



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**SÂMEA CAROLINA FERREIRA QUEBRA**

**Discurso Moderno e Psiquiatria Reformada: considerações sobre um centro de  
atenção psicossocial (CAPS)**

**BELÉM  
2011**

Sâmea Carolina Ferreira Quebra

**Discurso Moderno e Psiquiatria Reformada: considerações sobre um centro de  
atenção psicossocial (CAPS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, para obtenção do título de mestre.  
Orientador: Ernani Pinheiro Chaves.

BELÉM  
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/ UFPA, Belém-PA)

---

Quebra, Sâmea Carolina Ferreira

Discurso moderno e psiquiatria reformada: considerações sobre um Centro de Atenção Psicossocial / Sâmea Carolina Ferreira Quebra; orientador, Ernani Pinheiro Chaves. - 2011.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2011.

1. Psicoses. 2. Loucura. 3. Doenças Mentais – Cuidado e tratamento. 4. Psicanálise. I. Título.

CDD – 22. Ed. 616.89

---

Sâmea Carolina Ferreira Quebra

**Discurso Moderno e Psiquiatria Reformada: considerações sobre um centro de  
atenção psicossocial (CAPS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, para obtenção do título de mestre.  
Orientador: Ernani Pinheiro Chaves.

BANCA AVALIADORA:

---

Prof. Dr. Ernani Pinheiro Chaves – Orientador  
(Universidade Federal do Pará – UFPA)

---

Prof. Dr. Joel Birman  
(Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ)

---

Prof. Dr. Maurício Rodrigues de Souza  
(Universidade Federal do Pará – UFPA)

Apresentado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Conceito: \_\_\_\_\_

BELÉM  
2011

À minha família, pai, mãe e irmão, com amor, sempre.

## AGRADECIMENTOS

À CAPES pelo apoio financeiro concedido aos meus estudos e à minha permanência na cidade do Rio de Janeiro durante o Programa de Cooperação Acadêmica (PROCAD) com a UFRJ.

Ao meu orientador, Prof. Ernani Chaves, que me apresentou à Psicanálise e, principalmente, por me ter apresentado com sua confiança em meu trabalho. Li uma ex-orientanda sua o agradecer por não tê-la deixado fazer um voo cego; eu o agradeço por me ter deixado fazer um voo livre.

À Cristina Lins por me ter inspirado com seu comprometido profissional e pela orientação dada aos meus primeiros passos e palavras sobre a loucura.

Aos professores: Flávia Lemos que, mesmo não tendo precisado tomar assento à banca de Qualificação, deu-me retorno de suas considerações sobre meu trabalho; Maurício Rodrigues, que pelo atento olhar às linhas escritas desde quando era apenas um pré-projeto, e ainda à Qualificação, não me deixou recuar de escrever em “primeira pessoa”.

À professora Roseane Nicolau por todo interesse, respeito, carinho e reconhecimento, que ao início, foram difíceis de serem “entendidos”, mas que ajudaram a confirmar meu lugar.

À equipe “CAPS II: Santa Izabel”, que não hesitou em ceder seu espaço para eu pesquisar e sem o qual esta dissertação não existiria.

Aos professores Isabel Fortes e Joel Birman que, graças ao PROCAD, fizeram considerações cruciais para o encaminhamento desta dissertação.

À querida prima Camila, por ter cedido seu olhar à revisão destas páginas.

Aos colegas do mestrado com os quais dividi dúvidas e conhecimentos ao longo desses anos.

Às sábias e queridas amigas do grupo de estudo, Alcione, Ingrid, Jamile, Pati e Rose com quem, entre tantos assuntos, compartilho as dúvidas e o árduo caminho do “(não)saber”.

À Suzana Iketani por me ter “segurado à mão” e confiado sempre em minha escuta.

À Silvia Pinto Marques por me ter amparado e me permitido acreditar que eu suportaria.

Aos amigos “cariocas”: Pati, Kamilly, Amanda, Ronildo, Alessandro e Igor que estiveram disponíveis e presentes nas dores e nos prazeres do Rio e que entenderam meu tempo “ausente”.

Aos queridos colegas da Universidade Federal de Sergipe: Elder, Klécia, Rômulo e Selma, com os quais dividi a rica experiência do PROCAD e os típicos sabores de nossas culinárias.

Ao querido Ney, sempre atencioso e disponível.

À amiga Larissa que me “indicou” o caminho de Santa Izabel, onde pude realizar minha pesquisa; que “profetizou” minha aprovação no mestrado e com quem pude dividir minhas angústias quando dei meus primeiros passos no “mundo da pesquisa”.

À querida Carol Malcher com quem compartilhei os momentos “pré-mestrado”, por não ter deixado que eu desistisse de tentar e que por sua causa, graças a seu convite a um remoto curso de “Introdução à Psicanálise”, conheci o professor Ernani Chaves.

Às queridas amigas Adna, Diôise, Maíra e Marcela, pelos descontraídos momentos.

Às amigas de minha vida: Lívia, sempre confiante em meus passos; e Juliana, com quem compartilhei as dificuldades de estar longe de casa.

Aos escolhidos irmãos, Rafael e Bía, com quem descobri o valor dos segundos.

À querida Eva, pelas sábias palavras de conforto e retorno.

À tia Vera que “ladrihou meu Rio”.

E ao meu namorado, Rogério, com quem escolho e aprendo a cada dia dividir a vida. Paciente, companheiro e amoroso é, desde sempre, um grande incentivador dos passos dados neste caminho.

Obrigada!

## ROSA-DOS-VENTOS

E do amor gritou-se o escândalo  
Do medo criou-se o trágico  
No rosto pintou-se o pálido  
E não rolou uma lágrima  
Nem uma lástima para socorrer

E na gente deu o hábito  
De caminhar pelas trevas  
De murmurar entre as pregas  
De tirar leite das pedras  
De ver o tempo correr

Mas sob o sono dos séculos  
Amanheceu o espetáculo  
Como uma chuva de pétalas  
Como se o céu vendo as penas  
Morresse de pena  
E chovesse o perdão  
E a prudência dos sábios  
Nem ousou conter nos lábios  
O sorriso e a paixão

Pois transbordando de flores  
A calma dos lagos zangou-se  
A rosa-dos-ventos danou-se  
O leito do rio fartou-se  
E inundou de água doce  
A amargura do mar  
Numa enchente amazônica  
Numa explosão atlântica  
E a multidão vendo em pânico  
E a multidão vendo atônita  
Ainda que tarde  
O seu despertar

(Chico Buarque)

QUEBRA, Sâmea C. F. **Marcas de um Discurso Moderno na Psiquiatria Reformada: considerações sobre um centro de atenção psicossocial.** 2011. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia).  
Universidade Federal do Pará.

## RESUMO

A presente dissertação tem o objetivo de discutir a relação entre um dos novos serviços de intervenção e cuidados sobre a loucura, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e o olhar psiquiátrico que se construiu ao longo do século XIX. O CAPS, amparado pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visa, tal como outros dispositivos, combater o modelo asilar de assistência à loucura que se deu ao longo dos séculos, sobretudo sustentado, a partir do período moderno, no discurso psiquiátrico que tomou a loucura como objeto de seu saber, transformando-a em doença mental. O método utilizado para investigação foi a observação participante que se deu através da presença direta da pesquisadora no campo de estudo, descrevendo os elementos que circunscreveram o objeto de pesquisa, tais como: oficinas terapêuticas, grupos de psicologia e de família, acolhimento, assembleias e demais atividades, coletivas ou individuais, que fazem parte da dinâmica própria do serviço investigado. Inicia com a descrição do objeto, CAPS II: Santa Izabel, desde sua implantação no município de Santa Izabel do Pará, em 2001, até suas configurações atuais. Em seguida fundamenta os preceitos da Reforma Psiquiátrica que regulamentam ideologicamente este serviço, situando as referências históricas que culminaram neste movimento reformista, a partir das contribuições teóricas foucaultianas sobre o poder psiquiátrico e transformação da loucura em doença, bem como referencia demais autores que se apropriaram desta temática no contexto europeu, brasileiro e paraense. A Psicanálise é tomada, nesta dissertação, como uma possibilidade de apostar no sujeito possível de advir e existir, destacando as contribuições de Freud e Lacan sobre a teoria psicanalítica da psicose. Finaliza com análise dos dados coletados, aproximados ao referencial bibliográfico, demonstrando que, apesar do CAPS propor a ruptura com o modelo asilar instituído pelo saber psiquiátrico, naquele século, várias ações que se sustentam nesse objetivo, atualizam práticas asilares que, ao invés de darem um novo lugar à loucura, reeditam o enclausuramento imposto aos sujeitos que vivenciavam tal experiência subjetiva. Conclui que o CAPS precisa problematizar e relativizar as exigências regulamentadas pela Reforma e por sua lei, para conseguir resistir ao saber medicalizante que se faz tanto presente quanto antes, e assim conseguir reinventar práticas, conceitos, e modos de existência à loucura.

**Palavras-Chaves:** centro de atenção psicossocial (caps); reforma psiquiátrica; loucura; poder psiquiátrico; psicanálise; psicose.

QUEBRA, Sâmea C. F. **Marcas de um Discurso Moderno na Psiquiatria Reformada: considerações sobre um centro de atenção psicossocial.** 2011. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia).  
Universidade Federal do Pará.

## **ABSTRACT**

This dissertation aims to discuss the relation between the new madness care and intervention service which is the Center for Psychosocial Care (CAPS), and the psychiatric view that was built throughout the XIX century. The CAPS that is supported by the precepts of the Brazilian Psychiatric Reform, purpose to combat the asylum assistance for madness model that last long over the centuries, especially supported by the modern period through the psychiatric discourse that look the madness as the object of its knowledge, transforming it into mental illness. The method of research was participant observation which passed through the direct presence of the researcher on the study field, describing the elements that define the research object, such as: therapeutic workshops, group and family psychology, hospitality, collective or individual meetings and other activities which are part of the investigated service. It begins with a description of the object CAPS II: Santa Izabel, since its inception in Santa Izabel of Pará, in 2001 to its current settings. Then, the underlying precepts of the Psychiatric Reform ideologically governing this service, placing historical references leading to this reform movement, from Foucault's theoretical contributions on the transformation of psychiatric power and madness in disease, as well as other authors who seized of this issue within the Europe, Brazil and Pará were referenced. Psychoanalysis is taken in this dissertation as an opportunity to bet on a possible subject that can succeed and exist, highlighting the Freud and Lacan's contributions about psychoanalytic theory of psychosis. Ends with data collected analysis, joined with bibliographic references, demonstrating that despite the CAPS propose a break with the asylum model established by psychiatric knowledge throughout that century, several actions that are supported on that objective update asylum practices that instead of giving a new place to madness, reissuing the imposed confinement on individuals who experienced this subjective experience. It concludes that the CAPS needs to make problematic and relative the regulated requirements by the Reformation and its law, to guarantee against the medicalization knowledge that is as present as before, and then get reinvent practices, concepts and ways of madness.

**Key Words:** psychosocial care center (caps); psychiatric reform; madness; psychiatric power; psychoanalysis; psychosis.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTA IZABEL DO PARÁ.....</b>	<b>20</b>
<b>3. REFORMA PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1. Psiquiatria e Alienação Mental: a loucura como doença.....</b>	<b>33</b>
3.1.1. O organismo do alienado.....	37
3.1.2. A família do alienado.....	43
3.1.3. O espaço social como causa da alienação.....	47
3.1.4. O isolamento, o asilo e o tratamento moral.....	56
3.1.5. A psiquiatria brasileira.....	69
3.1.6. Meados do século XX.....	80
<b>4. PSICANÁLISE E SUA VISÃO SOBRE A LOUCURA.....</b>	<b>81</b>
<b>4.1. Psicose a partir de Freud.....</b>	<b>83</b>
<b>4.2. Considerações de Lacan acerca da Psicose.....</b>	<b>89</b>
<b>4.3. A Psicanálise na assistência psiquiátrica.....</b>	<b>98</b>
<b>5. QUE LUGAR PARA A LOUCURA?.....</b>	<b>104</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>127</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>132</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>136</b>
ANEXO A: TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	137
ANEXO B: DIÁRIO DE CAMPO	138
ANEXO C: ROTEIRO DE ENTREVISTA	145

## 1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação tem como objetivo discutir a relação entre um dos novos modelos de intervenção sobre a loucura, o CAPS<sup>1</sup> e o olhar psiquiátrico que se construiu ao longo do século XIX – que tinha como instituição de referência o asilo, como saber fundamental a medicina e demarcou, na construção do seu discurso teórico e de suas práticas asilares, a loucura como doença (mental). Considerando que o primeiro modelo mencionado visa romper com o segundo, por entender que este último, sustentado no ideal asilar que previa excluir o louco dos espaços sociais, enclausurava o sujeito, ou mesmo negava sua própria existência e importância, e, por isso, deveria ser substituído pelo novo modelo de assistência, atravessado pelo ideal reformista, propõe um novo olhar e lugar sobre a loucura, se opondo à exclusão praticada ao longo dos anos. A partir disso, localizo meu problema de pesquisa: a prática assistencial difundida pelo discurso da Reforma Psiquiátrica, autorizada como lei, e que visa, através da renovação da estrutura de suas instituições, restituir um novo lugar ao sujeito da loucura, rompe, de fato, com o modelo asilar ao qual intenta resistir e erradicar?

Meu interesse pelo estudo sobre a loucura se deu bem antes da transformação deste desejo em dissertação. No início do curso de Psicologia, desenvolvi um primeiro trabalho acadêmico sobre Esquizofrenia, que tinha como referencial teórico o saber médico. Ele foi desenvolvido no âmbito de uma matéria que cursei denominada “Bases Anatomo-fisiológicas do Comportamento” e motivado pela convivência pessoal com um caso que tinha esse diagnóstico.

Ainda muito imatura e com expectativas de transformar essa convivência, acima mencionada, percebi a impossibilidade de, somente através da teoria, aplacar determinadas dificuldades e angústias pessoais. Assim, somente ao final do curso, retomei, de forma mais detida, esse tema, à luz da Psicanálise, tendo vislumbrado no estágio curricular que desenvolvi em Psicologia da Saúde, sediado em unidade psiquiátrica<sup>2</sup>, o conhecimento teórico acerca da psicose – signifiante (na linguagem lacaniana, evidentemente) que se refere à loucura no âmbito psicanalítico –, muito mais, inclusive, do que o interesse pela atuação em si nesta clínica.

Mas, envolvida pela novidade e pelas dificuldades do manejo com o portador de sofrimento mental – assim referido o sujeito da loucura no local onde realizei este estágio –

---

<sup>1</sup> Centro de Atenção Psicossocial, que se destina a atender à demanda dita psiquiátrica e foi instituído a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica iniciado no Brasil ao final da década de 1970 e, atualmente, é regulamentada pela lei 10.216 de 6 de abril de 2001.

<sup>2</sup> No extinto Hospital-Dia desta unidade.

nasceu o desejo de aprofundar este conhecimento através do trabalho de conclusão do curso<sup>3</sup>. Este trabalho objetivou identificar, descrever e correlacionar com a teoria lacaniana os episódios de “passagem ao ato”<sup>4</sup>, observados no serviço de assistência psiquiátrica e identificados nos casos pesquisados. A partir disso, foram realizados dois estudos de caso.

Deste primeiro trabalho, nasceu o projeto de dissertação. Mas para tal, foram também importantes as dificuldades ocorridas anteriormente no desenrolar metodológico do trabalho supracitado. No período de submissão deste último à diretoria da Clínica Psiquiátrica para avaliação e autorização da pesquisa, tal projeto foi reprovado (ou recusado?) três vezes, sob a justificativa de que existiam informações inconsistentes e incoerentes com a realidade da Clínica Psiquiátrica onde foi realizada a pesquisa, em especial, a forma como eram qualificadas, pelas demais autoras e por mim, a aplicação das contenções, descritas a partir da observação direta do serviço.

Tal aplicação caracterizava as contenções como “punitivas” em alguns momentos, ou seja, descrevendo que, nem sempre, as contenções protagonizavam terapeuticamente nesse cenário, mas que, também atuavam como recurso para castigar o “mau” comportamento do paciente. Como o objetivo do trabalho não era se apropriar do funcionamento da assistência prestada no serviço, mas sim da teoria lacaniana, tais considerações foram retiradas, *a priori*, do projeto o que, ainda assim, não garantiu sua aceitação, ocorrida apenas depois da mudança de diretoria dessa Clínica.

Passado tal episódio, pensei no que não poderia ser visto e revelado com esse trabalho. Talvez a dificuldade de dar voz e nomear o quanto a psicose – como entendo a loucura a partir da Psicanálise – nos coloca num lugar de “não saber”, e que a desestabilização causada pela crise, e mais ainda quando um sujeito passa ao ato, não é somente do paciente, mas também da equipe, que em seu ato punitivo, repreende o “atentado à ordem” promovido pelo sujeito da loucura.

---

<sup>3</sup> Trabalho de conclusão do curso de Psicologia, intitulado “Passagem ao Ato: episódios observados em psicose na emergência e hospital-dia adulto de uma instituição referência em psiquiatria”, desenvolvido por Carolina de Sousa Malcher, Maíra Amaral Souza e Sâmea Carolina Ferreira Quebra, e orientado pela Professora. Ms. Cristina Bastos Alves Lins.

<sup>4</sup> Conceito desenvolvido por Lacan (1962-63), em seu seminário sobre “A Angústia”, e que se refere ao momento em que o sujeito, independente de como este se estrutura psiquicamente, movido pela angústia e sem recursos simbólicos para aplacá-la, tenta apaziguá-la através da ação, arriscando sua própria vida e a de terceiros.

Situada a sua história, esta dissertação sofreu algumas transformações durante minha caminhada nesses anos de mestrado. O percurso que realizei até, por fim, definir o problema de pesquisa que persigo durante o desenvolvimento do trabalho, foi longo, ou mesmo ousado, visto que a sua atual circunscrição foi dada somente depois de ter concluído a pesquisa de campo, enquanto elaborava todos os dados coletados com os quais tive contato durante a investigação.

Assim, poderia dizer que esta dissertação de fato se fundamenta no próprio percurso da pesquisa que preconiza e, mais que isso, implica que o pesquisador, ainda que tenha traçado caminhos a serem perseguidos para sua investigação, surpreenda-se com as provocações causadas pelo seu objeto de estudo.

Para delimitar e sustentar esse novo problema, também foi importante e decisivo o estágio realizado à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), no período de agosto a dezembro de 2010, viabilizado pelo Programa de Cooperação Acadêmica (PROCAD). A partir das observações e críticas cuidadosamente feitas pelos professores doutores Isabel Fortes e Joel Birman sobre meu projeto de pesquisa, consegui superar a primeira questão formulada para o desenvolvimento da dissertação que, ao fim da pesquisa e início deste estágio acadêmico, parecia, para mim, não poder ser reformulada. Assim, consegui reposicionar minhas questões sobre o objeto de pesquisa, impostas a partir da experiência de campo.

A primeira pergunta que elaborei para a dissertação e que servia de norte para a pesquisa de campo inquiria as possibilidades alternativas às contenções mecânicas e medicamentosas, que se imprimiam sobre os corpos dos sujeitos psicóticos, quando estes estavam em um quadro de crise, ou mesmo ainda, quando configuravam um episódio de passagem ao ato pondo em risco a própria vida e a de terceiros. Tal questão articulava-se, teoricamente, com o conceito de psicose desenvolvido pela Psicanálise, bem como, com os preceitos e regulamentações da assistência determinados pela lei da Reforma Psiquiátrica.

Porém, em campo, comecei a notar outros pontos da assistência que me sobressaíram aos olhos, ou aos ouvidos, mais do que as possibilidades alternativas de atendimento ao corpo desmedido, que pode aparecer na crise psicótica. Até mesmo porque esta primeira questão se originou daquele primeiro trabalho de conclusão do curso de psicologia, momento em que pude observar que se lançava mão, em muitos casos, das contenções para intervir sobre o sujeito. Esta não é a realidade do CAPS<sup>5</sup> onde pesquisei para construir esta dissertação.

---

<sup>5</sup> CAPS II: Santa Izabel, descrito em seguida.

Assim, o que me chamou à atenção era o fato de que, mesmo não configurando estruturalmente um modelo hospitalar ou asilar, algumas atividades impediam que os sujeitos atendidos no CAPS aparecessem como seres capazes de decidir sobre a melhor forma de conduzir esta ou aquela atividade, ou ainda, que suas próprias construções protagonizassem naquele lugar. Por exemplo, em meu primeiro dia de pesquisa<sup>6</sup>, pude acompanhar a caminhada pela cidade realizada em comemoração ao Dia Mundial de Saúde Mental, 10 de outubro, que tinha como *slogan* “Isolamento não cura, só tortura”, criado por uma funcionária do serviço. A isso, lancei meu primeiro questionamento: por que o *slogan* não teve a autoria dos usuários do serviço, já que para eles se destinava o momento da caminhada? De quem era a causa?

Outro questionamento que lancei se deu sobre a prevalência das consultas médicas sobre todas as outras atividades. Se no momento do grupo de psicologia, que tinha horário e dia previamente determinado, chegasse à vez do atendimento com o médico – que tinha previamente estabelecido apenas o dia, mas o horário seguia a ordem de chegada dos usuários<sup>7</sup> –, o usuário era dispensado para falar com o médico, podendo ou não retornar ao grupo do qual fazia parte anteriormente. Além disso, quando se organizavam oficinas específicas para uma data, por exemplo, “Dia das Mães”, para que desse tempo de confeccionar o produto ao qual se destinou tal oficina, substituíam-se algumas vezes as atividades pré-estabelecidas no cronograma do CAPS para poder, em tempo hábil, concluir a proposta. As consultas médicas, porém, não eram substituídas, mas sim mantidas independentes da oficina ou do tempo. Por que não se podia aguardar o fim das atividades para ir à consulta médica? Por que os grupos de apoio psicológico, social, ocupacional podiam ser substituídos por outros objetivos e atividades? E o atendimento médico, por que não sofria alterações?

Ainda outro ponto foi importante e referia-se à criação de um restaurante popular dentro do CAPS. O Ministério da Saúde lançou uma campanha de emprego e renda a todos os CAPS do Brasil, assim, aquele que quisesse participar, deveria desenvolver um projeto justificando a proposta e descrevendo as ações que indicassem a utilização da verba que lhes seria destinada. Os usuários aprenderiam um ofício e venderiam o produto fabricado que, no CAPS II, em Santa Izabel, seria a produção de refeições.

---

<sup>6</sup> 08 de outubro de 2009.

<sup>7</sup> Tal como são referidas as pessoas atendidas neste serviço.

Neste caso, não questiono a possibilidade de se produzir uma fonte de renda, mas proponho ir além e pensar na ideia de que é preciso ter algum produto, não só concreto, mas vendável, o que põe no cerne da questão o preceito de que aqueles corpos que ali se reúnem precisam ser úteis e, ainda, ratificar o fato de que o sujeito da loucura é incapaz de exercer alguma função no mercado de trabalho dos “normais”, implicando ao CAPS empregá-lo.

Essas foram questões que me fizeram formular as seguintes hipóteses: 1) a idéia de que a verdade da loucura pode, apesar das mudanças e avanços da assistência à saúde mental atual, permanecer subjugada pela instituição que se destina a escutá-la e dar-lhe espaço de existência; 2) o saber que se faz operante e insubstituível nesse modelo é o médico; 3) e o tratamento que ali se faz destina-se a restituir um ideal de homem útil, normal ou produtivo. Todas as hipóteses se referem ao saber sobre a loucura como enfermidade mental, que pretendeu, a partir dessa formulação, erradicar a loucura da sociedade por compreendê-la como incompatível com a lógica moderna, econômica e industrial à qual os corpos e os indivíduos deveriam se adequar para o bem desenvolver da sociedade. A produção do discurso médico sobre a loucura abrangeu, além da determinação desta última como seu objeto próprio de intervenção, definir uma forma ideal de relações possíveis dentro dos espaços sociais, deliberando o que era permitido e o que era proibido entre os indivíduos, moralizando-os. (FOUCAULT, [1973-74] 2006; BIRMAN, 1978; CASTEL, 1978).

A reforma psiquiátrica propõe se opor a estes princípios. Em relação à psiquiatria que se fez ao longo dos séculos XIX e XX, pautadas na exclusão que Tenório (2001) nomeia de modelo hospitalocêntrico, a reforma psiquiátrica, como menciona Lins (2007), pretende substituir os hospitais psiquiátricos com suas práticas asilares, instituindo outros dispositivos, como: hospitais-dia, centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas e a própria incumbência às unidades básicas de saúde de atuarem no atendimento de suporte à saúde mental. O objetivo é retirar o olhar medicalizante sobre o sujeito – o que implicaria abordar sua loucura como sintoma a ser extirpado – e lançar um olhar sobre o todo; o sujeito que passa a ser objeto dessa assistência deixaria de ser fragmentado e corresponderia a uma totalidade, estando em questão não apenas os fenômenos de crise, que mereceriam estabilização para sua melhor existência, mas também abranger outros aspectos sociais, implicando não mais o paciente, mas também o cidadão.

É dentro deste contexto que se elegeu um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para o desenvolvimento da pesquisa de campo, pois, primeiramente, este é um dispositivo de

assistência patente do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Pude, assim, observar, para além das regulamentações da lei e da própria ideologia da Reforma, olhando como o cenário atual assiste e adota a loucura como seu objeto. A intenção não é reduzir as contribuições à forma como esse CAPS atua e opera seu discurso sobre a loucura, ou ainda, sobre a saúde mental – o que me levaria à generalização da pesquisa, perdendo de vista as particularidades deste objeto e, pior, supondo que assim, como o discurso ali atua, também é operado da mesma forma em outras instituições –, mas sim a partir dele poder considerar o problema que me propus estudar, tomando esse serviço como um recorte possível de se fazer para pensar se a disseminação do discurso reformista rompe com o modelo “hospitalocêntrico” asilar, como objetiva fazer.

Situo que “loucura” é o significante que adoto a partir das referências históricas sobre essa experiência subjetiva, mas que nos textos sobre a Reforma e mesmo na assistência que observei, pude identificar que se utilizam com frequência, para se referir ao sujeito, as definições: portador de sofrimento psíquico ou de transtorno mental, usuário do serviço. E quanto ao campo, ainda considerando essa abordagem reformista, diria que este se refere ao campo da saúde mental, definido por Rinaldi (2006) como sendo “um campo multidisciplinar, heterogêneo e plural, onde diversos saberes e práticas se entrecruzam” (p. 142).

Essa mesma autora destaca que, no campo da saúde mental, atravessado pelo movimento da Reforma, o que sempre esteve à frente foi a dimensão política que pretendia resgatar o louco dos calabouços manicomiais, sustentada na noção de reabilitação psicossocial, pretendendo recuperar a autonomia e o poder de contratualidade deste sujeito e, assim, reinserí-lo em uma vida social da qual fora privado. Nesse estudo de Rinaldi<sup>8</sup>, não se pretendeu subjugar este princípio, mas se propôs discutir o lugar do sujeito – entendendo-o como aquilo que aparece na sua própria fala e construções – que cai ao “segundo plano” da assistência, já que o que esta persegue é a instituição do ideal de cidadania, sendo tudo aquilo que faz menção ao sujeito visto como um “excesso” à assistência. E, além disso, a direção do tratamento se sustenta, muitas vezes, na sugestão do que seria “bom” para o sujeito, baseado naquilo que a equipe ou a instituição aceitam com tal. Desse modo, atenta-se para o risco da assistência em saúde mental reproduzir o modelo “tutelar e excludente” – termos da autora – ao qual visa resistir.

---

<sup>8</sup> “Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental?” In: Psicanálise e saúde mental: uma aposta (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006, p. 141-47).

Lins (2007) destaca em sua dissertação<sup>9</sup> que, apesar da regulamentação da Reforma Psiquiátrica, o serviço que pesquisou<sup>10</sup> reproduzia o modelo disciplinar e as relações de poder que prescreviam, em alguma medida, o controle aos sujeitos que ali eram assistidos, a favor de uma ordem social previamente concebida. Assim identificou que neste lugar o que se buscava era “fazer com que o paciente obedeça, siga normas e orientações” (p. 69).

Refiro-me a essas duas autoras para localizar, além das inquietações suscitadas em meu percurso na pesquisa, o problema que fundamenta minha dissertação, questionando se a Reforma Psiquiátrica e seus dispositivos de assistência não retomam, de alguma forma, a exclusão e o apagamento do sujeito que, sob seus princípios, pretende afrontar.

Como já dito, este questionamento se fundamentou a partir da pesquisa de campo realizada em um Centro de Atenção Psicossocial, nível II (CAPS II), situado ao município de Santa Izabel do Pará, denominado “CAPS II: Santa Izabel”. A escolha por realizar a pesquisa de campo em um CAPS se deu por compreender que essa nova estrutura de assistência, que se diferencia do hospital ou de uma unidade hospitalar, é a instituição-chave implantada pela Reforma Psiquiátrica, já que, sua criação prevê descentralizar o atendimento hospitalar e substituir o serviço asilar que se oferecia ao sujeito dito portador de sofrimento psíquico.

A escolha pelo CAPS II que se situa à Santa Izabel se justificou ainda pelo interesse e possibilidade de atuar como psicóloga clínica naquele município. Minha presença se daria por essa via, porém, com a necessidade de encontrar um lugar para realizar a pesquisa e, considerando as dificuldades que tive em ter minha pesquisa de conclusão do curso de Psicologia<sup>11</sup> autorizada, pensei na possibilidade de conciliar minha ida à Santa Izabel com o interesse de minha dissertação. Além disso, também ponderei o deslocamento possível de ser feito para uma cidade de interior e já que o CAPS prevê descentralizar a assistência, apostei na possibilidade também de descentralizar da capital este estudo. Assim, entrei em contato pessoalmente com a coordenação do CAPS, expus os objetivos de minha pesquisa que, sem hesitação, foi aceita pela coordenadora.

O método utilizado para o desenvolvimento desta pesquisa foi a observação participante, que Lins (2007) indica como um procedimento próximo à etnografia e que adota o

---

<sup>9</sup> “Hospital Dia, Subjetividade e Relações de Poder: um estudo de caso”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social da Universidade Federal do Pará.

<sup>10</sup> Hospital-Dia da Clínica Psiquiátrica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em Belém-Pa.

<sup>11</sup> Ver nota 3.

“caderno de campo” como instrumento fundamental para o registro das observações. Tal processo envolveu a minha presença efetiva no campo, duas vezes por semana, pelo período de seis meses – outubro e novembro de 2009 e de fevereiro a junho de 2010, viabilizando a coleta de dados, pois, além da possibilidade de investigar diretamente o objeto de estudo, adquiri informações esclarecedoras e complementares a partir de inquirições aos sujeitos que compunham aquele cenário.

A experiência direta com o objeto de estudo amplia, de certa forma, os direcionamentos que podem ser dados à pesquisa, uma vez que envolve a experiência real de um determinado objeto, podendo ser esse um serviço ou instituição de saúde. Assim o que figura no momento da pesquisa não é o controle das variáveis existentes, mas sim a experiência em si, sujeitando o pesquisador a dar novos rumos, caso necessário, a sua proposta inicial, acompanhando o funcionamento próprio e independente, em relação à pesquisa, do objeto pesquisado. (GOLDENBERG, 2003).

Para desenvolver a pesquisa, além das visitas ao CAPS que possibilitaram a observação do serviço e as atividades desenvolvidas, também foram realizadas entrevistas com funcionários e pacientes com o objetivo de ter acesso a outras informações complementares que visaram o esclarecimento de elementos colhidos durante as visitas. Foi feita a leitura de documentos do próprio CAPS, tais como prontuários de pacientes, projetos, relatórios e outros produzidos tanto pela equipe, como pelos pacientes. Tal acesso foi concedido através da assinatura do Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/HUJBB/UFPA<sup>12</sup>.

Porém, não priorizei a intervenção através de entrevistas previamente estruturadas<sup>13</sup>, pois receei em obter respostas puramente teóricas e direcionadas, quando o que me interessava era observar a dinâmica direta do serviço, ou seja, conseguir perceber, inclusive, se os preceitos teóricos se encontravam com as práticas ali desenvolvidas. Preferi deixar que “as coisas acontecessem”.

Foram feitas transcrições diárias das observações e dos relatos colhidos, dados que fundamentaram a construção do estudo<sup>14</sup>. Não foram utilizados recursos como máquina fotográfica, filmadora ou gravador, para evitar constrangimentos ou interferência na dinâmica

---

<sup>12</sup> Anexos A e B

<sup>13</sup> Anexo D.

<sup>14</sup> Anexo C.

espontânea do serviço, visto que, somente a minha presença como pesquisadora já poderia causar tal desconforto.

A partir dos dados e da pesquisa bibliográfica realizada ao longo do estudo, esta dissertação percorre teoricamente os preceitos da Reforma Psiquiátrica, vislumbrando compreender como esse movimento se inicia até o ápice de se instituir como lei, que regulamenta os serviços de atenção à saúde mental no Brasil. Situo ainda, historicamente, o percurso realizado pela psiquiatria para transformar a loucura em doença mental e ainda o tipo de tratamento dispensado à sua cura, o “tratamento moral”. Fundamentada nesta história, a loucura passou a ter um lugar de exclusão justificado pelo discurso médico e fazer tal referência permite compreender a necessidade de instituir um movimento de reforma da assistência psiquiátrica. Percorro, ainda, a teoria psicanalítica, visando elucidar sua versão sobre a loucura, a partir do que nomeia como “psicose”, vislumbrando através deste saber uma possibilidade de restituição de um lugar próprio ao sujeito no que se refere à sua experiência e existência subjetivas.

Assim, esta dissertação está estruturada da seguinte forma: no primeiro capítulo, descrevo o local onde desenvolvi a pesquisa, “CAPS II: Santa Izabel”, desde sua instalação, a partir dos projetos para a estruturação do CAPS no município de Santa Izabel. Descrevo sua estrutura, também, a partir das observações e questionamentos feitos, bem como, dos documentos produzidos pelo próprio serviço (projetos, prontuários, relatórios, etc.). Denomino este capítulo de “Centro de Atenção Psicossocial de Santa Izabel do Pará”.

No segundo capítulo fundamento a Reforma Psiquiátrica, destacando seus objetivos e sua história, para assim, compreender a lógica de assistência na qual se inserem os Centros de Atenção Psicossocial, bem como o que elegi como objeto de estudo. Em seguida, neste mesmo espaço, apresento a construção do discurso psiquiátrico elaborado sobre a loucura como doença mental e amadurecido ao longo dos séculos XIX e XX, compreendendo, assim, de que forma esse saber se tornou patente diante dessa experiência subjetiva, possibilitando situar como se fundamenta e onde se sustenta a resistência proposta pelo movimento da Reforma Psiquiátrica com a estruturação de seus novos dispositivos de assistência que visam, assim, combater o modelo asilar e excludente cultivado pela psiquiatrização da loucura. São referências capitais os estudos de Foucault sobre “O Poder Psiquiátrico” ([1973-74] 2006) e de Birman sobre “A Psiquiatria como Discurso da Moralidade” (1978), estendendo à contribuição de Costa sobre a “História da Psiquiatria no Brasil”, no início do século XX (2007), e de Fuckner, que descreve

como se deu a instalação do dispositivo psiquiátrico no Pará, no trabalho “No hospício, o império da razão republicana” (2008).

No terceiro capítulo, exponho a versão da psicanálise sobre a loucura, nomeada por este saber como psicose. Fundamento as contribuições psicanalíticas sobre esta experiência subjetiva, a partir de Freud, Lacan e demais comentadores, vislumbrando com este saber indicar uma via possível de restituir ao sujeito em assistência seu lugar próprio, oferecendo-lhe um lugar de existência.

No quarto e último capítulo, apresento minhas análises a partir dos dados colhidos durante a pesquisa de campo, articulando-os com o referencial teórico sobre a história da psiquiatria e com o saber psicanalítico e, assim, tento responder e indicar a aproximação existente entre o saber psiquiátrico construído ao longo do período moderno e o novo modelo de cuidado, supostamente transformado a partir do movimento reformista, iniciado ao final da década de 70 do século passado, no Brasil. Assim pretendo dar uma versão possível sobre o contexto atual da assistência à loucura, a partir das investigações sobre este dispositivo de atendimento à “saúde mental”, o CAPS, que se pauta no modelo psicossocial e está sustentado pela lei da Reforma Psiquiátrica.

## **2. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTA IZABEL DO PARÁ<sup>15</sup>**

Em meados de 2001, no mesmo ano da sanção da lei da Reforma Psiquiátrica<sup>16</sup>, iniciou-se a elaboração do projeto para a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Santa Izabel do Pará – PA<sup>17 18</sup>. Objetivou-se implantar este serviço para:

Tratar doentes mentais e neurológicos, visando a readaptação familiar e social, resgatando as potencialidades do ser humano integral e sua cidadania (objetivo geral); e reduzir a gravidade dos sintomas apresentados; restabelecer no usuário a confiança em si e nos outros; oferecer tratamento digno e humano; desenvolver ações para evitar reinternações; reinserir os usuários em seus meios familiar e

<sup>15</sup> As informações sobre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Santa Izabel do Pará foram adquiridas a partir do acesso à documentação disponível neste CAPS, através de entrevistas com funcionários e observação direta deste serviço.

<sup>16</sup> Lei 10.216, de 06 de abril de 2001.

<sup>17</sup> No projeto de reestruturação do CAPS Santa Izabel do Pará, que será mencionando com mais detalhes em seguida, indica que ao mesmo tempo de elaboração do projeto de implantação do CAPS, este já funcionava no município de Santa Izabel.

<sup>18</sup> Município que faz parte da mesorregião de Belém/Pa (In: <http://www.portalsantaizabel.net>), localizado a 39 Km da capital paraense. (In: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/georeferenciamento/InfoGeo/para/pdf/distancia.pdf>).

social; orientar e garantir com o usuário a busca de seus direitos, desenvolvendo ou resgatando o senso de cidadania (objetivos específicos)<sup>19</sup>. (s/p).

Este projeto se justificou pelo fato de que 0,6%, dentro de uma população de 44.008 habitantes (dados de 2001) do município, era usuária do serviço de saúde e portadora de transtornos mentais e neurológicos, além da necessidade de reformulação da assistência à saúde mental, de acordo com as mudanças fundamentadas na Reforma Psiquiátrica. Para isso, argumentou-se a necessidade de composição de uma equipe interdisciplinar que trabalharia em conjunto com a família dos usuários do futuro serviço, para garantir o espaço social, familiar e os direitos destes.

Neste momento inicial, descreveu-se o caráter de necessidade e urgência da estruturação do serviço, bem como, sua localização na assistência à saúde mental, sendo assim, intermediário aos atendimentos ambulatorial e de internação.

O CAPS trouxe também como foco a importância do trabalho junto com a comunidade para lhe fornecer orientações que visassem ao desenvolvimento de tolerância e aceitação em relação às pessoas portadoras de transtornos mentais ou neurológicos. Com o CAPS, a comunidade passou também a ser objeto de intervenção da equipe multiprofissional a ser composta para a implantação do novo serviço.

A população alvo de usuários deveria ter a idade entre 5 e 70 (correção feita à caneta; o texto original impresso indica 60) anos e preencher os seguintes critérios:

Portadores de transtornos mentais e neurológicos; casos novos ou crônicos, procedentes do serviço de saúde ou demanda espontânea; moradores da área de abrangência do município ou referenciados de outros municípios. EXCLUI-SE: Drogaditos com transtorno de personalidade ou deficiência mental grave ou demência; usuário envolvido com processos na Justiça Penal<sup>20</sup>.

As modalidades de assistência poderiam se dividir em duas: tempo parcial correspondente à permanência do usuário no serviço por 4 horas diárias e tempo integral, ou seja, permanência de 8 horas diárias, estando previsto que quando completados 5 meses de assistência, dever-se-ia iniciar o trabalho de pré-alta com os usuários para facilitar o processo de desligamento do CAPS. A alta, por sua vez, poderia ocorrer por “melhorada, a pedido, por

<sup>19</sup> Informações retiradas do “Projeto do Centro de Atenção Psicossocial: CAPS de Santa Izabel” (2001).

<sup>20</sup> No documento impresso está também escrito como excluídos: “Usuários acompanhados de familiares e ou responsável”, fragmento retirado à caneta.

transferência e por óbito”. Posterior ao período de tratamento no CAPS, os “usuários pós alta” seriam encaminhados às Unidades Básicas de Saúde mais próximas às suas residências.

Os recursos humanos para atender a proposta do projeto e, por fim, torná-lo viável, era composto por: 3 médicos psiquiatras, 1 neurologista, 2 enfermeiras, 2 psicólogos, 2 assistentes sociais, 2 terapeutas ocupacionais e 2 professores de educação física<sup>21</sup>.

A princípio, o CAPS funcionaria em um prédio de alvenaria, adaptado, situado à Travessa Santa Izabel, nº 1540, no bairro Juazeiro, de segunda à sexta-feira, a partir das 7h30 até as 18h, dividido em dois turnos (manhã e tarde). Todos os **médicos** deveriam cumprir o horário de 4 horas diárias e os **demais profissionais** 6 horas diárias.

Em janeiro de 2002, o projeto para a implantação do CAPS foi encaminhado<sup>22</sup> e teve como responsável pelo corpo técnico do Centro de Atendimento Psicossocial do município de Santa Izabel do Pará uma enfermeira e, como responsável pelo corpo médico, um psiquiatra. Entretanto, esse projeto não foi aceito, sob a alegação de que não atingia o contingente populacional mínimo para justificar a instalação de um CAPS no município<sup>23</sup>.

Assim, no mês de maio do mesmo ano, elaborou-se um novo projeto<sup>24</sup> com proposta de reestruturação do Centro de Atenção Psicossocial de Santa Izabel do Pará, que objetivou implantar um CAPS II, considerando as especificidades de cada serviço, como já mencionado em outra seção destes escritos<sup>25</sup>. Para justificar esse projeto, pactuou-se com outros municípios para atingir a população mínima para a criação de um CAPS. Argumentou-se a partir da aliança com os seguintes municípios<sup>26</sup> (Santa Izabel neste momento contava 44.146 habitantes): Bujará (21.887)<sup>27</sup>, Colares (10.899), Concórdia do Pará (21.813), Santo Antônio do Tauá (20.139), São Caetano de Odivelas (15.455) e Vigia (41.727), o que resultou numa população total de mais de 131.920 habitantes.

<sup>21</sup> No local onde estão listados os recursos humanos, foi corrigido, à caneta, indicando a redução de pessoal, sendo assim, se expressa: 1 médico psiquiatra, 1 enfermeira, 1 terapeuta ocupacional e 1 professor de educação física.

<sup>22</sup> A Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelo projeto, defendeu-o junto ao Conselho Municipal, que o encaminhou à Comissão Interconstitucional Bipartite (CIB) e, desta última, para o Ministério da Saúde.

<sup>23</sup> Informação fornecida em entrevista concedida à pesquisadora, acrescentando que neste momento, para que fosse possível a instalação de um CAPS, era preciso população mínima de 55 mil habitantes.

<sup>24</sup> “Centro de Atenção Psicossocial de Santa Izabel do Pará: CAPS II Um Projeto de Reestruturação”.

<sup>25</sup> P. 11-12.

<sup>26</sup> Os municípios com os quais Santa Izabel se pactuou foram escolhidos a partir do levantamento de dados sobre a origem dos usuários do CAPS, que já funcionava desde setembro de 2001, constatando que a demanda não era apenas local, mas também de municípios próximos, nomeados como Região Rural de Santa Izabel do Pará (referência feita por funcionária do CAPS em entrevista realizada, realizada no dia 24 de novembro de 2009, para coleta de informações para o projeto de dissertação).

<sup>27</sup> Os números entre parêntesis correspondem à quantidade de habitantes de cada município.

Além desta aliança, houve alterações quanto aos objetivos, que a partir de então pretendiam:

Tratar o portador de transtorno mental, visando a reinserção familiar e social, de forma a resgatar as potencialidades de um ser integral, garantindo o exercício de sua cidadania (objetivo geral); e reduzir a gravidade dos sintomas apresentados; restabelecer no usuário a confiança em si e nos outros; oferecer tratamento digno e humano; desenvolver ações para evitar reinternações; orientar para garantir a busca dos direitos adquiridos (objetivos específicos)<sup>28</sup> (s/p).

O perfil dos usuários também mudou. O futuro CAPS II se destinaria à demanda de adultos portadores de transtornos mentais, sendo estes casos novos ou crônicos, encaminhados pelo serviço de saúde ou através de demanda espontânea, moradores dos municípios referidos (Santa Isabel e outros), excluindo-se drogaditos com transtorno de personalidade, deficientes mentais graves ou dementes e usuários com processo penal.

Foram mantidas as modalidades de permanência: parcial (4 horas diárias) e integral (8 horas diárias), podendo esta última se desdobrar ainda em intensiva, semi-intensiva ou não intensiva<sup>29</sup>. Não é feita a delimitação do período de tratamento, afirmando-se que:

Os usuários terão tempo de permanência em atividades de CAPS II de acordo com a necessidade deste, definida em plano terapêutico feito pela equipe; a periodicidade das atividades será definida sempre de acordo com as necessidades do usuário em busca da maior garantia de sua recuperação. (s/p, 2002).

Foram descritos como critérios para alta:

A alta do usuário ocorrerá após ter consumido seu tempo de permanência em tratamento no CAPS II, através de avaliação da equipe, considerando a possibilidade de participação no grupo de pré-alta e alta posteriormente para que o mesmo possa ser protegido de reagudizações. Os tipos de alta são: alta melhorada; alta curada; alta por transferências. As altas que ocorrerão a qualquer tempo são: alta por abandono, alta a pedido, alta por transferência, alta por óbito. Os encaminhamentos às unidades básicas de saúde para dar continuidade ao tratamento após cumprido o tempo de permanência no CAPS II constituem-se em alta melhorada. (idem).

A nova equipe contaria com: 1 médico psiquiatra, 1 médico clínico geral, 2 psicólogas, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 1 professora de educação física, 1 enfermeira e 1 auxiliar de enfermagem.

<sup>28</sup> Projeto de Reestruturação do CAPS, 2002.

<sup>29</sup> O projeto não descreve mais detalhes sobre esses desdobramentos que acontecem na permanência integral.

Este projeto foi aprovado, mas o CAPS funcionou até 2004 sem verba específica destinada para tal. O município, através de sua representação política, questionava o retorno que este serviço daria, pois, era visto apenas como uma despesa a mais, sem tantos benefícios à população. Comenta-se que certo político, à época, chegou a referir-se ao CAPS como desnecessário porque “louco não vota”.

O CAPS está estruturado atualmente da seguinte forma: equipe técnica (1 assistente social, 2 médicos psiquiatras, 2 psicólogas, 1 educadora física e 2 estagiárias de serviço social) e equipe elementar (1 técnico de enfermagem; 1 visitadora sanitária; 1 assistente administrativo, 1 serviço-geral, 1 motorista e 2 vigias). São desempenhadas as seguintes atividades: consulta psiquiátrica; atendimento psicológico individual e em grupo; grupo de família; monitoramento; visita domiciliar; oficina terapêutica, grupo de educação física; acolhimento/encaminhamento; e atendimento social.

As consultas psiquiátricas, os atendimentos psicológicos, o grupo de família, o monitoramento e as oficinas terapêuticas acontecem às terças e quintas-feiras, nos dois turnos (de 8h as 12h e de 14h as 17h), destacando-se que o monitoramento é uma atividade intermitente, ocorrendo apenas quando poucos pacientes comparecem ao CAPS para o grupo de psicologia<sup>30</sup>. As demais atividades não têm dia específico para serem realizadas. A visita domiciliar, por exemplo, ocorre quando a equipe entende ser necessária e, durante a observação de alguns relatos, pude perceber que se decide realizá-la quando o CAPS não consegue fazer com que familiares compareçam ao serviço para acompanhar o tratamento do paciente, ou mesmo quando os pacientes começam a faltar às atividades do CAPS e a equipe técnica desconfia que isso possa acontecer por sabotagem da família que, por vezes, não dá dinheiro para o paciente pegar condução até o serviço, ou ainda quando há suspeita de maus-tratos ao paciente, como a criação de um lugar isolado da residência familiar, destinado ao confinamento do sujeito em tratamento.

O acolhimento/encaminhamento<sup>31</sup> e atendimento social podem acontecer em qualquer dia da semana (de segunda a sexta-feira), inclusive todos os dias, pois o primeiro depende da demanda de pacientes ao CAPS, seja esta demanda espontânea ou (re) encaminhamento de outro

---

<sup>30</sup> Esta informação foi fornecida por uma técnica de nível superior, quando perguntei a ela o que era o monitoramento e se este era feito semanalmente. Em resposta foi dito que o monitoramento é uma atividade de acompanhamento e avaliação do quadro dos pacientes, coordenado pelo técnico de referência e, por isso, participam desta reunião apenas pacientes referidos ao técnico-coordenador. No dia específico em que presenciei esta atividade, apenas 2 pacientes haviam comparecido ao CAPS, sendo referido pela psicóloga que, geralmente, comparecem 7 pacientes.

<sup>31</sup> Chama-se de acolhimento ao atendimento realizado pela primeira vez com o paciente, para avaliar sua necessidade de ser admitido no CAPS, ou de ser indicado para outro estabelecimento da rede de saúde.

serviço. Neste acolhimento, são investigadas queixas, sinais e sintomas que possam justificar a assistência desse serviço ao paciente, bem como, o encaminhamento para outro mais adequado, caso se julgue necessário. Já o atendimento social tem esta frequência, pois a assistente social (que imprime esta atividade) tem frequência diária no CAPS, pelo turno da manhã, sendo assim, sempre que houver necessidade de desempenhar tal atividade, também sem horário específico, esta é feita.

O grupo de educação física tem frequência determinada, entretanto, não ocorre nos dias de assistência médica e psicológica, acontecendo sempre às quartas-feiras, às 9h.

Durante o período de pesquisa, um terapeuta ocupacional (TO) foi admitido para o CAPS. A admissão constava como exigência do recurso humano, porém, na época de minha entrada, tinha ocorrido a saída de uma TO e aguardava-se a chegada de outro. As atividades deste profissional passaram a acontecer no período vespertino, em configuração de grupos ou atendimentos individuais, definido a partir de avaliação realizada com o paciente, e caso, fosse identificada a necessidade de um acompanhamento próximo e direcionado, eram estabelecidos horários de atendimentos individuais.

Os grupos de TO consideravam também, assim como nos atendimentos individuais, o quadro de cada paciente. Tentava-se de reunir pacientes com características similares, por exemplo: os que apresentavam maior dificuldade com coordenação motora, os que apresentavam habilidades criativas manuais, os que gostavam de dançar, entre outros grupos.

O serviço de apoio psicológico dá prioridade, também, às atividades em grupo. Porém, cada profissional adota um estilo de intervenção próprio. Uma delas preferia realizar atividades pré-estabelecidas, ou seja, com temas ou materiais que eram previamente escolhidos e, assim, o grupo de pacientes deveria produzir a partir do que foi sugerido pela coordenadora. Já outra profissional desempenhava atividades livres (segundo seu próprio relato), deixando que o grupo lhe indicasse o que ocorreria naquele encontro. Esta funcionária costumava também ficar à frente das oficinas destinadas a criação de brindes, ou ornamentos para os eventos desenvolvidos pelo CAPS. As psicólogas do serviço se dividiam em dois turnos: uma atendia pela manhã e a outra pela tarde.

Logo que iniciei minha pesquisa<sup>32</sup>, uma psicóloga, por ser funcionária da Prefeitura de Santa Izabel, precisava dividir seu horário semanal entre o CAPS II e o CRAS deste

---

<sup>32</sup> Em outubro de 2009.

município. Posteriormente, ela voltou a trabalhar integralmente no CAPS II, já que este era o seu vínculo empregatício oficial.

Em geral, o registro das atividades realizadas era feito pela assistente social. Fui informada que era ela quem exercia essa função com mais frequência do que os demais, pois gostava de escrever no livro de ocorrências diárias. Já os profissionais que coordenavam tal atividade registrariam nos prontuários de cada paciente. Porém, ao ler os prontuários, pude perceber que esse registro não se dava frequentemente. Alguns pacientes que já faziam parte do CAPS há mais de 3 anos, por exemplo, tinham prontuários com três páginas de evolução, considerando que eram sujeitos com assiduidade semanal, pelo menos, no CAPS.

Ao paciente é estabelecido um número de atendimentos e de atividades a serem realizadas mensalmente, uma exigência da Secretaria Municipal de Saúde, para que assim, a verba destinada a cada usuário seja garantida. Caso não cumpra essas exigências, o usuário pode ser desligado do serviço. Algumas visitas técnicas são realizadas para garantir o atendimento do paciente, que por algum motivo – falta de dinheiro para condução, sabotagem da família que tutela o sujeito ou por escolha do paciente – não aderiu ao tratamento no CAPS.

Durante o período da pesquisa, existia o serviço de Supervisão Técnica que foi solicitado pelo CAPS e era coordenado por uma psicóloga. Tal ação pretendia supervisionar as atividades realizadas e previstas, servindo como apoio técnico-profissional às dificuldades manifestadas durante o encontro de supervisão, fosse em relação ao atendimento de um paciente ou de grupo e, ainda, de dificuldades na integração da equipe, caso surgissem. Esse momento ambicionava facilitar a dissolução de impasses, para que o desenvolvimento da assistência não fosse comprometido.

Logo, considerando os objetivos, essa era uma atividade destinada aos técnicos do serviço e ocorria em dias de atividades não programadas (às sextas-feiras) e tinha participação voluntária. Pude acompanhar algumas supervisões e notei que todos os profissionais costumavam participar, com exceção dos médicos. Em apenas uma supervisão constatei a presença de um deles. Ressalta-se que às sextas-feiras não são realizados atendimentos programados, inclusive, atendimentos médicos ou pelo menos não o eram ao tempo de minha pesquisa. O dia em que um médico participou da supervisão coincidiu com sua necessidade pessoal de remanejar seus atendimentos para esse dia, nesta semana apenas.

Quanto ao atendimento médico, durante quase todo o período de minha pesquisa, os psiquiatras do serviço se dividiam em atendimento matutino e vespertino, que ocorriam quatro vezes por semana: um médico atendia duas vezes pela manhã e o outro atendia duas vezes pela tarde. Já ao final, o médico que atendia à tarde precisou modificar seus horários e passou a alternar seu atendimento com o médico da manhã: segunda e quarta ficaram com um psiquiatra e terça e quinta com o outro.

O médico que passou para o turno manhã também teve problemas para realizar seus atendimentos no horário de funcionamento do CAPS, que se inicia às 8h. Assim, passou a atender no período de 6h às 8h.

Entendo fazer parte ainda, não especificamente do CAPS, mas amplamente da “rede de cuidados”<sup>33</sup>, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para onde também são encaminhados os pacientes que recebem alta do serviço CAPS e que, através desses dispositivos, é possível dar continuidade ao tratamento num nível ambulatorial<sup>34</sup>. Alguns relatos feitos durante a pesquisa indicam que esses atendimentos nas UBS, por vezes, se tornam preocupantes, pois, ao invés de figurarem como um dispositivo que se soma à ação do CAPS, promovendo, entre outras ações, (re)avaliações periódicas que pretendem atuar num nível preventivo e evitar que o usuário reincida em crise, se reduzem à reprodução do receituário médico fornecido ao sujeito quando este recebe alta do Centro de Atenção Psicossocial.

Além das UBS, outra função também compõe a rede de cuidados à saúde mental. São os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que “Por meios de ações individuais ou coletivas, o agente comunitário de saúde realiza atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde”. (Ministério da Saúde). Refiro-me aos ACS, que apesar de não terem figurado com frequência, durante a pesquisa, nas menções feitas pela equipe do CAPS, não parecendo ser uma função próxima ou de parceria constante, houve uma reunião com as pessoas que ocupam essa função no município de Santa Izabel que teve como objetivo esclarecer dúvidas acerca do funcionamento do

---

<sup>33</sup> Como referido pelo Ministério da Saúde.

<sup>34</sup> É previsto pelo Ministério da Saúde este nível de assistência à Saúde Mental que pretende atender pessoas que residem em municípios que não apresentam contingente populacional mínimo para a instauração de um CAPS (menos de 20 mil habitantes), mas que através do dispositivo de atenção básica, como as Unidades Básicas de Saúde compostas por equipes interdisciplinares, pretende-se desenvolver ações que assistam às demandas de saúde mental. Além disso, entende-se que “Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. **Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica.**” (grifo do documento) (Ministério da Saúde).

CAPS, da saúde mental e das categorias nosográficas adotadas atualmente, de acordo com o referencial médico de Classificação Internacional de Doenças – CID 10.

Tal reunião se justificou, além disso, pelo entendimento do CAPS de que muitos encaminhamentos eram feitos inadequadamente, por exemplo, quando encaminhavam ao CAPS crianças com problemas neurológicos<sup>35</sup>. Esses esclarecimentos, proferidos no encontro com os ACS, possibilitaria solucionar este impasse, mas também capacitá-los para identificação de casos na comunidade que não são assistidos pelo Centro de Atenção Psicossocial ou que recebem tratamentos desvinculados à instituição de saúde, compreendidos como impróprios ou insuficientes. “Habilitá-los”, ainda, também incluía esclarecer indícios do transtorno mental, antes mesmo que esse se instalasse, para que juntos com as famílias visitadas nas comunidades pudessem identificar mudanças nos comportamentos do membro familiar, que tivessem relação com algum transtorno ou indicassem a possibilidade de desencadeá-lo.

Dentro dessa estrutura de funcionamento e dessa rede de atenção à saúde mental, o CAPS II: Santa Izabel visa atender às determinações da política de Reforma Psiquiátrica, regulamentadas pela lei 10.216 e pela portaria 336, do Ministério da Saúde.

### **3. REFORMA PSIQUIÁTRICA**

A reforma psiquiátrica é o movimento que traz em seu bojo, fundamentalmente, a crítica ao modelo asilar destinado à assistência à saúde mental, inovando de forma expressiva através das novas propostas assistenciais que implicam, de forma geral, a implementação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, desfigurando os hospitais ou os asilos como unidades centrais e específicas ao tratamento de portadores de sofrimento mental e incluindo como referência centros e residências terapêuticas descentralizados.

No Brasil, esse movimento data do fim da década de 1970 e objetiva o resgate da cidadania de sujeitos compulsoriamente tutelados (DELGADO, 1992, apud TENÓRIO, 2001), o que permite inferir que muito mais do que um movimento para remodelar a assistência à saúde mental, a reforma psiquiátrica atua como uma ressignificação da loucura no contexto social.

Tenório inicia suas considerações a respeito da história da expressão “reforma psiquiátrica”, pontuando que essas duas palavras passaram a estar ligadas recentemente, mas que desde o início da psiquiatria já se podia inferir a existência de uma “reforma”, pois a própria

---

<sup>35</sup> Essas queixas não se dirigiam diretamente aos ACS, mas à rede de cuidados como um todo.

criação de uma especialidade destinada à atenção à loucura já implicava contestação e crítica às concepções existentes anteriormente. Ou seja, um ato reformista que não somente se contrapunha à assistência vigente, mas também ao papel ocupado socialmente pela loucura até então. Desta maneira, assim como se passou a ter uma instituição apropriada aos cuidados do louco – uma reforma da assistência –, isso se deu sob o peso de transformá-la em enfermidade mental – reforma do discurso –, o que ratifica a idéia de que a reforma não só atinge o nível da terapêutica, mas também se refere ao vínculo social que se deu a partir do século XIX, momento em que o louco passou a ter um lugar de cuidados e não mais, somente, um lugar concreto de depósito dos excluídos. A isso, pode-se acrescentar que “a reforma psiquiátrica é a tentativa de dar à loucura uma outra resposta social, ou seja, dar ao louco um outro lugar social” (Idem, p. 20).

Para a instauração da reforma psiquiátrica no Brasil foi importante a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, o qual, dentre suas práticas, denunciava a violência existente nos manicômios, criticando o saber médico, o modelo hospitalocêntrico e a mercantilização da doença mental. Esse Movimento foi formado por profissionais da saúde mental, familiares, sindicalistas e pacientes com longo histórico de internação. (Ministério da Saúde, 2005). Sobre isso, Amarante (1995, p. 91, apud TENÓRIO, 2001) menciona:

No Brasil, a reforma psiquiátrica é um *processo* que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas, também e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza essa mesma conjuntura de redemocratização. (p. 20).

Posteriormente à criação do MTSM e inspirados na experiência italiana de desinstitucionalização do modelo manicomial (que fornecia uma experiência concreta de possibilidades de mudança), elaboraram-se as primeiras propostas de ação para a reformulação da assistência psiquiátrica que datam do fim da década de 1980, ao mesmo tempo em que se cria o primeiro CAPS<sup>36</sup> no Brasil (em 1987, na cidade de São Paulo) e dá-se início às intervenções em instituições com histórico de maus-tratos a pacientes, como em Santos (SP), onde a Secretaria Municipal interferiu na Casa de Saúde Anchieta, após denúncias, inclusive, de mortes de

---

<sup>36</sup> Centro de Atenção Psicossocial.

pacientes. Tenório (2001) cita que o MTSM passa a liderar essas novas ações e põe em prática a luta pela reforma que acede, enfim, ao caráter antimanicomial.

Essa intervenção, com repercussão nacional inaugura, efetivamente, a caminhada pela reforma psiquiátrica no Brasil (Idem). Criam-se os NAPS<sup>37</sup>, com funcionamento 24 horas e assistência a pacientes egressos, demonstrando, enfim, a implantação de unidades substitutivas aos manicômios.

Neste mesmo período, em 1989, Paulo Delgado (então deputado), entrou no Congresso Nacional com o projeto de lei que regulamenta a reforma psiquiátrica brasileira – os direitos de pessoas portadoras de transtorno mental e a substituição dos manicômios por novas unidades. Em 1992, são aprovadas as primeiras leis que sancionam a substituição progressiva de leitos psiquiátricos e criação, ainda descentralizada, de novos CAPS, NAPS e Hospitais-Dia, baseados na experiência do primeiro CAPS, em São Paulo.

Mas, é somente em 2001 que esse Projeto de Lei, depois de ter sofrido algumas modificações, é aprovado pelo Congresso Nacional. É a lei 10.216 que regulamenta a assistência psiquiátrica, a partir desse momento, no Brasil, e tem como objetivo descentralizar o modelo hospitalar através da implantação da rede de atenção comunitária à saúde mental.

Passa a ser refrão da assistência à saúde mental, a partir da reforma psiquiátrica, o conceito de “reabilitação psicossocial”, mencionado por Tenório (2001) como o que permitirá o resgate das habilidades num nível social. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a reabilitação psicossocial visa:

“permitir ao paciente ‘alcançar seu nível ótimo de funcionamento independente da comunidade’, a melhoria da ‘competência individual’, ‘as habilidades sociais individuais’, a ‘competência psicológica’, o ‘funcionamento ocupacional’, a ‘autonomia’ e a ‘possibilidade de autodefesa’” (OMS-AMRP, 1997, p. 12 apud TENÓRIO, 2001, p. 54).

O que se estima, discursivamente, com o desenvolvimento e vigência do conceito de reabilitação psicossocial é que o tratamento e a assistência em saúde mental operem muito além do âmbito biológico, o que quer dizer que, mais do que esperar por uma remissão sintomatológica, objetiva-se atingir melhorias no convívio estabelecido entre o paciente e o social. Ou seja, a instituição que o assiste passa a ser um lugar intermediário entre esses dois

---

<sup>37</sup> Núcleos de Atenção Psicossocial.

agentes (o paciente e o social), servindo como um dispositivo técnico e de passagem, uma vez que, o que se prevê é a redução da quantidade de internações e do período de hospitalização – e de reabilitação.

A partir de então, o paciente deixa de ser apenas um corpo marcado por “sintomas” a serem tratados e passa a ter papel principal e decisivo em seu tratamento, deixando de ser apenas um depositário de diagnóstico. Assim, o conceito de autonomia também ganha relevância dentro da reforma psiquiátrica, pois, é o paciente que agora decidirá como percorrer os caminhos de seu tratamento. Tenório (2001) menciona:

“Autonomia” tem uma representação singular para cada paciente: pode ser a capacidade de trabalhar e ganhar seu próprio dinheiro, a simples possibilidade de ir ao serviço todos os dias sem depender de que um parente o acompanhe, a capacidade de reconhecer a chegada da “crise” e pedir ajuda a tempo de evitar uma internação ou a própria possibilidade de se internar para evitar uma situação mais grave. Só o paciente pode dizê-lo, e é isso que importa: pôr, lugar da cura, que se costuma aferir segundo escalas de medição externa ao paciente, as conquistas possíveis e pertinentes para cada pessoa assistida, que só ela mesma, valorizada em sua condição de sujeito, pode indicar. (p. 61-2).

É, sem dúvida, bastante inovador pensar uma clínica que possa colocar em prática essa dinâmica, em especial, no que diz respeito ao paciente como figura principal e autônoma para decidir não apenas como será o desenrolar de seu tratamento, mas também até onde gostaria de ir, quando o real cenário frequentemente visualizado, não apenas em instituições psiquiátricas, são de decisões terapêuticas “reféns” do saber médico. No artigo sobre a autonomia na psicose, Santos e colaboradores (2000) trazem exatamente como discussão a inclusão do paciente como protagonista, mencionando as controvérsias do termo “autonomia” e a dificuldade para colocar em prática tal preceito, já que, a própria denominação “doente mental”, historicamente, acaba destituindo o sujeito de qualquer responsabilidade por si.

Ainda nesse artigo, são expostos contrapontos entre os preceitos da reforma psiquiátrica e a contribuição psicanalítica no cenário da saúde mental. Em uma equipe de saúde, toma-se como referência a capacidade de autonomia do paciente, para prenunciar sua alta, ou planejamento terapêutico e a psicanálise, o que contribui para mostrar que independente de haver um discurso via delírio, ainda assim, há um discurso que pretende comunicar, transmitir algo. No entanto, destaca-se também que na experiência mencionada pelos autores, condutas terapêuticas que não tinham em seu bojo o referencial psicanalítico não atingiam alguma expressividade. O

que se revela como algo importante para se pensar, já que a psicanálise é uma das vias e um dos tantos dispositivos existentes na assistência, entretanto não o único e nada mais curioso do que criticar o imperativo médico, pondo em prática o imperativo psicanalítico!

Para dar conta dos objetivos da reforma e suas exigências, faz parte do cenário da assistência à saúde mental não mais, somente, o psiquiatra, mas uma equipe reconhecida como multidisciplinar, que congrega diversos profissionais, descentralizando o planejamento terapêutico da figura do médico para os demais assistentes que terão a mesma importância entre si na dinâmica institucional.

Atualmente, os CAPS são divididos em cinco modalidades, ou especificidades, sendo estas: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad<sup>38</sup>.

O CAPS I atende à demanda de 20 a 50<sup>39</sup> habitantes de um determinado município ou micro-região e deve ter equipe mínima de 9 profissionais divididos em níveis médio e superior, atendendo à clientela composta por adultos com transtornos mentais severos e persistentes, também decorrentes do uso de álcool e outras drogas, funcionando de segunda a sexta-feira, com capacidade para atender 240 pessoas por mês.

O CAPS II tem o funcionamento e clientela igual ao do CAPS I. O diferencial está no contingente de usuários e funcionários na equipe, pois, atende à demanda de municípios com mais de 50 mil habitantes e exige equipe mínima de 12 profissionais, também divididos em níveis médios e superiores. Tem capacidade para acompanhar cerca de 360 pessoas por mês.

O CAPS III é o serviço de maior porte da rede CAPS. Estão instalados, ou devem se instalar, em municípios com população com mais de 500 mil habitantes e, além disso, funcionam 24 horas todos os dias da semana, incluindo feriados. Destinam cinco leitos, no máximo, para acolhimento noturno, com internações curtas (até sete dias). Para atender dentro deste perfil, este CAPS precisa de equipe mínima de 16 profissionais, com as mesmas características dos CAPS I e II, além de profissionais para período noturno, finais de semana e feriados. A capacidade de acompanhamento é de 450 pessoas ao mês.

---

<sup>38</sup> Ministério da Saúde, 2005.

<sup>39</sup> É importante ressaltar que o Relatório utilizado como fonte para a construção referenciada sobre os CAPS e seus respectivos perfis, data de 2005. Em entrevista com a Coordenadora do CAPS para a coleta de informações sobre a instalação do CAPS de Santa Izabel do Pará, ela revela que o primeiro projeto encaminhado para tal fim, foi reprovado, pois o município de Santa Izabel do Pará não atingia população mínima para criação do CAPS (em 2002, com população de 44.008 habitantes). Neste ano, a população mínima para a instalação de um CAPS I era de 55 mil habitantes.

O CAPSi se destina ao atendimento de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental, em municípios com população a partir de 200 mil habitantes e capacidade de assistir 180 pessoas por mês. Tem funcionamento de segunda a sexta-feira e exige equipe mínima de 11 profissionais.

E, por fim, o CAPSad se destina à demanda de municípios com mais de 200 mil habitantes, de regiões localizadas em setores fronteiriços ou parte da rota do tráfico de drogas, e de municípios que apresentem fatores epidemiológicos que justifiquem a atenção à saúde mental. Tem como público alvo pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, com capacidade para atender 240 pessoas por mês e compreende equipe mínima de 13 profissionais, entre níveis médio e superior.

Descrita a estrutura dos CAPS e suas exigências burocráticas para justificar sua existência, pergunta-se: essa assistência repensada e reformulada pretende romper com o quê? O que quer dizer exatamente modelo hospitalocêntrico e seus malefícios? É preciso assim retornar à história da loucura, a partir do momento em que esta é tornada doença mental, para poder situar de que forma se construiu uma demanda de reforma à assistência psiquiátrica, repensar à que resiste a Reforma Psiquiátrica e se, enfim, seus serviços e tecnologias rompem de fato com a assistência hospitalocêntrica instituída ao longo dos anos.

### **3.1. Psiquiatria e Alienação Mental: a loucura como doença**

*A loucura tornada doença mental é uma construção histórica, recente, que não tem nem dois séculos de existência, e não um dado dos sentidos, que um dia pôde ser visto sem sombras, no campo perceptivo de uma modernidade sem pré-conceitos.*  
(BIRMAN, 1978, p. 106)

O final do século XVIII e o início do século XIX são marcados pelo papel estratégico da Medicina, que visava à regulação dos corpos para maximizar a força de trabalho necessária à sociedade industrial. Assim, tanto o hospital – instituição que nem sempre esteve vinculada ao discurso médico – quanto a sociedade passaram a ter como referência o saber médico que, a partir de então, mais do que se destinar apenas à cura de enfermos, passa também a ser “produção de saúde”, articulada “ao poder do Estado, seja como possibilitadora de processos econômicos, já que recupera os corpos dos efeitos dos processos de trabalho, seja como lugar estratégico para o controle das populações.” (BIRMAN, 1980, p. 37). Atravessado pelos preceitos desse saber, o

sujeito<sup>40</sup> poderia ser compreendido pelas categorias “normais ou patológicas”, tendo como referência a possibilidade de incorporação das regras que norteavam e definiam a dinâmica social – fosse pela referência à produção econômica ou pelo controle populacional. Assim, o que determinava o homem como um ser sociabilizado (normal) ou não-sociabilizado (patológico), era a forma como este se relacionava com essa demanda da sociedade industrial.

É neste contexto histórico que a Psiquiatria inicia a caracterização da loucura – desde a metade do século XVIII, compreendida como alienação<sup>41 42</sup> – como doença mental, travando sua batalha para ser reconhecida como um saber médico, construindo seu discurso e crítica acerca dessa experiência subjetiva, partindo de um ideal de sujeito capaz de atender e sustentar as demandas dessa sociedade (industrial), à qual a alienação se opunha.

Foucault ([1973-74] 2006), em seu curso do Collège de France sobre “O Poder Psiquiátrico”, destaca os escritos de alguns psiquiatras, tais como Fodéré, Pinel, Esquirol, entre

---

<sup>40</sup> Não me pareceu, de início, relevante justificar o uso do termo “sujeito”, pois tinha a impressão de utilizá-lo como sinônimo de indivíduo e pessoa. Porém, não apenas dessa forma emprego essa palavra, mas também para situar àquele que é subjetivado pelos discursos que circulam num determinado recorte histórico e que me permitem compreender as construções acerca do homem como louco, alienado, doente mental, portador de sofrimento psíquico, categorias referidas neste trabalho.

<sup>41</sup> Machado (2009) esclarece a compreensão dada por Foucault quanto ao termo “alienação”. A loucura, como referida por este autor em seu estudo sobre a “História da Loucura”, é redefinida a cada momento histórico, sendo destacadas por Foucault as ideias de “erro” (à idade clássica) e de “doença mental” (à modernidade). A “alienação” aparece entre essas duas concepções, à segunda metade do século XVIII, e marca o distanciamento entre o homem e a sua própria essência, assim entendida a loucura nesse recorte histórico. O que está em jogo na alienação não é o que se perde entre o homem e o mundo, mas o que aquele perde de si; o que de sua essência humana se esvai com a experiência da loucura. “A loucura não é mais fundamentalmente erro, como na época clássica; é um produto da relação entre o homem e o mundo que afasta, distancia o homem de si mesmo, aliena sua natureza (...). (na alienação) O fenômeno da loucura se passa no interior do próprio sujeito”. (MACHADO, 2009, p. 66). Desta forma, a loucura é balizada pela ideia de uma experiência individualizada, psicologizada, o que permite a construção de uma especificidade própria ao homem, que, entre outras questões, justifica o internamento que passa a ser dispensado aos loucos, separados dos demais excluídos. E que ainda corrompe a ideia de “libertação” identificada ao desacorrentamento realizado por Pinel, pois ao invés de libertar, enfim, confina-os em uma seção própria.

<sup>42</sup> Ao longo deste capítulo, é possível perceber que utilizo os termos “alienado” e “doente mental”, ou ainda, “alienação” e “doença mental”, de forma aproximada, sem preocupação em demarcar as diferenças de tais categorias. Isso se dá pela compreensão que tenho de que, neste momento histórico, especificamente, a alienação, ou ainda o alienado – tal como descrito em nota anterior –, passam a ser objeto da psiquiatria que intenta transformá-los em doença e doentes mentais. Ainda que o estatuto de doença mental promova, principalmente, o transbordamento do saber psiquiátrico sobre a loucura para a sociedade em geral, deixando de encerrar no indivíduo a sua causa – e assim considero as diferenças existentes entre tais termos –, o século XIX se apresenta como a busca por este estatuto de doença, busca, esta, pela superação da alienação; confirmação e justificativa de que se trata de doentes. Claro que a questão também se assenta na necessidade de ter um objeto doente para a psiquiatria ser autorizada como um saber médico. Mas, a relação sinonímica, se assim posso me referir, que tento esclarecer se apóia, justamente, nessa cruzada pela emancipação das causas da loucura. Não cabia mais no indivíduo, e é este que precisa ser público. Transformada em doença, ainda que, a princípio tenha fracassado a intenção de sustentar no organismo as causas para loucura, esta e demais variantes se entrelaçam para amparar a referida moléstia. O que pode ainda suscitar uma inversão de forças: não mais parte-se do individual que transtorna a ordem, mas é preciso cuidar desta ordem (social) para que não se transtorne o indivíduo.

outros, como textos que aludem à proto-história da psiquiatria no início do século XIX, uma vez que esses estão referidos ao momento fundante da psiquiatria como um saber médico e destinado ao tratamento da loucura. São escritos que tinham grande circulação no meio psiquiátrico, que datam dos primeiros vinte e cinco a trinta anos daquele século, e que descrevem cerca de cinquenta casos que expressam um modelo comum de compreensão e intervenção sobre a loucura.

Tal difusão indica a tessitura do discurso psiquiátrico sobre a alienação mental, dando ao médico um lugar privilegiado que, a partir desse momento, muito além de somar ao arcabouço técnico-profissional na instituição que se destinará exclusivamente à terapêutica do doente mental, o asilo, aparecerá como entidade referência que determina, justifica e sustenta a ordem que regula o espaço asilar e o saber sobre a loucura. Além disso, para ocupar esse lugar era preciso ainda que o médico atendesse à descrição de uma imagem ideal do corpo “nobre e másculo”, como descrito por Fodéré (1817, apud FOUCAULT [1973-74] 2006), pois era à sua presença física portadora dessas qualidades que estava vinculada a disseminação da ordem, fundamental para o tratamento do louco<sup>43</sup>.

(...) o médico é essencialmente um corpo, mais precisamente, é um físico, certa caracterização, certa morfologia bem precisa, em que há a amplitude dos músculos, a largura do peito, a cor dos cabelos, etc. E é essa presença física, com essas qualidades, que funciona como a cláusula de disseminação absoluta na ordem regular do asilo (...). (FOUCAULT [1973-74] 2006, p. 6).

Além de identificar os relatos desses casos que pretendiam ratificar o vínculo entre psiquiatria e loucura, esta última como objeto da primeira, Foucault faz um deslocamento importante em relação à cena<sup>44</sup>, que funda a psiquiatria para compreender de que forma a ordem médica e disciplinar marcava presença dentro das instituições de isolamento do dito doente mental. A referida cena fundante e recontada aos quatro ventos, ilustra o ato mítico de libertação impresso por Pinel, que desacorrentou os loucos de seus calabouços.

Foucault localiza outro registro como cena fundante: a queda do rei inglês Jorge III que ao enlouquecer é destituído do lugar real e transferido para um palácio isolado, onde

<sup>43</sup> Ponto que será retomado no item: 3.1.4. O isolamento, o asilo e o tratamento moral.

<sup>44</sup> Através de nota do editor, é mencionada a referência feita por Foucault sobre a palavra “cena”, presente no manuscrito utilizado durante o curso: “Por cena, não entender um episódio teatral, mas um ritual, uma estratégia, uma batalha” (FOUCAULT, [1973-74] 2006, p. 41).

permanecera sozinho em um quarto totalmente revestido com colchões para evitar que se ferisse: “Aquele que dirige o tratamento lhe declara que ele não é mais soberano, que deve dali em diante ser dócil e submisso” (PINEL apud FOUCAULT, [1973-74] 2006, p. 26). Este exemplo é citado para mostrar que a partir de então, o poder antes soberano e localizado na imagem do rei, passa a ser anônimo, importando não mais sua figura como representante (do poder), mas o alvo de sua operação.

(...) no asilo, como em toda parte, o poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém. O poder não pertence nem a alguém nem, aliás, a um grupo; só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial. Defasagens, etc. É nesse sistema de diferenças, que será preciso analisar, que o poder pode se pôr em funcionamento. (Idem, p. 7).

O destronamento do rei, bem como, a forma de intervenção sobre seu corpo<sup>45</sup>, alvo de cuidados, são os elementos definidos por Foucault como os que constituem a cena protopsiquiátrica, ou seja, que representa o início do discurso psiquiátrico sobre a loucura, pois, ilustra a substituição de um poder pelo outro, sendo o “substituto”, o poder disciplinar, aquele que sustenta e se opera no espaço onde a psiquiatria se inscreve como saber único sobre os sujeitos identificados como doentes mentais.

Mas, não rapidamente, o discurso psiquiátrico se transformou em um saber e poder sobre a loucura. Para compreensão da emancipação do discurso psiquiátrico, Birman (1978) destaca dois pontos fundamentais que marcaram essa cruzada: o interesse epistemológico, no qual se pretendia construir um discurso próprio – ainda que referido à Medicina, deveria ter a sua especificidade – e o interesse curativo, que visava estabelecer métodos clínicos e terapêuticos reconhecidos pela racionalidade médica. Se a psiquiatria se lançava como um saber da medicina era preciso que para além de suas práticas, que estas fossem fundamentadas, obedecendo assim um modelo homogêneo e coerente que a sustentasse como verdade.

---

<sup>45</sup> “Um dia, o alienado, em seu feroso delírio, recebe duramente seu ex-médico que o vem visitar, e o cobre de dejetos e imundices. Um dos pajens entra imediatamente no quarto sem dizer nada, agarra pela cintura o delirante, também reduzido a um estado de sujeira repugnante, derruba-o numa pilha de colchões, despe-o, limpa-o com uma esponja, troca suas roupas e, olhando para ele com altivez, afasta-se logo em seguida e volta para o seu lugar. Lições assim, repetidas a intervalos durante alguns meses e secundadas por outros meios de tratamento, produziram uma cura sólida e sem recaída” (PINEL apud FOUCAULT [1973-74] 2006, p. 26).

### 3.1.1. O organismo do alienado:

A primeira investida do discurso psiquiátrico em relação às causas da doença mental se baseia nos preceitos da Fisiologia Moderna, associados à prática clínica, pois somente desta forma a psiquiatria poderia ascender ao estatuto de Ciência, se diferenciando dessa forma das terapêuticas que antes se baseavam apenas na manifestação empírica dos loucos: “(...) Se a Psiquiatria pretendia ser um ramo da Medicina, seria necessário que a alienação mental fosse uma enfermidade e, para tal, teria que ter um corpo anátomo-patológico” (BIRMAN, 1978, p. 47). Mas a loucura “resistia” a localizar-se, fisiologicamente, no corpo, o que lançou outra frente teórica que a defendia como uma doença das paixões e que, secundariamente, apresentava consequências corporais. Se fosse entendida como localizada no corpo orgânico, como era para Falret (apud BIRMAN, 1978), a alienação mental deveria ser tratada com remédios que atuassem no corpo perturbado; se entendida como doença das paixões, o tratamento deveria ser moral.

Visando solucionar essa discórdia teórica, Birman (1978) refere a formação da escola interacionista, que pretendia articular essas duas frentes, orgânica e moral, para justificar e sustentar um discurso psiquiátrico condizente com a perspectiva médica e com a prática asilar. Para Fodéré, representante dessa perspectiva, a alienação mental se sustentava na interação de causas orgânicas e afetivas. O que se entendia era que a partir do princípio vital o organismo seria influenciado pelas impressões obtidas nas experiências externas do indivíduo e que resultariam no estado de saúde ou de enfermidade. Diante de uma experiência, o organismo responderia com uma desordem momentânea, por exemplo, a dilatação de vasos sanguíneos, mas se este se encontrasse em estado de saúde, retornaria à estabilidade inicial. Essa desordem, ainda que passageira, poderia provocar reações diversas, como um “delírio momentâneo”, em reação ao estímulo captado pelo organismo. Na enfermidade, ocorreria algo diferente: o organismo responderia a um estímulo externo, porém, essa resposta se prolongaria – a dilatação dos vasos sanguíneos não cessaria – e o delírio, que deveria ser momentâneo e reativo, tornar-se-ia permanente, dinâmica entendida como presente na alienação mental. O inverso também seria verdadeiro: desordens orgânicas – excitações do cérebro, do estômago, do duodeno, do fígado e dos órgãos sexuais – influenciariam o estado afetivo.

Sobre essas formulações, ressalta-se a insistência do discurso psiquiátrico em situar e sustentar, em alguma medida, as causas da loucura no corpo, mesmo que algumas correntes

teóricas entendessem que a maior incidência da loucura se dava a partir de razões morais. Mas, apenas as perturbações das paixões e dos sentimentos não seriam suficientes para justificá-la.

Esquirol e Pinel ressaltavam as paixões como centro da etiologia da loucura e, nesse caso, o que estaria em jogo era a questão moral, mais do que a anatomopatológica, no cerne dessa problemática epidemiológica. Sobretudo, com François Leuret, “o homem do tratamento moral”, como destaca Foucault ([1973-74] 2006, p.180), a dimensão moral ganha estatuto principal para compreensão e terapêutica da alienação mental. Porém, mais do que formular a causalidade da loucura e teorizar esse saber, o que se pretendia era justificar seu tratamento, definido antes mesmo de compreender como essa experiência se dava. Fosse causada por deficiências orgânicas ou não, a terapêutica deveria ser moral. Desta forma, conceber a loucura como doença moral, se baseia não apenas nas manifestações ditas patológicas, mas, especialmente, na forma como se acreditava curar e prevenir a alienação.

Sabe-se assim que a terapêutica é anterior ao “entendimento” da doença e o que se pretende é justificá-la. Foucault (idem) descreve os elementos que compunham, no início, a terapêutica no espaço asilar, mas que parecia não ter êxito, uma vez que, se esperava a cura de forma quase espontânea, a partir da costura dos instrumentos indissociáveis para tal. Estes eram quatro: o isolamento no asilo; as medicações com efeitos físicos ou fisiológicos; restrições próprias ao asilo (pautados na disciplina e na obediência, que determinavam os hábitos, tais como, alimentares, de sono e de trabalho); e, ainda, medicações psicofísicas, que intervinham punitiva e terapêuticamente, como as duchas e cadeiras rotatórias. O que se destaca da relação entre esses instrumentos é que apesar de serem utilizados na terapêutica de forma indispensável, o seu uso não era justificado teoricamente, muito menos o porquê desses se associarem à cura. “(...) nos alienados, a inteligência e as paixões não podem ser restabelecidas na sua regularidade, sem o socorro do tratamento moral, e este modo de tratamento é o único que tem uma influência direta sobre os sintomas da loucura” (LEURET, 1840, p. 462 apud BIRMAN, 1978, p. 51).

Porém, por mais estabelecida que estivesse a terapia e a promessa de cura da enfermidade mental, ainda assim, havia a exigência de localizar no corpo as causas da loucura e as faculdades morais do sujeito. Esta última, por ser tida como vital ao homem, também deveria ser da ordem do corpo, igualada a um órgão essencial, assim como o coração, por exemplo, se faz obrigatório para existência do organismo. Ascendidas ao estatuto corporal, o órgão escolhido para situá-los é o cérebro, por ser visto como operador das funções espirituais e responsável pela

sanidade moral do sujeito; órgão dissecado para localizar as diversas funções morais situadas em suas diferentes partes.

Foucault (ibidem) refere que esse movimento anatomopatológico, ou “anatomia patológica”, em suas palavras, sucede um conjunto de práticas médicas que, ao longo de 22 séculos, desde Hipócrates, tiveram como objeto a “crise”. Esta, que aparecia como o momento decisivo sobre a evolução da doença, sobre a vida e a morte e sobre a passagem para o estado crônico da moléstia, era um momento de combate, da batalha travada entre a Natureza e o Mal. Entre várias elaborações, adianta-se que a crise se inscrevia como a verdade da doença e, por isso, sobre ela se devia intervir. De tal modo, constatá-la permitiria criar estratégias para antecipá-la, no sentido de identificar quando esta ocorreria, e poder, de alguma forma, predizer como se daria tal fenômeno a fim de controlar o crítico momento.

O médico tem de prevê-la, de saber quais são as forças em presença, de imaginar que saída ela pode ter, e arranjar as coisas de tal modo que a crise ocorra no dia certo; ele deve ver como ela se anuncia, com que força, e deve introduzir somente as modificações necessárias em cada prato da balança, as quais farão que a crise, no fundo, se desenrole como deve se desenrolar. (ibidem, p. 312-13)

O manejo da crise ditaria se desta batalha o médico sairia como vencedor ou como vencido, não apenas em relação à experiência em si, mas ainda aos olhos dos outros médicos, pois, não solitariamente se intervia sobre a doença. Coletivamente, os doentes eram consultados e nessa junta, o que estava em jogo era a verdade: verdade-prova, verdade-acontecimento, visível e constatável. Dependia de saber quem seria capaz, nessa disputa, de predizer o que se passaria com o doente.

Esse caminho feito pela medicina acerca da crise se estende até o final do século XVIII. Entre outros efeitos, o que interessa à questão da anatomia patológica acomoda-se no fato de que o hospital e o médico aproximados, neste referido período, além da vigilância que se torna possível dentro deste lugar, ao mesmo tempo, torna-se real a possibilidade de relacionar doença e corpo. “Corpo morto”, diz Foucault ([1973-74] 2006), “autopsiado”. O que muda, fundamentalmente, é que o hospital psiquiátrico ou geral, empenha-se em evitar a crise e, não mais, simplesmente prevê-la. O combate não se dá mais contra ela, no sentido de permitir que a Natureza saia vencedora em relação ao Mal, mas, antes disso, nem mesmo, a crise deve acontecer. O poder que passa a habitar o hospital se opõe à crise e, especificamente, no que tange à alienação, “o espaço disciplinar do asilo não pode ceder lugar à loucura”. (p.319). Retomando a

corporificação da doença, a anatomia patológica vem se opor radicalmente à ideia de crise: se é possível constatar no corpo a lesão que acomete o sujeito, a questão não está entre a Natureza e o Mal, ou na verdade que se poderia supor na experiência crítica. Não é na fala do sujeito que a verdade se apresenta, se houver verdade na loucura, esta só pode estar nos nervos do doente. É no exame do corpo morto que se descobrirá as causas da doença.

Sabendo-se o que adoecia, restava dissecar o corpo e identificar as lesões cerebrais que provocavam a alienação. Mas não havia lesão. Exceto nos casos de paralisia geral, estudados por Bayle. Diante disso, Esquirol (apud BIRMAN, 1978) manifesta sua decepção em não conseguir provar, a partir das exigências médicas, a base cerebral e, principalmente, corporal da loucura: “todas as lesões orgânicas observadas nos alienados se reencontram nos cadáveres de indivíduos que não tiveram jamais delírio crônico...” e ainda, “muitas aberturas de corpos de alienados não apresentaram alteração, embora a loucura tivesse persistido um grande número de anos...” (p. 56-7).

Apesar da frustração causada pela inexistência de uma lesão específica da loucura, a cruzada não cessava. Iniciaram-se assim outras formas de explicações para manter a loucura doente e objeto de exclusivo cuidado do saber médico. “De todos estes dados, pode-se concluir que existem loucuras cuja causa imediata escapa aos nossos meios de investigação, que a loucura depende de uma modificação desconhecida do cérebro...” (Idem, p. 57). Passa-se, assim, a ponderar por alguns teóricos, a existência de uma “loucura ideal”, que não corresponderia a uma enfermidade marcada no corpo. Porém, Esquirol contrapõe-se a essa idéia, pois se há doença, é preciso haver um corpo lesado.

Ainda que houvesse divergências teóricas entre as escolas que defendiam a obrigatoriedade de um corpo lesado para fundamentar a loucura, e as que localizavam a loucura nas paixões, utilizando, respectivamente, mais ou menos os aspectos físicos para tal fundamentação, a questão central retorna à terapêutica moral de que “o louco era encarado como um indivíduo a ser integrado na moralidade socialmente aceita” (Ibidem, p. 60). A promessa da medicina, então, após a colonização da loucura, era a cura da alienação mental. Se o saber médico-psiquiátrico pôde ser legitimado, isto se deu pela constatação da cura moral dos loucos, que ficou claro nas afirmações de Esquirol que revelavam haver pouca importância se a loucura é de base orgânica ou somática – apesar de sua decepção por não ter descoberto uma lesão própria da loucura –, pois relevante é a possibilidade real de curar a loucura, não importa qual origem ela

tenha, e ainda de decidir se há ou não doença. Esse é o objetivo da Psiquiatria. “Enquanto o ponto em que funciona o saber médico [geral] é o ponto da especificação da doença, é o ponto do diagnóstico diferencial, na psiquiatria, o ponto em que funciona o saber médico é o ponto da decisão entre loucura e não-loucura.” (FOUCAULT, [1973-73] 2006, p. 321).

A cura era de ordem moral, importando apenas enquadrar o louco em um regime normatizador moralizante, sendo o médico a figura principal, o que justificava o amparo das faculdades morais no corpo. Se a lesão é no corpo, o saber é do médico. Assim, o tratamento moral, era operado por este saber.

No limite esta cura não era fundada, como vimos em Esquirol. Curava-se apesar do desconhecimento da natureza da alienação mental. Está esta cura era avaliada de acordo com um critério autoritário do psiquiatra, uma imagem de normalidade não assegurada teoricamente. Para recolocar o alienado nesta imagem de normalidade que a Medicina mental esperava dele, os meios morais eram utilizados de acordo com sua eficácia. Tudo aquilo que adaptasse o louco na moralidade instituída, marcando-o no seu corpo e nas suas paixões, era considerado eficaz. Este seria o enigmático critério de eficácia dos meios ditos curativos. (BIRMAN, 1978, p. 70).

Dessa forma, até mesmo as causas físicas da loucura – ou o que se entendia como físico – eram atravessadas pelo discurso moralizante da cura. Assim compreendido, o discurso sobre a loucura como doença mental, invade outros setores concernentes à prevenção desta enfermidade; moralizando as relações, objetivava-se evitar a alienação mental como, por exemplo, as condições de gestação da mãe que deveriam ocorrer no plano ideal moralmente estabelecido, bem como, a forma de cuidados do bebê nos seus primeiros anos de vida, a masturbação, as relações sexuais e a degeneração dos histéricos e hipocondríacos, deviam ser alvo de combate do discurso moral para que não houvesse o desencadeamento da loucura, através da criação de regras para a constituição dos hábitos morais dos sujeitos.

A moralização da sexualidade humana impediria que os indivíduos fossem acometidos pela alienação mental. A relação sexual era compreendida dentro de um par de opostos: masturbação e abstinência sexual. A primeira, por exemplo, findaria em um vício degenerador para o sujeito, e a segunda dificilmente resultaria em alienação. O casamento, como ideal social, também foi marcado pelo discurso moralizante, apesar dos dados que contradiziam tal verdade. Era possível constatar que havia mais mulheres casadas loucas, do que viúvas. Dado revertido pelo contingente dessas duas categorias: se existiam mais mulheres casadas loucas, isso

se dava porque haviam mais mulheres casadas do que viúvas. Aos homens, supunha-se que, se fossem privados de exercer sua participação na instituição familiar e na vida sexual regular, poderiam enlouquecer.

Por fim, o prolongamento do não contato sexual poderia resultar em loucura, comum em moças que se envergonhariam ao serem tocadas por seus maridos em noite de núpcias.

Condições que se acumulam, um círculo vicioso que se fecha, cujo centro é ocupado pela norma da sexualidade, casamento, que não se demonstra pelos dados estatísticos. Impressões desastrosas, medo, tristeza, vergonha, abstinência sexual, masturbação: deslizamos no pólo da moral para a instituição da moralização, que para se justificar procura uma relação, de palavra, com o corpo e torna-se assim uma causa física. (Ibidem, 1978, p. 78).

Nesse sentido, no curso “Os Anormais”, Foucault ([1974-75] 2001) se refere ao “poderio ilimitado da sexualidade, no nível do corpo e das doenças” (p. 417). A problemática da sexualidade não se reduz à ideia vaga ou “insuficiente”, utilizando o termo do autor, da relação entre produção e prazer, de tal forma que os prazeres (da carne) interfeririam na lógica da produção industrial. Ao contrário, a preocupação com a sexualidade se justifica pela aproximação desta com a origem de patologias sérias. O uso abusivo do corpo sexual resultaria em distúrbios físicos, o que autorizava os pais a vigiarem seus filhos, no que tange à sexualidade, pois ainda que o uso incorreto do corpo individualizasse a patologia, isso somente se daria pela negligência daqueles entendidos como responsáveis sobre o corpo da criança e do adolescente.

Foucault, nesse curso, entre outros pontos, demonstra a relação estabelecida entre a anormalidade e a sexualidade. Isso é importante, pois em relação à alienação mental a sexualidade pareceu, até certo ponto, não manter uma relação direta. “Se é verdade que o campo da anomalia é imediatamente conotado pelo menos de certo número de elementos concernentes à sexualidade, em compensação a parte da sexualidade na medicina da alienação mental era, se não nula, em todo caso, extraordinariamente reduzida” (Idem, p. 212-13). O que se aproxima das considerações de Birman (1978), pois a questão não é provocar uma relação de causa e efeito entre abusos da sexualidade e alienação mental simplesmente, mas sim, compreender que a partir do que se entendia como anormal, a alienação aparecia como um de seus ramos e o deleite da psiquiatria sobre a sexualidade surge como uma operação sobre a moralização da vida social. Ou seja, o usufruto abusivo e “anormal” do corpo estaria na base dos desvios, podendo ser um deles, a alienação.

Para evitá-los, a sexualidade tomada pela psiquiatria pretendia indicar de que forma, nas diversas instituições e funções sociais, as pessoas deveriam interceder em suas relações. Foucault ressalta que o alvo de combate do mau uso da sexualidade não é generalizado. Primeiramente, aparecem crianças e adolescentes, dignas de serem vigiadas por seus pais. Situar no “mau uso” do corpo a possibilidade de distúrbios, ao mesmo tempo em que individualiza a anormalidade, como já referido, implica na negligência daqueles ditos responsáveis que, usurpados da função de vigias, devem ser culpabilizados pela anormalidade de seus descendentes. Essa aproximação também se expressa na ordenação familiar que se institui, nesse núcleo íntimo e atento à sexualidade, observada solidamente, se assim for possível, ao final do século XIX.

Pode-se pensar que é nesse pequeno núcleo que a questão da hereditariedade se assenta. Ao mesmo tempo em que se precisam vigiar seus membros, estes figuram como modelos de virtudes ou de vícios. Foucault (Idem) descreve que:

Na teoria da hereditariedade psiquiátrica, está estabelecido que não apenas uma doença de certo tipo pode provocar nos descendentes uma doença do mesmo tipo, mas que ela também pode produzir, com idêntica probabilidade, qualquer outra doença de qualquer outro tipo. Muito mais, não é necessariamente uma doença que provoca outra, mas algo como um vício, um defeito. (p. 399).

Feito este breve deslocamento e introdução sobre o lugar que a família começa a ocupar, em especial no que diz respeito à loucura propriamente, é a hereditariedade que prevalece como sua causa, sendo seu suporte “legal” as paixões, os hábitos, as ideias e a fisionomia, o que permitiria, a partir de tais pontos, viabilizar uma intervenção preventiva. Dessa forma, filhos de pais alienados seriam identificados como alvo de educação especial, com a finalidade de prevenir a loucura. O surgimento da mania ocorreria no período equivalente ao adoecimento dos pais e pelas mesmas perturbações. Essa herança se situaria no organismo da criança, predispondo esta à loucura, independente se, ao tempo de seu nascimento, seus pais já tivessem enlouquecido ou não.

### 3.1.2. A família do alienado:

Ainda que o fim fosse localizar no corpo a herança da loucura, o discurso que o marcava era o da moral da Sociedade, ratificada por Birman (1978) como a moral da Família. Foucault ([1973-74] 2006) destaca a importância da instância familiar como suporte ao poder

disciplinar<sup>46</sup>, apesar de ter em seu interior a operação do poder soberano, uma vez que, a imposição deste concentra-se na figura do pai, em relação aos filhos e à mãe. Outro aspecto levantado sobre a família se trata do próprio tipo de vínculo, de compromisso e de dependência estabelecidos e demarcados pelas formas de casamento ou nascimento. São princípios consistentes que, para se manterem sob essa característica, se utilizam da vigilância – nesse sistema nuclear, esta última aparece como uma condição acessória e não fundadora, como ocorre no poder disciplinar.

Ainda que assim se fizesse o poder no interior da família, Foucault ([1973-74] 2006) explicita que esta instituição não representa simplesmente um resíduo da soberania. Mais do que isso, aparece como essencial para a operação do poder disciplinar, considerando seus esquemas contratuais dos vínculos, dos compromissos, fossem no nível pessoal ou coletivo. Assim, mesmo que diferente do poder que operava na sociedade moderna e industrial, o poder soberano da família servia de ponte para habilitar seus membros às exigências sociais extra-familiares. E assim nos diz:

Creio que poderíamos dizer o seguinte: a família, na medida em que obedece a um esquema não disciplinar, a um dispositivo de soberania, é a articulação, o ponto de engate absolutamente indispensável ao próprio funcionamento de todos os sistemas disciplinares. Quero dizer que a família é a instância de coerção que vai fixar permanentemente os indivíduos aos aparelhos disciplinares, que vai de certo modo injetá-los nos aparelhos disciplinares. É porque a família existe, é porque vocês têm esse sistema de soberania que age na sociedade sob forma de família, que a obrigação escolar age e que as crianças, enfim os indivíduos, essas singularidades somáticas são fixadas e por fim individualizadas no interior do sistema escolar. Para ser obrigatório ir à escola, tem de agir também esta outra soberania que é a soberania da família. (...) O primeiro papel da família em relação aos aparelhos disciplinares, é portanto, essa espécie de vinculação dos indivíduos ao aparelho disciplinar. (p. 100-1).

---

<sup>46</sup> Poder que se pretende ao controle e domínio dos corpos e que se diferencia do poder soberano localizado, este último, na figura do rei. O poder disciplinar não tem forma ou referência, mas opera na totalidade do ser, de maneira contínua, visando preencher todos os aspectos de sua subjetividade, sendo este o poder característico da sociedade moderna e industrial. Foucault ([1973-74] 2006) refere “que o poder disciplinar pode se caracterizar em primeiro lugar pelo fato de implicar, não uma coleta com base no produto ou numa parte do tempo, ou em determinada categoria de serviço, mas por ser uma apropriação total, ou tender em todo caso, a ser uma apropriação exaustiva do corpo, dos gestos, do tempo, do comportamento do indivíduo. É uma apropriação do corpo, e não do produto; é uma apropriação do tempo em sua totalidade, e não do serviço.” (p.58), e continua: “O poder disciplinar não é descontínuo, ao contrário, ele implica um procedimento de controle contínuo; no sistema disciplinar, não se está à eventual disposição de alguém, está-se perpetuamente sob o olhar de alguém ou, em todo caso, na situação de ser olhado.” (p.59).

Ao mesmo tempo em que a família, em seu sistema de soberania, permitia aos seus sujeitos incluírem-se nos diversos sistemas disciplinares, por outro lado, as falhas que ocorressem nesta inclusão, obrigatoriamente, os levavam a retornar ao seu núcleo familiar, estabelecendo o duplo vínculo existente entre a família e o poder disciplinar, vínculo este tão intenso e dependente que diante dessas falhas, dispositivos disciplinares eram empreendidos para suturar o enfraquecimento desta instituição, fazendo surgir os orfanatos, as casas para jovens delinquentes e, ainda, os asilos para os alienados<sup>47</sup>.

Em suma, tudo o que podemos chamar de assistência social, todo esse trabalho social que aparece desde o início do século XIX e que vai adquirir a importância que agora vocês sabem, tem por função constituir uma espécie de tecido disciplinar que vai poder substituir a família, ao mesmo tempo reconstituir a família para possibilitar que se prescindia dela. (Ibidem, p. 105).

Considerando a importância da família para o sistema disciplinar, no que tange à alienação mental, implica dizer que se um membro da família enlouquecesse isso se daria porque esta se encontrava em estado de decadência em relação aos valores morais, o que, obrigatoriamente, resultaria na alienação de seu ente. “A alienação mental é uma marca do fracasso dos novos costumes instituídos e das relações morais, no nível da instituição familiar” (BIRMAN, 1978, p. 81). E ainda, “a alienação mental é o lugar através do qual se reconhece a alienação moral do *discurso familiar*, nas suas distâncias das normas morais estabelecidas pelo *discurso da Sociedade*” (p. 82).

A partir de tal compreensão, louco e família tornam-se objetos de intervenção psiquiátrica: o alienado como alvo de cura da instituição psiquiátrica e a família como objeto de intervenção preventiva por meios psiquiátricos e pedagógicos, que, posteriormente, seriam autorizados pela própria sociedade. Destaca-se, acerca disso, o vínculo entre a ideia de prevenção e de hereditariedade, esta última sendo a via para estabelecer o discurso psiquiátrico na instituição familiar, determinando, a partir de então, as normas de convivência desta entidade social para evitar o enlouquecimento de seus membros. Se o entendimento é que a alienação é

---

<sup>47</sup> É partindo da importância da família para o sistema disciplinar, estruturado no século XIX, e da criação dos dispositivos substitutos que nasce, o que Foucault nomeia de *função-psi*, incorporada na função psiquiátrica, psicológica, psicossociológica, psicocriminológica, psicanalítica. “E quando digo “função”, entendo não apenas o discurso, mas a instituição, mas o próprio indivíduo psicológico; qual é ela, senão ser os agentes da organização de um dispositivo disciplinar que vai se ligar, se precipitar onde se produz um hiato na soberania familiar?” ([1973-74] 2006, p. 105-6).

hereditária, é preciso identificar quais aspectos dessa relação familiar estão relacionados com essa enfermidade, para fazer operar um discurso preventivo incidente sobre a relação entre os pares que compõem este núcleo. Eram entendidos como causas morais da loucura, que poderiam agir isoladamente ou de forma combinatória, e deveriam ser objetivados pela moralização da instituição familiar para evitar a alienação mental, os seguintes pontos: “desgostos domésticos, amor contrariado, acontecimentos políticos, fanatismo, pavor, ciúme, inveja, cólera, miséria e reverso da fortuna, amor-próprio ferido, ambição enganada, excesso de estudo e misantropia” (Idem, p. 83). Esses são pontos que eram entendidos como originais de três ordens: a ordem do amor, a ordem social e aos sentimentos intensificados, além de certos limites. A família, então, operaria no seio dessas ordens para a produção de sujeitos moralmente normalizados, a fim de suprimir a alienação.

Birman faz ainda considerações a esse respeito em outro texto<sup>48</sup>, ao referir o importante lugar ocupado pela família para o discurso psiquiátrico, retomado em meados do século XX pela chamada psiquiatria comunitária e preventiva que propõe, a esse tempo, expandir seus efeitos não apenas sobre o enfermo, mas também sobre as diversas instituições compreendidas como corresponsáveis pela produção da doença mental.

Dessa forma, é possível perceber os efeitos do discurso psiquiátrico erigido no início e ao longo do século XIX, fazendo frente a uma das hipóteses que cercam o referido autor nesse trabalho, a propósito de que os movimentos reformistas iniciados no século XX<sup>49</sup> visavam resgatar a era moderna do alienismo. Nesse sentido, a família volta a figurar como alvo de intervenção psiquiátrica, movimento que transborda a estrutura asilar, uma vez que, visa atingir um núcleo exterior ao asilo, o que indica uma ruptura com o século do isolamento. Por outro lado, o extravasamento da intervenção psiquiátrica para esta estrutura pretendia a readaptação social, assemelhada ao tratamento moral que era o objetivo único da intervenção psiquiátrica daquele período: “Assim, cabia cuidar do sistema familiar, tanto para possibilitar a incorporação do internado no quadro familiar que o expeliu, quanto para impedir que outros elementos deste grupo viessem a enlouquecer” (Idem, 1978a, p. 213).

Avançando na questão das causas da loucura, para além da instituição familiar, associaram-se também suas origens ao espaço social, por julgar que o ser humano não habita

---

<sup>48</sup> “Demanda psiquiátrica e saber psicanalítico” In: Sociedade e Doença Mental (GOFFMAN et al, 1978).

<sup>49</sup> Tal como a Reforma Psiquiátrica.

solitariamente o mundo e, desta forma, além de depender, constitui-se como um ser a partir de suas relações interpessoais.

### 3.1.3 O espaço social como causa da alienação:

Localizar a loucura nas inter-relações indica que o louco, a partir de então, em sua essência, é igual aos outros indivíduos, ou mesmo, que não há diferença de natureza humana, passando a ser a loucura uma condição desenvolvida a partir das formas de relação com a rede social. É no mundo das relações concretas que a loucura pode ser delineada, e não mais nas propriedades do ser individual<sup>50</sup>. O que também amplia os alvos do discurso psiquiátrico.

Assim, se a natureza humana é a mesma e uma só, o que determina o surgimento da loucura são os diferentes costumes adotados pelos indivíduos, fazendo parte disso os hábitos específicos de cada sexo. Dessa forma, entendia-se que a loucura seria mais frequente entre as mulheres, pois estas tinham hábitos associados à vida artística, recreativa e literária, que estimulariam atividades e desejos precoces capazes de influenciar na aparição dos quadros de loucura. Tal situação foi descrita na comparação entre as mulheres francesas e inglesas, no que diz respeito ao acometimento dessas pela loucura. Justificava-se que a mulher francesa estaria mais sujeita à alienação mental, por não ter uma educação tão rígida quanto às inglesas e por serem mais estimuladas pelos objetos da paixão.

Esta compreensão reflete a intenção de demarcar, com o discurso psiquiátrico e as suas normas morais, a instituição familiar a partir de um ideal de educação que preveniria a sociedade da loucura. Regular essas relações seria o meio mais adequado já que a natureza do homem, tanto da loucura como da razão, era a mesma, sendo que a sua precipitação à alienação seria ocasionada pela quantidade de estímulos aos quais se expunha. “A *vida-em-comum* está agora no núcleo da determinação da loucura, tornando-se o lugar e a condição de possibilidade de sua racionalidade. São as condições desta vida-em-comum e suas exigências, reais e simbólicas, que desenham os contornos da alienação mental.” (BIRMAN, 1978, p. 89).

A partir dessas considerações, a loucura se afirma como o avesso da sociabilidade ou de tudo aquilo que era exigido para se estabelecer uma vida conjunta: “Quanto ao doente mental, ele é sem dúvida nenhuma o resíduo de todos os resíduos, o resíduo de todas as disciplinas,

---

<sup>50</sup> Importante dado, pois, como já descrito anteriormente, a loucura estava inserida, no século XVIII, no conceito de alienismo que delimitava tal experiência subjetiva no âmbito individual.

aquele que é inassimilável a todas as disciplinas escolares, militares, policiais, etc., que podem ser encontradas numa sociedade” (FOUCAULT, [1973-74] 2006, p. 67). O discurso psiquiátrico, desta forma, descrevia sua construção teórica sobre a alienação, visando determinar quais formas seriam ideais para a convivência humana, considerando os aspectos que congregariam ou dissipariam esta relação, bem como, os que manteriam ou abalariam a ordem. Ao mesmo tempo, surgem a Psicologia, com seu ideal de sujeito sociabilizado e normal, e a Psicopatologia como seu oposto.

O discurso das ciências humanas tem precisamente por função conjugar, acoplar esse indivíduo jurídico com esse indivíduo disciplinar, fazer crer que o indivíduo jurídico tem por conteúdo concreto, real, natural, o que foi demarcado e constituído pela tecnologia política como indivíduo disciplinar. Desbastem o indivíduo jurídico, dizem as ciências humanas (psicológicas, sociológicas, etc.), e encontrarão certo homem; e, de fato, o que elas apresentam como homem é o indivíduo disciplinar. (Idem, p. 71-2).

As paixões estariam no centro das causas da alienação mental, pois elas perturbariam as relações sociais e morais do sujeito por interferirem no ser de vontade: ao invés de controlado, este, tomado pelas paixões, agiria impulsivamente impedindo a convivência social. Desta forma, o avesso das paixões seria a vontade, instância mais próxima da consciência que permitiria ao sujeito regular e controlar seus afetos, que poderiam oscilar entre prazerosos e desprazerosos. As paixões eram consideradas como afetos dolorosos ao sujeito, já que poderiam inviabilizar a socialização e por serem resistentes à ação da vontade. Assim, o “alienado é a positividade da Psicopatologia, o indivíduo que está à mercê das paixões, que não são submissas ao freio da vontade. O tema do alienado como negativo da vida social, se erige neste novo espaço de construção do sujeito, que é a rede de suas relações com os outros.” (BIRMAN, 1978, p. 96).

Desta forma, o ser grotesco, sobrenatural e subterrâneo, associado às entidades religiosas dos séculos XVII e XVIII, se transforma no início do XIX. A loucura, agora localizada no meio das inter-relações humanas, só pode ter suas características compreendidas se inseridas no contexto social. A animalidade da loucura, a partir de agora, se relaciona aos aspectos corporais e morais da intimidade do ser.

Se o homem tem um corpo anatômico e uma organização hierárquica de suas funções, podendo ser objeto de um conhecimento positivo, este corpo será colocado no centro de uma ambiguidade de significação no que diz respeito à alienação mental. Ele será colocado como a determinação última do homem,

*ser-de-Natureza*, ser animal, objeto para o conhecimento médico, mas ele será igualmente significado no âmbito de uma escala de valores que está presente no centro deste conhecimento: o corpo passa a ser considerado humano num determinado intervalo de regularidade de suas funções, intervalos de sua validade. E isto é assim considerado porque, se ele é ser animal antes de mais nada, ele transcende esta primeira determinação para se tornar possuidor de uma escala superior de valores que identifica a sua própria humanidade. Ficar retido nesta animalidade é ficar preso no nível dos *instintos*, aqueles que não foram trabalhados para se manifestar senão entre certos limites de validade, não sendo educados pelos valores superiores da Ordem humana. O alienado será aquele que neste nível, ficou preso nesta escala inferior da humanidade, decaindo nas suas possibilidades humanas. É uma falha de um primeiro sistema de regras de controle, no nível do funcionamento do corpo, regras que remetem *a priori* à organização humana propriamente dita. (Idem, 1978, p. 97).

A alienação mental se afirmaria como a degeneração do homem, no sentido deste não ter ascendido à condição humana, por causa de suas deficiências na vida pessoal e familiar, campo de construção de uma Psicologia. Incidem sobre o homem dois discursos: o do corpo e o da experiência vivenciada, dependentes entre si, já que é esta última que marca no corpo os limites de seu funcionamento. Desta forma, a alienação mental representaria a deformidade desses discursos no interior do sujeito, deformidade que caracterizaria a “suprema desarmonia humana”. Considerando estas duas entidades interiores, são duas as verdades científicas que recortam esse saber sobre a loucura, a Biologia e a Psicologia, entre as quais a alienação mental se situa.

Porém, para além dessas verdades, o que de fato determina e importa na construção do discurso psiquiátrico e da patologização da loucura são as regras e normas que produzem, caso deficientes, a desarmonia entre o corpo e suas experiências. Regras que definem os padrões de convivência social, mas ao mesmo tempo, também determinam os limites de oscilação desses, sendo este movimento pendular que permite a manifestação dos instintos e dos afetos. Esse é o momento em que se demarca se o sujeito encontra-se em estado humano ou inumano, estado normal ou anormal: na variabilidade da manifestação de seus afetos. Assim, o sujeito é regulado em todos os espaços de existência: seja em seus movimentos íntimos e próprios, seja nos espaços sociais, como no trabalho, a moral social atravessa o indivíduo com suas permissões e interdições.

Tais referências de Birman (1978) situam como o discurso da autoridade – retomando o papel do pai no núcleo familiar – delimita os espaços e os limites nas diversas instituições e espaços de convivência geral e que, assim, marca duas frentes opostas: autoridade-obediência e

liberdade-vontade. Toda a existência do sujeito se baseia nesses pares que regulam o corpo e as experiências, pautando-se na possibilidade do sujeito ser marcado pelo discurso da autoridade, que seria transmitido pela firmeza com que os pais imporiam as regras aos filhos, desde seu nascimento.

O sujeito seria o produto de seu submetimento a este sistema, é o ponto de chegada, realizado e idealizado, de uma história que deixa marcas nos seus instintos animais, moldando-os numa determinada direção, que estabelece seu campo de possibilidades, delimitando os valores na sua polaridade entre o bem e o mal. Um sujeito assim considerado seria aquele que adquiriu a “*lei moral*”, que é portador de uma vontade firme e poderosa para opor-se aos movimentos anárquicos de seus “maus” instintos, que contrariam os cânones da autoridade e, conseqüentemente, estaria apto para o comando já que suficientemente treinado para a submissão. A liberdade, ou a vontade de ser livre seria um produto adquirido após um longo processo de “compreensão”, para usarmos a linguagem de Seguin. (Idem, p. 101).

Esta compreensão permitiria o desenvolvimento normal do indivíduo. De que forma, então, ocorreria a desvirtuação dessas metas que originaria a alienação mental? As anormalidades ou mesmo a loucura se sustentariam na desregulação entre o corpo e as experiências, ocasionada por causa de uma autoridade mal instituída, ou porque a severidade de imposição das regras não se mantinha constante. E, entregue aos impulsos, o indivíduo se tornaria um ser sem limites, inviabilizando a aquisição dos controles humanos e, conseqüentemente, tornando-se um corpo patológico, o reverso da sociabilização.

A loucura se situa, neste contexto, no avesso das normas: louco era aquele que contrariasse o padrão de regras e normas socialmente exigidas. A sociabilização se impunha como a primeira norma, condicional para a existência de todas as outras, bem como o cumprimento real e ideal do sistema de normas, tornando-se assim o próprio conceito de saúde mental, marcando e determinando como o homem deveria se relacionar com o próprio corpo e com os outros. (Ibidem).

Assim, o ser da sociabilização seria aquele capaz de se manter em equilíbrio diante das diversas exigências e estímulos sociais, como os princípios religiosos, os costumes, a educação, as próprias normas, as paixões, já que estas últimas, se incontroláveis, levariam o sujeito à alienação mental. Nenhum princípio deveria sobrepor-se a outro, do contrário, encontrar-se-ia o louco como a figura do sujeito incapaz de controlar essas diversidades, tomado pelos próprios afetos, resultando na quebra da sociabilidade.

Ratifica-se dessa forma a ideia de que o homem normal e o alienado têm a mesma natureza, já que ambos são estimulados e exigidos socialmente da mesma forma, sendo que suas diferenças se situam na intensidade com que manifestam tais demandas, se mais um princípio do que o outro. A questão torna-se quantitativa e o louco vira uma caricatura da existência humana, manifestando assim, já que portador da mesma essência que o homem normal, alguma verdade. Ao que Esquirol diz:

*“Que meditações para o filósofo que, subtraindo-se ao tumulto do mundo, percorrer uma casa de alienados! Ele reencontra aí as mesmas ideias, os mesmos erros, as mesmas paixões, os mesmo infortúnios: é o mesmo mundo; mas numa tal casa, os traços são mais fortes, as nuances mais marcadas, as cores mais vivas, os efeitos mais chocantes, porque o homem se mostra aí em toda sua nudez, porque não dissimula seu pensamento, porque não oculta seus defeitos, porque ele não empresta às suas paixões o charme que seduz, nem aos seus vícios as aparências que enganam.”* (1838 apud BIRMAN, 1978, p. 112).

Porém, acreditar que na loucura existe uma verdade significa também ponderá-la como destruída, pois ainda que se justifique que o homem normal e o alienado pertencem à mesma natureza, o ideal de existência se pauta na sociabilização. Assim, ainda que haja verdade, esta estaria comprometida, já que o sujeito não é capaz de manter-se em relação social com outro, pondo em risco a convivência social e seus princípios morais. O mesmo autor destaca ainda sobre esse princípio que se entendia, no que tange às paixões, haver um limite ideal de manifestações dessas, fora do qual se entraria no campo da loucura, ou ainda da marginalidade.

A loucura, então, primeiramente, aparece como detentora de alguma verdade, mesmo que de forma caricata, em seguida surge como seu próprio avesso. Posteriormente, em terceiro lugar, a loucura se torna “a decadência última do sujeito”, por representar a insubordinação completa às normas, a estupidez do ser: sem pensamentos, linguagens, paixões ou instintos.

O alienado mental não é mais nada, neste redemoinho decadente, nem homem nem animal, pois representaria o homem “despojado de seus privilégios, privado do seu mais nobre caráter reduzido à condição das mais estúpidas e das mais vis criaturas. Ele não pensa; não somente ele não tem ideias, nem paixões, ele não tem mesmo as determinações do instinto” (Idem, p. 113).

Uma questão diversa é levantada sobre a loucura e a genialidade: acreditava-se haver uma aproximação entre ambas, em especial, por causa da intensa produção imaginária e da exacerbação desta produção, característica dos dois estados. Porém, o que determinaria a loucura

nos artistas não seria nem a inteligência elevada, nem a produção imaginária de forma isolada, mas sim a sua desregulação. Então, a imaginação não seria em si uma predisposição à loucura, mas o seu excesso precipitaria o sujeito à alienação mental. O louco seria aquele que, então, realizaria em estado desperto a atividade imaginária e, desta forma, seria capaz de expor aquilo que nenhum outro homem teria coragem de realizar ou dizer. Moureau de Tours diria que “...a loucura é o sonho do homem desperto” (apud BIRMAN, 1978, p. 116)<sup>51</sup>.

A loucura ganha corpo e passa a ter o seu lugar no espaço social, que define seus contornos, tornando-a um objeto empírico apreendido pelo saber psiquiátrico. As suas vicissitudes, a sua evolução e a sua história, se ligam a esta relação com o espaço social, que passa a ser o seu Outro numa relação infinitamente matizada, indo de sua causalidade a sua terapêutica, que se configura como:

- a) Forma de recuperar o indivíduo-alienado da rede das inter-relações sociais, para esta mesma exigência social;
- b) Este espaço terapêutico, espaço asilar por excelência, é o lugar especializado onde será produzida e recuperada esta sociabilidade do louco, já que é a sua inexistência que define a sua única alienação: o seu afastamento do mundo das normas que delimitam a vida em comum, o seu desequilíbrio interno que perturba a sua rede de relações com os outros, comparado com um equilíbrio idealizado do homem que se atem ao regime e à medida de suas tendências diversas. (BIRMAN, 1978, p. 117).

Pinel destaca a contribuição de Crichton pela elaboração feita por ele entre o comportamento humano, as paixões e as suas raízes no organismo humano, retomando portanto as exigências médicas para fundamentar fisiologicamente o saber psiquiátrico, conseqüentemente, legitimando-o. As questões da normalidade e anormalidade, entendidas a partir do referencial da moral, ganham, a partir de então, a contribuição da Fisiologia.

A memória, a atenção, o juízo, a associação de ideias, pertencem a partir de agora ao campo da Fisiologia, sendo encaradas na perspectiva de um funcionamento ideal, que deseja ser o ponto de referência para o estudo dos desvios e das aberrações, devidas a sua intensidade aumentada ou diminuída, a serem corrigidas pela ação médica (...). (BIRMAN, 1978, p. 131).

---

<sup>51</sup> Interessante pensar nessa aproximação para visualizar as ressonâncias atuais, tecidas no século XIX, e que aparecem nas formas mais jocosas de se referir ao estudo ou aos estudiosos. Ainda que a crença sobre o “estudo como futuro para o homem” se dissemine, ainda se escuta, não tão mais frequente quanto em meus tempos de criança, que quem estudava muito podia enlouquecer. E ainda, tal temor, aparecia nos tempos de faculdade quando, numa aproximação apressada, colocava-se a loucura na mesma linha da genialidade. Estranhamente ou, mais radical, assustadoramente, claro, pois estaríamos, todos, sujeitos a enlouquecer.

De acordo com tais referências, é possível perceber de que forma o discurso psiquiátrico foi, ponto a ponto, colonizando a experiência da loucura como objeto próprio e, a partir de então, estendendo sua ação para todo o campo da moralidade. O objetivo era: conservar a sociedade, já que o período de que se fala é o do início da Sociedade Industrial.

A este ponto, Pinel retoma o pensamento de Crichton para articular a questão dos prazeres da sociedade e de que forma estes interfeririam em sua manutenção. Assim, compreendia-se que a sociedade oferecia formas de prazer, mas que precisavam ser usufruídas dentro de certa medida, do contrário resultaria em alienação mental. Dividiam-se então os prazeres em válidos e inválidos e os desprazeres em impossíveis para a manutenção da vida e em necessários, sendo que a alienação mental, neste campo, figura como a ameaça da conservação da vida. O que importa, sobretudo, é a conservação da sociedade, sendo esta avaliada pela aplicação e adequação às regras básicas que eram exploradas por áreas específicas do conhecimento e que abrangiam:

1. A higiene das cidades, controle da mão-de-obra e do corpo: Medicina; 2) A construção lenta e progressiva do novo homem, através de novas formas educacionais e uma outra configuração da família: a Pedagogia e a Medicina; 3) A higiene das paixões pela exclusão asilar e sua correção terapêutica: a Medicina mental; 4) Novas formas para afastar o perigo da marginalidade e da violência, engendradas pelo contexto social: a moderna prisão e a política correcionária. (BIRMAN, 1978, p. 142).

A partir dessas regras, visando à manutenção da nova ordem social, e a pedagogia do prazer, já que o contrário seria um precipício à loucura e impediria o estabelecimento das novas regras de sociabilidade, a medicina mental se ocupa, então, da regulação dos prazeres e desprazeres, bem como, da aplicação do tratamento moral, não esquecendo que os desvios às normas eram associados ao conhecimento da Fisiologia.

Compreender essa nova ordem permite visualizar o investimento feito por Pinel para deslocar o que a alienação representava para a ordem normativa – o caos! – e localizá-la na organização vital. Desta forma, justificava-se a razão biológica sobre a loucura, autorizava-se a intervenção curativa que se dava, também, através da exclusão do alienado de seu meio social, por causa das intenções médicas e higiênicas.

A Medicina mental, assim, estabeleceu duas frentes de atuação. A primeira se referia ao tratamento que deveria ser moral, sobretudo, para a cura da alienação mental, sendo o seu

objeto neste caso o próprio alienado. E a segunda se referia à intervenção preventiva que tinha seu objeto deslocado para a família e visava instituir as normas de educação e convivência desta entidade social e, assim, evitar a loucura de seus membros, já que estes se tornariam os operadores das normas aprendidas no seio familiar, como já dito.

Voisin, psiquiatra de prestígio em sua época e discípulo de Gall (teoria frenológica) descrevia o ser-de-Cultura como aquele que seria capaz, através da apreensão da moralização, abafar seu ser de animalidade, onde se situam os instintos e a busca pela satisfação permanente, essência presente em todos os sujeitos e que pode os tencionar ao desvio social, inclinando o indivíduo à criminalidade e delinquência, ou ainda à alienação mental, sendo o lado *besta* do homem que ameaçava a ordem da sociedade. (BIRMAN, 1978).

Partindo desse princípio psicopatológico, a intervenção médica deveria promover a docilidade desse instinto animal do homem, fosse através do tratamento do alienado, ou mesmo como medida preventiva da loucura. Eis a operação da domesticação que visava calar a animalidade do ser.

Em contexto de sociedade industrial e processo civilizatório, fez-se um comparativo sobre a incidência da loucura nos países em processo de civilização e naqueles que, nesse tempo, eram considerados poucos civilizados. Verificou-se que a alienação mental era uma enfermidade mais presente, ou somente era constatada, em países civilizados. Não havia relato de loucura nos outros países. Duas hipóteses foram formuladas para tal acontecimento: a primeira seria que nas culturas avançadas, ou civilizadas, a loucura seria mais observada, daí seu contingente ser mais elevado; a segunda hipótese seria de que nessas culturas a população se incomodaria mais com a loucura – o que retomaria a primeira hipótese.

Birman (1978) cita três psiquiatras da época, Thomas Wise, Moureau de Tours e M. Aubert, que compreendiam essa incidência considerando os estilos de vida do homem nos países da África e Ásia (menos civilizados) e nos países Ocidentais (em processo avançado de civilização). Assim, para esses psiquiatras, nos primeiros países, o homem era ligado à vida presente, aos acontecimentos e prazeres do momento. Satisfazia-se com o que lhe era oferecido no tempo concreto da experiência. No ocidente, o homem buscava estender seus interesses para além do momento real, investindo em novas formas de satisfação que não se reduziriam ao presente. Nesta lógica, no oriente, sem tantos desvios, o homem estaria menos sujeito à loucura, enquanto que no ocidente, em vistas de tantas abstrações e suposições sobre o futuro, menos

fixados em sua realidade ou mais interessados no que não se possuía, os indivíduos se expunham mais à possibilidade de enlouquecer.

Desta forma, a alienação mental passa a ser produto do próprio espaço social, resultado da influência das instituições pedagógicas, políticas, religiosas, familiares e jurídicas – uma vez que era através dessas instituições que o homem seria marcado e determinado como sujeito – que ofereceriam os objetos e satisfações passionais, sendo o funcionamento do sujeito diante desses estímulos o que poderia determinar seu estatuto de alienado, podendo reagir de forma normal ou anormal. Assim, a loucura só poderia ser reconhecida a partir de seus parâmetros sociais e tais referências indicariam o valor de evolução ou regressão do sujeito, e mesmo da sociedade, já que se entendia haver uma interdependência entre o desenvolvimento da sociedade e o desenvolvimento do homem, sendo a alienação mental o retrato da involução social e humana.

Nesta organização temporal das Sociedades e das instituições, que é correlata à do sujeito, a alienação como doença vai ser caracterizada como um fenômeno de *involução* ou *regressão*. Estar alienado significa perder as normas atuais da Cultura e do desenvolvimento, e passar a viver segundo normas correspondentes à outros estágios da formação da Cultura. Ser alienado corresponderia a regredir aos estágios precoces da humanidade. (BIRMAN, 1978, p. 209).

Então, o alienado mental representaria a regressão aos estágios primeiros da humanidade, sendo aproximado ao selvagem, o que justificaria, para Esquirol, a necessidade de internação e vigilância constante, por crer que o alienado não seria capaz de satisfazer suas necessidades básicas, comparado assim com as crianças que precisariam de tais cuidados para sobreviver<sup>52</sup> – e que também estavam em processo de inclusão na moral social. Além disso, o tempo era referência para a experiência da loucura, pois essa última era vista como uma desarticulação entre os tempos passados, presente e futuro, uma vez que essa regressão vivida na alienação seria um retorno interno que não levaria em conta o tempo real, este último representado pelo tempo presente e que seria a articulação completa entre passado e futuro.

---

<sup>52</sup> “O louco deve ser tratado como uma criança, e a família, ‘a verdadeira família em que reina o espírito de paz, de inteligência e de amor’, é a que, ‘desde os primórdios e os primeiros desvios humanos’, deve proporcionar ‘o tratamento moral, o tratamento modelo de todos os desvios do coração e do espírito’” (FOURNET, 1854 apud FOUCAULT, [1973-74] 2006, p. 135).

Birman ainda nomeia de “geografia<sup>53</sup> moral da alienação mental” a demarcação feita sobre a loucura, após seu enraizamento no espaço social. A partir disso, o primeiro aspecto seria a origem da alienação mental, que em povos primitivos seria física e nos povos desenvolvidos sua natureza seria moral. O segundo aspecto seria que a causa moral era particular das classes instruídas e a causa física era característica das classes consideradas ignorantes. Por fim, o terceiro aspecto dessa geografia, estava relacionado ao desenvolvimento industrial: quanto maior o desenvolvimento da indústria, maior o desenvolvimento moral e, conseqüentemente, maior a incidência da alienação mental, que seria o reverso da evolução. “*O aumento de alienados segue o desenvolvimento das faculdades intelectuais, das paixões, da indústria, da riqueza, da miséria*” (BRIERRE DE BOISMONT apud BIRMAN, 1978, p. 221).

#### 3.1.4. O isolamento, o asilo e o tratamento moral:

Tal demarcação geográfica da loucura na sociedade industrial, determinando-a como o avesso de seu desenvolvimento e da normalidade, situando-a em pontos específicos, possibilitaria ao discurso psiquiátrico criar estratégias de controle e domínio morais sobre a loucura, criando também, além dos lugares de sua origem, o seu destino específico: o asilo. Este seria então o espaço de isolamento do alienado, justificado pela ideia de que situações experimentadas na vida cotidiana, externa ao asilo, poderiam ser a causa da loucura, como também, servir de obstáculo para o tratamento da alienação. Assim, o sujeito deveria ser retirado de seu meio social para facilitar o processo de cura, que visava pôr em ordem a direção viciosa dos afetos e da inteligência. Foucault ([1973-74] 2006) cita a imagem ideal do asilo, fantasiada por Fodéré ao ano de 1817:

Eu queria que esses hospícios fossem construídos em florestas sagradas, em lugares solitários e escarpados, no meio das grandes comoções, como na Grande-Chartreuse, etc. Geralmente, seria bom que o recém-chegado fosse descido por máquinas, que atravessasse, antes de chegar ao destino, lugares sempre mais novos e mais surpreendentes, que os ministros desses lugares usassem trajes originais. O romântico convém aqui, e muitas vezes eu me disse que se poderiam aproveitar aqueles velhos castelos junto de cavernas que varam um morro de lado a lado, para chegar a um vale sorridente [...] A fantasmagoria e os outros recursos da física, a música, as águas, os relâmpagos, os trovões, etc.

---

<sup>53</sup> Foucault ([1975] 1979) utiliza o termo “geografia da verdade” para indicar que a verdade não está, simplesmente, neste ou naquele lugar, ou que é daqui ou de acolá, mas que se produz a partir de lugares privilegiados para sua construção.

seriam usados sucessivamente e, sem dúvida, não sem algum sucesso sobre os homens comuns. (p.3).

Este autor comenta o aspecto inacessível desse castelo, pois se deveria utilizar máquinas para adentrá-lo – o que permite aludir ao próprio isolamento indicado aos alienados – porém, destaca a função principal de sua existência que seria a imposição da ordem aos corpos de seus hóspedes. Em seguida, destaca as considerações de Pinel que justificam a importância da manutenção da ordem dentro do asilo, pois, sem ela as intervenções médicas não teriam efeito algum sobre o corpo doente do alienado. Assim, a ordem atenderia ao olhar médico sobre o asilo, que não deveria sofrer interferências para garantir a apreensão do objeto – o alienado – e o aspecto objetivo desse olhar, imprescindível para a constituição do saber médico. Além disso, a ordem asilar seria a via possível e essencial para a operação terapêutica, para a cura.

Mas, antes do alienado ser indicado ao asilo, ele deveria ser avaliado para decidir em qual regime de isolamento seria incluso. Os isolamentos poderiam se desdobrar em duas modalidades: completo – quando o indivíduo passaria o período de tratamento integralmente no asilo – ou incompleto, que não implicaria no isolamento asilar, mas que poderia desdobrar-se em três momentos. No primeiro, o sujeito permaneceria em casa, mas sem estabelecer contato com seus familiares ou empregados. No segundo, o sujeito seria deslocado para outra casa, ratificando a interrupção de contato com familiares e pessoas próximas e seus cuidados seriam administrados por pessoas desconhecidas. E, por último, mais radical, o sujeito viajaria para outra cidade, de preferência, acompanhado por pessoas desconhecidas. O que determinaria o tipo de isolamento, completo ou incompleto e suas ramificações, seria o grau da enfermidade: quanto mais doente o indivíduo mais severa seria a modalidade de isolamento.

Os parâmetros de avaliação do grau de enfermidade se pautavam nas questões particulares de cada enfermo, mas também nas questões externas à alienação que abrangiam: a perturbação imaginária de outras pessoas diante da alienação, pois estas poderiam se impressionar com a experiência assistida da loucura; e o risco de abalar a segurança social, que poria em causa o aspecto perigoso – fator determinante para o isolamento do louco.

Este ponto, da periculosidade, desmembrava-se em: capacidade agressiva do indivíduo (ameaça aos corpos dos outros); capacidade auto-agressiva (ameaça sobre o próprio corpo); capacidade de desperdiçar a fortuna da família, pondo em risco o corpo social desta; capacidade de desperdiçar a própria fortuna, ameaçando seu próprio corpo social – que não

deixava de estar aliado ao da família; e, por fim, capacidade de manter sua vinculação com o corpo familiar. Se o enfermo não apresentasse nenhuma dessas características concernentes à periculosidade ou enquanto a doença se mantivesse no nível imaginário, sem representar o risco concreto de um abalo moral à sociedade, o tratamento ocorreria em regime de isolamento incompleto. Porém, bastaria que ele apresentasse apenas uma dessas cinco características, para que tivesse seu isolamento completo, ao mesmo tempo em que se acompanhava o número de itens que o doente apresentaria o que indicaria seu grau de enfermidade – mais ou menos grave – e, também, o tipo de punição, se mais ou menos severa, uma vez que esta corresponderia ao tipo de infração moral cometida pelo doente. (BIRMAN, 1978).

O isolamento “prometia” a estabilização das vertigens sociais ocasionadas pela figura desmedida da alienação mental, aposta feita para a manutenção da ordem e segurança sociais. A intervenção via isolamento se justificava pelo próprio tratamento que deveria ser moral e, para que fosse bem sucedido, deveria ocorrer no asilo, por ser um espaço extra-familiar, onde o louco não teria controle sobre os agentes servidores.

Através do isolamento completo, a Sociedade se protegia de tudo aquilo que a comprometia moralmente. O alienado era paralisado na sua possibilidade de atuação anti-moral, sendo despossuído de sua *liberdade social* e de seus *direitos civis*. Internado, impossibilitado de manipular a sua vida e suas propriedades, era imobilizado nos seus atos físicos, sociais e jurídicos, sendo assim tornado inofensivo para o espaço social. (Idem, p. 268).

Independente de qual fosse o tipo de isolamento, completo ou incompleto, o que estava em jogo era excluir o louco de seu espaço social, anulando sua própria identidade, para que assim, num local “adequado”, um novo sujeito se construísse a partir das normas sociais exigidas, possível através da constituição da ordem do asilo que previa controlar o tempo, os corpos, os gestos, os comportamentos, de tal forma que esses não resistissem ao poder que ali operava: o poder disciplinar.

Para fazer operar o poder disciplinar, vários personagens preenchiam o espaço asilar, cada um com seus aspectos e funções específicas. A começar pelo médico. Além de representar o saber científico sobre a loucura, apostava-se numa imagem ideal do seu corpo – já mencionado – como forma de intervir sobre a alienação, pois mesmo que se compreendesse que o espírito era o que animava o corpo, este não era visto, senão secundariamente. O que impactaria primeiro às vistas dos doentes seria a figura de um corpo detentor da ordem.

Um belo físico, isto é, um físico nobre e másculo, talvez seja, em geral, uma das primeiras condições para ter sucesso na nossa profissão; ele é indispensável em contato com os loucos, para se impor. Cabelos castanhos ou branqueados pela idade, olhos vivos, um porte altivo, membros e um peito que anunciam força e saúde, traços salientes, uma voz forte e expressiva: são essas as formas que produzem em geral um grande efeito sobre indivíduos que se crêem acima de todos os outros. Sem dúvida, o espírito é o regulador do corpo; mas não se o vê logo de início, ele necessita das formas exteriores para arrastar a multidão. (FODÉRE, apud FOUCAULT, [1973-74] 2006, p. 6).

Além da imagem do médico, outros agentes do poder se faziam presentes no asilo. Os vigilantes tinham a função de “olhar intermediário”, pois disfarçados de seres não científicos, serviriam de suporte para a construção do saber médico e também vigiariam outra classe de poder, os serventes, que ocupavam o último lugar nesse organograma, porém, não menos importante. Submissos, supostamente, aos doentes, já que os serviriam, os serventes ocupavam o lugar mais próximo dos loucos e um dos mais importantes. Eram eles que observavam comportamentos invisíveis aos vigilantes, por exemplo, e repassavam as informações do dia a dia dos doentes aos médicos. Ou seja, funcionavam como simulacro de serventes dos doentes.

Toda essa estratégia de poder, mais do que estruturar os recursos de vigilância, se dava por um único motivo: dominar o louco. Assim, diferente da imagem da loucura que se estendeu até o fim do século XVIII – associada ao engano – a figura do louco a partir do século XIX se associa à vontade, já que não mais media a força dos instintos e das paixões presente presentes no ser da loucura, força não dominada, fazendo do louco o esboço do ser furioso. A forma como essa força era despejada pelo louco decidia a terapêutica aplicada no asilo. Mas, independente de qual fosse essa intensidade, a terapêutica se definia como “a arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa das suas ideias”. (PINEL apud FOUCAULT, [1973-74] 2006, p. 11-2). Assim, para operá-la era preciso que o louco estivesse sob a dependência completa de um poder encarnado num homem não tanto por seu saber, mas por seus atributos físicos e morais, propriedade dos agentes asilares.

Desta forma, era preciso fazer operar no asilo outra vontade – já que a do louco era falha – que contornasse a potência da loucura, uma vontade externa e superior à do alienado. Essa força desmedida aparecia de duas formas: pelo conteúdo do delírio e pela operação deste

conteúdo, por exemplo, num delírio persecutório em que o alienado se sente perseguido. A vontade superior operaria para docilizar essa força incontrolável:

trata-se sobretudo, nesse estabelecimento de uma diferença absoluta de poder, de minar a afirmação de onipotência que, no fundo, existe na loucura. Em toda loucura, qualquer que seja seu conteúdo, sempre existe certa afirmação de onipotência, e é isso que é visado por esse ritual inicial da afirmação de uma vontade alheia e absolutamente superior. (FOUCAULT, [1973-74] 2006, p. 184).

Retomando a importância dada à família para a eclosão da loucura, além de objetivar a normalização das ideias dos alienados e de excluí-los, o asilo tencionava separar o alienado de sua família, por duas questões: a primeira seria a manutenção deste corpo social, ameaçado pelo membro doente. Neste caso, a família deveria ser protegida da loucura e o enfermo tratado. O segundo ponto que justificava a retirada do louco de seu grupo familiar seria a ideia de que a família era produtora da alienação, pois se acompanhava casos de pacientes que apresentavam boa resposta ao tratamento quando internados, mas ao retornarem ao meio familiar, adoeciam novamente. Dessa forma, entendia-se que a família era incompatível com qualquer tipo de intervenção terapêutica, bem como “todo o contato com a família é perturbador; é perigoso; é preciso, em toda medida do possível, evitá-lo” (FOUCAULT, [1973-74] 2006, p. 123). Assim, compreendia-se que a estrutura das relações estabelecidas dentro de cada núcleo familiar, poderia ser produtora da alienação mental. Isolar o membro doente seria tratar os fracassos da família: impor limites aos excessos e fazer com que o sujeito obedecesse e se submetesse às normas morais, uma vez que, retomando as diferenças de poderes operantes na família e na sociedade, ainda que a primeira fosse movida pelo poder soberano, isso se dava para fazer com que seus membros se sujeitassem ao poder disciplinar.

Por outro lado, em se tratando de loucura, entendia-se que as relações de poder sustentadas na soberania eram incompatíveis com a cura da alienação mental, primeiramente, porque esse tipo de poder alimentava a doença<sup>54</sup> e, secundariamente porque esse poder familiar

---

<sup>54</sup> Foucault menciona que na mudança social de poder soberano para poder disciplinar, considerando que este último se sustenta em seu esquema invisível de vigilância, destituindo uma figura, no caso a do rei, como representante do poder – não existe localização do poder em um corpo –, a partir de tal transformação “‘crer-se rei’ é o verdadeiro segredo da loucura. (...) Quer você se creia rei, quer você se creia miserável, querer impor essa certeza como uma espécie de tirania a todos os que o rodeiam, isso é que é, no fundo, ‘crer-se rei’; e é por isso que toda loucura é uma espécie de crença arraigada no fato de ser o rei do mundo.” ([1973-74] 2006, p. 35).

conflitava com a operação do saber médico que, por fim, para se fazer efetivo, exigia que o membro doente se afastasse completamente de tudo aquilo que se referisse à família.

Entendendo que a família precisava ser protegida da loucura, pela própria perturbação gerada ou ainda pela ideia de transmissão da alienação pelo convívio, bem como, que a família era promotora dessa enfermidade por ter fracassado em sua função moral-social, o discurso psiquiátrico avança em seu ponto fundamental: regulação das relações familiares, com a intenção de instituir uma nova moral que prescrevesse a forma ideal para educar os filhos e evitar enlouquecimentos futuros.

A educação dos filhos faria frente, principalmente, ao impedimento dos prazeres e das satisfações desmedidas, campo dos excessos infantis. O que deveria ser regulado, neste caso, seria a própria relação amorosa entre pais e filhos. Este amor não deveria ser escasso, nem mesmo abundante. Regulá-lo promoveria os limites necessários aos prazeres infantis.

Os pais seriam exemplo de ordem moral e social, o que lhes obrigava a ocupar sem hesitação e com firmeza seus lugares sociais e, a partir de então, impor aos filhos seus próprios lugares. Assim, a psiquiatria como discurso ultrapassa o campo da alienação mental e ocupa o espaço da prevenção moral, campo onde a doença mental representaria o seu limite extremo.

Do ponto de vista do saber psiquiátrico, importa assinalar como desde o seu surgimento ele apresenta dois núcleos fundamentais, a terapêutica e a prevenção moral, intimamente interligados e remetendo à ideia de normatização. Num dos seus núcleos ele regula os “excessos” morais, no outro ele impõe um discurso que pretende evitar que os “excessos” se consolidem. Em ambos ele precisa retificar o discurso familiar. Não é arbitrário que a loucura e a família estejam tão intimamente articuladas no ser-da-alienação mental, sendo esta ligação estabelecida pelo discurso psiquiátrico na sua estratégia normatizadora. (BIRMAN, 1978, p. 285).

Através da promessa de domínio do corpo alienado, a psiquiatria ganha espaço como discurso, como verdade e, sobretudo, como terapêutica, já que prometia, atendendo às exigências sociais, reabilitar os alienados e devolvê-los em condições de sociabilidade, a partir dos princípios de uma pedagogia moral que previa transformar o ser-de-Natureza do alienado, em ser-de-Cultura.

A Medicina mental inaugura uma nova relação da Cultura Ocidental com a loucura. A mutação desta em “alienação do espírito”, vincula-se intimamente à demanda social de sua transformação. A partir de então, o louco é redutível ao

não louco e reciprocamente, não sendo estes grupos duas realidades abissalmente heterogêneas.

A Psiquiatria como saber sobre a alienação mental se propõe a modificar os loucos, tornando-os sujeitos do espaço social. De indivíduo à parte, esquisitos e desordenados, ela pretende transformá-los no seu oposto, isto é, marcados pela sociabilidade e atravessados pela Ordem. (Idem, p. 343).

Sobre esse ponto, Foucault ([1973-74] 2006) destaca que a cura no hospital se dá pelo próprio hospital. A disposição ordenada dos indivíduos e a assistência panóptica<sup>55</sup> de vigilância fundamental para a reinserção do sujeito no sistema disciplinar eram os operadores da cura hospitalar, o que restituiria o sujeito ao mundo sócio-moral.

Porém, ainda que fosse o núcleo da psiquiatria, o tratamento moral precisava ser justificado. Mesmo após toda a construção discursiva da loucura como doença e como objeto da prática psiquiátrica, esta enfermidade insiste em resistir à redução anatomo-patológica, racionalidade médica exigida para legitimar a psiquiatria como verdade científica.

Assim, inicia-se a investigação de cada caso, a fim de circunscrever as características das patologias, cruzar dados como: idade, lugar de nascimento, condições de moradia, história pessoal e familiar, histórico da doença. Diante da ausência de lesões fisiológicas que explicassem a alienação mental, os médicos dedicavam-se a descrever minuciosamente as (dis)funções morais e os comportamentos de cada paciente, aspectos que concretamente poderiam ser vistos e classificados. O cruzamento desses itens auxiliaria na construção nosográfica de cada quadro.

Birman (1978) localiza nesse ponto a compreensão sobre a “mania classificatória” dos psiquiatras do século XIX, pois na impossibilidade de localizar em lesões a loucura, era preciso aprimorar as descrições sobre o que era observado para, assim, sustentar o discurso. E, apesar dessa insistência classificatória, não era ela que “decidia” pela internação e tipo de tratamento. Para tais, o indispensável era saber se o paciente apresentava algum risco, se sim, qual era a sua periculosidade e de que forma se relacionava com as regras internas do asilo.

Mais uma vez ratifica-se: o que importava para a medicina mental era o caminho para cura, o tratamento. Para que este ocorresse, era preciso conviver com o louco, já que, fosse para classificar nosograficamente ou para saber quais seus desvios morais e, assim, aplicar-lhe o

---

<sup>55</sup> Mecanismo de vigilância e operação do poder desenvolvido por Jeremy Bentham, em 1787, o qual Foucault retoma para explicar a estratégia de vigilância do poder disciplinar. “O verdadeiro efeito do Panopticon é o de ser tal que, mesmo quando não há ninguém, o indivíduo na sua cela não apenas se creia, mas se saiba observado, que tenha a sensação de estar num estado de visibilidade para um olhar – que está ou não está presente, pouco importa.

tratamento ideal, precisava-se estabelecer uma relação permanente para discriminar sinais, sintomas, causas, entre outros, e, enfim, poder tratá-lo.

Partindo desse ideal de cura e para facilitar o tratamento, o espaço asilar passava por divisões que separariam pacientes agudos de crônicos, bem como pacientes curáveis dos incuráveis. A intenção era concentrar esforços sobre grupos de pacientes que poderiam responder melhor ao tratamento. Falret (apud BIRMAN, 1978) defendia o oposto, pois para ele os pacientes crônicos, por causa do longo período de internação e submissão às normas do asilo, teriam sua violência fragilizada e uma disciplina já adquirida, assim, se tornariam exemplo para os demais pacientes.

O tratamento asilar dividia-se em três formas diferentes. O primeiro tipo era o tratamento físico que agia sobre o próprio corpo anatômico do sujeito, através de medicamentos ou coerções físicas e vislumbravam sustentar a ideia de que, assim como na medicina somática, havia um organismo adoecido na alienação mental, sobre o qual se deveria atuar. A segunda forma de tratamento era o higiênico, que não apresentava uma justificativa evidente, mas regulava medidas sobre a alimentação, vestimentas, aquecimento, locais adequados para dispor os pacientes. E, por fim, o tratamento moral que se baseava num conjunto de normas e atuava sobre o espírito do alienado. Essa classificação dos tratamentos apresentava apenas um estatuto pedagógico, uma vez que na prática essa divisão se dissolvia. Por exemplo, o tratamento higiênico defendia a necessidade do asilo dispor de um amplo espaço para viabilizar a circulação para os pacientes. Porém, finalidades morais também deitavam sobre esta prerrogativa: um espaço amplo possibilitaria maior extensão para a prática de atividades úteis e a aplicação de um sistema eficaz de vigilância sobre os alienados, sem que esses percebessem que estavam sendo vigiados. “...*ela permitia consagrar certas partes a fins de utilidade, e de ocultar aos enfermos a vigilância que se exerce sobre eles*” (BRIERRE DE BOISMONT, apud BIRMAN, 1978, p. 353).

Os banhos frios ou quentes eram utilizados como forma de tratamento físico, mas claramente evidenciavam seu caráter moral, pois eram aplicados sobre os pacientes com a intenção de puní-los por terem manifestado formas de realização de prazer sexual, repudiadas no asilo. Assim, é possível constatar que os tratamentos físicos e, ou, higiênicos estavam a serviço, em todo caso, do tratamento moral, núcleo da cura para alienação mental.

Para efetivar o tratamento, a pedagogia moral se sustentava em quatro eixos interligados: hierarquia, ordem, vigilância e dominação. O alienado, então, deveria ser dominado

e inserido numa ordem hierárquica para se dar conta de um poder externo e que a ele se contrapõe, e assim compreender que o espaço social é marcado por posições, poderes superiores e delegados, aos quais os sujeitos devem se submeter. No asilo, quem ocupava o topo dessa hierarquia e que representava o poder maior desse espaço era o médico, para o qual todos os assistentes estariam a serviço. E, em contrapartida, a pessoa que ocupava o último lugar nessa hierarquia era o louco, ainda que o espaço asilar existisse para sua assistência. “(...) no interior do asilo o louco era quem detinha menor valor e poder. Socialmente despojado de sua liberdade, imobilizado juridicamente, o funcionamento asilar concretizava com traços fortes este esvaziamento de seu poder e do seu discurso, na medida em que nele o louco sentiria o alcance de sua desvalorização social” (BIRMAN, 1978, p.389).

Estabelecido seu lugar, o alienado era transformado pela pedagogia moral do asilo em “aluno-louco”, que deveria assimilar os ensinamentos ali administrados. Eram temas desta pedagogia, os ensinamentos: da ordem, do trabalho, da sociabilidade e da realidade.

O ensinamento da ordem se pautava na ideia de que o louco era um ser-de-desordem e, a ele, o asilo se propunha como modelo de ordem absoluta, que lhe viabilizaria sua organização e fixação no tempo e no espaço, ocupando cada minuto do seu dia e assim, evitando que este fosse inútil – era preciso servir para alguma coisa –, ou ainda tivesse algum tempo ocioso. Ocupado com a ordem, o louco redirecionaria sua atividade imaginária e afetiva, não ficaria entregue aos seus impulsos e, assim, a maior consequência seria conseguir extirpar a loucura, proibida neste lugar. “(...) *é proibido ser louco num asilo de loucos*” (Idem, p. 407).

As tendências naturais dos alienados às irritações coléricas, sua facilidade para dar aos acontecimentos os mais sinistros, e para se manifestar em murmúrios, fazem sentir a necessidade extrema de uma ordem invariável de serviço, para não irritar seu estado: daí as medidas que eu coloquei vigorosamente em execução no hospício do Bicêtre. (PINEL, apud BIRMAN, 1978, p. 404-5).

Por sua vez, o ensinamento do trabalho seria o próprio preenchimento do tempo e do espaço, permitindo ao alienado ascender ao estatuto de ser-útil, pois inerente à atividade estariam os conceitos de saúde, de ordem e de bons costumes. Nessa época, esses eram preceitos inseparáveis e indispensáveis para a constituição de um sujeito moralmente íntegro, sendo o trabalho transversal a isso, por causa de sua relação com as normas. Além disso, através do trabalho, conseguia-se disciplinar ainda mais o asilo, pois se estabelecia para cada tipo moral de enfermidade, uma atividade laboral específica. Por exemplo, atividades simples que exigiam um

mínimo de organização interna dos pacientes e dispensavam intensa combinação de idéias eram indicadas para aqueles mais confusos, entregues aos impulsos de suas paixões e que tinham seu controle comprometido. Já as atividades que exigiam algum nível de abstração eram indicadas aos pacientes que apresentavam algum controle sobre suas paixões e que, por isso, poderiam expor-se a um maior número de objetos. Àqueles que estariam prestes a entrar em convalescença eram indicadas as atividades que exigissem maior concentração intelectual. Aos pacientes indóceis e agitados eram indicadas as atividades mecânicas e repetitivas com o intuito de redirecionar seu furor para energia muscular e, assim, aumentar a produtividade do trabalho.

De fato, muito curiosamente, essas categorias psiquiátricas que a psiquiatria da época, desde Esquirol, elaborou – e que procurei mostrar a vocês que não influenciou de modo algum a terapêutica propriamente dita –, essas categorias são na verdade utilizadas aqui muito claramente como classificação não da curabilidade das pessoas, da forma de tratamento que deve lhes ser aplicada; a classificação nosológica não está ligada a nenhuma prescrição terapêutica, ao contrário, ela serve unicamente para definir a utilização possível dos indivíduos para os trabalhos que lhes são oferecidos. (FOUCAULT, [1973-74] 2006, p. 158-9).

O trabalho serviria como instrumento de cura, mas também como seu indicador, já que a forma como os pacientes se dedicavam às atividades profissionais demonstraria se este teria ou não reabilitado sua condição normativa: “pelo trabalho o homem reencontraria a sua utilidade, seu lugar social, retomando assim a sua essência de sujeito, perdida por sua alienação” (BIRMAN, 1978, p. 419). Assim, a ética do trabalho no asilo se cercava dos preceitos de cura, prognóstico, evolução e tratamento.

Quanto ao ensinamento da sociabilidade, a última finalidade do tratamento era o ensinamento da sociabilidade, a própria via para a cura, uma vez que o asilo estruturava-se de tal forma que a convivência era estimulada e os isolamentos de pacientes na própria instituição seriam indicados para casos específicos e não como uma regra. Esse convívio estaria sustentado nos princípios de sociabilização da época, a partir de sua moral e regras, proporcionando ao alienado a contenção de seus impulsos e movimentos espontâneos. O desrespeito às regras de convivência teria como pena o castigo por parte dos outros, em especial, pela equipe médica. Desta forma, o ensinamento da sociabilidade seria terapêutico por retirar o sujeito de seu quadro de loucura, mas também, além de instrumento de cura, constituir-se-ia como seu fim último, pois

tinha como objetivo devolver esse paciente à sociedade em condições de sociabilidade, que indicava ter atingido seu nível ideal de docilidade.

Esse nível ideal de docilidade abrangia saber dirigir sua fala para outros. Não era uma conversa comum, própria do paciente, mas um texto previamente ensinado pelo psiquiatra. O alienado era convencido de que poderia falar, pois seria escutado por uma platéia, porém deveria dizer aquilo que lhe era dito e não o que lhe ocorresse. A sua verdade não ocupava esse espaço.

- Dar-se-ia a impressão de que lhe seria restituído o seu poder de falar e de se dirigir espontaneamente ao outro, que seu discurso seria ouvido e respeitado na sua verdade. (...) Esta ilusão seria dada ao alienado na medida em que teria uma platéia para escutá-lo;

- Entretanto, simultaneamente, sua palavra seria constrangida, disciplinada, já que ele não falaria de sua verdade, de si e sobre si, mas diria um texto de alguém, repetido mecanicamente e com as entonações aceitas pelo grupo, principalmente pelo grupo médico. (Idem, p. 431).

Por fim, o último ensinamento, o da realidade, articulava-se com todos os outros que, em algum nível, visavam impor ao sujeito uma adaptação forçada à realidade autorizada pelo social, quebrando desta forma a cadeia imaginária de ideias do alienado. Para tal feito, estratégias foram estabelecidas para romper com os delírios dos pacientes.

Na primeira delas, o psiquiatra não confrontaria as idéias delirantes, demonstrando ao alienado acreditar na sua trama, para que, em seguida, pudesse contrapô-la a partir do seu próprio conteúdo. Crente neste, o médico utilizaria os elementos referidos pelo paciente para provar que não passariam de mentiras. Enganava-se o paciente, fazendo-o acreditar que o médico cria em seu delírio, para mostrar, posteriormente, que o alienado era quem estava enganado. Ou ainda, se o paciente manifestasse ideias delirantes, associadas ao próprio corpo, confrontavam-no produzindo concretamente os incômodos referidos pelo paciente e, depois, o curavam agindo sobre o corpo, realmente, doente.

‘Nenhum raciocínio pôde dissuadi-lo, nem distraí-lo. Resolveu-se então realizar uma consulta solene com vários médicos reunidos, os quais, depois de examiná-lo bem e de concordarem com a necessidade de entrar nas idéias do doente, decidiram unanimemente que sua conjectura era bem fundada e que era absolutamente necessário fazer a sarna manifestar-se novamente. Em conseqüência disso, prescreveram-lhe aplicações rubefacientes, por meio das quais surgiram sucessivamente em diferentes partes do corpo um grande número de botões, para cuja cura só foram necessárias lavagens bem simples; mas em sua administração, fingiram tomar muitas precauções para não causar uma nova disseminação. Esse tratamento prolongado por algumas semanas teve muito bom

resultado. O doente ficou completamente curado e recuperou, com sua razão e sua saúde, todas as faculdades do seu espírito'. (MASON COX apud FOUCAULT, [1973-74] 2006, p. 160-1).

Seguindo este princípio, outra estratégia seria transformar os temores delirantes dos pacientes em temores reais. Atacava-se a auto-estima do sujeito, visando feri-lo, machucá-lo, contrapondo-se de forma ativa às suas paixões. Aqui, a violência passa a ser real e não mais simbólica, como no nível do engano. O ataque não seria contra as ideias delirantes, mas sim contra o próprio sujeito, à imagem que ele tinha de si. Neste nível, a violência ainda é moral.

Uma última forma de imposição da realidade se dava através do ataque ao corpo físico do alienado. Estivesse o paciente num quadro maníaco, agitado ou mesmo proferindo ideias delirantes, este era atacado pelo corpo médico com dispositivos que ferissem seu corpo, como ferro-quente, cautério. O objetivo era provocar o sofrimento físico no paciente para que este desistisse de suas ideias e revertesse sua loucura. Outro ponto era que o paciente deveria acreditar que as coerções físicas sofridas se davam porque ele era mau e não porque essas seriam instrumentos de intervenção terapêutica.

A partir dessa configuração, considerando a estrutura e os objetivos do isolamento do alienado mental, Foucault ([1973-74] 2006) menciona um exemplo de Pinel, retirado de seu *Tratado médico-filosófico*, para demonstrar o que seria a cena da cura através da docilização aplicada dentro do asilo:

Era um rapaz que era “dominado por preconceitos religiosos” e que pensava que para alcançar sua salvação devia “imitar as abstinências e as macerações dos antigos anacoretas”, isto é, rejeitar não apenas, é claro, todos os prazeres da carne, mas também qualquer alimentação. Um belo dia ele recusa com mais dureza que de costume uma sopa que lhe servem. “O cidadão Pussin se apresenta de noite à porta da sua cela com um aparato<sup>54</sup> próprio para assustar, olhos em fogo, um tom de voz fulminante, um grupo de serventes à sua volta, armados com fortes correntes, que agitam ruidosamente; põem uma sopa junto do alienado e dão-lhe a ordem mais clara de tomá-la durante a noite, se não quiser sofrer os mais cruéis tratamentos; retiram-se e deixam-no no mais penoso estado de flutuação, entre a ideia de punição que o ameaça e perspectiva apavorante dos tormentos de outra vida. Após um combate interior de várias horas, a primeira ideia prevalece e ele se determina a ingerir sua alimentação. Submetem-no depois disse a um regime destinado a restaurá-lo; o sono e as forças retornam gradativamente, assim como o uso da razão, e ele escapa desse modo de morte certa. Foi durante a sua convalescença que me confessou suas agitações cruéis e suas perplexidades durante aquela noite da sua provação. (p. 13-4).

Com essa cena, Foucault destaca considerações sobre a operação terapêutica. A primeira delas é a inexistência de um saber diagnóstico ou nosográfico sobre o caso – a ação médica não parte dessas referências, bem como não as faz durante toda a descrição da situação. O segundo ponto marca a batalha de verdades presente no asilo, pois o que se põe em questão é a vontade do médico sobre a vontade do louco. Dessa batalha, associa-se a ideia fixada do alienado com a possibilidade concreta de punição que este pode sofrer caso não a renuncie. Em seguida, o alienado reconhece que sua ideia é errada e delirante, e assim, por fim, através da confissão, a verdade sobrepõe-se, atravessada pelo saber médico, considerando que a realidade que deve prevalecer não é a do louco.

Não se trata de transformar o falso em verdadeiro no interior de uma dialética própria da linguagem ou da discussão; trata-se simplesmente de recolocar o sujeito, por um jogo de ordens, de comandos dados, em contato com a linguagem que se refere e que se ordena a todo um sistema de poder. (...) a linguagem que se reensina ao doente não é aquela pela qual ele vai poder reencontrar a verdade; a linguagem que lhe forçam a reaprender é uma linguagem que deve deixar transparecer através dela a realidade de uma ordem, de uma disciplina, de um poder que se impõe a ele. (Idem, p. 188).

E ainda:

*Ser justo com os doentes, procurar inspirar-lhes confiança, não gracejar com suas idéias falsas que os atormentam, tudo isso pode ser bom em certas circunstâncias, mas não em todas. Se, para desviar a atenção de um monomaniaco preso a idéias que o preocupam incessantemente, os meios da doçura e da paciência são inúteis, é preciso continuar a empregá-los antes de recorrer à ironia, e mesmo às injustiças e às querelas? Que me importa pois se um alienado me ama ou me detesta, que me deseja ou me teme, que ele me acredite seu amigo ou seu perseguidor, desde que eu rompa a cadeia de suas idéias viciosas, que eu lhe inspire paixões capazes de distrair suas paixões. Minha finalidade não é de curá-lo por um meio determinado, mas por todos os meios possíveis; e se para comovê-lo é preciso parecer duro e mesmo injusto face a ele, por que eu recuaria diante do emprego de um tal meio? Temeria lhe fazer sentir dor? Singular piedade! Segure pois, os braços do cirurgião prestes a empreender uma operação indispensável para salvar a vida de seu doente, pois esta operação não se fará sem dor. Um homem tem uma pedra; enche-o de água de malvaíscos, cerca-o de cataplasma, no lugar de lhe retirar, por uma operação dolorosa, a causa de todos seus males. As consolações para alguns maníacos são como água de malvaíscos e cataplasmas para os calculosos. (LEURET, apud BIRMAN, 1978, p. 445-6).*

Birman retoma esta citação para mostrar de que forma a psiquiatria em sua cruzada pela colonização da loucura, da mesma forma como em cirurgias médicas, arranca do louco sua

própria intimidade, veta sua existência tanto quando o isola nos asilos, privando-o dos espaços sociais, como quando já isolado, obriga-o a abdicar de sua subjetividade. A isso, conclui: “Identificando-se no plano imaginário com a instituição médica, através da cirurgia, por suas táticas de arrancamento e de provocação da dor, a Medicina mental tece a trama das ligações invisíveis entre a loucura e a morte”. (1978, p. 446).

### 3.1.5. A psiquiatria brasileira:

Considerando toda essa trama psiquiátrica construída e fortalecida ao longo do século XIX, empreitada realizada por alienistas europeus, Costa (2007) estudou como se deu a inserção do discurso psiquiátrico no Brasil. É possível identificar nesta obra, a proximidade entre o cenário europeu e o brasileiro, considerando, obviamente, as diferenças de período e características sociais, mas ratificando o ideal moral que serviu de bússola para a construção do saber psiquiátrico sobre a loucura como doença.

Esse autor destaca que até a segunda metade do século XIX não existiam casas ou asilos destinados ao tratamento da loucura e, por sua vez, os loucos, se não habitavam errantemente as ruas, eram depositados em prisões, por terem provocado a desordem pública, ou ainda por vagabundagem. Eles também poderiam ser enviados para celas especiais existentes em hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia.

Sobre esse cenário da loucura no Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, anterior à sua psiquiatrização, os autores Baptista e Engel (2001) atentam para a importância de se prevenir de um ideal de loucura, ao que Castel (1978) nomeia de “mito ecológico da loucura”, como se sem a medicalização desta experiência subjetiva pudessem obter atitudes melhores ou mais verdadeiras para com o louco. Porém, continuam em seu raciocínio, dizendo que resgatar como a experiência da loucura era observada e compreendida antes do saber psiquiátrico patenteá-la, permite ponderar outras formas e alternativas de convivência com a loucura.

Assim, sobre esse momento a-psiquiátrico, os autores supracitados descrevem que os loucos eram vistos habitando os espaços públicos, conjuntamente com os demais personagens sociais. Rejeitados ou aceitos, os loucos eram identificados, ou mesmo destacados como diferentes, errantes, cômicos, porém não se descartava a possibilidade de convivência com esses sujeitos. Ao mesmo tempo em que eram “apontados”, agredidos ou ridicularizados, eram também

protegidos pelo espaço social, faziam parte dele. E mais: não perdiam, por sua condição subjetiva, o direito e a responsabilidade sobre si.

Responsáveis pela própria sobrevivência – e muitas vezes, garantindo a subsistência de suas famílias –, ainda que para isso alguns deles tivessem que apelar, através de suas próprias palavras e ações, para a caridade pública, revelavam-se também plenamente capazes de se protegerem contra as freqüentes agressões que sofriam. Pobres ou miseráveis, possuindo ou não relações familiares ou afetivas, maltrapilhos ou bem vestidos, o fato de estes personagens circularem livremente pelas ruas da cidade significava que, pelo menos enquanto não manifestassem pelas ruas comportamentos considerados perigosos, os loucos conseguiam manter um certo poder sobre si mesmos e sobre a sua loucura. O que em nome da segurança pública e, sobretudo, para o seu próprio bem lhes seria retirado pela ciência médica que, ao constituir a loucura como doença, desqualifica o “‘sujeito’ que dela sofre” como “louco, ou seja, despojado de todo poder e de todo saber quanto à sua doença” (Foucault, 1985, 5ª ed.: 127). (BAPTISTA; ENGEL, 2001, p. 31-2).

Mas, eis que a loucura passa a incomodar esse espaço, e enfim, começa a habitar outros “ares” que não mais as ruas. Retomando então a criação dos primeiros destinos específicos ao tratamento da loucura, ainda que houvesse os hospitais com um espaço destinado aos alienados, esses eram insalubres, onde intervinham sobre o louco se utilizando apenas de castigos e de torturas físicas. Diante de tal cenário, a partir de 1830, médicos, em maioria higienistas, solicitaram a construção de hospícios para alienados, que teriam em seu interior, ao invés da insalubridade e da tortura física, a higiene do ambiente e o tratamento moral como via para cura da alienação, operados por médicos. Assim, ao contrário de destinar qualquer espaço à loucura, essa seria destinada ao tratamento medicalizado.

A partir de então, criou-se o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, decretado pelo imperador D. Pedro II, para onde, todos os alienados passaram a ser encaminhados. No início, a direção pertencia ainda à Santa Casa de Misericórdia, até 1890 quando, após a instauração da República, esse primeiro hospício é renomeado de Hospital Nacional dos Alienados e a sua direção é repassada para o Estado.

Logo após, em 1899, o governo Campos Sales reduz drasticamente o orçamento destinado à manutenção e funcionamento desse hospital, o que o levou ao declínio. Porém, durante o governo de Rodrigues Alves, através de uma investigação minuciosa realizada em 1902, declarou-se que o Hospital Nacional dos Alienados, não passava de uma prisão para loucos, ao que se propôs uma reformulação da assistência psiquiátrica, iniciando pela nomeação

de Juliano Moreira como novo diretor do Hospital e, por causa de sua influência, promulgou-se a primeira Lei Federal de Assistência aos Alienados.

Em 1912, a Psiquiatria afirmou-se como um saber médico independente e, até 1920, ocorreu a ascensão das instituições destinadas à assistência de alienados, como a Colônia Engenho de Dentro, a Colônia Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário. Em seguida, em 1927, no governo Washington Luís, criou-se o Serviço de Assistência aos Doentes Mentais, situado ao Distrito Federal, para o qual se deslocaram e concentraram-se a coordenação de todas as outras instituições psiquiátricas, situadas no Rio de Janeiro. Ao ano de 1934, criou-se a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, que previa a profilaxia mental, a assistência e proteção à “pessoa dos psicopatas” e a fiscalização dos serviços de psiquiatria. É dentro deste contexto histórico que se criou a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM).

O primeiro momento da psiquiatria brasileira estava baseado nos conceitos e práticas desenvolvidos pela psiquiatria francesa. E, é a partir de Juliano Moreira e de seus sucessores que se tentou transformar essa herança européia, para que o cenário brasileiro passasse a ter identidade própria, construindo também sua coerência teórica. Porém, essa frente esbarrou na falta de tradição científica que transpareceu, especialmente, na dificuldade em delimitar o objeto próprio de intervenção psiquiátrica. Confundia-se a alienação mental com as causas culturais de problemas em geral, o que levou essa psiquiatria a reduzir a etiologia dos fenômenos sociais – fosse a alienação ou os demais problemas, pela impossibilidade de fazer de outra forma – ao organismo do indivíduo.

A LBHM adotou como prioridade a causalidade biológica com a intenção de ir ao encontro da racionalidade da época – o biologismo eugênico que se estendia à moral social – do que, de fato, investigar as verdadeiras causas biológicas do funcionamento mental, ou simplesmente, identificar se elas existiam.

O primeiro objetivo da LBHM era melhorar a assistência já existente aos doentes, porém essa finalidade não se reduziu a isso e, ampliada, pretendia, sobretudo, promover ações de prevenção, de eugenia e de educação dos indivíduos. No início, os psiquiatras viam como público os pacientes que eram assistidos dentro das instituições psiquiátricas, sem vislumbrarem de que forma a prevenção, por exemplo, poderia ser aplicada a outros sujeitos entendidos como “normais”.

Esse alvo não teve esse mesmo foco por muito tempo. Em 1926, a psiquiatria desta época, sustentada pelo ideal de prevenção da doença mental, passou a ter como público os sujeitos “normais”. A questão era prevenir mais do que curar, o que levou a psiquiatria a ocupar outros espaços sociais, para além das instituições que lhes competiam.

Identificados mais com os higienistas do que com psiquiatria, os psiquiatras tinham como teoria de fundo a essa expansão do discurso medicalizante, baseado no conceito de eugenia, inventado e definido por Galton, como “o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente”. (COSTA, 2007, p. 49).

No princípio, a ética da eugenia pretendia tratar a doença mental, levando em consideração suas questões hereditárias, o que punha no cerne da discussão a preocupação com a família e com as doenças manifestas pelos seus membros, que poderiam então influenciar a produção da loucura. Mas, posteriormente, passou-se a se empenhar para garantir a pureza racial, que tinha como o homem ideal, sobretudo, o homem branco. “Enquanto o brasileiro não fosse branco, não teria direito à democracia. Esta advertência, entre outras consequências, deveria induzir os negros e mestiços a procurarem embranquecer a pele, e aos brancos, pobres e ricos, a exercerem a opressão sob o pretexto de defender a democracia” (Idem, p. 51)<sup>56</sup>.

Estendida a outros setores, a eugenia psiquiátrica fez frente aos hábitos considerados problemáticos e que deveriam sofrer providências profiláticas, de higiene psíquica e, não somente, mental – o que ratifica o interesse de expansão do discurso sobre todos os indivíduos, mesmo aqueles que não eram identificados à loucura – para prevenir a alienação. Assim, era preciso realizar: “a) combate ao alcoolismo e à syphilis dos procreadores; b) equitação das uniões de indivíduos tarados; c) segregação e esterilização dos degenerados de acordo com o parecer de comissões técnicas” (LOPES, 1930 apud COSTA, 2007, p. 57).

Esses instrumentos de intervenção eugênica eram aplicados quando se identificava o risco hereditário de delinqüência – que mais uma vez chama a atenção à amplitude do interesse da psiquiatria, já que, nesse caso, a questão não era mental, ou mesmo identificada com a loucura, mas sim à outra categoria social. Mas, mesmo a intervenção sobre outras classificações sociais, o que continuava em jogo era a prevenção da doença mental. “A eugenia em sua etapa de higiene

---

<sup>56</sup> Sobre esse ponto, é importante situar que o momento histórico em que o país se encontrava era do Brasil República diante da recém abolição dos escravos, o que significaria o início da miscigenação de corpos, de povos, de categorias: negros e brancos.

psíquica, interessava-se unicamente pelos indivíduos sãos e doentes. Seu único objetivo era o de preservar as gerações futuras das doenças de seus ascendentes” (Ibidem, p. 58).

Ponto a ponto, o interesse da psiquiatria se estende à higiene social, e ao psiquiatra. Antes de formar-se como tal, era-lhe exigida como primeira formação a de médico eugenista, pois, desta forma, além de intervir no nível individual, teria condições de promover ações destinadas à preservação da raça. O que demonstra como a higiene mental estaria a serviço da “higiene social da raça”, antes de tudo. Porém, para que atingisse seu objetivo eugênico, era preciso sustentar seus interesses, o que demandou a construção de um novo ideal de indivíduo que pudesse dar consistência aos seus princípios.

A partir de então, o homem seria determinado pela sua matriz biológica, destacada de suas influências psíquicas e culturais.

A pessoa humana, na ética eugênica, devia ser considerada, exclusivamente, como uma entidade zoológica que nasce, cresce, multiplica-se e morre. O homem era um animal e por isso mesmo não deveria beneficiar-se de nenhuma medida que o ajudasse a escapar das leis naturais de sua espécie. (...) A tarefa primordial do eugenista consistia em evitar os desvios desta evolução natural da espécie, provocados pelas ações culturais de certos indivíduos ou grupos sociais. (Ibidem, p. 63).

Combater os desvios provocados pelas ações culturais implicaria em erradicar a camada de sujeitos, que identificados às classes de mendigos, como improdutivos, incapazes, criminosos e anormais de forma geral, chocavam-se com os interesses de constituir uma raça pura, eugênica. Paradoxal, uma vez que o indivíduo compreendido como determinado biologicamente, por que então combater sua relação com as experiências sociais e culturais? A isso se responde: a intenção era promover a identificação do sujeito com a sua herança animal, ao mesmo tempo, em que se buscava identificá-lo com funcionamento das instituições sociais.

Independente de qual fosse a vontade dos indivíduos, a eugenia perseguia seu ideal de higiene social e de raça humana, o que, mais uma vez, confirma a intenção de intervir sobre a população, mais do que sobre os indivíduos isoladamente.

A maneira como os psiquiatras concebiam o tratamento e a prevenção da doença mental era em si indicativa de um desejo de intervir arbitrariamente no seio da população. Quando eles propunham as medidas eugênicas de esterilização sexual, segregação ou purificação racial dos indivíduos ou etnias, não mostravam preocupação alguma com a opinião das pessoas *eventualmente*

*implicadas nestes projetos*<sup>57</sup>. Os psiquiatras acreditavam possuir a solução mágica da salvação eugênica dos brasileiros e não hesitavam em querer impô-la à força, se isto lhes parecesse necessário. (Ibidem, p. 85).

O combate aos desvios sociais significava apropriar-se da forma como os sujeitos escolhiam tratar seus corpos, tratar a si mesmos e assim impedir o princípio de liberdade que estava em consonância com a democracia liberal. E, é nesse momento que empenhada em identificar, segregare e esterilizar o mal, ou mesmo o mau social, que a Psiquiatria deixou transparecer seu prazer ao utilizar os dispositivos de força no tratamento aos desviantes que eram identificados ao estigma de doentes mentais. Costa (2007) destaca que a Psiquiatria nessa época já conhecia teorias de abordagem da loucura, como por exemplo, a Psicanálise, mas o tratamento com a força não se dava pelo desconhecimento de fazê-lo de outra forma e, sim, por compreender que esses sujeitos, identificados à animalidade, deveriam ser interditados através do sacrifício e, com isso, atingir-se-ia a conservação, enfim, da raça e da sociedade.

Além disso, a psiquiatria se impunha como ideal aos sobreviventes dessa sangria. Não bastava simplesmente “eliminar” aqueles que não serviam à construção ideal de uma raça, mas aos selecionados para representá-la e compô-la era imposta a necessidade de afeiçoar-se à imagem dos médicos psiquiatras, sob a pena de extermínio se assim se opusessem a cumprir tais exigências. “Eles se impunham, também, como norma de saúde mental e comportamento social. seus atributos étnicos, culturais e psíquicos deveriam ser a norma para todos os indivíduos de todas as classes e de todas as etnias. E se a herança cultural, psíquica ou biológica se mostrava rebelde a esta conversão, o remédio proposto era a sua exterminação”. (Idem, p. 86).

Partindo desse preceito, a primeira frente estabelecida foi o antialcoolismo, já que se entendia que o alcoolismo era uma doença hereditária, reconhecido como um perigo e praga social, que para ser combatido se deveria intervir sobre os alcoólatras a partir de medidas eugênicas, para evitar a progressão dessa enfermidade. Na verdade, teimava-se em prevenir a contaminação pela prole, uma vez que o aumento progressivo que se temia não se confirmava estatisticamente, o que de alguma forma negava a hipótese hereditária.

Mas, ainda assim, o alcoolismo deveria figurar como alvo de intervenção pública. O cenário era: a cidade passou a ser habitada também pelos negros, provenientes da abolição da escravidão, porém, estes permaneciam às margens sociais, por desconhecerem o ritmo

---

<sup>57</sup> Grifo meu.

competitivo presente na cidade e figurarem como alvo de discriminação racial, social e econômica, o que, de alguma forma, estava associado ao aumento do alcoolismo nesta classe social. Os personagens, negros e, também, brancos pobres, para resistirem às condições desumanas impostas pela segregação social, recorriam à marginalização, vagabundagem, prostituição e alcoolismo, o que fez com que este último fosse responsabilizado pela desagregação da sociedade brasileira. As medidas eugênicas, diante de tal fenômeno, por sua vez, empenhavam-se em manter a moral social estabelecida, mais do que realmente curar ou prevenir o alcoolismo – supostamente porque atuar na cura e na prevenção, desassociada da moral social, implicaria atuar sobre o indivíduo e não sobre sociedade, gema que precisava ser lapidada.

Para tal, os instrumentos de batalha eram: intensificação da fiscalização e da vigilância policial sobre o controle das vendas de bebidas alcoólicas, que tinha um horário específico para ocorrer; reforçar as atitudes condizentes aos princípios eugênicos adotadas pelos vendedores de bebidas alcoólicas, que se negavam a vendê-las após o horário estabelecido; fazer levantamento dos “ébrios” para, compulsoriamente, indicá-los ao tratamento médico de sua enfermidade.

Costa (2007) explica que esse controle exercido sobre o alcoolismo e doenças mentais condizia com o ideal de “bem governar um povo ou um país” (p. 94), até mesmo porque os psiquiatras não tinham provas clínicas ou estatísticas que explicassem o excesso de autoritarismo e a união da LBHM com a polícia se justificava, na verdade, por essas entidades compartilharem o mesmo objetivo: preservar a moral social dos indivíduos. “As campanhas de higiene mental, em particular as campanhas antialcoólicas, eram a última instância das cruzadas moralizadoras que visavam a extirpar os vícios e a devassidão, que os psiquiatras supunham existir na sociedade brasileira.” (p. 95). Para exemplificar esse empenho em preservar a moral, em relação ao alcoolismo, não era qualquer alcoolista que deveria sofrer interdições policiais e eugênicas. Este era dividido em alcoolismo aceitável, que tinha em seu cerne pessoas respeitáveis, e o alcoolismo inaceitável, presente entre as camadas pobres.

Através dessas classificações segregadoras, a LBHM colocava em prática seu outro objetivo, correspondente à sua moralização, que era construir corpos e espíritos trabalhadores – daí a própria identificação como alvo o alcoolismo entre pessoas pobres, já que essas tinham o ideal produtivo necessário ao desenvolvimento da nação comprometido. Além do alcoolismo, a sífilis também figurava como objeto de combate. Ambas estariam associadas à ociosidade, vícios,

vagabundagem e prostituição. É claro que colocar à mesa que a discriminação social e racial, em alguma medida, contribuía para lançar negros e pobres a essas marginalidades – já que eram essas as classes identificadas a tais atividades –, não fazia parte dos objetivos da Liga.

Haveria assim, no que tange ao racismo, a idéia de raças superiores e inferiores. As primeiras compostas por brancos, e as segundas por negros. Porém, a inferioridade negra poderia ser revertida a partir da miscigenação com os povos brancos, o que levou à diminuição da hostilidade com os mestiços à medida que estes “embranqueciam”. Essa demarcação racial evoluiu à distinção das doenças mentais. Chegou-se a constatar que entre os negros tais doenças tinham influência toxinfeciosa da sífilis e do alcoolismo, e, entre brancos, o que mais incidia eram as doenças denominadas de constitucionais – esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva –, que, na verdade, estatisticamente, eram confirmadas, mas foram utilizadas como veia para o racismo, também<sup>58</sup>.

A partir de tais formulações, pôde-se perceber de que forma a eugenia serviu de instrumento para a psiquiatria brasileira investir sobre seu ideal de cultura, de moral e de povo, nas primeiras décadas do século XX e, assim, conquistar sua imagem étnica e uma sociedade com sua personalidade identificada a esta figura. Outro ponto relevante é a proximidade, referida anteriormente, entre o movimento alienista no Brasil e na França, respeitando as diferenças sociais e econômicas que impunham, por sua vez, objetos diferentes de moralização para cada nação.

Além disso, evidenciou-se como, a cada passo dado pela psiquiatria, o sujeito identificado como louco, ou ainda, como doente mental, era lançado à margem da sociedade, como se estas classificações fossem incompatíveis – sociedade *versus* loucura –, sem mesmo considerar que a loucura como enfermidade foi traçada pelo social, operada e formulada pela psiquiatria e sustentada por interesses que se sobrepõe a este saber. Ou seria possível acreditar que apenas os médicos são os únicos responsáveis por essa segregação? A adoção de um discurso medicalizante, além da clínica e práticas médicas, que transbordou às diversas instituições, demonstra o pacto estabelecido e acordado entre a Psiquiatria e a sociedade.

---

<sup>58</sup> Sobre isso, Costa (2007) se posiciona dizendo que para compreender tal fenômeno racial não basta simplesmente pô-lo no contexto econômico e político, mas que existem também causas psíquicas atravessadas nessa relação tensa diante do negro e do pobre. Sem se aprofundar, este autor introduz a estranheza provocada diante do novo – a partir de seu referencial psicanalítico –, daquilo que não é familiar, mas que leva à identificação por suscitar, inconscientemente, conteúdos recalçados pelo sujeito, o que lhe impulsiona à proteção disso que lhe é estranhamente familiar, por estar fora, mas ao mesmo tempo, é-lhe próprio.

Dessa forma, cada vez mais os lugares destinados à assistência e cuidados de pacientes denominados psiquiátricos, ao invés de, fazerem operar tal objetivo, serviram de espaço físico para o isolamento e, conseqüente, desapareção do sujeito. Era preciso afastar-se da loucura, erradicá-la do espaço urbano.

Consonante não apenas ao cenário brasileiro, mas ainda à própria história da psiquiatrização da loucura na Europa, o estado do Pará também inicia essa cruzada sobre os “atores da desordem”. Fuckner (2008) se refere ao registro de Arthur Vianna, de 1902, como sendo a primeira menção sobre doentes mentais no Pará, que reporta à prisão de José Raimundo, encaminhado ao “hospital de caridade” – tal como era nomeado pela população o Hospital do Senhor Jesus dos Pobres Enfermos, inaugurado em 1787 –, “em consequência de graves desordens” (VIANNA, 1902[1992], p. 129, apud FUCKNER, 2008). Nesse espaço, sem um lugar exclusivo para os seres acometidos de tais desordens, José Raimundo foi alojado em uma botica da qual “quebrou vidraças e móveis, forçou as portas e fugiu para a cozinha, fazendo aí grandes desatinos” (Idem, p. 1).

Além da data de inauguração do Hospital de Caridade, o autor não precisa a data da detenção de José Raimundo, porém indica ter acontecido no século XVIII, momento em que, no Brasil, a loucura ainda não havia sido medicalizada ou tomada em algum nível patológico. O relato da prisão de José Raimundo, além de identificado como o primeiro do gênero “doença mental” no Pará, se dá ainda por demonstrar que nesse momento histórico, aquilo que até então não estava encerrado como um caso psiquiátrico, figurava como um “caso de polícia” e que diante de tal episódio, e já preocupados (as autoridades) com os “andarilhos” da cidade, bem como, com o encarceramento dos loucos em prisões, construiu-se, a mando do doutor Francisco da Silva Castro, duas enfermarias, assimiladas a um pequeno hospício dentro do, acima referido, Hospital Geral.

Um trabalho elaborado pelo doutor Mario M. Chermont (1933), então Diretor de Educação e Saúde Pública do Estado do Pará, indica que o ajuntamento de alienados nas prisões se deu até o ano de 1833. Posteriormente, criou-se uma assistência hospitalar para esse público. “Os alienados, até 1833, eram recolhidos as prisões, no mais doloroso dos abandonos. Lograram depois assistência hospitalar, ainda que em começo muito precária. Hoje o Asilo dos Alienados, do Pará, com organização moderna, mantém 400 enfermos.” (p. 101).

Em 1870, o prédio de propriedade dos religiosos da Ordem dos Mercenários, no Tocunduba, que abrigava os enfermos de varíola<sup>59</sup>, foi cedido ao abrigo dos alienados, a partir da sanção da lei, por Manuel José Siqueira Mendes, que autorizava seu uso para tal fim. A princípio se destinaria apenas aos alienados, o que não se manteve por muito tempo, uma vez que, diante de um novo surto de varíola, em 1878 (dada à inauguração como asilo de alienados em 1873), variolosos e loucos passaram a dividir o mesmo espaço. A promoção de tratamento era de responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia, em especial, para os enfermos de baixa renda<sup>60</sup>.

Porém, não era a prioridade nos interesses do governo imperial tomar conta de alienados, o que Fuckner (2008) entende como o motivo para tal assunto não ter aparecido com evidência nos discursos públicos da época, bem como, justifica o baixo investimento na construção e manutenção dos asilos.

Por outro lado, manter tal tema na “surdina” desencontrava-se com a política higienizadora do Brasil República, como se pôde observar nas práticas eugênicas da Liga Brasileira de Higiene Mental, por exemplo. Dessa forma, as primeiras medidas, impressas em Belém, encabeçadas por Antônio Lemos, encontravam-se na ordem do saneamento do espaço público, já que o momento era de ostentação da estética da cidade. Nesse interim, o então governador Augusto Montenegro constrói o Hospício de Alienados do Pará<sup>61</sup>, inaugurado em 1892. Por ser o primeiro da região norte, atendia à demanda da Amazônia, bem como dos estados do nordeste. Fuckner (2008) destaca uma cena problemática, descrita por Braga (1889) que precede e justifica a criação do asilo:

No asilo de alienados, em Tocunduba, que apenas pode conter 30 loucos no máximo, acham-se atualmente recolhidos 38, e de tal forma aglomerados que existem 4 e 5 em cada cubículo. Ultimamente tenho mandado recolhe-los a cadeia publica de S. José, donde não poderão sair curados. (...) É uma vergonha a manchar a reputação de um povo civilizado o estado comum, a convivência dos doentes de ambos os sexos entregues a mais infrene libidinagem, a ponto de ali conceberem as mulheres – encontrando-se as míseras criancinhas afetadas das moléstias de seus progenitores. (p. 24 e 44, apud FUCKNER, 2008).

A construção do Hospício de Alienados do Pará representou um marco político e científico, pois pontuava o início da República. Diante disso, os loucos apareciam como um

<sup>59</sup> Parece ter servido ainda como leprosário, segundo referências do documento de Mario. M Chermont (1933).

<sup>60</sup> FUCKNER, 2008.

<sup>61</sup> Em 1937, passa a ser o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira.

excesso à paisagem urbana que se edificava, porém não mais solitariamente o louco era visto, mas sim em um conjunto de loucos que circulavam pela cidade no que se chamava “Bonde dos Doidos”, que costumava atravessar em alta velocidade, completamente fechado com grades e tela fina, o que impossibilitava identificar quem ia dentro. Ainda que “dos doidos”, o bonde transportava não simplesmente doentes mentais, mas especialmente aqueles entendidos como violentos, que demandassem contenção, bem como presos perigosos e enfermos acometidos por doenças infectocontagiosas, tais como a varíola. (Idem).

Mas, diante desse “espetáculo asilar”, através do decreto 1492 aprovado pela prefeitura de Belém, a medicina ganha, definitivamente, lugar no espaço para alienados. Médicos, diretor e ajudante passam a residir no próprio hospício. Fuckner (2008), a partir de Foucault e Chaves, argumenta as consequências da entrada da medicina no espaço asilar, situando à Belém. A questão não se assentava pelo interesse de dar um lugar e olhar decentes à loucura, mas opera-se, principalmente, como a supressão do discurso religioso que circulava nesse espaço, bem como a criação de um “laboratório” para formar e aperfeiçoar o conhecimento científico, mas não para ocupar este estatuto de especialista ou cientista, e sim para operar como um saber “patenteador” da loucura.

É com a entrada do médico no espaço asilar, sob a promessa de cura, que os investimentos do governador Augusto Montenegro aumentam.

Foram adquiridos, da Europa, diversos aparelhos hidroterápicos, foram construídas duas salas de banho e montadas uma caldeira e um gasômetro de acetileno. Em conformidade com o modelo europeu, foi modificado todo o regime alimentar dos internos ao qual foi acrescentada uma variedade de alimentos vegetais com grande abundância de frutas (MONTENEGRO, 1907, apud FUCKNER, 2008, p. 6).

Por fim, Fuckner destaca nesse breve dossiê sobre as mudanças ocorridas no campo da loucura e da doença mental no cenário paraense que, tal como na Europa e acompanhando os caminhos traçados em solo brasileiro, a psiquiatria não figura como um refinamento da ciência médica, mas ao contrário, firma-se tutora da ordem, comprometida com a produção dos “corpos dóceis”, em referência a Foucault. Assim, a especialidade que poderia devolver à loucura alguma vida, empenha-se em associá-la à morte<sup>62</sup>.

---

<sup>62</sup> Tal como refere Birman (1978) ao final de suas observações sobre a “Psiquiatria como discurso da moralidade”.

### 3.1.6. Meados do século XX:

Lins (2007) destaca a transformação do asilo. Este que antes era visto como espaço de tratamento e cura de alienados passa a ser visto, por causa de seu longo histórico de segregação e isolamento dos indivíduos, como o promotor da doença e não mais da saúde. Birman e Costa (1994 apud LINS, 2007) realçam, a partir da conferência de Foucault em 1974, que essa mudança de paradigma sobre a psiquiatria se deu no período pós-guerra, pois se precisava recuperar mão-de-obra produtiva, estagnada nos asilos, por exemplo, para poder substituir os mortos pela guerra. A psiquiatria precisa, então, promover saúde.

Impulsionada pela II Guerra Mundial, reconhece-se que a assistência psiquiátrica precisa ser reformada. Nesse momento, o louco que antes habitava passivamente o espaço do asilo, passa a ter seu trabalho valorizado, o que levou à formação das denominadas Comunidades Terapêuticas, experimentadas primeiramente por Hermann Simon (LINS, 2007), mas que retorna ao ensinamento do trabalho, descrito por Birman (1978) dentro dos asilos no século XIX<sup>63</sup>.

Os pacientes, então, passaram a ser distribuídos em pequenos grupos nos quais deveriam, conjuntamente, desenvolver alguma atividade, com o objetivo de animar seus corpos. Era promovida também a integração entre esses grupos para potencializar o desenrolar dos afazeres. Nesse momento foi possível perceber que estes melhoravam ao participarem de tal configuração – e assim se identificando as finalidades terapêuticas desses grupos –, tanto que a inserção dos pacientes passou a ser indicador de alta e de cura. (LINS, 2007).

Depois disso, passa-se a exigir que cada vez mais o espaço asilar se afeiçoe com o espaço social extra-hospitalar. O asilo passa a ser a forma na qual o sujeito precisa caber para poder, assim, aprender a se comunicar e a se comportar, facilitando seu retorno à sociedade e à família. “O doente vai ser estimulado a respeitar normas e limites que delinham a vida dentro do hospital e que sustentariam sua vida social mais ampla. A cura se estabelece pela possibilidade do doente internalizar e obedecer a estas regras.” (Idem, p. 29), o que implica situar os estados de saúde e doença, para os quais se utiliza como parâmetro de avaliação suas condições de adaptação (saúde) e desadaptação (doença) sociais.

Birman e Costa (1994) referem que diante da ética de promoção de saúde, através da inserção do trabalho como dispositivo terapêutico dentro dos hospitais, um maior número de pacientes passa a ser atendido diariamente, uma vez que são formados grupos que congregam

---

<sup>63</sup> Ver item: 3.1.4. O isolamento, o asilo e o tratamento moral.

uma pluralidade de indivíduos. Outros profissionais terapeutas também passam a ocupar esse lugar de referência e não mais apenas os médicos. “Se não é mais a doença o objeto das preocupações, mas a promoção da Saúde Mental, esta ação pode ser encaminhada por qualquer pessoa medianamente adaptada às normas” (p. 50, apud LINS, 2007, p. 30).

Eis que se chega ao início da desinstitucionalização da assistência psiquiátrica brasileira, encetado ao final da década de 1970, promovido pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, posteriormente, transformado no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial que, enfim, atingiu seu *status* de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

#### 4. PSICANÁLISE E SUA VISÃO SOBRE A LOUCURA

*Nem todos os tamboretas têm quatro pés. Há os que ficam em pé com três. Contudo, não há como pensar que venha faltar mais um só senão a coisa vai mal. Pois bem, saibam que os pontos de apoio significantes que sustentam o mundinho dos homenzinhos solitários da multidão moderna são em número muito reduzido. É possível que de saída não haja no tamborete pés suficientes, mas que ele fique firme assim mesmo até certo momento, quando o sujeito, numa certa encruzilhada de sua história biográfica, é confrontado com esse defeito que existe desde sempre*  
(LACAN, [1955-56] 2008, p. 237).

Percorrido o caminho da história da psiquiatria, desde o início do século XIX, quando esse saber propõe, ou mesmo, impõe um discurso sobre a verdade da loucura, permitiu perceber como ponto a ponto os conceitos foram alinhavados, para que, então, se chegasse ao momento atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Porém, longe de ser a única forma de compreender a loucura, atravessada pelas contribuições psicanalíticas, que também surgiram nesse momento histórico de amadurecimento e afirmação do discurso psiquiátrico – já ao fim do século XIX – trago-as aqui para pensar que outras formas versam sobre essa experiência subjetiva.

Em respeito ao primeiro problema que circunscrevi para tratar nesta dissertação, a propósito, pensar alternativas às contenções físicas e medicamentosas, a partir do referencial psicanalítico, impressas sobre o corpo do sujeito psicótico quando este configurava um quadro de crise, ou mesmo diante de episódios de passagem ao ato, arriscando sua própria vida e a de terceiros, vejo que, mesmo superada esta questão, ou tendo feito atenção a outro problema que a mim se impôs, acredito que a Psicanálise não me serviria somente para tentar responder a essa dúvida, mas, além disso, penso nesta como um discurso que pode representar e fazer operar para

o sujeito um lugar que lhe seja próprio e destacá-lo do enclausuramento subjetivo no qual a loucura, como exposto no capítulo anterior, esteve sujeita ao longo de sua história.

Já em um discurso psicanalítico, delimito que a loucura que abordo a partir deste saber é a psicose. Sobre essa demarcação, Lacan ([1955-56] 2008), no início de seu seminário sobre “As Psicoses”, faz a seguinte referência:

O que abrange o termo psicose no domínio psiquiátrico? Psicose não é demência. As psicoses são, se quiserem – não há razão para se dar ao luxo de recusar empregar este termo –, o que corresponde àquilo a que sempre se chamou, e a que legitimamente continua se chamando, as *loucuras*. É nesse domínio que Freud faz a partilha. (p. 12).

O conceito de psicose vem sendo discutido, pela Psicanálise, desde as “Primeiras Publicações Psicanalíticas” (FREUD, [1893-99] 2006), quando Freud, em 1894 e em 1896, em seus artigos intitulados “As Neuropsicoses de Defesa” e “Observações Adicionais sobre as Neuropsicoses de Defesa”, respectivamente, pontua a existência de aspectos convergentes entre as representações patológicas presentes nas neuroses e nas psicoses, fazendo alusão ao afeto que se liga a uma representação incompatível.

Ao longo do desenvolvimento da obra freudiana, demais considerações acerca da psicose ganham espaço em diversos momentos, destacando-se, a princípio, os artigos: Notas Psicanalíticas sobre um Relato Autobiográfico de um Caso de Paranóia (1911); À Guisa de Introdução ao Narcisismo (1914); Neurose e Psicose (1924); A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose (1924).

Com Lacan, a questão da psicose ocupa um lugar de destaque na Psicanálise, em especial no seu seminário denominado “As Psicoses” (1955-56), e em demais artigos, como “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957-58), trazendo novas perspectivas clínicas à análise de pacientes psicóticos, já que para Freud (1914) esses pacientes não eram considerados analisáveis ou acessíveis “à influência da psicanálise”, por não investirem no mundo externo, o que comprometeria a relação transferencial, e por manterem a libido revestida sobre o próprio eu.

#### 4.1. Psicose a partir de Freud

Em seu texto “À Guisa de Introdução ao Narcisismo” ([1914] 2004), Freud inclui o conceito de narcisismo como sendo fundamental para a compreensão da teoria da libido, iniciando sua conceituação ao afirmar que este termo é utilizado

(...) para designar o comportamento do indivíduo que trata o próprio corpo como normalmente só trataria um objeto sexual. A pessoa contempla o próprio corpo, acaricia-o, cobre-o de carinhos e se compraz sexualmente até conseguir satisfazer-se plenamente por meio desses manejos. Quando se apresenta em uma configuração assim, o narcisismo passa a ter o sentido de uma perversão que absorveu toda a vida sexual da pessoa; por isso, quando o estudamos, esperamos encontrar nele diversas das características também comuns às outras perversões. (p. 97).

Essa definição faz referência a uma primeira concepção sobre o narcisismo, de 1899, não formulada por Freud que, posteriormente, acrescenta que características narcísicas poderiam ser também notadas em várias outras manifestações, além do que, então, se concebe como “perversões”, o que introduz o narcisismo primário como um estágio regular e normal ao desenvolvimento sexual do homem.

Essa nova contribuição foi possível a partir da tentativa de incluir as psicoses na Teoria da Libido (1905). Sobre isso, Simanke (1994) alude à questão freudiana, afirmando que a *dementia praecox* ou esquizofrenia é caracterizada:

(...) por um desinvestimento radical dos objetos da realidade, sem a compensação – como ocorre na histeria ou na neurose obsessiva – de um acréscimo no investimento destes mesmos objetos (ou seus substitutos) na fantasia. (p. 120)

Assim, na parafrenia<sup>64</sup> ocorre a retirada total da libido objetal e esse investimento, então, recai sobre o próprio eu. Freud compara com as neuroses de transferência – histeria e neurose obsessiva – afirmando que nestes casos o indivíduo, quando tomado por sua doença, desvia o interesse pelo mundo externo para o próprio ego, entretanto, mantém, mesmo que em um nível imaginário, relações com pessoas e coisas da realidade, o que não ocorre na

---

<sup>64</sup> Freud (1911), inicialmente, utiliza essa expressão para substituir os termos ‘demência precoce’ e ‘esquizofrenia’, distinguindo o que seria a ‘paranóia’. Posteriormente, em “À Guisa de Introdução...” (1914), *parafrenia* passa a referir-se tanto à esquizofrenia quanto à paranóia.

esquizofrenia e questiona-se: “qual é o destino da libido que foi retirada dos objetos na esquizofrenia?” ([1914] 2004, p. 98).

O delírio de grandeza, característico da esquizofrenia, como cita Freud neste artigo, anuncia o destino da libido retirada dos objetos, pois reinveste no eu, e enfim, é qualificado como uma atitude narcisista. O termo “reinveste” também é utilizado para referir que no delírio de grandeza o que acontece é o retorno a um estágio anteriormente freqüentado, que Simanke (1994) acrescenta, a partir de Freud, como uma reedição ou amplificação de um estado dantes existente.

Mais adiante Freud faz uma diferenciação entre o auto-erotismo e o narcisismo, já que não é possível supor, nem mesmo afirmar que algo comparável ao ego preexista no indivíduo. O primeiro, então, é o estágio do desenvolvimento libidinal, no qual impera a independência do mundo externo e as satisfações pulsionais são obtidas no próprio corpo. Assim, cito Freud ([1905] 2006):

Como traço mais destacado dessa prática sexual (auto-erotismo), salientamos que a pulsão não está dirigida para outra pessoa; satisfaz-se no próprio corpo, é *auto-erótica* (...).

Está claro, além disso, que o ato da criança que chucha é determinado pela busca de prazer já vivenciado e agora lembrado. (...) A primeira e mais vital das atividades da criança – mamar no seio materno (ou em seus substitutos) – há de tê-la familiarizado com esse prazer. (...) A necessidade de repetir a satisfação sexual dissocia-se então da necessidade de absorção de alimento – uma separação que se torna inevitável quando aparecem os dentes e o alimento já não é exclusivamente ingerido por sucção, mas é também mastigado. A criança não se serve de um objeto externo para sugar, mas prefere uma parte de sua própria pele, porque isso lhe é mais cômodo, porque a torna independente do mundo externo, que ela ainda não consegue dominar, e porque desse modo ela se proporciona como que uma segunda zona erógena, se bem que de nível inferior. (p. 170-71)

É sobre esse estágio que Freud ([1914] 2004) afirma ser inexistente algo comparável ao ego, e que para que ele tome “forma” então e o indivíduo adentre em seu narcisismo primário, algo precisa ser acrescentado: “(...) o Eu precisa antes ser desenvolvido. Todavia, as pulsões auto-eróticas estão presentes desde o início, e é necessário supor que algo tem de ser acrescentado ao auto-erotismo, uma nova ação psíquica, para que se constitua o narcisismo” (p. 99)

Simanke (1994) confirma que essa “nova ação psíquica” que se acrescenta ao auto-erotismo é exatamente o desenvolvimento do ego, que Freud nomeia como “ego oficial”, momento em que se constitui uma imagem unificada, a qual o sujeito toma como objeto, não mais uma imagem parcial ou mesmo “despedaçada”, característica do auto-erotismo.

É sobre o auto-erotismo e o narcisismo que Freud distingue a esquizofrenia da paranóia, sendo essa última um retorno e fixação no narcisismo primário, e a primeira “uma regressão mais extrema”, como pontua Simanke, ao auto-erotismo. Faz-se necessário, ainda, pontuar a distinção da fenomenologia das afecções esquizofrênicas e paranóicas.

A imagem unificada tomada como objeto de satisfação, característica do narcisismo primário, permite à paranóia a constituição de em delírio *uno*, no qual se faz expressar – ainda que numa outra lógica que não a da realidade compartilhada pelas neuroses – uma articulação de elementos, de conteúdos, que se encadeiam e que produzem um sentido para o sujeito, como foi possível perceber na análise que Freud faz acerca do caso Schreber (1911), incluindo ainda que o delírio é a via possível para a cura na psicose, uma vez que, este também opera como uma tentativa de reinvestimento objetal, numa tentativa de reconstrução histórica. (SIMANKE, 1994).

Na esquizofrenia, por sua vez, a redução extrema ao auto-erotismo atualiza um estágio de “despedaçamento”, ou seja, momento anterior à unificação da imagem, ficando evidente a fragmentação do corpo, um corpo com partes, somente, sem todo. Regressão ao “prazer de órgãos”, como acrescenta Simanke (1994), que conclui:

Esta regressão de maior alcance, até um momento menos estruturado da atividade pulsional, vai, então, responder pela maior desagregação observada nos estados esquizofrênicos, ao contrário da impenetrável coerência dos sistemas delirantes da paranóia. (p. 154).

O que marca, então, no artigo “À Guisa de Introdução...” a diferença entre as chamadas neuroses de transferência e as parafrenias, incluídas no que Freud denomina como neuroses narcísicas, é que nessas últimas a libido está revestida para o próprio ego. Nele o ego é tomado como objeto pulsional, via para obtenção de prazer. A libido egóica se faz imperativa nas psicoses, ocorrendo, em contrapartida, um desinvestimento objetal, fazendo alusão, também, à inversão proporcional existente entre a libido de ego e a libido de objeto: quanto mais uma é investida, menos a outra é empregada.

Em 1923[1924], quase dez anos após a teoria do narcisismo, Freud acrescenta:

Cheguei, então, a uma formulação simples, mas que resume bem a, talvez, mais importante diferença genética entre a psicose e a neurose: *a neurose seria o resultado de um conflito entre o Eu e o Id, ao passo que a psicose seria o resultado de uma perturbação nas relações que o Eu mantém com o mundo externo.* (1924[2007], p. 95).

Tal definição se apóia na segunda tópica freudiana, que tem como artigo capital “O Eu e o Id” (1923) e que traz, dentre toda a sua formulação, uma questão essencial para a compreensão das psicoses:

Do ponto de vista do controle instintual, da moralidade, pode-se dizer do id que ele é totalmente amoral; do ego, que se esforça por ser moral, e do superego que pode ser supermoral e tornar-se então tão cruel quanto somente o id pode ser. ([1923] 2006, p. 66).

Neste ano, Freud afirma que as neuroses de transferência se desenvolvem num recuo do eu em relação aos impulsos do id, sendo tal mecanismo nomeado de recalque<sup>65</sup>, que permanecem pulsando e, através de uma “conciliação”, o conteúdo recalçado toma forma para ego como um sintoma – representação substitutiva. A ação do recalque nada mais é do que uma cessão às exigências do superego originadas do mundo externo. “Vemos, assim, que o Eu, colocando-se a serviço do Supra-Eu e da Realidade, acabou entrando em conflito com o Id. É isso que ocorre em todas as neuroses de transferência.” (1924[2007], p. 96).

E é exatamente o inverso disso que acontece nas psicoses. O ego não assume as exigências da realidade, via superego, e então cede aos impulsos do id, o conflito que se estabelece é entre o ego e tudo aquilo que é externo. Cria-se um novo mundo interno e externo, mas esse atende ao id. Freud acrescenta que a origem desse conflito se dá na impossibilidade, na realidade, de realização de um impulso desejoso, em geral infantil e enraizado, o que gera uma frustração intolerável ao indivíduo.

Em seguida, mais uma vez a esquizofrenia é apontada, dentro desse contexto, como o extremo das psicoses, pois também nesse caso ela se manifesta “na perda do interesse em participar do mundo externo” (1924[2007], p. 97), enquanto que o delírio (fenomenologia marcante na paranóia) aparece como uma tentativa de costura entre o eu e o mundo externo:

Quanto à gênese das formações delirantes, as análises com pacientes nos mostram que, em sua gênese, o delírio se apresenta como um remendo aplicado no lugar onde originalmente havia surgido uma fenda [*Einriss*] no relacionamento do Eu com o mundo externo. Contudo, esse conflito com o mundo externo só não é ainda mais evidente – do que atualmente já percebemos – devido ao fato de que, no quadro mórbido das psicoses, as manifestações da tentativa de cura e reconstrução frequentemente se sobrepõem às manifestações do processo patológico” (Idem).

---

<sup>65</sup> FREUD, Sigmund. (1915) Repressão. In: Obras Psicológicas Completas: edição *standard* brasileira, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

Sobre isso, Soler (2007) faz referência ao delírio concebido por Freud como via para cura na psicose ao comentar que “o trabalho do delírio constrói uma metáfora de substituição” (p.19), em alusão à construção delirante de Schreber.<sup>66</sup>

Freud finda o artigo da “Neurose e Psicose” afirmando a existência de um mecanismo análogo ao recalque, que opera no conflito entre o eu e o mundo externo – nas psicoses –, mas que ainda desconhece qual seria este.

Em 1924, Freud escreve sobre “A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose”, que traz como discussão fundamental o que se faz com a perda da realidade em ambas as estruturas, o que já alude à idéia de que, tanto em uma quanto em outra o indivíduo pode manifestar recusa sobre aquilo que está na realidade, no mundo externo, mas, de formas distintas. Sobre isso, Freud pontua:

É essa diferença inicial que se expressa, então no resultado final: enquanto na neurose a fuga é utilizada para evitar uma parte da realidade, na psicose essa parte é simplesmente reconstruída. Ou seja, na psicose, a fuga inicial é seguida por uma fase ativa de reconstrução: na neurose, a obediência inicial é seguida por uma tentativa de fuga posterior. Ou, dito ainda de outro modo: a neurose não renega a realidade, ela somente não quer tomar conhecimento dela: a psicose renega-a e procura substituí-la. (1924[2007], p. 128-29).

Freud, então, resgata a idéia dos impulsos desejosos do id que pedem passagem ao eu e que, em ambas as estruturas, se manifestam como incompatíveis à realidade. Entretanto, como na neurose o eu está a serviço da realidade, o recalque opera e não cede à exigência pulsional do id, mas, esse conteúdo recalcado permanece pulsando em busca de reparação para a repressão anteriormente ocorrida. É nesse segundo momento que ocorre a perda da realidade na neurose, como tentativa de afastar-se daquilo que na realidade originou o recalque. Para melhor entender, Simanke (1994) comenta:

No caso da neurose, ocorre o seguinte: em um primeiro momento o ego se coloca a serviço da realidade, procedendo à repressão de uma moção pulsional do id. Contudo, Freud insiste, este momento não é ainda a neurose em si. Esta provém do fracasso da repressão, não de seu sucesso, do qual não se poderia ter notícia, uma vez que, por definição, não provocaria efeitos no nível da consciência (sintomas). Portanto, a perda da realidade é consequência não da repressão, mas do retorno do reprimido, que, procurando de alguma forma

---

<sup>66</sup> Soler refere-se neste momento à idéia de Lacan sobre suplência significativa, que na forclusão do significativo nome-do-pai, outros significantes podem ter função suplementar no que diz respeito ao ponto nodal dos registros real, simbólico e imaginário.

satisfazer a moção rechaçada, acaba afastando o ego justamente do fragmento da realidade que exigiu repressão. (p.173).

Na psicose, o eu a serviço do id, na impossibilidade de operar no mundo externo, “é arrancado da realidade, total ou parcialmente” (SIMANKE, 1994, p. 173). Na perda da realidade na psicose ocorre a tentativa de reparação através de uma recriação dessa realidade, ou melhor, constrói-se uma nossa realidade, em substituição à primeira, reivindicada pelo id, quando então este será atendido.

Freud acrescenta que esse mecanismo na psicose está longe de não exigir esforços do indivíduo, ao contrário, a exigência de construção de uma nova realidade se impõe de forma violenta através dos delírios e alucinações que tentam forçosamente recuperar as relações com os objetos do mundo externo, então perdidos:

O fato de, em muitos casos de psicose, as ilusões de memória, os delírios e as alucinações serem extremamente dolorosos e desencadearem fortes reações de medo [*Angstentwicklungen*] indica que essa remodelação se processa sobre forças que estão em intensa oposição mútua. (FREUD, 1924[2007], p 129).

E Simanke (1994) acrescenta:

A ruidosa proliferação sintomática do psicótico decorre das tentativas empreendidas pelo ego para refazer o seu contato com a realidade. Estes esforços, às vezes desesperados, para retomar os vínculos perdidos com os objetos já testemunham por si só que a perda da realidade, tal como Freud a concebe, de modo algum coincide com o retorno tranqüilo a uma exigência de mônada eternamente satisfeita consigo mesma (...). (p. 173).

Ao fim desse artigo, Freud resgata o papel das fantasias na neurose – discutido em “À guisa de introdução...” – afirmando que estas ocupam um lugar fundamental, pois nas neuroses de transferência se esforça para substituir aquilo que da realidade é desagradável ao indivíduo, porém está longe de se atingir a substituição ocorrida nas psicoses e, enfim, conclui que mais importante do que pensar sobre a perda da realidade na neurose e na psicose é pensar sobre como ocorre a substituição dessa realidade nas diversas estruturas.

Ainda que Freud em um de seus textos capitais<sup>67</sup>, não apenas para compreensão da psicose, mas também para o estudo da psicanálise, afirme que a condição psicótica implicaria

---

<sup>67</sup> “À Guisa de Introdução ao Narcisismo” (1914).

considerar que o sujeito não poderia ser analisado, pela impossibilidade de investir na figura do analista por causa da manutenção da libido revestida sobre o próprio eu, esta afirmação parece ser uma consideração superada, dada todas as demais considerações e indicações ao longo da obra freudiana, a começar pela importante declaração, presente neste mesmo artigo, de que o delírio é a via possível encontrada pelo sujeito para tentar “(re) fazer” a sua história.

Tal afirmação, além de indicar aos psicanalistas o caminho possível para a escuta do sujeito que lhes fala, restitui ao delírio um lugar de expressão da subjetividade, rompendo com o ideário (pelo menos para aqueles que acreditam na psicanálise) de que tal fenômeno se reduz a um sintoma (nesse sentido nada psicanalítico) que deve ser eliminado.

Sobre isso, Birman (1978a) destaca a importância que a psicanálise teve historicamente, pois a partir dessas considerações, rompe com o saber psiquiátrico e médico que supunham a inexistência de uma verdade na loucura. Assim, com a psicanálise, “a loucura passa a ser investida como verdade, seja porque lhe é devolvido o poder de falar, seja porque o discurso teórico consegue articular a compreensão de sua insensatez” (p. 206).

A partir do legado freudiano, Lacan retoma o estudo sobre as psicoses, dando-lhes um lugar importante para a psicanálise e indicando que delas o analista não deve recuar.

#### 4.2. Considerações de Lacan acerca da Psicose

É evidente, na literatura lacaniana, o insistente retorno a Freud para a construção de seu pensamento e, no que tange à psicose, isso também ocorre de forma expressiva. No livro 3 de O Seminário, “As Psicoses” ([1955-56] 2002), Lacan menciona a importância do texto freudiano *Die Verneinung*<sup>68</sup>. Neste texto, Freud desenvolve sobre a negação persistente na fala de seus pacientes, quando esses são tomados pelo recalado, afirmando que para apreender o que é do inconsciente basta retirar a partícula negativa e lá estará a revelação. “O senhor me pergunta quem poderia ser essa pessoa no meu sonho. *Não* é a minha mãe.’ E nós corrigimos: ‘Portanto, é sua mãe’” (FREUD, [1925] 2007, p. 147). Freud acrescenta que é possível ter acesso ao que está recalado, desde que haja uma negociação entre registros, ou seja, isso – o conteúdo recalado ou inconsciente – poderá habitar a consciência desde que esteja negado. Porém, alude para a dissociação entre o conteúdo recalado e o afeto, pois a negação ocorre no nível intelectual e que reconhecê-la ou identificá-la, por si só, não garante acesso ao essencial deste conteúdo – que

<sup>68</sup> A Negativa (1925). Escritos sobre a psicologia do inconsciente. Vol. III: 1923-40. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

implicaria o vínculo do conteúdo representado com o afeto suscitado pelo paciente –, e, neste caso, o recalque, ali, continua presente.

A negação, ou mesmo a confirmação, corresponde à atribuição de juízo às coisas, o que define se algo existe ou não, pois a própria existência de conteúdos é validada pelo sujeito, bem como, a forma como esses elementos existem e as características que lhes serão agregadas. A primeira (existir) estaria no ato de introjeção do Eu-prazer daquilo que não lhe ameaça ou tudo o que lhe é bom e que, por fim, passa a ter existência para a pessoa, enquanto que na segunda (não existir), o que é mau busca-se expelir.

Avançando neste artigo, Freud, posteriormente, comenta que do Eu-prazer desenvolve-se o Eu-real-definitivo, responsável pelo teste de realidade, ou seja, é preciso constatar se as representações que habitam o indivíduo (apropriadas pelo Eu-prazer) existem também no real, garantindo dessa forma que além da existência imaginária, o eu possa apropriar-se dele concretamente como um objeto externo, reafirmando sua existência.

O primeiro e mais imediato objetivo do teste de realidade não é, então, encontrar na percepção real um objeto correspondente ao que foi imaginado [*vorgestellt*] mas *reencontrá-lo*, certificar-se de que ele ainda permanece presente. (p. 149).

Entretanto, esse reencontro pode se dar de forma parcial ou, ainda, condensado e o próprio teste de realidade deve se haver e discernir até onde vão essas deformações. Além disso, o teste de realidade se atualiza apenas quando os objetos dos quais, outrora, se obteve satisfação, já tiverem sido perdidos.

Freud ([1925] 2007) conclui que a emissão de juízo ocorre *a posteriori* por ser uma função intelectual e que, então, não se ancora mais no princípio do prazer. Para avaliar, agora, se algo é bom ou ruim, ou se deve ser incluso ou excluído, aporta-se nos fins de tais atos, correspondentes, também, aos dois grupos pulsionais existentes. “A confirmação [*Bejahung*] seria um substituto da unificação e pertenceria a Eros; a negativa [*Verneinung*] seria, então, a sucessora da expulsão, pertencendo à pulsão de destruição”. (p. 150). A isso acrescenta que a negação sistemática ocorrida em alguns psicóticos pode se fundar na “defusão e separação das pulsões.” (idem). A atribuição de juízos somente se torna possível após a representação simbólica da negativa, que se desenvolve em resposta aos efeitos do recalque e às exigências do princípio do prazer. Por fim, acrescenta-se que, em análise, a negação nunca provém do inconsciente, mas

que, retomando ao início do texto, o eu responde ao reconhecimento dos conteúdos inconscientes negando-os.

É sobre esse texto que Lacan, à sessão três do terceiro capítulo de seu Seminário sobre as psicoses, lança uma questão fundamental para a compreensão da estruturação psicótica. Assim, então, inicia dizendo que nem tudo o que é inconsciente é recalçado, caso tenha havido uma afirmação primordial (*Bejahung*) que permite uma admissão de sentido simbólico<sup>69</sup>, ainda que isso escape ao sujeito que fala.

Eis que se faz a diferença entre a *Verwerfung*<sup>70</sup> e a *Verneinung*. Esta última ocorre quando algo que habita o mundo simbólico é rejeitado pelo sujeito, o que supõe, dessa forma e fundamentalmente, uma introdução neste mundo, provocada pela *Bejahung*, e que diz respeito, esta recusa, à operação do recalque. Pode-se ainda concluir que para que algo seja recalçado, ou para que se rejeite algo, no sentido simbólico, é preciso que haja uma afirmação primordial. É preciso que o sujeito esteja no mundo simbólico, para rejeitar, posteriormente, esse sentido. Lacan acrescenta que essa recusa nada mais é do que a ameaça de castração.

Sobre isso, Souza (1991), a partir de Lacan, comenta que essa ameaça de castração atualiza todos os temores infantis em relação às intimidações feitas à criança que objetivavam o interdito do desejo incestuoso pela mãe – objeto deste desejo. Isso tudo acontece à luz do complexo de Édipo, que a partir de então, supõe uma relação triangular, não mais dual:

Um triângulo de amor e ódio em cujo centro habitam ameaçadores o interdito e o castigo, a morte, a castração. A mãe é proibida, é proibido o incesto – eis a letra da Lei. E a castração, o castigo pleno de rigor contra o crime maior de sua desobediência. (SOUZA, 1991, p. 11).

Essa ameaça, introduzida, também, pela descoberta da diferença sexual anatômica – meninos têm pênis e meninas não o tem, o que ampara, concretamente, a fantasia da castração – deixa como herança a dimensão simbólica da castração, a função do falo, significante do desejo e organizador da sexualidade infantil:

---

<sup>69</sup> Simbólico faz referência ao registro do sentido, onde a linguagem é utilizada pelo sujeito para construir discurso através do encadeamento de significantes que objetiva a construção de significados pelo e para o sujeito. Se habitante do registro simbólico, o sujeito faz operar a fala que permite, além desta própria produção sentido, a articulação da linguagem com os outros seres falantes, promovendo assim a sua entrada nas relações sociais.

<sup>70</sup> “Rara em Freud, a *Verwerfung* foi alçada, na leitura de Lacan, à categoria de conceito que determina a especificidade das psicoses.” (Souza, 1991, p. 17). Até que, enfim, Lacan traduzisse esse termo em *forclusion*, foraclusão, ele passou por algumas reformulações, sendo sua primeira assunção a idéia de “não-*Bejahung*”, não afirmação ou inscrição de algo no registro simbólico. (Idem).

Se Freud insistiu a tal ponto no complexo de Édipo, que chegou até a construir uma sociologia de totens e tabus, é patentemente porque para ele a Lei está ali *ab origine*. Não se trata por conseguinte de se colocar a questão das origens – a Lei está justamente ali desde o início, desde sempre, e a sexualidade humana deve se realizar por meio e através dela. Essa Lei fundamental é simplesmente a Lei de simbolização. É o que o Édipo quer dizer. (LACAN, [1955-56] 2002, p. 100).

E Quinet (2009) comenta:

A referência ao Édipo reinstaura a clínica da estrutura do sujeito equivalente à estrutura da linguagem, na medida em que o Édipo é a armadura significativa mínima que condiciona a entrada do sujeito no mundo simbólico. E é a partir da ordem simbólica que se deve pensar a questão da psicose. Lacan nos indica que é justamente porque o homem deve atravessar a floresta dos significantes para retomar aí os seus objetivos instintivamente primitivos e válidos que temos de lidar com a dialética do complexo de Édipo. (p. 7).

Retomando a questão da negativa, o que é da ordem do recalque, da *Verneinung*, retorna e permanece presente, se manifestando nas mais diversas formações do inconsciente<sup>71</sup>, perdurando assim no simbólico, enquanto que aquilo que é rejeitado pela *Verwerfung* só pode retornar no real, ocorrendo assim a “suspensão de toda a possibilidade de falar”, como nomeia Lacan ao fenômeno alucinatorio ocorrido com o Homem dos Lobos<sup>72</sup>:

A cena é a seguinte. Brincando com a sua faca, ele cortou o dedo, que ficou preso mesmo por um pedacinho de pele. O sujeito conta esse episódio num estilo calcado no vívido. Parece que toda referência temporal tenha desaparecido. Ele sentou-se em seguida num banco, ao lado de sua ama, que é justamente a confidente de suas primeiras experiências, e não teve a coragem de falar com ela sobre isso. Quão significativa esta suspensão de toda possibilidade de falar – e precisamente com a pessoa a quem ele falava de tudo, e especialmente de coisas dessa ordem. Há aí um abismo, uma imersão temporal, um corte de experiência, depois do que resulta que não há absolutamente nada, tudo acabou, não falemos mais disso. A relação que Freud estabelece entre esse fenômeno e esse *especialíssimo não saber nada da coisa, mesmo no sentido recalçado*, expresso em seu texto, traduz-se por isto: o que é recusado na ordem simbólica ressurgiu no real. (LACAN, [1955-56] 2002, p. 22).

Lacan ressalta a importância de compreender o real como aquilo que se opõe, absolutamente, ao simbólico e então afirma que o fenômeno psicótico é a emergência de uma

<sup>71</sup> FREUD, Sigmund. (1915) O Inconsciente. Vol. XIV. In: Obras Psicológicas Completas: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

<sup>72</sup> FREUD, Sigmund. (1909) Análise de uma Fobia em um Menino de Cinco Anos. Vol. X. In: Obras Psicológicas Completas: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

significação enorme que a nada se liga, não se parece com nada, não tem “antes”, como citado acima. É a emergência de algo que jamais, anteriormente, habitou o simbólico e que, além disso, ameaça a existência do sujeito como tal e mais, diz respeito a ele mesmo. Esse fenômeno é “causado”, se assim, simplesmente, pode ser dito, por se fazer imperativo na psicose a *Verwerfung*, concluindo da mesma forma que o sujeito psicótico não protagonizou a *Bejahung*, o que o causa fora do processo de simbolização.

Sobre o início da psicose, Lacan acrescenta que nessa estrutura parece não haver uma pré-história, entretanto, o que a define é a rejeição de algo do mundo exterior, algo do qual não foi possível fazer simbolização e que por isso impossibilita o sujeito de relacionar-se simbolicamente com aquilo que lhe está fora. A *Verwerfung* é a rejeição de um significante primordial, significante que, a partir de Freud, é compreendido como um representante do mundo externo, do mundo da realidade.

Para entender o que se rejeita na psicose e o como isso se dá, Lacan retoma a questão do Édipo, enfatizando, com a mesma importância que Freud faz para explicar as estruturas subjetivas. A isso acrescenta: “Não é uma novidade. Quando dizemos que o complexo de Édipo é essencial para que o ser humano possa aceder a uma estrutura humanizada do real, isso não quer dizer outra coisa.” ([1955-56] 2002, p. 226). Para que a apreensão da realidade não aconteça como se dá na psicose, atravessada pelo real, é preciso que o complexo de Édipo tenha sido vivido, para que assim se estabeleça uma relação intersubjetiva entre o sujeito e os dois outros parceiros, disponíveis à identificação e, posteriormente, o Édipo ocupe um lugar simbólico. O que não acontece na psicose.

Ainda neste ensaio do complexo de Édipo, Lacan pergunta: o que acontece quando o significante que falta é o representante do pai? Pai como personagem central no Édipo, aquele que possui a mãe e que, por isso e por ser falado por ela, interdita o incesto, impede o acesso da criança ao seu desejado objeto. Textualmente, é dito que o pai é aquele que “condiciona o acesso do filho”, para posteriormente acrescentar que o que impera no complexo edípico não é o autoritarismo ou a potencialidade do pai, o que causaria puramente uma relação de rivalidade<sup>73</sup>, mas é preciso que se institua um “pacto”, uma condição.

Se a função paterna permanecer no plano imaginário, sem aceder à inscrição dialética triangular, presente no complexo de Édipo, e o sujeito permanecer numa alienação especular, e

---

<sup>73</sup> Presente nos casos de delinquência e de psicose, por exemplo.

sendo esta imagem que o capta de forma desmedida, o sujeito ficará nesse plano imaginário e dual, sem significar qualquer exclusão, ou identificação, seja com a mãe ou qualquer outro que pudesse intermediar essa relação, impossibilitando assim a formação de uma imagem do eu separado deste plano especular com o Outro.

Uma grande perturbação do discurso interior, no sentido fenomenológico do termo, se realiza, e o Outro mascarado que está sempre presente em nós aparece a um só tempo elucidado, revelando-se em sua função própria. Pois essa função é a única que retém então o sujeito ao nível do discurso, o qual inteiramente ameaça faltar-lhe, e desaparecer. Tal é o sentido do crepúsculo da realidade que caracteriza a entrada nas psicoses. (LACAN, [1955-56] 2002, p. 233-34).

Aulagnier (1990) ainda acrescenta que a mãe psicotizante, enquanto grávida, não consegue investir no corpo imaginado do bebê, sendo o embrião nada além de um abscesso em seu próprio corpo. Como um exemplo, a autora cita o relato de uma mãe psicotizante que justifica à sua sogra não ter feito o enxoval de seu filho, nem mesmo uma roupa de tricô, por julgar impossível tricotar algo para um corpo que não se conhece o tamanho. E daí, então, compreende-se o que essa autora chama de hipertrofia do imaginário no sujeito da psicose, visto que por não ter ocorrido um investimento numa imagem separada pela própria mãe, o psicótico, por sua vez, o é incapaz de fazer. Além disso, Aulagnier refere que as referências paternas feitas sobre o corpo da criança são negadas, por exemplo, quando se diz “ela tem os olhos do pai ou o seu sorriso”; tudo aquilo que se refere à união com um pai para a geração do filho é rejeitada em sua fala.

E então se observa a permanência do sujeito psicótico no registro do real, seu único mundo: não existe o investimento em uma imagem separada do grande Outro e a falência da instância paterna. Lacan (1974 apud SOUZA, 1991) conceitua: ““O real não é mundo. Não há esperança alguma de atingir o real pela representação... o real não é universal... o real certamente se caracteriza... por não fazer todo, quer dizer, por não se fechar.”” (p. 53-54).

Retomando esse registro como o avesso do simbólico, o real é da ordem do impossível, o irrepresentável, para o qual não existem substitutos. A palavra dita pelo psicótico está no real e, assim, não é apresentada como singular, como uma representação. A palavra, na psicose, é a coisa em si: a palavra como coisa. O significante nome-do-pai, além do interdito da relação dual, opera como o agente que permite ao sujeito o ingresso na ordem simbólica, como já dito. Na ausência dessa inscrição, os significantes permanecem como tal, ou seja, nada além de fonemas, pois não remetem a nenhuma significação. Sobre isso, Quinet (2009) acrescenta:

A análise de Freud sobre as formações do inconsciente (lapsos, sonhos e jogos de palavras) levou Lacan a formular que o inconsciente é estruturado como uma linguagem. Mas para que o homem possa atribuir significação aos seus significantes e, portanto, à sua existência, é preciso que ele faça sua entrada no simbólico, já que a função simbólica constitui um universo no interior do qual tudo o que é humano pode ordenar-se. (p. 8).

Sobre isso, Souza (1991) acrescenta que essa relação dual pode não ser cessada, ou interdita, ao que ela diz “a significação fálica pode não advir” (p. 16). E é isso que opera na psicose, denominado como *foraclusão*<sup>74</sup>, do significante nome-do-pai. O sujeito então, por causa desse acidente simbólico, permanece fadado à relação dual com o grande Outro, o Outro absoluto. Não existe separação, renúncia ou interdição dessa relação. Um outro, um terceiro capaz de fazer esse corte não se inscreve. Eis o que marca a “causação” psicótica que aparece como a experiência da angústia psicótica por ocupar um lugar insuportável, de objeto, de dejetos. Submetido à relação gozosa com o Outro, o sujeito é lançado ao gozo excessivo presente nesta união não intermediada, inoperando a função simbólica.

É um acidente desse registro (simbólico) e do que ele se realiza, a saber, na *foraclusão* do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos para a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose. (LACAN, [1957-58] 1998, p. 582).

Através da *foraclusão* do significante nome-do-pai, Lacan atenta para o fato de que a inscrição desse significante somente é possível se a mãe apresentá-lo à criança em questão. Anteriormente a esse apontamento, feito em seu texto sobre “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957-58), ainda em seu seminário sobre “As psicoses”, já é dito que antes que a criança consiga articular a linguagem, significantes da ordem simbólica lhe são apresentados pela mãe. “O dia e a noite são muito cedo códigos significantes, e não experiências. Eles são conotações, e o dia empírico e concreto não vem ali senão como correlativo imaginário, na origem, muito cedo” (LACAN, [1955-56] 2002, p. 172).

Retomando o exemplo de Aulagnier em relação à mãe que não consegue investir sobre o filho como um corpo destacado do dela, nem mesmo referir simbolicamente à função paterna, esses exemplos retomam a questão sobre os significantes que são fornecidos à criança

---

<sup>74</sup> Tradução dada por Lacan à expressão utilizada por Freud *Verwerfung*: “(...) proponho que vocês adotem definitivamente esta tradução que creio ser a melhor – a *foraclusão*” ([1955-56] 2008, p. 369-70).

desde cedo, ou mesmo antes de seu nascimento – por já se supor um lugar simbólico sobre esse corpo e esse sujeito em formação.

O que é dito, então, a princípio, nos ajuda a entender que o significante nome-do-pai, para que se inscreva no sujeito, é preciso advir no lugar do Outro. O que importa, diz Lacan, não é a relação que a mãe estabelece com o pai concreto, mas sim como ele é falado por ela, para a criança, como promotor da lei.

Assim, na criança existem significantes impressos precocemente, sendo esses fornecidos pela mãe, que inunda seu corpo de linguagem. Porém, se o significante nome-do-pai não se inscreve no sujeito – significante este que marca a função paterna, interditando a relação dual mãe-bebê e é responsável pela operação do registro simbólico pelo sujeito –, estes significantes impressos não se articulam e, enfim, não produzem sentido algum. Assim, Lacan ([1955-56] 2008) diz:

Numa psicose, admitimos perfeitamente que alguma coisa não funcionou, não se completou no Édipo essencialmente. Certo analista teve de estudar *in vivo* um caso de paranóia, homólogo, em determinados aspectos, ao caso do presidente Schreber. Ele diz coisas, no fim de contas, bem próximas das que lhes digo, só que manifestamente ele se enrola, porque não pode formulá-las como proponho a vocês de fazerem, dizendo a psicose consiste em um buraco, uma falta ao nível do significante.

Isso pode parecer-lhes impreciso, mas é suficiente, mesmo se não podemos dizer de imediato o que é esse significante. (p. 235).

Cabas (2009) contribui:

A psicose revela um dos avatares da subjetividade e nos obriga a lembrar que o sujeito é uma função no campo da linguagem. Mas também nos obriga a lembrar que o que define a psicose é a ausência de um significante capaz de representar a função subjetiva. Essa falta faz com que “a posição de sujeito” fique em suspense, fora-do-simbólico. (p. 179).

A ausência desse significante que opera sobre a cadeia, impedindo ao sujeito a produção de discurso, é o que impele o sujeito à psicose. “Trata-se, no fundo da psicose, de um impasse, de uma perplexidade concernente ao significante” (LACAN, [1955-56] 2008, p. 227). A linguagem, como já vista, está aí desde sempre, mas para que ascenda como recurso simbólico e permita ao sujeito produzir sentido, é preciso que seus significantes se encadeiem. Do contrário, o sujeito seria invadido, como nos diz Lacan, pelo significante, o que inviabilizaria a produção de

metáfora, devido à quebra da cadeia significante, e dando origem aos fenômenos de linguagens, patentes na psicose. “A metáfora supõe que uma significação seja o dado que o domina, e que ela inflete, comando o uso do significante, tão bem que toda espécie de conexão preestabelecida, diria lexical, se acha desatada.” (Ibidem, p. 255). E ainda refere que o discursivo – metáfora – “não é simplesmente significação, como o que ela comporta de atração e de repulsão, mas alinhamento significante” (Ibid.).

Lacan (Ibidem) refere que na escuta ao sujeito, o que importa ao analista é a relação que aquele mantém com o significante e, deste último, com o significado. É para essa construção (simbólica) que se deve fazer atento, necessária para situar a estruturação subjetiva daquele que fala, fundamental para a direção do tratamento. Cito-o:

A noção de estrutura já é por si própria uma manifestação do significante. (...) Interessar-se pela estrutura é não poder negligenciar o significante. Na análise estrutural, encontramos, como na análise da relação entre significante e significado, relações de grupos fundadas em conjuntos, abertos ou fechados, mas comportando essencialmente referências recíprocas, na análise de relação entre significante e significado, aprendemos a insistir na sincronia<sup>75</sup> e na diacronia<sup>76</sup>, e isso, se acha na análise estrutural. No fim de contas, ao olhá-los de perto, a noção de estrutura e a do significante aparecem inseparáveis. De fato, quando analisamos uma estrutura, é sempre, pelo menos idealmente, do significante que se trata. O que melhor nos satisfaz numa análise estrutural é a extração tão radical quanto possível do significante (p. 215)

Pensando sobre expressão fenomênica da psicose em relação a experiência subjetiva do sujeito com o significante, a constatação da quebra da cadeia significante – originária da inoperante função simbólica – aparece na formação dos fenômenos de linguagem: o delírio e alucinação. É possível observar, por exemplo, quando um sujeito começa a enunciar uma frase e não consegue concluí-la. Diz que seu pensamento foi roubado. Ou ainda quando à sua enunciação, profere várias palavras que soam sem sentido, sem conexão – que, psiquiatricamente, nos serviços de assistência, denomina-se como fuga de ideias.

Porém, ainda que falte aquele significante que faria operar a cadeia simbólica, que permitiria ao sujeito essa referida construção de sentidos – já que é no deslizamento da cadeia de significantes que isso é possível – e, considerando o psicótico como um ser banhado de

<sup>75</sup>“Estado de um fenômeno lingüístico, social, cultural, etc., quando tomado em um determinado momento, sem se considerar sua evolução no tempo” (FERREIRA, 1975, p. 1304).

<sup>76</sup>“Caráter dos fenômenos lingüísticos observados quanto à sua evolução no tempo.” (Idem, p. 470).

linguagem, é a partir de seus significantes “desatados” que se pode pensar numa via de reconciliação entre a psicose e o social.

### **4.3. A Psicanálise na assistência psiquiátrica**

A articulação possível de recolocar o sujeito nessa operação simbólica é o próprio delírio.

O delírio, sortido de significantes, é a via pela qual a psicose tenta restabelecer algum saber, como é dito por Freud ([1914] 2004), que entende o delírio como uma tentativa de reinvestimento objetual no mundo que, na experiência psicótica, permanece excluído. Sobre isso, Lacan se refere: “Em relação à cadeia do delírio, se assim se pode dizer, o sujeito nos parece ao mesmo tempo agente e paciente. O delírio é tanto mais sofrido por ele quanto mais ele não o organiza” ([1955-56] 2008, p.53).

Shaustz (2005) acrescenta: “o delírio inscreve-se como uma ‘missão’, na qual o sujeito é lançado a produzir um saber para dar conta do real desencadeado pelo desmoronamento da ordem simbólica em que está imerso” (p. 89). Simanke (1994) já havia feito essa referência, a partir de Freud, mencionando o delírio como uma tentativa de reconstrução histórica à qual o sujeito possa se remeter e se alicerçar de alguma forma.

Sobre isso, Lacan (Idem) indica que: “desde que haja delírio, entramos a todo o pano o domínio de uma intersubjetividade, cujo problema é saber por que ela é fantasmática.” (p. 226). A isso chama à atenção para a ideia de não reduzir a elaboração freudiana sobre o id que aparece desnudado na psicose, ou ainda, que aquilo que foi rejeitado no simbólico, reaparece no real. Mais que isso, este autor explica:

Tudo se passa como se o sujeito reagisse a isso com uma tentativa de restituição, de compensação. A crise, está desencadeada fundamentalmente por uma questão sem dúvida. O que é que...? eu nada sei disso. Suponho que o sujeito reage à ausência do significante pela afirmação tanto mais reforçada por um outro que, como tal, é essencialmente enigmático. O Outro, com um A maiúsculo, eu lhes disse que ele estava excluído, enquanto detentor do significante. Por isso ele é tanto mais potentemente afirmado, entre ele e o sujeito, no nível do outro com minúscula, do imaginário. É aí que se passam todos os fenômenos de entre-eu que constituem o que é aparente na sintomatologia da psicose – ao nível do outro sujeito, daquele que, no delírio, tem a iniciativa, o professor Flechsig no caso Schreber, ou o Deus de tal modo capaz de seduzir que põe em perigo a ordem do mundo, em razão da atração. (p. 227).

Apesar de não se estabelecer vínculos sociais a partir do delírio – já que esta é uma elaboração com a qual o social não compartilha – é com ele que se pode pensar na direção da cura para a psicose. O trabalho psicanalítico deve fazer escuta aos significantes que são fornecidos por essa via, para que se possa almejar a produção de um saber em relação à posição ocupada pelo sujeito no campo do Outro. Sobre isso, Apollon (1990, p. 79, apud SHAUSTZ, 2005a) propõe que a psicanálise, no tratamento das psicoses, ancore-se “no esforço em penetrar no trabalho do delírio para desembaraçar a fantasia que o sustenta, modificar esse trabalho e acompanhá-lo até o ponto onde deixa seu espaço próprio ao sujeito do desejo, na busca de um novo laço social” (p. 89).

Lacan ([1955-56] 2008) ainda acentua que a dimensão significante refere ao sujeito a compreensão do início, meio e fim, possibilitando a medição da produção imaginária intensa da qual padece o sujeito na psicose. No que se refere ao significante, este “É o que permite um jogo de espera, uma desaceleração que se produz ao nível imaginário”. (p. 227).

A partir de Freud e Lacan, é possível compreender que a estruturação psicótica, por manter-se voltada para o próprio eu, em conflito com o mundo externo, atento e sujeitado às demandas do id; por não ter sido marcada pela interdição, pela lei e pelo mundo simbólico, permanece fora do social compartilhado.

A psicose se estrutura pela permanência do sujeito na relação dual com seu grande Outro absoluto. Sobre o qual Quinet comenta que este último permanece consistente, real, não barrado, sem a inscrição da lei e sujeita o psicótico à condição única de objeto de seu gozo. *O sujeito continua sendo falado por ele.*

Lacan ([1972-73] 2008) metaforiza as questões de direito para discutir as implicações do gozo, o que nos ajuda a pensar sobre o trabalho psicanalítico, que deve vislumbrar a retirada desse sujeito do lugar exclusivo de objeto de gozo, pensando em uma economia psíquica que redistribua o gozo do qual se padece. Assim nos diz:

Esclarecerei com uma palavra a relação do direito com o gozo. O usufruto – é uma noção de direito, não é? – reúne numa palavra o que já evoquei em meu seminário sobre a ética, isto é, a diferença entre o útil e o gozo. O útil serve para quê? É o que não foi jamais bem definido, por razão do respeito prodigioso que, pelo fato da linguagem, o ser falante tem pelo que é um meio. O usufruto quer dizer que podemos gozar de nossos meios, mas que não devemos enxovalhá-los. Quando temos usufruto de uma herança, podemos gozar dela, com a condição de não gastá-la demais. É nisso mesmo que está a essência do direito – repartir, distribuir, retribuir, o que diz respeito ao gozo.

O que é o gozo? Aqui ele se reduz a ser apenas uma instância negativa. O gozo é aquilo que não serve para nada. (p. 10-11).

O gozo do Outro, patente na psicose, ao contrário do que pressupõe as leis de usufruto, enxovalha o sujeito, avassala-o, sob o risco de apagá-lo. Por não ter sido barrado o Outro, este impõe ao sujeito o lugar de objeto de seu “usufruto”, de gozo, naquilo que Lacan diz que este “não serve para nada”, por permanecer fora do simbólico, escoando no real e sem sentido. Barrar o Outro dá lugar ao gozo possível, gozo-fálico circunscrito pela lei, gozo sexual, uma vez que Lacan ([1964] 2008) afirma que a sexualidade se inscreve no campo do sujeito pela via da falta.

(...) o gozo fálico é o obstáculo pelo qual o homem não chega, eu diria, a gozar do corpo da mulher, precisamente porque o de que ele goza é do gozo do órgão. É por isso que o superego, tal como apontei há pouco com o *Goza!*, é correlato da castração, que é o signo com que se paramenta a confissão de que o gozo do Outro, do corpo do Outro, só se promove pela infinitude. (LACAN, [1972-73] 2008, p. 14).

E é por não ter havido a renúncia dessa relação primeira, e, por sua vez a não inscrição da lei paterna, provocada pela forclusão do significante nome-do-pai, que o sujeito acede à psicose. Sobre isso, Lacan ([1955-56] 2008), diz:

Um mínimo de sensibilidade que nosso ofício nos dá nos faz ver claramente algo que se encontra sempre no que se chama de a pré-psicose, a saber, o sentimento de que o sujeito chegou à beira do buraco. Isso deve ser tomado ao pé da letra. Não se trata de compreender o que se passa ali onde não estamos. Não se trata de fenomenologia. Trata-se de conceber, não de imaginar, o que se passa para um sujeito quando a questão lhe vem dali não significante, quando é o buraco, a falta que se faz sentir como tal. (p. 237).

Este autor ainda afirma que o lugar possível de ocupar como analista diante do precipício simbólico no qual o psicótico se encontra é como seu *secretário*, fazendo alusão que esse termo era utilizado pelos alienistas para expressar seu fracasso diante do tratamento da loucura, mas para esse autor é exatamente como secretário que se pode pensar ocupar algum lugar frente à psicose, tomando aquilo que seu paciente lhe diz ao pé da letra.

E continua dizendo que os delírios em psicoses alucinatórias crônicas apresentam sua complexidade própria da relação entre significante e significado, sobre a qual apenas o sujeito pode dar seu testemunho. Ou seja, a verdade e o saber dessa trama não podem ser fornecidos ou

construídos por aqueles que lhe escutam, e assim, Lacan refere que o lugar do médico ou do psicólogo, que escuta o sujeito, é um lugar como de qualquer outro homem comum. A aposta é no próprio sujeito. “Freud diz isso em algum lugar – há mais verdade psicológica no delírio de Schreber que nos psicólogos. É a aposta de Freud. Schreber é mais verdadeiro do que tudo o que os psicólogos podem dizer a seu respeito, ele sabe muito mais sobre os mecanismos e os sentimentos humanos que os psicólogos.” (Idem, p. 298)

Antes que a criança aprenda a articular a linguagem, cumpre-nos supor que aparecem significantes que já são da ordem simbólica. Quando falo de uma aparição primitiva do significante, é coisa que implica a linguagem. (Lacan, [1955-56] 1998, p. 172).

Assim, o psicótico em sua condição de ser falante, através da construção do delírio, que deve ser escutado pelo analista em seu lugar de secretário do sujeito, pode tê-lo como via para produção de uma metáfora – delirante, sim – capaz de permitir ao sujeito recuar de seu lugar gozado pelo Outro e vislumbrar, assim, alguma estabilização desse gozo mortífero.

Soler (2007) resgata sobre a palavra estabilização (também presente no Brasil) as contribuições de Lacan acerca desse estado na psicose. A estabilização em muitos momentos aparece para qualificar o sujeito que atende às expectativas sociais – reabilitação psicossocial e poder de contratualidade, retomados por Rinaldi (2010) –, entretanto, muito além disso, para Lacan, a estabilização na psicose se dá pela via da metaforização do gozo mortífero, possível pela via delirante, por exemplo.

A metáfora é um princípio de estabilização. Ela cria um ponto de parada no deslizamento do significado sobre o significante. Foi esse efeito que Lacan chamou de “ponto de basta”. O ponto de basta é uma estabilização do significante e do significado sem a qual o deslizamento do significado deixa em suspenso, deixa na indeterminação, o “que quer dizer isto?” que podemos dirigir a toda cadeia de linguagem. A metáfora é justamente o que permite fixar, “reter” a significação. (SOLER, 2007, p. 196).

Outra via para a estabilização é a suplência que pluraliza o nome-do-pai – nomes-do pai – possibilitando que outros significantes possam operar como ponto de basta ao Outro. “Há que fazer uma clínica dos substitutos do nome-do-pai, dos diferentes termos que a clínica nos apresenta e que exercem a função de estabilizadores”. (SOLER, 2007, p. 205).

Quinet (2006), em consideração à construção de novos laços sociais, acrescenta que no trabalho com o sujeito na psicose é preciso apreender o lugar que o próprio sujeito dá aos fenômenos que lhe acometem e assim permitir que se construa um endereçamento destes, ao invés de, permanecerem sem sentido, sem endereço e se atualizarem apenas como a voz do Outro, ao que a passagem ao ato<sup>77</sup> se presentifica como extremo exemplo.

Pontos que se contrapõem aos objetivos da psicanálise dentro de uma instituição psiquiátrica, que neste recorte específico, para além da clínica com o sujeito, visa evitar a predominância de um ou outro discurso.

Ao introduzir a política da psicanálise na reforma psiquiátrica brasileira, o discurso do psicanalista tem como realizar uma de suas funções no trabalho institucional: fazer os discursos circularem, não havendo predomínio de um ou outro discurso, ou seja, o discurso do mestre e o discurso do universitário, no caso da reforma psiquiátrica. Além disso, a dimensão clínica possibilita a incidência do discurso da histórica, que pode ter uma função fundamental no trabalho na instituição, na medida em que permite questionar o funcionamento institucional através do sujeito que se põe a indagar a situação da instituição. (COUTO & ALBERTI, 2008, p. 29-30).

Não existe, na psicose, como destaca Muñoz (2010) acerca do estudo lacaniano, a suposição de que um outro pode deter um saber que complete o sujeito, mas sim se tem a certeza de que o Outro é quem sabe sobre o sujeito. Daí o elemento complicador e que exige manejo do analista na transferência na psicose, pelo risco que este corre de ocupar o lugar do Outro gozador e de impor ao sujeito um lugar passivo.

Muñoz ainda destaca que num atendimento à psicose o saber precisa permanecer do lado do sujeito. A isso acrescenta:

Estar advertido sobre o caráter passional que o laço com o outro pode tomar na psicose pode ser útil no trabalho com a transferência. Essa constatação é fundamental, pois não é incomum que se assumam, na prática em instituição, condutas disciplinares a partir da pressuposição errônea de que temáticas passionais sejam exclusivas ou até mesmo determinantes de um funcionamento neurótico. Chama-se, assim, o sujeito a subordinar-se à lei, muitas vezes encarnando-a e exigindo do sujeito que deixe de encenar o seu sofrimento. A psicanálise mostra que chamar o sujeito psicótico à razão pode, paradoxalmente, forçar uma desconexão e propiciar um desenlace do sujeito com o mundo. (p. 97).

---

<sup>77</sup> Conceito desenvolvido por Lacan em seu seminário sobre a Angústia. ([1962-63] 2002).

Dessa forma, o que se propõe como possível à psicose pela psicanálise diz respeito à possibilidade de dar ao sujeito um lugar que lhe seja próprio, capaz de metaforizar o gozo do Outro – ainda que pela via delirante<sup>78</sup> – e não um lugar morto enunciado pelo Outro, bem como convidá-lo à lei “pode dar em psicose”, pois a lei é exatamente aquilo que não se inscreveu ao que Lacan ([1955-56] 2008) nos diz que a entrada na psicose se dá quando se exige do sujeito algo ao que ele não tem condições de responder.

Outro ponto sustentando por Hanna (2006), importante para pensar os cuidados que precisam existir no manejo da transferência com o psicótico, afirma que um momento que pode precipitar a passagem ao ato no sujeito ou a interrupção repentina do tratamento é quando o analista ocupa o lugar do Outro, que tudo sabe, e o coloca, desta forma, novamente, no lugar de objeto gozado por “Ele”. Entretanto é deste lugar oferecido pelo sujeito que o analista precisa partir para conseguir desenvolver algum trabalho, um lugar que, sobretudo, convida à constituição de uma relação amorosa morta<sup>79</sup>, por impor ao sujeito seu apagamento como tal, dando ao analista a posição imperativa de gozador. Ainda assim, é somente diante dessa possibilidade de ocupar o lugar de Outro absoluto, que o analista pode propor o esvaziamento deste saber sem furo e barrar(-se), assim, como o Outro, que tudo sabe, permitindo que o sujeito advenha.

Fazer escuta ao delírio, atentar para o lugar que cabe ao analista frente à psicose e resgatar as possibilidades de assistência dentro das diversas instituições que se destinam à dita saúde mental, são temas frequentes na Psicanálise, que diante de tantos pareceres e verdades, traça caminhos pelos quais sejam possíveis sustentar o sujeito que a esses espaços se dirige, sejam os CAPS, os ambulatórios, as unidades psiquiátricas presentes nos hospitais gerais e toda a rede que pretende assistir a essa demanda.

Figueiredo (1997) traz contribuições importantes sobre as possibilidades para sustentar o discurso psicanalítico nos diversos serviços que, sobretudo, permanecem submetidos ao estatuto de “psiquiátricos”, mas que ainda assim se referem a lugares onde, dentre tantos saberes, o psicanalítico pode ser um deles, ao revés do confortável e íntimo consultório privado. O que não autoriza, simplesmente, a quebra de princípios importantes e indispensáveis à escuta

<sup>78</sup> Resgatando as considerações de Freud ([1914] 2004) sobre o delírio como a via possível para a cura na psicose.

<sup>79</sup> Considerações que o Lacan faz sobre o amor na psicose em seu seminário “As Psicoses”, à sessão “O apelo, a alusão”, à quarta parte denominada “As imediações do buraco”. ([1955-56] 2008).

psicanalítica, tais como, destaca o sigilo, a discrição e, ainda, a intimidade, e que são afrontados uma vez que precisam ser sustentados numa esfera maior e, principalmente, pública. Assim esclarece:

O tornar público a que me refiro, no que diz respeito à psicanálise, é fazer circular, entre os pares e profissionais afins, o cotidiano da clínica, com seus impasses e sucessos. É também produzir trabalhos, estudos de casos e pesquisas para redimensionar o alcance da teoria em relação à experiência clínica, que traz desafios de todo tipo. O meio universitário é bem propício, assim como as associações psicanalíticas. (p. 11).

Nesse sentido, a partir do que se pode supor como possível na prática psicanalítica diante da psicose – o que implica a psicanálise como um dos dispositivos clínicos que podem figurar nas assistências psiquiátricas –, e confiando que a teorização psicanalítica se faz a partir e num “só depois” da investigação de seu objeto, a incidência de tal discurso, além da dimensão clínica e ética, pode ocupar essa função de deslocar os preconceitos que sobrevêm dentro das diversas unidades. Pois, sobre todas as reverberações do que se construiu ao longo dos séculos sobre a loucura, parece-me evidente que o impactante, e não apenas no que se refere à loucura, mas aos sujeitos, é a ideia de que a instituição médica sabe algo sobre aqueles que lhe estão referidos. A discussão de casos, a problematização dos impasses clínicos, grupos de estudos, são recursos que podem quebrar essa linearidade, essa completude dos saberes que se antecipam sobre, porém alheios, ao sujeito.

## 5. QUE LUGAR PARA A LOUCURA?

*“é proibido ser louco num asilo de loucos”*

*(BIRMAN, 1978, p. 407).*

A partir das considerações teóricas feitas nos capítulos anteriores, bem como os preceitos que regulamentam os novos serviços de assistência à saúde mental, sustentados no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, tentarei responder à pergunta que circunscreve este trabalho: a prática assistencial, difundida pelo discurso da reforma psiquiátrica, rompe com o modelo “asilar”, construído ao longo dos séculos, ao qual tenta resistir e erradicar?

Durante o período em que realizei a pesquisa de campo, tal como pude observar nos registros do curso de Foucault, “O poder psiquiátrico”, e no livro de Birman “A psiquiatria como

discurso da moralidade”, sobressaiu a mim como, apesar dos ganhos – e por que não pensar nos avanços – obtidos com a reforma psiquiátrica, em alguma medida, e talvez não tão velada, como supus um dia, os poderes psiquiátrico e disciplinador (ainda) se fazem reverberar nas instituições que visam romper com esses ideais.

Alguns avanços são reconhecidos de imediato ao constarmos o fim do depósito de corpos que configuravam os asilos. Subsistem no Brasil as instituições que se sustentam sob o estigma de hospícios ou manicômios, porém, até mesmo estes parecem preocupados com as novas políticas de saúde mental. Em Belém, uma das unidades psiquiátricas que mantém períodos de internação opera tal serviço sob a nomenclatura de Serviço de Internação Breve<sup>80</sup>, ressonante nesse contexto a palavra “breve”, que não deixa perder de vista a intenção em diminuir o tempo de vinculação entre o sujeito e a instituição. Mesmo que não se tenha recuado totalmente da intervenção pelo internamento, este somente pode ser ponderado se acontecer em curto período.

Num outro movimento têm circulado projetos e reestruturações de centros de atenção psicossocial que sejam aparatados com leitos, os CAPS III, para que o usuário possa pernoitar no serviço caso apresente algum risco para si ou para terceiros, ou ainda, se não tiver para onde ir, seja porque a família não o quer receber, seja por não querer retornar à sua casa, ou por outras circunstâncias que justifiquem sua permanência, desde que tal decisão não se explique pela avaliação única de um membro da equipe e que junto com o usuário, conceba-se esta como a melhor alternativa. O cuidado que cerca tais reformas se interessam em evitar que a permanência se configure em internação.

Mas, em todo caso, o CAPS que pesquisei não compreende essa modalidade de assistência. Por funcionar como CAPS II, assiste no período que poderia ser chamado de “comercial”, de 8h00 às 17h00, e exclui sábados, domingos e feriados. Assim, estou falando do que mais inovador considero nesse movimento de reforma do modelo asilar. Um serviço que não pretende, em nenhuma medida, suportar o usuário em regime de internação, nem mesmo para um “pernoite”.

Quando, então, aproximo as novas práticas, reformadas, de um modelo asilar (re)tratado pelo século XIX, não me refiro ao asilo *stricto sensu*, como lugar de enclausuramento físico, de onde o sujeito não poderia sair. Mas me refiro às práticas asilares, que transbordam essa

---

<sup>80</sup> Um dos serviços que compõem a unidade psiquiátrica da FUNDAÇÃO HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA. In: **Assistência à Saúde – A Clínica Psiquiátrica**. Disponível em: <<http://www.gasparvianna.pa.gov.br/assistencia>>.

muralha e que podem aparecer sob diversas formas e, quem sabe, principalmente, por dever devolver o sujeito, a cada dia, à sociedade, por não poder interná-lo.

Assim, trago a esta discussão, os pontos que, para mim, evidenciaram em alguma medida o retorno dessas práticas, ainda asilares, marcando a herança da era moderna, do poderio do discurso psiquiátrico, que além de patologizar a experiência psíquica da loucura, doou-se, através de seus mecanismos de controle e patologização, completamente ao pacto de conservar a ordem social. São esses os aspectos que me interessam nesta problematização que faço, principalmente, por ter podido acompanhar, antes mesmo de ter dado início ao projeto de dissertação, como o discurso da Reforma Psiquiátrica e mais ainda, seus preceitos previstos e exigidos por lei, aparecem como aquilo que tanto se busca nas discussões feitas nas semanas de saúde mental, reunião de centros de atenção psicossocial, conferências e etc. Porém, pouco ouvi falar, e sobre isso me refiro, especificamente, ao cenário paraense, ou belenense, de problematizações sobre o que se tem feito com a Reforma Psiquiátrica e com o modelo de assistência por ela prescrito.

Se esses são os aspectos que me interessam, estes se justificam por colocarem para mim a principal hipótese de que, ao invés de romper com o modelo asilar ao qual pretende combater, em muitos pontos, a Reforma Psiquiátrica e os serviços substitutivos por ela instituídos, reeditam as convenções medicalizantes e asilares da era moderna.

Através da observação direta do serviço Centro de Atenção Psicossocial, “CAPS II: Santa Izabel”, e baseada nas entrevistas e coletas de dados, pude observar que, além do ideal reformista do qual não se pode recuar e pelo qual o serviço se organiza, a herança moderna do discurso psiquiátrico sobre a loucura como doença, o que nos leva a identificar o discurso medicalizante disseminado dentro dessa assistência, bem como, as formas de intervenção que se pretendem submetidas a este saber.

Começando pelos documentos que foram cedidos para leitura, tais como os projetos que tramitaram para a fundação do CAPS e prontuários, chamou-me atenção a referência feita nos primeiros, no espaço referente à descrição do público-alvo<sup>81</sup>. No primeiro projeto, é referido que o CAPS se proporá a “tratar doentes mentais e neurológicos”, enquanto que no segundo projeto, essa referência se transforma em “tratar portadores de transtorno mental”. A mudança de nomenclaturas, que se refere aos usuários do serviço, resgata a influência do movimento da

---

<sup>81</sup> Descrito no capítulo: 2. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTA IZABEL DO PARÁ

reforma psiquiátrica, além da proposta maior de implantação de uma assistência desospitalizada, que marca a tentativa de fazer um novo recorte sobre a loucura, já que a visão deixaria de ser sobre um doente e passaria a ser sobre um sujeito com transtornos mentais, uma vez que, socialmente, o vínculo que se tem com o significante “transtorno” não nos coloca de frente, obrigatoriamente, com um quadro de enfermidade. Ferreira (1975) define transtorno como ato de transtornar que corresponde à “alterar a ordem de; por em desordem, desorganizar.” (p. 1400).

Por outro lado, nos coloca de frente com alguma “desordem”. E nesse sentido, sob a égide da reforma psiquiátrica e na tentativa de restituir um lugar diferente à loucura e que, de alguma forma não a coloque numa linha lógica com a doença, aquilo que vem substituir seu estatuto de moléstia, coloca-a de frente à ordem, talvez como seu próprio avesso.

Não sei se me deter nesse aspecto metonímico me ajudaria, porém acredito que levanta um ponto importante, pois as mudanças dos nomes dados aos usuários dos serviços psiquiátricos acontece com alguma frequência. Inclusive “usuário” é um dos termos adotados para imprimir a força e a ruptura que a reforma faz com a assistência asilar. “Paciente” é um termo que se evita, por associá-lo à ideia de que, nesta condição, o sujeito estaria à mercê da equipe, não ascendendo a um lugar ativo, coparticipante de seu tratamento, tal como acontecia nos manicômios.

E se assim ponho em evidência a substituição de “doente mental” por “portadores de transtorno mental”, aproximo à ideia moderna de que o sujeito, que deve ser assistido pelo médico-psiquiátrica e encerrado em um asilo, é àquele que expressa alguma dificuldade com a ordem, supondo a definição de “transtorno”. E, nesse sentido, penso ainda no fato de se supor que existe uma ordem normal e moral à qual todos os sujeitos devem servir e que pode aparecer, por exemplo, quando a equipe do serviço se interessa em desenvolver grupos com temas sobre higiene pessoal e sexual. Enquanto pesquisei, era preocupante para a equipe do CAPS o caso de uma usuária que, mesmo após iniciado o tratamento no CAPS, costumava beber e se envolver com vários homens. A bebida alcóolica é a ameaça à medicação e à loucura e o envolvimento indiscriminado com os homens aparecia no discurso sobre a possibilidade de ser infectada por alguma doença venérea.

A preocupação com o consumo de bebidas é uma referência direta ao que Costa (2007) situa a respeito das primeiras décadas do século XX da psiquiatria brasileira. Claro que com algumas diferenças, haja vista o combate ao alcoolismo que era feito supondo este como

uma das doenças problemáticas para a higiene social. No CAPS, a questão não se refere ao alcoolismo em si, mas à aproximação feita entre os agravos do transtorno mental por causa do consumo de álcool que deve ser vetado dos hábitos do indivíduo “transtornado”. Mas também se pode remeter ao alcoolismo como desencadeador de transtornos mentais, tão comentado, não apenas nos serviços, ou eventos acadêmicos, mas nas grandes mídias. Assim, é possível perceber como as verdades que se operam num CAPS, por exemplo, representam ou recortam uma problemática não apenas da psiquiatria em si ou de um serviço de assistência psiquiátrica, mas desse macro sistema que se chama saúde mental, e que aparece difundido nos diversos ramos da saúde (coletiva), que traz o discurso medicalizante e medicalizado como o principal para sustentar tal categoria.

Quanto à preocupação de cunho sexual, não parece haver alguma relação entre os hábitos sexuais como causa do transtorno mental, mas sim aos costumes que são feridos quando se observa alguém ter vários parceiros e que as doenças venéreas, de alguma forma, sustentam e concretizam essa inquietação.

Não penso que sejam aspectos que desmereçam atenção ou que não sejam motivos de preocupação. O que tento evidenciar e pôr em pauta é a pressuposição do que deve ser melhor para o sujeito. Supor que a interação química entre bebidas alcólicas com medicamentos, ou ainda, que tal consumo pode alterar o funcionamento já prejudicado do sistema nervoso e de seus neurotransmissores – a moda médica –, necessariamente, exclui qualquer possibilidade de ir ter com o sujeito e poder construir algum saber sobre suas experiências (.) (?) Estas que sim, podem colocá-lo diante da morte subjetiva e inviabilizar qualquer possibilidade de reatar com a vida.

Retomando a substituição dos termos, ainda que seja um transtorno mental, e assim, se dê um lugar menos maldito ao sujeito, a proposta que permanece é tratá-lo. Acredito que seja um verbo com o qual já estejamos acostumados e que, quando nos comprometemos com a verdade construída pelo próprio sujeito, tentemos restituir um lugar menos medicalizado para o termo. Quando o segundo projeto substitui os referidos termos, por outro lado, mantém o objetivo do tratamento. E se há tratamento este tem metas, vislumbra-se atingir um ponto para indicar, por exemplo, a alta ao sujeito assistido pelo serviço. Refiro este momento da alta, por compreendê-lo como marca do ápice do tratamento, se a alta for indicada pela assistência, já que também pode ocorrer por desistência do usuário. A indicação de alta é feita quando se entende que o sujeito está apto a retomar sua vida social sem o CAPS, ou como descreve a Reforma, por se ter

reabilitado socialmente<sup>82</sup>. Assim, “tratar” o transtorno mental, considerando todos os preceitos importantes e que se referem aos ganhos conquistados pelo movimento da Reforma, também pode remeter à promessa de devolver à sociedade um ser que não mais oferecerá riscos à ordem social.

Nesse ponto, a questão não é invalidar os dispositivos ou os objetivos de regate da cidadania, de reabilitação psicossocial, buscados ao longo do tratamento, pois, no que se refere à Psicanálise, por exemplo, essa questão pode representar, sob a figura de novas políticas para a saúde mental, o próprio investimento narcísico que precisa ser vislumbrado e sustentado no atendimento de psicóticos, uma vez que investem como um olhar reconhecedor que sustentem o sujeito em seu estatuto como tal. Mais que isso, a questão é refrear esse ímpeto pela cidadania que, tal como sugere Rinaldi (2006), pode tamponar qualquer possibilidade do sujeito advir e assim, o “pacato cidadão” se tornar um lugar insustentável para o sujeito. Quanto à Psicanálise, esse é um ponto.

Quanto ao pacto estabelecido entre a psiquiatria e a sociedade, o tratamento que pretende reabilitar socialmente, pode, mais uma vez, colocar o discurso das novas assistências em vistas da produção de corpos docilizados, sem comprometimento algum com aquele que supostamente seria o maior interessado, o sujeito, o usuário, ou como for chamado àquele que se torna alvo de intervenção do serviço.

E a promessa de docilizar parece existir.

Em outro momento, pude acompanhar uma visita domiciliar, que se deu por motivo de ausência do paciente no serviço. Tal visita se destinou a investigar a causa de sua ausência e, também, para administrar a medicação que evitaria a entrada num novo quadro de crise. O paciente foi questionado pelas funcionárias, que realizaram a visita, sobre o porquê dele não ir às atividades do CAPS ao que ele respondeu não precisar do CAPS ainda. Perguntei ao paciente quando ele precisa do CAPS e ele responde que precisa quando está em crise. Mesmo já sabido o motivo da administração medicamentosa no paciente, insisti na pergunta sobre o porquê deste precisar ser medicado e foi-me respondido, com certa lamentação, que as crises desse paciente são intensas e sempre que este faz esse quadro, o CAPS é procurado. O que subentende a compreensão de que a própria experiência da loucura deve ser, e teria como ser, prevenida e que o anúncio da crise ou os motivos de desencadeamento desta são, senão totalmente, mas na

---

<sup>82</sup> Mais à frente, esta questão será retomada.

maioria das vezes, referidos ao organismo, daí a exigência da medicação como intervenção preventiva.

Sem dúvida, outra referência ao momento em que a crise, antes vista como a expressão da verdade da doença, até o século XVIII<sup>83</sup>, passa a ser evitada pela medicina e o que enfim permite essa superação e sua prevenção é o próprio organismo anatomopatológico (FOUCAULT, [1973-73] 2006). Dadas às diferenças, já que ao início do século XIX se pretendia autopsiar o corpo para identificar as lesões da alienação, a questão agora não é mais supor alguma lesão. Isso já está dado. A administração de medicamentos no sujeito, apesar de sua não adesão ao tratamento no CAPS, supõe a existência de um corpo patológico. Se não é possível fazê-lo ir ao serviço, que pelo menos se garanta sua medicação e, por fim, evite-se que o sujeito caia em crise.

Ainda nesse ponto, resgatando a construção do discurso psiquiátrico sobre a loucura, a situação supracitada me remete à idéia que Voisin descrevia (apud Birman, 1978) de que o homem para ser considerado como ser-de-Cultura deveria, atravessado pela moralização dos costumes e comportamentos, conter aquilo que se identificava como a “animalidade do ser”, o seu lado *besta*. Era preciso que fosse docilizado o instinto animal, que habitava o corpo do homem, através do tratamento ou da intervenção preventiva. Na situação acima, o corpo do sujeito usuário precisou ser contido, preventivamente, para que sua loucura não fosse experimentada, nem por ele, nem mesmo pelo serviço, ou ainda, pelo social.

Localizar no corpo do sujeito a origem de sua “enfermidade” alude-me à própria construção minuciosa da loucura como doença, e mais, demonstra como o saber psiquiátrico foi autorizado como verdade sobre tal experiência subjetiva. Além desse saber comparecer na intervenção do CAPS – quando se medica para prevenir uma crise –, num outro lugar ele também se faz patente.

Tive acesso aos arquivos prontuários. Nos documentos que li, foi possível observar que os registros feitos são, em maioria, descritos pelo médico, referentes à consulta realizada por esse que, em geral, ocorre mensalmente. As demais atividades, como participação nos grupos e oficinas, ou atendimentos individuais, têm frequência de registro esporádica e não descrevem os seus objetivos – o motivo de indicação para essas atividades. É comum encontrar registros como: “paciente participou ativamente do grupo de psicologia”, “paciente participou de forma

---

<sup>83</sup> Item: 3.1.1. O organismo do alienado.

satisfatória na oficina”; notas que remetem à frequência do paciente (se este participou ou não de alguma atividade e qual) e que suprimem a sua experiência subjetiva. E pensar que este “participou de forma satisfatória”, satisfaz como e a quem?

Lins (2008) destaca o documento “prontuário” como um dos instrumentos de controle dos quais se lança mão para organizar a assistência em saúde mental. Porém alerta que, talvez não seja possível dispensar tais instrumentos, mas que seus usos possam, de fato, permitir a comunicação entre os funcionários da instituição que atendem o mesmo paciente, bem como para, e principalmente, acompanhar o usuário em seus ganhos e suas dificuldades, e assim estruturar uma 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.

Outro ponto que essa autora refere em sua pesquisa realizada em uma unidade de assistência psiquiátrica é a inexistência de registro dos delírios enunciados pelo sujeito em atendimento, bem como de pensamentos desagregados. Tal passagem me chama a atenção, pois esse também foi um dado observado em minha pesquisa. Existem referências, esporádicas, que qualificam o delírio, a partir da linguagem médica, como: “paciente apresenta delírio de grandeza, fala desconexa”. Os conteúdos delirantes aparecem como justificativa da classificação, mas não como um suporte à construção realizada pelo sujeito.

Tal dado coloca-me a pensar, sob à luz da Psicanálise, a contribuição dada desde Freud sobre o delírio como via para cura na psicose. Mas, observo, que o delírio e seus significantes ainda precisam aceder de forma mais importante no discurso assistencial, pois permanecem, com frequência, excluídos das referências documentais que transitam dentro do serviço, impossibilitando assim que estes sejam tidos como via de acesso a um sujeito (do inconsciente). Ao invés disso, o delírio e a fala “sem sentido” protagonizam, constantemente, como critério diagnóstico, forcluindo-se, mais uma vez, o sujeito que dali poderia advir. Fazer algo com o delírio, na assistência, implica a própria escuta ao sujeito, numa dimensão clínica. Porém, acredito que referí-los em documentos poderia ser uma forma de resgatar, no dossiê que se produz sobre sua passagem pela instituição, as construções próprias de sua experiência.

Outro lugar que marca a presença do discurso médico como centro do atendimento no CAPS é a manutenção das consultas médicas, independente de qual seja a situação, e o

tratamento medicamentoso que incidem e persistem sobre todos os outros: independente da atividade que esteja sendo desenvolvida no CAPS, se o paciente tiver consulta médica prevista para aquele dia e chegar o horário dessa, esse paciente é dispensado à consulta, esteja ele em oficina, em grupo psicológico, em assembleia, etc. O contrário não ocorre. As consultas médicas não são remar cadas para outro dia, caso saiba-se que o paciente já tem outra programação prevista, ou mesmo, os pacientes não são retirados do atendimento médico, para participarem de outra atividade. O que, de alguma forma, sugere, para mim, que o discurso médico se sobrepõe aos demais, ou mais, que os outros discursos são medicalizados também, já que sobpostos por aquele.

Penso, assim, no saber médico instituído sobre todos os outros que preenchiam o espaço asilar, no século XIX, e que colocariam os demais profissionais a seu serviço, seja através da vigilância ou da descrição das ciências sociais como funções-psi(quiátricas)<sup>84</sup>, que ocupavam o espaço da assistência, para reforçar o saber médico sobre a loucura; e o lugar subjugado do louco, que nesse movimento de ser retirado de um lugar para outro, ou ainda de permanecer sob um determinado olhar, não escolhe para onde ir, ou mesmo se quer ir a algum ou outro lugar. Além disso, também foi possível observar usuários que se antecipam nessa escolha: sem que sejam chamados à consulta médica, já iniciam sua participação em outras atividades, informando que precisará interrompê-la, caso chegue à vez de se consultar com o médico.

É claro que nesse último caso, podemos supor a existência de uma escolha pelo sujeito, ao indicar no que realmente está interessado. Mas, não seria possível conciliar tais funções? Percebo que mais do que uma escolha, tal movimento aparece como uma convenção e uma concessão em relação ao saber, insubstituível, do médico.

Quanto à prevalência de um saber sobre outro dentro da instituição, Couto e Alberti (2008) destacaram a possibilidade de a função psicanalítica incidir sobre esse lugar com a proposta de promover o giro dos discursos que sustentam a assistência, evitando assim, a cristalização de um saber que opera sobre todos os outros e que impede, principalmente, que o sujeito em atendimento possa escolher um, ou ainda se inserir nesse serviço com o seu próprio saber.

Além dessa disseminação latente (?) do discurso psiquiátrico, outra situação me fez pensar sobre a prevalência desse saber no serviço. Durante a justificativa de um encaminhamento

---

<sup>84</sup> Foucault (1973-4[2006]).

feito à unidade de referência em emergência psiquiátrica, situada à capital, foi dito que este se deu porque uma paciente havia feito um quadro de crise, mas não havia nenhum médico em atendimento no CAPS, o que inviabilizou qualquer tipo de intervenção. A funcionária que relatava a situação contou que a paciente dizia ter “incorporado” e seu filho, que a acompanhava, confirmava a versão da mãe, pois para ele, ela estava “possuída”. Em resposta à elaboração dada pela mãe e pelo filho, quem acolheu o caso lhes explicou que eles poderiam ter a crença deles, mas que no CAPS compreendia-se que aquela manifestação era uma doença e precisava ser tratada.

Tal situação me remete à verdade do sujeito, dantes excluída dos asilos, mas que a reforma psiquiátrica vem afirmar sua importância. Porém, estando a loucura sob o juízo de doença mental, esta insiste em ser desvalorizada no serviço. Penso assim, no ensinamento da realidade, ou da verdade, descrito por Foucault ([1973-74] 2006) e por Birman (1978), que era imposto ao sujeito até que ele proferisse as palavras dadas pelos psiquiatras para que, enfim, fosse aprovado em seu teste de sanidade mental e, para bem fazê-lo, pagava com a recusa de seu próprio saber. E talvez seja este o ponto que evidencia a ressonância do modelo “asilar” nos serviços de assistência psiquiátrica reformados. Não mais recônditos nos asilos, os sujeitos parecem ainda não poder se referir, pelo menos não sem algum descrédito, sobre aquilo que lhes provoca, ou aquilo que justifica sua permanência e vinculação a alguma assistência psiquiátrica.

Outra situação exemplificou a forma como visualizo o ensinamento da realidade nesse serviço de assistência psiquiátrica reformado. Estava prevista a realização de um cortejo pela cidade de Santa Izabel, como parte da programação prevista para o Natal. Por uma funcionária do CAPS, foi descrito todo o percurso e as atrações que ocorreriam durante o mesmo. Uma paciente, que, pacientemente ouvia a tudo, esperou o final da fala da funcionária, para perguntar se ao fim do cortejo haveria o lanche no CAPS, subentendendo que gostaria de saber se “o fim justificaria o, longo, meio”. A funcionária que coordenava esse momento, respondeu que não se deveria pensar apenas na comida, mas na importância da atividade e no significado do Natal. Entre risos, a paciente pareceu aceitar a resposta.

Com a Psicanálise, pensar em ensinamento da realidade dentro de um serviço de assistência à psicose seria desperdiçar a subjetividade da pessoa em atendimento. A Psicanálise, nesse lugar de exclusão, se propõe a devolver ao sujeito aquilo que lhe é próprio. Negar a construção delirante do sujeito que diz ter “incorporado” poderia aludir à negação de sua

construção sobre aquilo que lhe causa<sup>85</sup>. Lacan ([1955-56] 2008) nos diz que o que ocorre ao sujeito, apenas ele mesmo pode nos testemunhar, e que o analista ou qualquer outro que se empenhe à escuta de sua experiência psíquica deve secretariá-lo, tomando “ao pé da letra” aquilo que é dito, para assim vislumbrar alguma direção ao tratamento.

Gostaria ainda de retomar as transformações ocorridas das alterações dos projetos que foram desenvolvidos para a implantação do CAPS, para introduzir outra questão, ainda referente ao objetivo do tratamento, mas que tem como alvo a família. O primeiro se propunha a readaptar o usuário à família e à sociedade<sup>86</sup>, o que me reenvia ao tratamento moral que se dava a partir da crença em um ideal social, ao qual o sujeito deveria corresponder, significando a loucura como a quebra radical com esse imaginário moral. Isto já foi posto, mas ainda avanço. Readaptar-se à família, implicaria em condizer com essa célula que se oferecia como suporte ao sustento da sociedade<sup>87</sup>.

É preciso ressaltar que diante de todas as transformações dessa instituição social – a família –, essa continua atravessada pelo ideal moderno de família nuclear que deve subsistir e ser preservada por seus entes e à qual “o bom filho sempre torna”, referindo o dito popular. Os desvios morais, assim entendidos, também aparecem naturalizados no seio familiar, o que demarca esse retorno à “hereditariedade” assistida pela psiquiatria no século XIX.

A diferença à qual me refiro de um projeto para o outro se assenta na mudança de objetivo, que seria a substituição do verbo “readaptar” para “reinsserir”, podendo indicar que este sujeito retome seu lugar social, destituído por sua condição subjetiva. Ou seja, remete-me que a loucura seria uma experiência que não importaria ao sujeito ser destacado dos seus espaços de convivência.

Ao mesmo tempo, é preciso pensar que tipo de relação se estabelece com esse objetivo, pois, pude observar, retomando esse modelo de família nuclear ideal, que o CAPS, em sua dinâmica, adota esse modelo e, em alguma medida, o impõe, desviando a proposta de “reinsserir” o sujeito na família, tornando-a um imperativo na assistência. Como exemplo, tomo duas situações.

---

<sup>85</sup> Se é que sua “possessão” se referia a algum delírio, posto que em nossa cultura essa não é uma hipótese excluída, dependendo das crenças religiosas que cada pessoa, ou comunidade, adota.

<sup>86</sup> Ver item: 3.1.2. A família do alienado.

<sup>87</sup> Considerando as referências de Foucault ([1973-74] 2006), sobre o poder familiar e o poder disciplinar.

A primeira delas me foi contada por uma funcionária do CAPS. Tratava-se de um paciente cuja mãe se mudou para outra cidade, ficando este sob os cuidados do pai. Porém, a relação entre eles, pai e filho, era “recheada” de tensões. Várias vezes esse pai expulsou o filho de casa e em uma visita ao CAPS, numa conversa com a equipe e com o paciente, disse: “e agora meu filho, pra onde tu vais?”<sup>88</sup>. Diante desta situação, e mesmo com muitas brigas, o referido usuário, e filho, conseguiu um emprego em uma fazenda, onde, além de algum dinheiro (não chegava a receber um salário mínimo), era-lhe oferecido um lugar para dormir.

Algumas vezes, esse usuário pedia comida de casa em casa, até que alguém lhe desse, ou porque não tinha dinheiro algum, ou porque o economizava para outros fins, inclusive para dar algo para o pai. Mas, para os funcionários do CAPS essa era uma realidade insuportável. Como poderia esse sujeito pedir comida, tendo um pai? Como poderia ele morar de favor em uma “fazenda de desconhecidos” se ele tinha um lar?

Certa vez, então, a equipe do CAPS decidiu chamar pelo pai, para exigir dele outra postura, mais “interessada” no filho. Mas este último não foi comunicado desta decisão, ou mesmo, questionado se a forma como vivia lhe incomodava e ainda, se era necessário fazer com que seu pai fosse ao CAPS. O que subjuga as possibilidades que esse sujeito deu para sua própria existência. A idéia de que fazer parte de uma família nuclear é a melhor forma de existir, em relação à vida que esse usuário passou a levar, fez com que à presença do pai no CAPS, que não conseguiu ser escondida do filho, esse sujeito reagisse com uma faca empunhada para cima de seu pai.

Outra situação pude acompanhar. Em uma visita técnica, realizada para investigar por que o paciente matriculado no CAPS não o freqüentava<sup>89</sup> e, também, para administrar-lhe a medicação prescrita, já que este, sem ir ao serviço, não o fazia. Ao chegar a casa desse sujeito, durante a conversa travada para saber seu estado de “saúde”, este revelou que estava prestes a conseguir comprar um terreno para construir sua própria casa<sup>90</sup>, já que morava com seu pai. Na verdade, a casa em que vivia era dividida: o filho morava na parte construída em alvenaria e o pai na parte construída com madeira. Ao dizer isso às funcionárias que realizaram a visita, foi-lhe

---

<sup>88</sup> Fala referida pela funcionária.

<sup>89</sup> Mesma situação descrita anteriormente, que fazia alusão ao saber médico como forma de prevenir a experiência da loucura.

<sup>90</sup> Esse é um paciente que recebe benefício, por sua condição psíquica, de um salário mínimo do governo.

questionado se não seria melhor continuar morando com seu pai, sob a justificativa que ao lado dele não estaria sozinho e ainda receberia a ajuda dele.

É possível pensar que em ambas as situações, os usuários do CAPS conseguiram indicar e construir soluções para suas dificuldades, ou mesmo para as suas vontades – já que no segundo caso, nem o sujeito usuário do serviço, nem o seu pai, que estava presente durante a visita técnica, relataram algum tipo de dificuldade na relação deles –, as quais não foram questionadas se teriam a ver com suas experiências subjetivas. Em todo caso, de antemão, representariam o alcance do objetivo do CAPS, reinserção social e, ainda mais, da reforma psiquiátrica, que visa à reabilitação social, sustentada no conceito de autonomia do sujeito.

Mas isso parece se perder, primeiro quando se chama o pai do usuário para dele cobrar uma postura mais compromissada com o filho, a expensas das soluções dadas pelo sujeito em relação à rejeição do pai: conseguiu emprego, lugar para dormir e condições para garantir sua alimentação. No segundo caso, quando põe em questão o fato de escolher sair de casa, tendo a casa do pai para viver. Seria quase desconfiar que esses sujeitos pudessem ter alguma vida longe de seus membros familiares.

No que se refere à dinâmica diária, o CAPS prioriza a formação de “oficinas”. Os atendimentos coletivos são denominados de “grupos”: grupo de psicologia, grupo de família. Porém, com frequência são criadas oficinas, em geral montadas para confecção de material destinado a alguma programação específica, algo também muito frequente, já que essas programações obedecem às comemorações do calendário anual: carnaval, páscoa, dia das mães, natal, etc. Assim, as oficinas se reestruturam a cada data festiva e, desde que entrei no CAPS (em outubro de 2009), pude perceber que são atividades que têm como principal objetivo divulgar o CAPS como instituição referência em saúde mental e lutar pelas causas antimanicomiais, que costumam ser feitas em formato de passeata e de cortejo pela cidade de Santa Izabel.

Para desenvolver as oficinas em tempo hábil para comemoração prevista, é comum a substituição de atividades que tinham finalidades diferentes da assistência realizada através das oficinas, como já ocorreu com os grupos de apoio psicológico (Grupo de Psicologia e Grupo de Família). Em resposta a questionamentos meus sobre essa substituição, foi dito que “infelizmente foi preciso suspender” essas atividades para conseguir finalizar a proposta da oficina até o dia da programação festiva. Também foi dito que as oficinas são terapêuticas e assim não atendem

apenas à necessidade de confeccionar produtos, mas se oferecem como recurso para o atendimento dos pacientes assistidos pelo CAPS.

A primeira impressão que tive sobre essa substituição, logo à minha entrada no CAPS para pesquisar, foi impactante, pois pensava que um grupo de psicologia não poderia ser substituído por uma oficina, por exemplo. Depois pensei nos desdobramentos que uma “oficina”, aparentemente, sem cunho terapêutico, poderia oferecer: outro espaço de criação e significação ao sujeito, desatrelado do vínculo “psi”.

Por outro lado, num deslizamento simbólico, pensei que oficina também pode remeter a ofício, que pode remeter à produção, no sentido quantitativo, e à utilidade. É preciso ocupar, utilmente, o tempo que se passa no CAPS, ao que Birman (1978) contribui com sua descrição sobre o ensinamento do trabalho, via para o paciente preencher seu tempo, bem como aprender os conceitos sobre ordem, saúde e bons costumes. Outro ponto seria a moralização que atravessa a distribuição do trabalho e transparece nas divisões de pacientes, descritas nas atividades coordenadas pela terapia ocupacional, que define um perfil para cada grupo, e os pacientes são distribuídos de acordo com seu quadro, avaliado pelo profissional que está à frente da atividade. A quem beneficia tais divisões?

No primeiro dia de minha pesquisa, foi realizado um cortejo sob a temática do dia 10 de outubro, que é o dia mundial da saúde mental. E, conhecendo as instalações e participando do evento, visitei um galpão que fica dentro da área do CAPS, no qual foram recepcionados os pacientes e convidados e nas paredes estavam expostas várias poesias. Antes de me aproximar, perguntei se referiam à produção própria dos pacientes e me foi dito que não. Para uma oficina, que se destinaria à confecção de material para o cortejo, a funcionária que a coordenou levou aos pacientes livros de poesia para que eles lessem.

As poesias que estavam expostas foram retiradas desses livros. A partir disso, penso: poderia ter havido alguma identificação dos sujeitos com as poesias que escolheram copiar? Se houve não se pôde saber, pois sobre tudo que ali estava exposto – além das poesias, tinham desenhos feitos pelos pacientes em outra oficina – não se perguntou ou se incentivou algum tipo de elaboração para que esses sujeitos pudessem, através de suas próprias linguagens, construir um saber próprio, e as suas produções sobressaíssem da imagem de ornamentos àqueles que visitavam a casa. O que, mais uma vez, remete-me à importância de permitir que o sujeito construa algo sobre sua experiência, algo que deve ser sustentado pela instituição e, o momento

em que isso ocorre, deve ser também privilegiado. Não que o final, a exposição daquilo que foi produzido não seja relevante, mas desenvolver uma oficina terapêutica sem se dar conta do que ali se produz, ou ainda permitir que no momento da exposição final os autores dos trabalhos possam ser referidos dessa forma e convidados – sem serem obrigados – para descrever o que produziram e não simplesmente reduzir tais produtos como o resultado do “bem-fazer” do CAPS.

Ainda sobre o primeiro dia que fui ao CAPS para iniciar minha pesquisa, pude ver outros ornamentos confeccionados para o cortejo do dia mundial da saúde mental. Um *slogan* que me chamou a atenção dizia: “Isolamento não cura, só tortura”. Esse foi o *slogan* do cortejo. Perguntei quem o havia produzido, e disseram-me que foi uma funcionária do CAPS.

Não diminuo a importância da participação dos funcionários nesse tipo de atividade. Acredito que deva acontecer, assim como, ao início do movimento da reforma psiquiátrica, junto com os usuários e familiares, aqueles que compunham a assistência tiveram participação capital para o avanço dessa política e para a transformação de vários serviços, que se reduziam em enclausurar o sujeito. Mas é preciso ponderar que esta prática não se reduza às mãos dos que assistem. É preciso que ouçamos aqueles que realmente ocupam o centro dessa ação e, assim, descobrir se existe outro *slogan*.

E, avançando nessa questão, pude perceber que os eventos comemorativos realizados no CAPS, acontecem por iniciativa da equipe e têm como objetivo promover a divulgação deste serviço à cidade. Acredito que, mesmo que sejam sugeridos pelo serviço, não necessariamente precisam ocupar essa função de “sugestão”. Mas, percebi que acabam sendo decididos pela equipe, bem como a forma como ele se desenrolará. Por exemplo: no Natal, decidiu-se que teria um coral e as músicas que seriam cantadas, que teria papai e mamãe Noel, os três reis magos e de onde eles surgiriam durante o cortejo. Tudo parece ser decidido e previsível. Os pacientes devem ocupar seus postos e executá-los.

Penso no ensinamento da sociabilidade, descrito por Birman (1978), que previa determinar ao sujeito como este deveria se comportar e, assim, evitar movimentos espontâneos, mas fazendo-o acreditar que aquilo que representa é ele mesmo. O que subjuga sua possibilidade de existir representando seu próprio papel.

Com a Psicanálise, suscita-me outra questão. Por exemplo, pude observar, através da fala de uma funcionária, o quanto esta estava angustiada – se assim posso me referir – ao se dar conta de que para o grupo que coordenaria naquele dia, nenhuma atividade havia sido

programada. Chegava a hora do grupo, os usuários começavam a se reunir e aguardá-la, e nada pré-estabelecido conseguia ser imaginado. Sem programação, restava-lhe apenas permitir que algo acontecesse a partir dos sujeitos. E por que o inusitado, o inesperado, capaz de ser produzido a partir da reunião dos usuários, era temido ou estranho? Rinaldi (2006), a propósito da formação dos grupos e das oficinas terapêuticas, que se transformaram em modelos patentes nesse tipo de assistência, sugere o risco de, ao invés de sustentar a produção subjetiva capaz de se dar ali através dessas formações, permitir que tal subjetividade se dilua nos grupos e assim se perca a dimensão do sujeito mais uma vez. No caso ao qual me refiro, acredito que o risco não se dá de forma diferente: sob a pretensão de desenvolver algo previamente estabelecido, qualquer outra coisa que possa fugir do objetivo das “técnicas de dinâmica (controle) de grupo” e possibilitar uma construção própria e singular de cada um ali e não do que é esperado pelo técnico que coordena a atividade, tal possibilidade parece ser evitada, ou mais, parece assustar.

Retomo a questão do calendário festivo, considerando o vínculo que temos culturalmente com os feriados e com as comemorações, mas seria possível descobrir como ocorreria o Natal dos usuários do CAPS, se estes pudessem ter esse momento para produção própria e os funcionários ocupassem o lugar de seus secretários? E não o contrário. Talvez tudo se desse como qualquer outro Natal de qualquer outro lugar, mas é preciso deixar que aconteça.

Pareceu-me, assim, que a experiência subjetiva do indivíduo usuário do serviço ainda está à margem da estrutura do CAPS. Pude acompanhar algumas assembleias realizadas com os pacientes e observar a intenção informativa e, algumas vezes, coercitiva desta atividade que acontece quinzenalmente, pretendendo reunir o maior número possível de pacientes para discutir pontos sobre o CAPS, sobre a assistência, críticas, dificuldades dos pacientes. Porém, o que observei é que esse espaço se destina para informar programações ou questões burocráticas do CAPS (datas, horários, mudanças), e para avaliar (satisfatoriamente) os eventos ocorridos. Para uma determinada assembleia foram convidadas as pessoas que participaram do evento CARNACAPS, caminhada realizada para o carnaval. As pessoas que não compareceram a este evento não foram questionadas, durante a assembleia, sobre os motivos de suas ausências e lhes foi direcionado pela funcionária que coordenou a atividade o sentimento de frustração pela baixa adesão à programação, revelando que apesar de muitos pacientes serem evangélicos, motivo que impediria a participação de alguns pacientes no evento, o CARNACAPS não tinha o mesmo objetivo do carnaval (dançar, beber, exibir o corpo), mas sim divulgar o CAPS e fazer, mais uma

vez, frente à luta antimanicomial. Foi dito que a filmagem deste evento seria suprimida por causa do baixo contingente de pacientes, o que poderia significar uma involução nas atividades do CAPS e, isso, não poderia ser divulgado.<sup>91</sup>

Além disso, foi dito aos pacientes que se hoje o CAPS existe, isso se deu porque os pacientes foram às ruas reivindicar melhorias na assistência psiquiátrica, e que era preciso continuar o esforço para mantê-lo. Ao fim dessa fala, foi contada aos pacientes uma estória de envenenamento de doentes mentais, que acontecia em um interior do estado de Minas Gerais, onde esses doentes eram convidados para tomar um “chá da meia-noite”, em uma praça pública, e não retornavam mais às suas casas.

De forma tanto radical quanto não se espera que seja, as atividades do CAPS parecem, ainda que se justifiquem pelo tratamento do sujeito, algumas vezes subjugar a vontade e as escolhas daqueles que fazem parte desse serviço. Não importa se o vínculo simbólico que se mantém com o Carnaval remete a uma comemoração baderneira, que vai de encontro aos princípios religiosos do sujeito que escolhe não participar de tal atividade. O importante é que a proposta do CAPS é outra que não essa. Será que tão facilmente desconstruímos as significações que damos a tal ou qual coisa? Além disso, a macabra estória mineira recontada pretende qual efeito? Não mesmo sei se os venenos deixaram de ser utilizados para pôr fim à loucura, a propósito do dispositivo medicamentoso do qual não se abre mão e que tem a administração vigiada por aqueles que atuam como servidores das unidades de saúde mental, independentes de quais sejam suas funções ocupadas na assistência.

Ao fim daquela assembleia, solicitou-se aos pacientes que estes pensassem sobre a atividade para Páscoa, pois os funcionários do CAPS já tinham algumas idéias, mas gostariam que fosse sugerida uma programação diferente de tudo que já foi feito, pois “a equipe quer inovar”.

Nesse momento, mais uma vez, pareceu-me que as atividades não poderiam ser escolhidas pelos sujeitos – escolher participar ou não – ou uma atividade é avaliada como eficaz e importante se conseguir reunir o maior número de pacientes, bem como decidir se um evento

---

<sup>91</sup> Fiquei pensando na relação que mantemos com o Carnaval no Brasil. Popularmente dizemos que o ano só começa depois do Carnaval e o feriado prolongado que finda à quarta-feira de cinzas, por muitos se prolonga até a próxima segunda-feira. Isso também não poderia ter se revelado no CAPS? Lembro-me de quando estagiava em uma unidade psiquiátrica que os períodos de férias, como o mês de julho (que mesmo sendo férias letivas, a população paraense costuma ajustar seu calendário profissional para aproveitar esse mês) e os meses de dezembro e janeiro, eram períodos que ocorriam ausências prolongadas dos pacientes em assistência. Que destino à loucura nas férias?

deve ou não ocorrer. Suspender as filmagens por causa do pequeno número de pacientes seria suspender o esforço daqueles que por algum motivo fizeram frente ao evento. Pensar em alguma coisa inovadora porque a equipe não quer mais repetir o mesmo feito de comemoração da Páscoa, atende à vontade de quem?

Através do que poderia ser nomeada como “coerção” simbólica, retorna-se à própria dimensão do tratamento asilar, que se daria de três formas: tratamento físico, tratamento higiênico e o tratamento moral, objetivo último, ao qual os dois primeiros estariam submetidos. Assim, parece-me que os tratamentos físicos e higiênicos<sup>92</sup> foram substituídos pela intervenção, ou neste caso, coerção simbólica, que, sobretudo, visava que o sujeito direcionasse sua vontade à organização do CAPS, e se promovesse, assim, sobre aquele, o tratamento moral, ratificando, também, seu lugar derradeiro na hierarquia da assistência.

Essa atividade “Assembleia” também trouxe um dado interessante. Aquelas que presenciei, pareciam-me ter um caráter informativo, muito mais do que permitir que ali se desenvolvesse um espaço político onde os usuários tivessem um lugar garantido para questionar dificuldades que ocorrem no dia-a-dia do CAPS. Meu referencial sobre Assembleias, trago-o de minha experiência como estagiária de psicologia em uma unidade de assistência psiquiátrica<sup>93</sup>. Lembro que neste lugar, as pautas a serem discutidas durante a reunião Assembleia eram coletadas junto com os usuários do serviço, ao longo dos dias que precediam tal intervenção que durava, em média, o período de um turno (manhã ou tarde). Também era utilizado para dar informações, já que naquele momento, grande parte dos usuários estaria reunida, o que facilita a transmissão dos avisos. Mas, o importante era discutir os incômodos que existiam entre aqueles que eram assistidos pelo serviço.

Ora, é claro que diferenças existem. A primeira e principal que pontuo é o próprio perfil dos sujeitos que eram atendidos naquela assistência onde estagiei. Muitos haviam passado pelo período de internação e estavam em regime de semi-internação: precisavam ir diariamente e permanecer os dois turnos, por quase todo o período que eram assistidos. Talvez por isso fosse possível enumerar uma porção de incômodos que rendiam a manhã inteira.

A analogia que faço é para pensar se talvez, as assembleias que aconteciam no CAPS, que conseguia reunir uma quantidade importante de usuários – não descartando o dado de que

---

<sup>92</sup> Ver subitem: 3.1.4. O isolamento, o asilo e o tratamento moral.

<sup>93</sup> Já referido e que se trata do extinto Hospital-Dia da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

aconteciam em dia de consulta médica – não se rearranjavam de tal forma a evitar que os problemas, os incômodos, os impasses existentes nesse serviço aparecessem? Em geral, exigiam que todos os reunidos se apresentassem – além de dizer o nome, de forma espontânea (?)<sup>94</sup> também referiam se eram usuários, familiares ou técnicos (e pesquisadora) – e não tinham uma duração extensa. Nem mesmo acho que deveriam ter, mas desconfio se esse período reduzido se desse como intervenção, a partir das considerações sobre o tempo lógico lacaniano<sup>95</sup>. Além disso, informavam as programações previstas para esta ou aquela comemoração, mudanças de horários de atendimentos, etc. Por exemplo, quando a equipe solicita que os usuários pensem em formas para inovar o evento da Páscoa, a assembleia não poderia ser o local para a produção dessas ideias? Ou mais, discutir se haveria comemoração da Páscoa, por que precisa ser festejado? Quer-se festeja-la? Assim, o espaço que poderia ceder lugar para essas questões parece não conseguir conciliar-se com as possíveis questões existentes, ou suscitadas pelas sugestões da equipe.

Com relação à alta, identifico alguns pontos contraditórios. Em relação ao projeto do CAPS, no que se refere à previsão de alta<sup>96</sup>, diz-se que o paciente sairá de alta quando seu tempo de tratamento tiver sido consumido. Será realizada avaliação pelos profissionais e das condições do paciente ser indicado ao grupo de pré-alta. O primeiro ponto que me chama a atenção é que, o período de permanência não é determinado, já que depende da evolução do paciente e, ainda descreveu-se<sup>97</sup> que na elaboração do plano terapêutico, será indicada a previsão de alta.

No período que estive pesquisando, pude ter contato com um número expressivo de pacientes que estão em tratamento prolongado no CAPS, alguns há mais de três anos. Um dos

---

<sup>94</sup> A interrogação vem para tentar pôr em estranheza essa “espontaneidade”, pois talvez parecesse também uma forma de demarcar quem eram os loucos e quem não era, e assim evitar a possibilidade de ser confundido como tal. E ainda, poder levantar questões sobre a consideração que Foucault faz a respeito do poder disciplinar que este se opera na sutileza, entre os indivíduos sem estar localizado em tal ou qual personagem, mas sim se faz em sua invisibilidade, diferente da localização no corpo do rei, no caso do poder soberano. Poderia se fazer operar na “espontaneidade” dessas confissões? Sou usuário, sou familiar, sou “da equipe”, sou pesquisadora. Algo para se pensar.

<sup>95</sup> Lacan não se detém no tempo cronológico, como se institui fixado por uma tradição psicanalítica, que estima o tempo das sessões como preestabelecido, entre 45 a 50 minutos. Por entender e resgatar a construção de Freud sobre a atemporalidade do inconsciente, Lacan encerrava suas sessões no momento em que entendia ser o do sujeito, o que poderia render sessões de quinze minutos, por exemplo. Encerrava a sessão, para lança-lo ao trabalho psíquico, por pontuar ao final de sua sessão o efeito de sentido que o sujeito traz em sua palavra. Julien (2009) menciona: “o importante para que uma análise avance é que o analista homologue, registre certa palavra dita pelo analisando. De que maneira? Pela pontuação, ou seja, pela retomada de determinada palavra, de determinada frase que tem efeito de sentido; mas é uma retomada que marca o fim de uma sessão: efeito furo, vazio criador.” (p. 52).

<sup>96</sup> Ver capítulo: 2. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTA IZABEL DO PARÁ.

<sup>97</sup> Idem.

principais preceitos da reforma psiquiátrica é evitar e diminuir o período de internação dos pacientes. Poderia pensar que, em se tratando de CAPS II, a assistência não se caracterizaria como internamento, já que o paciente, na maioria das vezes, não tem frequência diária e quando vai ao CAPS, fica, geralmente, apenas por um turno.

Mas, sob a alegação de proteger o paciente de reagudizações, ou ainda, considerando as modalidades de alta (melhorada, curada e por transferência), poder-se-ia elaborar os motivos da estendida permanência do sujeito nessa assistência. Proteger de uma reagudização significaria o quê? Quando um paciente reagudiza? E por quê? Supor que ele pode ser protegido disso, não seria inferir que a loucura tem uma localização específica, sobre a qual poderíamos elencar previamente os motivos de reagudização do quadro e, enfim, intervir sobre suas origens e evitar a própria experiência subjetiva? Retomo a contribuição de Lacan, citada ao início do capítulo anterior, ainda questiono: o que faria o tamborete inclinar-se para o lado onde manca uma perna?

A alta curada. Curada como e do quê? É possível “curar-se” da loucura? É preciso curar-se dela? A alta por transferência indica que o paciente, considerado em quadro melhorado, será indicado à assistência em unidades básicas de saúde, nas quais os atendimentos, na maioria dos casos, se reduzem em reprodução da receita médica, fornecida pelo psiquiatra do CAPS quando o paciente sai de alta deste serviço, e em aquisição da medicação receitada.

Outro ponto são os quadros de reagudização do paciente ao prenúncio de sua alta.

Durante o período que estive desenvolvendo a pesquisa de campo no CAPS, pude acompanhar a indicação de alta de um paciente que não aconteceu por este ter reagudizado ao anúncio de sua saída do CAPS.

Observei que os pacientes são classificados, além de suas nomenclaturas pelo CID-10, também como “pacientes que aderem aos tratamentos oferecidos e pacientes que têm dificuldade na adesão destes”. Em geral, “os que aderem” se referem aqueles pacientes que cumprem de modo satisfatório o planejamento proposto pelos técnicos do serviço: tomam a medicação no horário e na quantidade receitada, participam da maioria das atividades propostas, frequentam o CAPS assiduamente. Os que têm dificuldade para aderir faltam com frequência, não tomam a medicação regularmente, desobedecem às orientações dos técnicos e da família/responsável.

No que vem sendo dito, é possível perceber que em muitos casos o paciente de alta é aquele que se coloca à disposição da ordem e da moral concebidas pelo CAPS.

O paciente, ao qual me refiro, faz tratamento no CAPS há mais de 3 anos, Sales<sup>98</sup>, como o chamei, anteriormente à sua desestabilização, participava de todas as atividades nas quais era incluído: atividades comemorativas, grupo de psicologia, oficinas terapêuticas, sem questionar ou demonstrar interesse em saber por que participava de qual ou tal atividade. Além disso, costumava manter cumprimentos socialmente adequados e esperados, como dizer “bom dia”, “graças a Deus”; veste-se sempre com roupas sociais, mantém higiene física, o que se pode referir, a partir do vocabulário da reforma psiquiátrica, que Sales preserva habilidades sociais.

Certo dia cheguei ao CAPS e me foi dito que Sales entrara em crise quando lhe informaram que receberia alta do serviço, uma vez que a equipe entendia que ele estava estabilizado e em condições de recebê-la. Sales mantém todos os hábitos descritos anteriormente, entretanto, adotou uma postura infantilizada, “regredida” como foi dito pela funcionária que me relatou a situação.

Reportei-me ao prontuário deste paciente para investigar informações sobre o percurso terapêutico que Sales fez até o momento. Curiosamente, seu prontuário, assim como a maioria que tive a oportunidade de ler, não tinha registros frequentes, sendo que a maioria dos registros foi (era) feita pelo médico-referência, que em geral atendia uma vez ao mês. As demais atividades, como participação nos grupos e oficinas, tinham frequência de registro esporádica, como já mencionado anteriormente, e também não descreviam os seus objetivos, o motivo de indicação para essas práticas.

Pelo o que pude acompanhar, a decisão por dar alta a Sales foi tomada a partir de sua adequação à demanda social, esperada pela equipe. Mas, tomado pelo CAPS durante seu período de tratamento, o que restaria a Sales, se sáísse desse serviço? Talvez um encontro marcado com ele mesmo, já que por tanto tempo, teve a relação com a sua loucura mediada pela instituição. Vale dizer que Sales não saiu de alta e permaneceu em atendimento no CAPS.

Ainda sobre as previsões de alta, durante todo o período de minha pesquisa no CAPS, o grupo denominado de “pré-alta” – para o qual os pacientes são indicados antes de saírem do serviço, e assim poderem receber apoio que sustentem o corte desse vínculo – esteve suspenso.

---

<sup>98</sup> Caso que fundamentou o trabalho intitulado “A ‘ameaça’ da alta: considerações sobre o amor na psicose”, apresentado no IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, em setembro de 2010. Disponível em: [http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/congresso2010/mesas\\_redondas/MR96-S%C3%A2mea-Carolina-Ferreira-Quebra.pdf](http://www.fundamentalpsychopathology.org/material/congresso2010/mesas_redondas/MR96-S%C3%A2mea-Carolina-Ferreira-Quebra.pdf)

Este foi um tema retomado durante a supervisão técnica suscitado pela discussão do caso Sales, acima referido.

Em outro momento, foi vislumbrada a possibilidade do CAPS fazer um acordo junto à igreja da cidade, para que esta criasse um grupo de suporte aos pacientes egressos do CAPS. E aí, o que poderia representar em reinserção social, escolhida pelo sujeito, se tornaria mais um espaço medicalizado e de estigma à loucura. Esse projeto não foi encaminhado.

Com relação à crise, ou ao que poderia sugerir periculosidade no sujeito – pois isto parece ser o que de fato é temido numa experiência crítica, em especial, o aspecto da imprevisibilidade sobre a qual se acredita recair o sujeito –, que possa ocorrer no CAPS, seja com pacientes que já são assistidos ou com outros encaminhados por causa disso, prioriza-se dispensar cuidados na própria unidade. Encaminhar pacientes para outra unidade ocorre apenas se não houver médico no CAPS, como já aconteceu, ou se não for possível controlar a cena. Em relato de uma situação de crise<sup>99</sup>, foi dito que para conseguir conter um paciente e evitar que ele esfaqueasse seu pai, aplicou-se a “Técnica do Abraço” pelos técnicos que estavam presentes nesse momento e que acontece como uma contenção de corpo-a-corpo para evitar que o paciente agrida alguém ou se fira.

Em maioria, os pacientes que estão no CAPS atualmente são aqueles que não demonstram, evidentemente, risco de agressão, ou mesmo um discurso desconexo, com conteúdos delirantes. Caso o paciente apresente tais sinais, em especial, ao que se referem aos fenômenos de linguagem e discurso, isso aparece como motivo de preocupação na equipe, mas não de investigação com o paciente, com o objetivo de reconstruir um sentido pelas coisas “sem sentido” ditas por ele. A preocupação surge como um desconforto compartilhado ao confienciarem entre si que fulano não está bem e hipotetizarem os motivos para aquele quadro. Em geral, nessas situações, arquitetam-se visitas técnicas no intuito de tentar flagrar maus-tratos, isolamentos feitos pela família, que custodia o paciente, e justifiquem, assim, a (re)agudização do mesmo. Mas junto com o sujeito, o que pode ser feito?

Além disso, outro aspecto que para mim suscita essa preocupação em prever e prevenir a crise aparece na participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, ao mesmo tempo em que esclarecem as funções do serviço Centro de Atenção Psicossocial para a população, também compreendem a função de identificar possíveis “candidatos” a usuários deste

---

<sup>99</sup> Relatada anteriormente. P. 115.

e que implica, além de destacar aqueles que já apresentam algum sintoma de transtorno mental ou sofrimento psíquico, devem ainda, orientar sobre sinais que possam se relacionar com tais classificações. Na reunião que presenciei junto com os ACS, era pauta compartilhar conhecimentos e conseguir, com isso, capacitá-los para que pudessem, junto com a família, saber se as alterações de comportamento de um determinado membro justificariam procurar os serviços de saúde mental, para submetê-lo à avaliação e assim, se fosse o caso, iniciar algum tipo de intervenção. As alterações de comportamento podem ocorrer como: o membro da família que costumava estar constantemente com amigos e passou a ficar recluso em casa, ou o contrário; passou a escutar músicas diferentes de suas preferências habituais e em alto volume; começou a beber; a falar com frequência em deus, ou rejeitá-lo. A avaliação desses itens tem como parâmetro avaliar os abusos, num sentido quantitativo: com que frequência, há quanto tempo, etc e, de alguma, auxiliar à família que não consegue fazer a devida administração desses excessos – identificá-los, para poder tratá-los, como refere Foucault ([1973-74] 2006).

A partir dessas elaborações, retomo o título deste capítulo: que lugar para a loucura? Já que os próprios fenômenos que destacam o sujeito como louco, ou doente mental, não figuram nesse espaço como prioridade, ao que me parece continuar sendo “*proibido ser louco num asilo de loucos*” (BIRMAN, 1978, p. 407).

Mais que isso, ressalto que o CAPS onde pesquisei atende aos preceitos descritos pela lei da Reforma e pelas portarias que descrevem, ou prescrevem, como este serviço deve se fazer operante. Isso acredito ser importante pontuar. Mas, como podemos pensar em, junto com as leis que autorizam tal assistência, e quem sabe, em alguns momentos, apesar dela, permitir que o CAPS promova um lugar possível para reinvenções a partir dos prejuízos – e aqui me refiro aos psíquicos e sociais que a experiência da loucura, se arrebatadora for pode pôr o sujeito diante dos riscos de morte, por exemplo – e assim permita a existência subjetividade e um enlace possível com a vida, para que, com o sofrimento revelado pelo sujeito, novas construções e produções possam acontecer?

Não ignoro as dificuldades de conseguir inventar com e apesar da lei. Entretanto, não acredito que possam ser toleradas ações que aconteçam “apesar” do sujeito. Uma entrevista de Foucault<sup>100</sup>, que trata de questões diferentes em relação à temática da loucura, mas problematiza

---

<sup>100</sup> Da amizade como modo de vida. (1981)

aspectos sobre outros “infames”<sup>101</sup>, um ponto específico me chama atenção, pois o vejo ressoar no contexto da saúde mental. Este autor aponta os perigos que podem existir quando da instituição ou promulgação de uma lei ou programa. A questão que lhe sobressai é a possibilidade de corromper as vias para a invenção. A preocupação em atender as prescrições legais pode, muito além de garantir direitos e prever cidadania, recair sobre o enrijecimento de criações. Não se prevê o abandono desses programas, mas como se pode garantir que estes mantenham, apesar de suas previsões, o lugar para a inventividade, para a surpresa, para aquilo que não se sabe? Este é o desafio, do qual não vejo outra saída, senão enfrentá-lo. Do contrário, a loucura acabará em seus recônditos redutos, paradoxalmente, desta vez, a céu aberto<sup>102</sup>.

## 6. CONCLUSÃO

O desenvolvimento desta dissertação abriu possibilidades inimagináveis desde o início da pesquisa. Não pensei que teria tempo para contar com a dimensão histórica que precisa ser problematizada, pelo menos no meu ponto de vista, para sustentar alguma interrogação acerca da Reforma Psiquiátrica e dos serviços que operam essa nova versão sobre a loucura. Tampouco acredito que tenha esgotado as dúvidas que cercam a temática, ao contrário, isto representa apenas um recorte possível a partir do que se pode admitir dentro do tempo em que o realizei. Nem mesmo pensei que a história fosse tomar tanto espaço destas linhas, e ainda de minha vida.

Ainda que apenas um breve recorte, espero que tenha sido importante e que possa somar à realidade tão temida e tão obscura da loucura, retirando em alguma medida e, mesmo que momentaneamente, esse lugar marginal ao qual destinamos a essa experiência subjetiva. Pois, se nos é comum falar de loucura, de alienação, de psicose, de saúde mental, entre os círculos acadêmicos e profissionais, que se ocupam desta experiência e de seus saberes, pouco parece importante para a sociedade em geral, que rapidamente precisa saber se é doença e se tem cura, bem como, qual o caminho mais distante para não ter que cruzar com esse fantasma, como se nada tivesse a ver com sua construção.

No percurso da pesquisa, como não poderia ser diferente, algumas dificuldades apareceram: a primeira e mais importante, talvez, foi conseguir superar o vínculo afetivo que

---

<sup>101</sup> Aproprio-me de sua expressão que intitula um artigo, “A vida dos homens infames”, e na referida entrevista, Foucault refere-se à homossexualidade, e forma como social e historicamente nos relacionamos com essa categoria, importando destacar os incômodos gerados pelo modo de vida que os sujeitos referidos homossexuais adotam.

<sup>102</sup> Parafrazeando o bordão psicanalítico a respeito da psicose, que Soler (2007) também traz como título de seu livro, “O Inconsciente a céu aberto”.

estabeleci com as pessoas que atuavam no lugar onde pesquisei e passar às críticas, à análise dos dados, mesmo que o objetivo não se assentasse sobre a “crítica pela crítica”, e mesmo supondo que as questões que levantei e elaborei podem auxiliar transformações, quem sabe, e superar impasses poucos esclarecidos para a equipe. Esse era um lugar de insistente questionamento, pois às vezes acreditava que, como pesquisadora, era muito confortável apontar as dificuldades que apareciam na dinâmica do serviço ou as ressonâncias de uma época que se pretende superar.

Sobre isso, penso: se eu estivesse na condição de funcionária deste serviço, as mesmas questões teriam aparecido? Que outras interrogações teriam sido feitas, se não apenas como pesquisadora eu figurasse nessa assistência? A pesquisa feita por alguém que compusesse a equipe da assistência poderia ter dado outro direcionamento ao aspecto revelado a mim.

Outro impasse foi exposto a mim no último dia da pesquisa: alguns profissionais, ao longo do período em que estive no Serviço, perguntavam se eu iria ao CAPS, tal ou qual dia, anunciando suas preocupações em serem “vigiados” por mim, e se assim precisariam, além de contar com a própria demanda do serviço, ter que se haver com um olhar estranho que, para eles, parecia julgar as ações como certas ou erradas.

De forma alguma o objetivo deve se apoiar nessa prerrogativa do “certo e errado”. Elaborar as questões que trouxe para a dissertação pretendia analisar como o saber que se construiu sobre a loucura, especificamente, no período referente ao século XIX e do qual me ocupei diretamente, ainda reverbera não apenas nos manicômios ou unidades hospitalares que mantém leitos de internação, mas também nos serviços substitutivos que visam romper com o modelo asilar, não por negarem preocupação em relação aos preceitos da reforma psiquiátrica, e sim porque não apenas num ato libertário se consegue restituir um novo lugar. Ou mesmo, assim como os próprios preceitos que resgatam os direitos à cidadania e à dignidade, também podem representar o avesso disso e, operar, mais uma vez, como um discurso regulador da moral, que impede que a experiência da loucura tenha existência decente.

Por isso, com preocupação em não cair na armadilha da categorização simplista de que o serviço funciona certo ou errado, mantive cuidado nas vezes em que me referi ao CAPS onde pesquisei. Em certos momentos em que fazia referências, algumas pessoas costumavam dizer: “não sei onde tu pesquisaste, não sei como é lá, mas onde trabalho não é assim”, e parecia como se minha fala fosse uma acusação e uma denúncia da era moderna em pleno século XXI.

Mais que isso, espero ter conseguido sustentar minha problemática e mostrar que mesmo banhados pelos ideais reformistas, estamos à beira e, talvez, encharcados de um discurso que não se encerrou, que ainda nos cerca e que nos parece confortável adotar por pretender responder a tudo que surge. Por que cair no risco de permitir que o sujeito faça uma nova crise, se é possível dopá-lo com medicações tão avançadas e evitar esta incômoda experiência? Mas, como sempre aconteceu, a loucura dá seu jeito e não há medicação que consiga calá-la para sempre. E é a isso que faço atenção e pretendo incitar com o fim dessa primeira etapa, a partir das respostas que consegui dar nesse primeiro momento: por que se precisa calar tal experiência? Seja através da construção do saber médico sobre a loucura como doença mental, seja através da reforma psiquiátrica que tece novas estratégias para sustentar o comprometimento com um sujeito idealmente reabilitado.

Outra dificuldade se impôs: a mudança do problema de pesquisa que se deu ao longo do percurso, que a princípio se assentava na teoria psicanalítica e que foi superado como questão. Quando isso se deu, pensei em como sustentar um trabalho que se vinculava à linha de pesquisa que tem a Psicanálise como referência principal e que ganhou uma dimensão histórica importante e expressiva. Não que esta dimensão exclua a Psicanálise, mas penso que não se dê sem consequências, principalmente, nas críticas que Foucault faz à psicanálise ao longo de seu pensamento e que também apareceu na bibliografia à qual mais me reporte, *O Poder Psiquiátrico*, quando inclui o saber psicanalítico no rol das funções-psi, que serviam ao saber médico para sustentar esta verdade.

Não tive tempo nem mesmo para aprofundar tais críticas, mas tomei a Psicanálise aqui como um discurso que resiste ao saber medicalizado e, sobretudo, pretende restituir ao sujeito um lugar próprio. Porém, mesmo não tendo podido aprofundar nessas críticas e ir às suas últimas consequências, destaco o entendimento de que, ao mesmo tempo em que parto de uma Psicanálise que se pretende nesse lugar de resistência, esta só pode existir dentro de qualquer serviço como uma possibilidade, e não como uma verdade imperativa que supõe deter um saber melhor do que aqueles que circulam, ou que tentam circular num serviço de assistência psiquiátrica, por exemplo. Mas resgato a tradição compromissada que a Psicanálise mantém nas investigações acerca da loucura, ou, mais especificamente, acerca da psicose, tal como referi ao final do item que se destina à exposição da contribuição de Freud sobre as psicoses, e que refiro Birmam (1978a) enfatizar o reconhecimento do papel importante da Psicanálise, por devolver e

apostar num sujeito capaz de construir sua própria verdade, em tempos de pura exclusão do sujeito.

À Reforma Psiquiátrica Brasileira é preciso dar seu valor e importância dentro do que se construiu ao longo dos séculos. Representa uma quebra triunfal com o modelo asilar do claustro, dos mortos-vivos, fazendo operar a pena que lhes era encerrada por assombrarem os lugares por onde passavam. Mais do que derrubar os muros dos asilos, coloca-se como a possibilidade de destituir o saber médico de seu lugar supremo, incluindo outros saberes que há muito tempo questionavam as verdades cristalizadas que ignoravam qualquer possibilidade de restabelecer uma existência digna ao sujeito identificado como louco. Mais que isso, a Reforma Psiquiátrica representa, como refere Lins (2007), a possibilidade de dar uma nova resposta à loucura, junto com ela, e não aquém de seus sujeitos.

Porém, esse é o momento do início, momento de ruptura com os ardis anos minuciosamente costurados pelo saber médico. E assim me refiro ao momento do começo do movimento reformista, no final da década de 70, mas também ao período que nos encontramos hoje. E é por reconhecer que as amarrações das verdades erigidas são muitas e complexas, que penso ser indispensável não recuarmos das questões que se impõem no dia-a-dia da assistência.

Como, por exemplo, conciliar o lugar que deve ser dado ao sujeito, considerando seu tempo e suas escolhas, com as exigências legais que se impõem para o serviço se manter em pleno funcionamento? É preciso, por exemplo, que o sujeito tenha um número “x” de atendimentos (médicos, principalmente), para garantir que os recursos financeiros sejam depositados para o CAPS. E ainda, com quais moedas pagar o preço de se adequar à lei e às portarias que prescrevem como se deve operar uma unidade de assistência? Sim, pois ainda que assegurem um lugar de direitos, podem engessar ações.

Se devo sugerir algo, com cuidado, e de forma geral, acredito que além das supervisões, que aconteceram, por exemplo, em um período no CAPS onde pesquisei e parecem ser frequentes e solicitados por outras instituições – vejo tal intervenção como o lugar para expor e dissipar, na medida do possível e do necessário, os impasses clínicos que se estabelecem na assistência –, os grupos de estudos também podem aparecer como uma possibilidade para repensar as práticas, para historicizar as intervenções, contextualizar os serviços. Não me refiro aqui aos “cursos de capacitações” que parecem ter caído num modismo, mas na formação

continuada que pretende dar lugar, também, às questões que se impõem no caminhar da assistência e que podem auxiliar nas dissoluções dos problemas, bem como incitar à produção de trabalhos teóricos que possam ser publicizados e, assim, tomados por outras assistências que reconheçam dificuldades semelhantes. E assim, mais do que simplesmente acreditar que exista um modelo ideal de serviço, pôr-se em questão constantemente, movimentando, problematizando e inventando sobre temas tão caros e complexos à nossa história.

## 7. BIBLIOGRAFIA

AULAGNIER, Piera. **Um Intérprete em Busca de Sentido – II**. São Paulo: Escuta, 1990.

BAPTISTA, Luis A.; ENGEL, Magali G. **A Desconstrução do Manicômio e as Interpelações da História**. In: Psicologia Clínica – Foucault: 40 anos de História da Loucura. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. v. 13 nº1, 2001.

BIRMAN, Joel. **A Psiquiatria como Discurso da Moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

\_\_\_\_\_. **Demanda Psiquiátrica e saber psicanalítico**. In: GOFFMAN, Erving et al. Sociedade e Doença Mental. Rio de Janeiro: Campus, 1978.

\_\_\_\_\_. **Enfermidade e Loucura: sobre a medicina das inter-relações**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas / Departamento de Atenção Básica; Coordenação Geral De Saúde Mental; Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários - inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>

BRASIL. Portal do Ministério da Saúde. **Agente Comunitário da Saúde**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23176](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23176)

BUARQUE, Chico. (1969) **Rosa-dos-ventos**. In: Chico Buarque (site). Disponível em: [http://www.chicobuarque.com.br/letras/rosadosv\\_69.htm](http://www.chicobuarque.com.br/letras/rosadosv_69.htm)

BULHÕES, Maria A. **Clínica das Psicoses: armadura simbólica**. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre / Associação. Psicanalítica de Porto Alegre. - nº 25, 2003. - Porto Alegre: APPOA, 1995. Disponível em: <http://www.appoa.com.br/download/revista25.PDF#page=38>. Acesso em: 28 de junho de 2008.

CABAS, Antônio G. **O Sujeito na Psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

CHERMONT, Mario. M. **A Saúde Pública no Brasil**. Tomado dos Comunicados da Diretoria Geral de Informações, Estatísticas e Divulgação do Ministério da Educação e Saúde Pública. Janeiro-1933 (100-102). Disponível em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v12n1p100.pdf>

COSTA, Jurandir F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COUTO, Richard; ALBERTI, Sonia. **Contribuições ao debate entre a psicanálise e a atual reforma psiquiátrica brasileira**. In: *Mental* – ano VI, n. 11 (15-33). Barbacena: jul-dez 2008.

DUTRA, Maria C. B. **As Relações entre psicose e Periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato**. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental III*, v 4, (48-58).

FERREIRA, Aurélio B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FIGUEIREDO, Ana C. **Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

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

\_\_\_\_\_. (1974-75) **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. (1975) **A Casa dos Loucos**. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREUD, Sigmund. (1894) **As Neuropsicoses de Defesa**. In: *Obras Psicológicas Completas: edição standard brasileira*, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1914) **À Guisa de Introdução ao Narcisismo**. In: *Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

\_\_\_\_\_. (1924 [1923]) **Neurose e Psicose**. In: *Obras Psicológicas Completas: edição standard brasileira*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1924) **A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose**. In: *Obras Psicológicas Completas: edição standard brasileira*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. (1925) **A Negativa**. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*, vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

FUCKNER, Ismael. **No hospício, o império da razão republicana**. 2008. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/7678/1/Corpos-Em-Delirio-Discursos-Psiquiatricos-E-Praticas-Asilares-Em-Belem-Do-Para-1870-A-1920/pagina1.html>

GOLDENBERG, Mirian. **A Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

GUIMARÃES, Maria C. P.; VIEIRA, M. A. **A passagem ao ato falha: da angústia ao ato na teoria Lacaniana**. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Pontifícia Universidade Católica. Rio de Janeiro: 2007.

GUIMARÃES, Roberto M.; BENTO, Victor E. S. **O Método do “estudo de caso” em Psicanálise**. In: *Psico*, v. 39 (91-99), n.1, jan/mar. 2008.

HANNA, Maria Silvia G. F. **Sobre a Direção do Tratamento no Campo da Psicose: que concepção para a transferência e seu manejo na psicose?** In: FIGUEIREDO, Ana C. (Org.) *Corpo, Sintoma e Psicose: leituras do contemporâneo*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006.

JULIEN, Philippe. **O fim de uma sessão**. In: DIDIER-WEILL, Alain; SAFOUAN, Moustapha (Orgs.). *Trabalhando com Lacan: na análise, na supervisão, nos seminários*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

LACAN, Jacques. (1955-56) **O Seminário**, Livro 3. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

\_\_\_\_\_. (1955-56) **O Seminário**, Livro 3. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

\_\_\_\_\_. (1957-58) **De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose**. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1962-63) **O Seminário**, Livro 10. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário da Psicanálise**. 4ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LINS, Cristina B. A. **Hospital Dia, Subjetividade e Relações de Poder: um estudo de caso**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Social – Universidade Federal do Pará. Belém: 2007. Disponível em: [http://ppgp.ufpa.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=49&Itemid=58](http://ppgp.ufpa.br/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=58)

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

MUÑOZ, Nuria M. **Do Amor à Amizade na Psicose: contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental**. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 13 (87-101), n. 1. São Paulo: março 2010.

MEZAN, Renato. **Escrever a Clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MONTE, Jaime Bezerra do. **Considerações metodológicas sobre a pesquisa em psicanálise na universidade**. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: 2002. Disponível em: <http://www.tede.ufsc.br/teses/PPSI0100.pdf>. Acesso em: 05 de julho de 2009.

MOURA, Ana.; NIKOS, Isac. **Estudo de Caso, Construção de Caso e Ensaio Metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica.** In: Pulsional Revista de Psicanálise, ano XIII, n. 140/141 (69-76), Nov. 2000.

QUINET, Antonio. **Psicose e Laço Social: esquizofrenia, paranóia e melancolia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

\_\_\_\_\_. **Teoria e Clínica da Psicose.** 2 Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

\_\_\_\_\_. **Teoria e Clínica da Psicose.** 4 Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

RINALDI, Doris. **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, 2006.

\_\_\_\_\_. **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, 2010.

RINALDI, Doris. **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, 2006.

SANTA IZABEL DO PARÁ. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto do Centro de Atenção Psicossocial CAPS de Santa Izabel.** Santa Izabel do Pará, janeiro de 2002.

SANTA IZABEL DO PARÁ. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. **CAPS II: Um Projeto de Reestruturação.** Santa Izabel do Pará, maio de 2002.

SIMANKE, Richard T. **A Formação da Teoria Freudiana das Psicoses.** Rio de Janeiro: 34, 1994.

SANTOS, Núbia S.; ALMEIDA, Patty F.; VENANCIO, Ana T.; DELGADO, Pedro G. **A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.** In: *Psicologia Ciência e Profissão*, v.20 (n.4), Brasília: dez, 2000.

SOLER, Colette. **O Inconsciente a Céu Aberto da Psicose.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

SOUZA, Neusa S. **A Psicose: um estudo lacaniano.** Rio de Janeiro: Revinter, 1991.

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

**ANEXOS**

## ANEXO A: TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANEXO A: TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP



### TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará analisou o projeto de pesquisa intitulado **“Passagem ao Ato e Clínica das Psicoses: análise sobre as possibilidades de assistência prestada ao paciente psicótico”**, protocolo nº282/10, sob a responsabilidade dos pesquisadores Sâmea Carolina Ferreira Quebra, orientação do *Prof. Dr. Ernani Pinheiro Chaves*, obtendo **APROVAÇÃO** na reunião do dia 15.06.2010, por estar de acordo com a Resolução nº196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil.

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá ser encaminhado relatório semestral e, ao final, elaborado um relatório consolidado, incluindo os resultados finais da pesquisa, em prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a finalização da pesquisa.

Situação: *Aprovado*.

Belém, 15 de Junho de 2010.

Dr. João Soares Felício  
Coord. do Comitê de Ética  
em Pesquisa / H UJBB  
CRM: 4409

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa / H UJBB/UFGA

## ANEXO B: DIÁRIO DE CAMPO

ANEXO C: DIÁRIO DE CAMPO

Diário de Campo.

Diário pertencente à pesquisadora Sâmea Quebra\*,  
utilizado para o registro das visitas e ativida-  
des realizadas ao/no CAPS Sta. Izabel.

Dados Pessoais:

Nome: Sâmea Carolina Ferreira Quebra

Telefone: (91) 32764268 / (91) 96152504.

Endereço: Travessa Onéas Pinheiro, Lond. Em-  
brapa, Rua Jari, nº 20. CEP: 66095-  
260 - Belém/PA.

E-mail: sameaquebra@yahoo.com.br.

\* Mestranda do Programa de Pós-gradua-  
ção em Psicologia da Universidade Fede-  
ral do Pará - UFPA.

\*Favor devolver à dona.

28/10/09. Supervisão clínica com equipe: 2 psicólogos, coordenadora do CAPS, Assistente Social, estagiário de Farmácia e Técnico de Enfermagem e supervisora (Suzia Noqueiro).

- Foi relatado inicialmente à supervisora a atividade realizada em comemoração ao dia 10 de Outubro de 2009 - Dia Internacional da Saúde mental. Algo me chamou a atenção, talvez por ser sido a primeira vez que participei desta supervisão: supervisora chama a atenção para o registro fotográfico do processo de planejamento do evento, pois foi dito pelos profissionais presentes que havia sido feito o registro do evento e a supervisora, pergunta, então, se o processo de organização foi registrado, já que foram realizados atividades desenhadas à preparação do evento, "oficinas" para confeccionar adesivos, frases, pedineira, lembranças e a supervisora responde-se que este registro não foi feito. A isso, chama-

presentação dos resultados. Todos os momentos são importantes, por exigirem coisas diferentes dos pacientes em cada etapa. É o paciente precisa ser acompanhado em cada momento específico, uma vez que separa-se, também, sua melhora com a participação nas atividades ofertadas pelo CAPS. Todos os momentos têm objetivos terapêuticos, ou não? Poderosamente, apresentei-me à supervisora e apresentei também a proposta de estudo do meu projeto de dissertação. Nesse momento a supervisão ganhou um teor bastante teórico e, apesar de ter sido cansativo para alguns poucos, provavelmente pelo desinteresse pela teoria. Calor completamente esperado, já que nem todos devem dar a Psicanálise a mesma importância e lugar que eu dou, foi a primeira que falei sobre o que espero das minhas visitas ao CAPS, como vejo a Priese e a abertura, como nasceu o projeto, entre outras informações que

se a atenção, para a importância de realizá-las, também, ou mais, o processo e as atividades realizadas pelos pacientes para os eventos. (A isso também me pergunto sobre a importância de investir sobre os comitês já percorridos para realizar um evento com os pacientes, pois se o foco realmente ~~for~~ sobre o resultado, e se o último é avaliado como ruído ou inferior ao esperado, que investimento se fará sobre o evento "pacoteado" - a única palavra que me ocorreu agora - e sobre os pacientes envolvidos de expectativa somente neste momento único da apresentação dos resultados. É o que foi construído? Que espaço habita? O que se diz sobre as "oficinas" e o que se registra sobre elas? É as finalidades traçadas a quem se destinam? Algo que não pode se perder de vista num planejamento de atividades, nem no acompanhamento delas e, nem mesmo, na a-

Surgiram durante esta revelação. Ao final da supervisão, a supervisora perguntou ao grupo como foi que se sentiram durante a experiência do grupo, da forma como aconteceu. Algumas pessoas disseram estar emocionadas com o rumo que tomou a supervisão, em especial sobre as considerações da supervisora e minhas sobre o delírio - como um saber ou possibilidade de construção de um saber para o paciente, como uma via possível de melhora para o paciente, possibilidade de aplacar a angústia do paciente. Isso pareceu uma informação bastante nova para os profissionais, em especial para a coordenadora e AS. - Não sei se especial, mas foram as que mais demorei a nomear "surpresa" a este respeito.

Potevemente a supervisora realizou o encerramento da supervisão. Fizemos uma roda, com braços dados, simbolizando as conexões/inconexões das conexões (clito pela supervisora). Depois abraçamos

nos para encerrar em definitivo.

03/11/09 (Tarde)

- Próxima Assembleia de Pacientes: 05/11/09 (quinta-feira, às 14h00).

Realizada reunião de monitoramento com a psicóloga Técnica de Referência dos dois pacientes que compareceram ao CAPS hoje. Psicóloga disse que, em geral, tem 7 pacientes para o grupo de Psicologia, mas provavelmente, por causa do período de ontem. Teria ter ocorrido o grupo terapêutico, mas como compareceram somente os 2 pacientes realizou-se o Monitoramento (atividade de acompanhamento e avaliação do quadro dos pacientes, realizado pelo técnico de referência, com frequência ~~semanal~~) individualizada, ocorrendo novamente. Participam do monitoramento os pacientes acompanhados por cada técnico.

\* Preciso explorar mais informações sobre o monitoramento e o grupo de Psicologia, para compreender essa compensação de

atividades.

Durante o grupo, psicóloga informa que os grupos de psicologia terão atividades suspensas por causa das oficinas que ocorrerão para confecção de materiais para o evento de Natal. Avaliar objetivos do grupo de Psicologia, novamente, para compreender a substituição de atividades realizadas: oficinas, monitoramento. Foi que a presença de apenas de pacientes inviabiliza a elaboração de um atendimento psicológico grupal ou em conjunto? Foi que a preparação de um evento e realizações de oficinas inviabilizam a realização do grupo de Psicologia?

\* Coordenadora do CAPS forneceu-me os projetos que já foram encaminhados para criação do CAPS Sta. Izabel, para reformar do mesmo, para instituição da Superintendência Clínica-Institucional, para a Abordagem Comunitária.

05/11/09 - Assembleia

→ A reunião "Assembleia" acontece a cada 15 dias. Antes era feita em dois turnos, mas decidiu-se realizar apenas uma reunião, para que todos os pacientes são convidáveis. Assisti apenas a uma reunião, desde o início de minha pesquisa de campo.

Esta, de hoje, teve um caráter (bastante) informativo. Foi coordenada por uma psicóloga, enquanto a outro coletava os nomes dos presentes.

Foram fornecidas informações pela telefonista, sobre as atividades que serão desenvolvidas para a festa do Natal (Coral e oficinas de confecção de materiais p/ os eventos), que será encaminhado ao Ministério da Saúde para a implantação de um vestibular popular. - Proposta do Ministério, para todos os CAPS do Brasil. Serão inscritos projetos para conseguir verbas de R\$ 5.000,00, R\$ 10.000,00 e R\$ 15.000,00, e os CAPS

São responsáveis pela elaboração e submissão dos projetos até o dia 13/11/09.

Informou-se o itinerário do cortejo de Natal. Ao fim de todas as informações, a psicóloga perguntou se os pacientes tinham algo a dizer, nenhum se manifestou.

## ANEXO C: ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Quando foi fundando o CAPS de Santa Izabel?
- 2) Qual o contingente atual de pacientes?
- 3) Quais as atividades desenvolvidas no CAPS?
- 4) Qual a importância da Reforma Psiquiátrica?
- 5) Que medidas são adotadas pelo CAPS quando algum paciente configura uma crise?
- 6) Qual a compreensão que o CAPS tem a respeito da crise e da fenomenologia da psicose: delírios, alucinações, passagens ao ato?
- 7) Quais são os critérios de admissão e de rejeição de pacientes no serviço?
- 8) Qual o tempo de permanência de pacientes no CAPS: período de tratamento total e diário, frequência?
- 9) Quais são os critérios de alta?
- 10) Como a doença mental é compreendida no CAPS?
- 11) Dentro do cenário atual da saúde mental, que mudanças precisam ocorrer ou quais deficiências são identificadas pelo CAPS de Santa Izabel, tanto no que diz respeito ao município quanto ao estado?
- 12) Informações complementares sobre observação do serviço.