionais na cena psiquiátrica, não cabendo mais, somente, ao médico e a seus subordinados esta função, bem como se inicia um processo de substituição das casas asilares, inaugurando-se serviços substitutivos ambulatoriais. A autora destaca ainda que este segundo momento, apesar de suas pretensões “despsiquiatrizantes”⁴, com a inserção de serviços substitutivos que visavam ao tratamento do paciente em sua comunidade de origem, cercados pelo ideal da prevenção, acabaram se transformando em um sistema de vigilância estratégico, facilitando o processo de identificação e recrutamento de pacientes, mantendo ainda o hospital como referência desse sistema.

Por fim, o último período compreende aquele de ruptura radical com o saber e com as práticas psiquiátricas de assistência à doença mental, denominado A Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana, figurando a resistência à especialidade, no caso, médica, visando romper com a soberania do saber psiquiátrico sobre a loucura, deslocando o médico de sua maestria e localizando a loucura como um fenômeno das relações inter-humanas.

Sobre a assistência, houve uma transformação importante no cenário manicomial: os pavilhões de retenção foram abertos; os pacientes, a partir de então, começaram a compartilhar grandes áreas arborizadas, onde também circulavam pessoas da comunidade. Pacheco (2009) conta tal imagem referindo a impossibilidade de identificar quem eram os médicos e os pacientes. O diagnóstico deixa de ser o critério de formação dos grupos de pacientes, que passam a ser reunidos pelos seus lugares de origem. Além disso, a primeira metade da década de sessenta empunha campanhas para aprovação de aposentadorias e demais benefícios para aqueles pacientes que experimentaram longo

⁴ Termo utilizado por Pacheco (2009).

histórico de reclusão, o que os impediria de garantir existência fora das instituições asilares.

Esse é o momento que inspira a transformação da assistência psiquiátrica no Brasil, dando corpo ao seu próprio movimento da Reforma Psiquiátrica. Essas experiências de sucesso ocorridas na Europa, somadas ao histórico de violência e ao momento de redemocratização política no Brasil, compõem a ideologia da Reforma Brasileira, que também testemunhou, ao longo destes aproximados 30 anos associados ao emblema da nova política, a transformação de várias assistências, o fechamento de manicômios, a substituição desses serviços por centros de atenção psicossociais – unidades que priorizam o atendimento de portas abertas, pondo um fim na necessidade de confinamento da loucura –, o término de inúmeras histórias de maus-tratos, a composição de um movimento formado por trabalhadores, pacientes e familiares, a participação de diversos profissionais da assistência em congressos, antes exclusivos para médicos psiquiatras, entre tantas outras ações que refizeram a cena psiquiátrica brasileira. Um movimento que não se mantém apenas como resistência, mas que alcança seu auge ao ter a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira aprovada, lei 10.216 de 06 de abril de 2001. Após, aproximadamente uma década de luta para sua aprovação, o projeto encabeçado por Paulo Delgado ganha regulamentação.

A Pesquisa em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Esse breve percurso acerca da história da psiquiatria no Brasil, até o momento da reforma deste saber e prática, justifica-se para situarmos nossa experiência como pesquisadores em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A escolha por um CAPS se deu por entendermos que este serviço comporta atualmente a assistência mais inovadora no campo da saúde mental, por não compreender uma unidade hospitalar remanescente de assistência à loucura, e ainda pretender operacionalizar os princípios reformistas circunscritos ao longo na história de cuidados psiquiátricos da loucura no Brasil. Pesquisar em um CAPS seria a oportunidade de testemunhar como essa nova tecnologia vem (re)construindo e (re)significando as vias de assistência e existência para loucura.

Precisamos situar ainda que essa intenção não se deu desde o início de nossa pesquisa no campo, mas passou a ser redefinida quando dessa experiência propriamente dita. No campo, começamos a nos perguntar se aquelas práticas, “reformadas” e atentas às exigências da lei da Reforma, propunham de fato algo transformado ou transformador, ou se, trajadas com novos figurinos, não reeditavam as supostas práticas superadas que negavam ao sujeito o direito de existir em sua loucura.

O questionamento que nos lança a este trabalho surgiu a partir da pesquisa de campo desenvolvida no período de outubro de 2009 a junho de 2010, presentes no CAPS dois dias por semana, sendo estes, preferencialmente, às terças e às quartas-feiras, ressaltando que nos foi sugerido pela equipe profissional acompanharmos a assistência às terças e às quintas-feiras pela manhã em decorrência das consultas médicas ocorrerem nestes dias. Contrapropusemos de frequentarmos, então, num dia em que a consulta médica fosse uma das intervenções, entre as demais, e noutro dia em que esta não ocorresse. A sugestão do CAPS referente ao serviço médico estava vinculada ao contingente de pacientes, maior naqueles dias o que nos poderia ser mais interessante, segundo sua opinião.

Percorreremos aqui alguns dos pontos que nos instigaram ao longo da pesquisa, os quais nos parecem indiciar a presença daquele discurso inaugural da psiquiatria como ciência médica, o mesmo que se tornou alvo de combate do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo o CAPS um dos dispositivos que pretendem fazer frente a este combate. Desta forma, serão destacados os aspectos referentes à infraestrutura do CAPS, os recursos humanos que o compõem formando o suporte técnico profissional, a dinâmica da assistência baseada na assiduidade dos sujeitos assistidos e na modalidade de intervenção, as denominações direcionadas a estes sujeitos pela instituição, a intervenção química (medicação) e os registros prontuários de construção permanente.

Quanto aos profissionais da equipe CAPS, além dos médicos psiquiatras, mencionados anteriormente, esta unidade contava com a atuação da psicologia, do serviço social, da terapia ocupacional, da educação física e de serviços técnicos de enfermagem e administrativos.

Dada nossa inserção no serviço, tivemos acesso ao funcionamento do CAPS não apenas através da observação direta, mas também da leitura de registros diários, tais como os prontuários e os livros de ordens e ocorrências, e ainda de documentos que tramitaram até a fundação desta unidade (projetos para a fundação e suas reestruturações, adequando-os às exigências mínimas para a criação da unidade⁵).

No que se refere à infraestrutura do local, destacamos o rompimento evidente com o formato do asilo. Tal como previsto pela política reformista, compreendendo uma sede que mantém a formatação original de uma casa residencial destinando novas funções aos compartimentos mantidos: nos quartos menores se realizam as consultas individuais ou repouso dos usuários, nas salas de estar se recebem seus “usuários” (nomenclatura utilizada para se referir ao paciente em tratamento no CAPS), quartos maiores abrigam as atividades grupais, os salões são utilizados para eventos que recebem numerosos convidados. Uma imagem diferente das alcovas asilares.

Esta casa, atendendo ao preceito da Reforma, mantém suas portas abertas aonde os usuários não costumam ir com assiduidade diária. Em muitos casos observados, a frequência é de uma ou duas vezes por semana, para atividades específicas que duram um período do dia, manhã ou tarde, ou menos que isso. Privilegiam-se as atividades grupais, nomeadas de oficinas, mantendo-se individualmente⁶ as consultas psiquiátricas e os acolhimentos (primeira recepção feita do usuário no serviço). Raramente, os atendimentos realizados pelos demais profissionais mencionados anteriormente, ocorrem de maneira individual, senão quando estes identificam a necessidade de intervenção direcionada em decorrência de inadequação dos sujeitos assistidos ao modelo coletivo prioritário.

Desta forma, reconhecemos que, no tocante à infraestrutura “residencial”, à “multidisciplinaridade” dos recursos humanos, à frequência “pouco intensiva” e às atividades “menos clínicas”, houve reforma, no sentido estreito de modificação da assistência tradicional, ou moderna, do asilo. Ainda que sabido, por exemplo, que desde

⁵ Não trataremos neste artigo destes projetos e suas respectivas formulações, por isso optamos por suprimir as referências bibliográficas dos mesmos.

⁶ No que se refere à presença de outros usuários, podendo participar familiares ou acompanhantes.

os primórdios da psiquiatria científica, tal como nos remete Foucault (1973-73/2006), já havia uma pluralidade de técnicos, da mesma forma como observamos nesta pesquisa. Por outro lado as diferenças residem na pretensão de inscrever no modelo atual de assistência uma independência desses saberes que, ao mesmo tempo em que se conjugam para partilhar os encaminhados de um determinado caso, objetivam preservar sua autonomia, distinto da tradição psiquiátrica que incluía a multiplicidade de profissionais em vista de perpetuar a presença do médico dentro dos asilos, mesmo quando este não estivesse fisicamente, como secretários que reportariam à diretoria todo o ocorrido quando de seu afastamento, permanecendo o discurso médico como decisão ou referência soberana.

Em outros pontos, porém, as medidas de retificação do modelo asilar, ou ainda de invenção de uma nova forma de se relacionar com a loucura, sobressaltam-nos como aspectos que merecem questionamentos. O primeiro deles se trata da substituição da categoria “doente mental” pela nomenclatura “portador de transtorno mental”, apelidado na assistência de “usuário”. Esta última denominação visa à inscrição de um sujeito ativo, autônomo, não mais se referindo ao antigo “paciente” que suportava silenciosamente as recomendações médicas. O “usuário” tenta resgatar a possibilidade de usufruir, usar aquele serviço em seu benefício próprio. Implica em um voluntariado que parte do sujeito “usuário”. Por outro lado, este que se torna “usuário” permanece identificado com a dimensão da ordem, apresentando um comprometimento com sua manutenção quando a ele se atesta a condição de portador de um transtorno (mental) – que em sua compreensão mais simples, refere-se ao ato de “alterar a ordem, por em desordem, desorganizar” (Ferreira, 2010). Poderíamos sugerir que a referência à ordem continua indispensável no que diz respeito ao discurso psiquiátrico permanecendo, contemporaneamente, desde a nosografia (psiquiátrica). O que antes era referido ao corpo lesionado, ou à tentativa de encontrar uma lesão, traduzido pela doença (mental), sendo os doentes aqueles que ameaçavam a manutenção da ordem moral, reformula-se concedendo protagonismo à (des)ordem desde a nomenclatura técnica, o diagnóstico.

A ordem, ou o seu avesso, que se inscreve, então, desde a nosografia, também reaparece como alvo das intervenções técnicas. Não raramente surgem como temas das oficinas tópicos que se refiram àquilo que se tornou um dos refrãos na modernidade dos discursos. Grupos sobre higiene pessoal e sexual. Ambos os temas que recaem sobre o bom uso do próprio corpo. A questão da sexualidade ganha um agravante quando associada ao consumo de álcool, este último que não precisa mais ocorrer em excesso para comprometer o sujeito com a loucura e, ainda mais com a medicação química. O álcool que quando em efeito inflaciona a desorganização gerada pelo transtorno e que pode expor o sujeito às relações sexuais descomprometidas arriscando-o à contaminação por doenças venéreas. Nossa questão não é ignorar que possam existir riscos que mereçam cuidados, mas simplesmente apontar aquilo que nos pareceu como uma possível repetição dos tempos, supostamente idos. Essas questões quanto ao uso ordenado do corpo nos envia, imediatamente, às elucidações de Costa (2007) sobre as primeiras décadas do século XX da psiquiatria no Brasil, quando a eugenia dos hábitos deveria ser garantida como via de prevenção da loucura. Ou seja, o que passou a ser merecedor de modificações

ou de reforma, reaparece, podendo gerar igualmente redução da loucura como o avesso da norma.

Permanecemos ainda na questão da ordem quando esta passa a não ser mais ameaçada, o que implica em uma indicação de alta do serviço. Esta medida é adotada quando se entende que o usuário está apto a retornar ao convívio social sem o auxílio do CAPS. Paradoxalmente, tivemos contato com certa pluralidade de casos diante dos quais não se podia garantir a ordem permanente. E nesse ponto, remontamo-nos ao século XIX no que diz respeito às intervenções médicas que recaíam sobre o corpo do doente mental, ainda que nenhuma lesão capaz de justificar tal medida tivesse sido identificada, pois o intuito de manter a ordem a todo custo e evitar o ápice da desorganização mental referida como crise, mantém-se, mesmo quando da recusa do usuário em frequentar minimamente o serviço⁷. Pomo-nos diante da irrecusável administração medicamentosa que, mesmo se constatando que a intervenção química insiste em falhar (e aqui não fazemos votos de que seja suspensa), em vários casos, no que diz respeito às promessas de evitar esse estado de ruptura avassaladora com o social, de todos os dispositivos elaborados e disponíveis na assistência, este ascende à ação primeira e, até mesmo, única. Nesse ponto, não apenas identificamos que o discurso médico psiquiátrico circula de maneira privilegiada, como o investimento na corporificação da loucura – ao invés da compreensão sugerida por Birman (1978, p. 55) de que a loucura se refere a uma experiência de “subjetividade pura” –, empreendida desde a proto-história da psiquiatria se enraíza como saber.

Por fim, destacamos o contato com os registros elaborados sobre a participação dos usuários no CAPS. Apesar de serem desenvolvidas atividades, oficinas e grupos coordenados pelos diversos partícipes da equipe técnica, os prontuários acusam basicamente os registros médicos, que ocorrem, em geral, no intervalo de um mês para cada usuário quando de suas consultas com os psiquiatras. Os demais registros se destinam, comumente, a indicar se houve presença do usuário à atividade programada e em referir se a participação ocorreu “ativa” ou “satisfatoriamente”, sem maiores esclarecimentos sobre ao que estes termos pretendem aludir.

Da mesma forma, não identificamos referências quanto aos conteúdos delirantes enunciados pelos usuários, quando fosse o caso de serem referidos por estes, senão, apenas a indicação de que existem delírios os quais se tornam não mais do que parâmetros diagnósticos. Poderíamos suspeitar, se nos for de direito fazê-lo, que aquilo que poderia ser entendido como a própria experiência subjetiva do sujeito da loucura, permanece sem forças para se inscrever como um saber. Desta forma, quanto aos registros, concordamos com Lins (2007) ao destaca o documento “prontuário” como um dos instrumentos de controle dos quais se lança mão para organizar a assistência em saúde mental, ainda que a autora alerte sobre o fato de talvez não ser possível dispensar tais instrumentos, mas de vislumbrar que seus usos possam, de fato, permitir a comunicação entre os funcionários da instituição que atendem o mesmo sujeito, bem como para, e principalmente, acompanhar o usuário em seus ganhos e suas dificuldades, e assim estruturar uma

⁷ Inferimos isto a partir de um caso em que o usuário se recusava a ir ao CAPS alegando não precisar “ainda” dele, mas, mesmo diante da recusa, o serviço se deslocava mensalmente para administrar medicação em vista de se evitar o quadro de crise.

intervenção em seu benefício, sem, assim, reduzir as evoluções ao médico – já que este não é o único profissional que o assiste no serviço – nem mesmo utilizar a descrição prontuária como dispositivo de vigilância, valendo-se desse registro apenas para indicar presença ou ausência do sujeito.

Conclusão

Percorrer do início da psiquiatria moderna, passagem do século XVIII para o XIX, até o que poderíamos referir como “dias atuais”, ressalvadas as limitações de fazermos tal abrangência, uma vez que partimos de uma experiência específica – a pesquisa em um CAPS –, sugere-nos a obrigação de reconhecer não apenas mudanças, e por que não pensarmos em avanços, no que diz respeito ao discurso e aos dispositivos que oferecem à loucura um lugar.

De imediato, constatamos as evidentes mudanças no que diz respeito à substituição estrutural dos antigos asilos. Ainda que tenhamos notícias de instituições remanescentes ou mesmo de unidades psiquiátricas dentro de hospitais gerais⁸, sabe-se que estas tentam manter o compromisso com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, como reduzir o período de internação, evitando, desta forma, recair sobre o modelo asilar. Por outro lado, observa-se a restituição de leitos para uma modalidade específica de centros de atenção psicossociais (no caso dos CAPS III), e no macro campo da saúde mental, as políticas de internação compulsória para sujeitos socialmente esquecidos refugiados no crack – mas não somente nisso – e que vem sendo postos como alvo de combate de um movimento que também poderia nos levar ao início da psiquiatria moderna.

Perseguindo estas mudanças, é-nos obrigatório referir a aposta empunhada pelas novas assistências em um sujeito que não mais precisa de uma assistência intensiva, substituída por outra com assiduidade flexível e, mesmo pequena, devolvendo diariamente este sujeito à sociedade da qual faz parte, ainda que com suas exclusões, completamente distinto dos internamentos com período de reclusão indefinido, que assumiam para si a garantia de, no caso de não conseguirem restituir ao louco a sociabilidade, retirá-lo-iam de circulação por tempo indeterminado em defesa da sociedade. Se o CAPS mantém suas portas abertas, não apenas se pode entrar a qualquer tempo, como também dele sair quando assim o for conveniente.

Por outro lado, parece-nos que é exatamente esse retorno constante do sujeito ao social que mantem o compromisso estreito com a ordem, seja quando apontamos que as mudanças de denominações da loucura não implicam necessariamente em um lugar menos marginalizado ou diferente daquele que lhe foi conferido pela psiquiatria moderna. O retorno diário ao social não anula o vínculo constante com a instituição que, mesmo permitindo que esta casa se encha e se esvazie diariamente, recua diante da indicação de alta, por temer o retorno da loucura, evidente nas ações medicamentosas que devem ser feitas mesmo que o CAPS não se configure como uma escolha para o sujeito, ou seja, mesmo quando de sua ausência, para que as “crises” possam ser evitadas. Num sentido menos vinculado à possibilidade de crise, a investigação sobre o uso correto da medicação é uma ocupação de todos os profissionais, em geral, e não apenas daquele que é

⁸ Esse é o caso de um Hospital de Referência Estadual no Pará. www.gasparvianna.pa.gov.br

responsável por esta intervenção. Isso poderia nos remeter a um secretariado da psiquiatria? Enfim, a inexistência de referências quanto ao conteúdo subjetivo, restando a este ocupar o lugar de indicação diagnóstica e psicotrópica.

Retomando, assim, a pergunta que impulsiona este trabalho, interrogamos sugerindo desde o título uma resposta, bem como através de nossas argumentações, que sim, é possível inferir uma relação de continuidade entre a psiquiatria moderna e a política da psiquiatria reformada, atualizada em alguns dos aspectos por nós ressaltados. Parece-nos que as promessas psiquiátricas inaugurais, pelo menos a partir de nossa experiência, permanecem emprenhadas na instituição de assistência psicossocial: restituir a ordem ao sujeito transtornado, quando a loucura imputa, fundamentalmente, uma experiência que nega, sobretudo, essa ordenação. Cada discurso que inventa o seu normal, inventa necessariamente o seu avesso. Se assim concordamos, implicamo-nos em dizer que a loucura jamais será “curada”, ou desaparecerá.

Referências

Baptista, Luís. A.; Engel, Magali G. (2001). A Desconstrução do Manicômio e as Interpeleções da História. In: Psicologia Clínica – Foucault: 40 anos de História da Loucura. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Tecnologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. V. 13 nº1.

Couto, Richard; Alberti, Sonia (2008) Contribuições ao debate entre a psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira. In: Mental – ano VI, n. 11, 15-33.

Birman, Joel (1978). A Psiquiatria como Discurso da Moralidade. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Costa, Jurandir F. (2007). História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond.

Foucault, Michel. (1973-74/2006). O Poder Psiquiátrico: curso dado no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, Michel. (1973-74/2001). Os Anormais. São Paulo: Martins Fontes.

Lins, Cristina. B. A. (2007). Hospital Dia, Subjetividade e Relações de Poder: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Social – Universidade Federal do Pará. Belém. Disponível em: [HTTP://ppgp.ufpa.br](http://ppgp.ufpa.br).

Pacheco, Juliana G. (2009). Reforma Psiquiátrica: uma realizada possível – representações sociais da loucura e a história de uma experiência. Curitiba: Juruá.

Quebra, Sâmea C. F. (2011). Discurso Moderno e Psiquiatria Reformada: considerações sobre um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Dissertação de Mestrado em Psicologia – Universidade Federal do Pará. Belém. Disponível em: [HTTP://ppgp.ufpa.br](http://ppgp.ufpa.br).

Rinaldi, Doris (2006). Entre o Sujeito e o Cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental. In: Alberti, Sonia; Figueiredo, Ana C. (Orgs.). Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Rinaldi, Doris (2010). A Clínica do Sujeito no Campo da Saúde Mental. In: Pimentel, Adelma; Lemos, Flávia. Souza, Maurício; Nicolau, Roseane (Orgs.). Itinerários de Pesquisa em Psicologia. Belém: Amazônia Editora.

Santos, Núbia S.; Almeida, Patty F.; Venancio, Ana T.; Delgado, Pedro G. (2000). A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: *Psicologia Ciência e Profissão*, v.20 (n.4).

Tenório, Fernando (2001). *A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Submetido em 25/08/2015

Aceito em 19/03/2016