



Psicologia em Estudo

ISSN: 1413-7372

revpsi@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Marques Pinto, Alessandra Teixeira; Arruda Leal Ferreira, Arthur
Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial
Psicologia em Estudo, vol. 15, núm. 1, marzo, 2010, pp. 27-34
Universidade Estadual de Maringá
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122130004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

PROBLEMATIZANDO A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: A GENEALOGIA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL¹

Alessandra Teixeira Marques Pinto^{*}
Arthur Arruda Leal Ferreira[#]

RESUMO. Este artigo tem por objetivo problematizar um dispositivo importante no processo de reforma psiquiátrica brasileira que é a reabilitação psicossocial. Os autores observam que novas modalidades de tratamento em saúde mental não determinam que os doentes mentais possam efetivamente assumir a condição de cidadão, pois princípios manicomialistas podem estar presentes, embasando serviços e práticas. O que se observou é que a reabilitação psicossocial tem uma grande importância na vida dos ditos doentes mentais, mas apresenta o risco de promover a manutenção da condição de psiquiatrizado. Para se pensar sobre essa questão, recorre-se à genealogia de Michel Foucault que consiste na problematização das práticas de poder subjacentes aos discursos psiquiátricos contemporâneos no Brasil.

Palavras-chave: Reabilitação psicossocial; reforma psiquiátrica; saúde mental.

PROBLEMATIZING THE BRAZILIAN PSYCHIATRIC REFORM: THE GENEALOGY OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

ABSTRACT. The aim of this article is to question a very important device of the actual Brazilian psychiatric reform process: psycho-social rehabilitation. The authors formulated a hypothesis that the creation of new forms of treatment in mental health does not determine that the mentally-diseased can effectively assume the condition of a citizen. Old functional sanatorium principles may be present, being the basis of services and practices. It has been observed that the psychosocial rehabilitation has a great importance in the interviewed people's lives; however it presents the risk of promoting the maintenance of the "psychiatrized" condition. In order to think about this question, we have to turn to Michel Foucault's Genealogy, which consists in the problematization of the practices of power underlying the contemporary psychiatry discourses in Brazil.

Key words: Psychosocial rehabilitation; psychiatric reform; mental health.

PROBLEMATIZACIONES DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEÑA: LA GENEALOGÍA DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

RESUMEN. Este artículo tiene por finalidad problematizar un dispositivo importante en el proceso de reforma psiquiátrica brasileña que es la rehabilitación psicossocial. Los autores observan que nuevas modalidades de tratamiento en salud mental no determinan que los enfermos mentales puedan efectivamente asumir la condición de ciudadano, pues principios de las prácticas manicomialistas pueden estar presentes, dando soporte a los servicios y prácticas actuales. Lo observado es que la rehabilitación psicossocial tiene una enorme importancia en la vida de dichos enfermos mentales, pero presenta el riesgo de promover la mantención de la condición de psiquiatrizados. Para pensar sobre esta cuestión, se recurre a la genealogía de Michel Foucault a fin de poner en cuestión las prácticas de poder subyacentes en los discursos psiquiátricos contemporáneos en Brasil.

Palabras-clave: Rehabilitación psicossocial; reforma psiquiátrica; salud mental.

¹ Apoio: CNPq e FAPERJ.

^{*} Mestre em Saúde Coletiva. Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ).

[#] Doutor em Psicologia Clínica. Professor Adjunto do Departamento de Psicologia Geral e Experimental do Instituto de Psicologia da UFRJ (IP/UFRJ) e do Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde Coletiva (IESC/UFRJ).

UMA HISTÓRIA DAS HISTÓRIAS DA LOUCURA

A meta deste trabalho é pôr em questão um dispositivo caro ao atual processo de reforma psiquiátrica brasileiro: a reabilitação psicossocial. Para isto, será trazido à cena um conjunto de ferramentas conceituais da arqueologia e genealogia de Michel Foucault. Pensador de difícil classificação dentro dos ramos tradicionais do saber. Epistemólogo, se não recusasse a abordagem epistemológica em prol de uma arqueologia, devotada à descrição dos solos epistêmicos de onde os saberes surgem, sem se indagar sobre a sua cientificidade. Historiador, se não propusesse uma genealogia de inspiração nietzschiana em substituição à história tradicional das idéias, marcada pelo intelectualismo, continuísmo e primazia do sujeito. Filósofo, se não recusasse a primazia dos sistemas em prol de um pensamento estratégico, problematizador das questões atuais, modificando a partir destas os seus conceitos e métodos. E é nesta atitude estratégica de seu pensamento que a sua parceria será tomada: sua função não é nos fornecer um apoio ou um fundamento, mas desmontar nossas verdades mais caras, destronar as nossas evidências reificadas e apontar os riscos do nosso presente. Pensar com um autor nesta perspectiva não é o juramento de fidelidade aos seus princípios, mas é estrategicamente pensar com ele e muitas vezes, para além dele, se abrindo a outras parcerias, a possibilidade de colocação de novos problemas e de construção de novos conceitos. Quando pensamos nesta caixa de ferramentas foucaultianas, especialmente no martelo destruidor das evidências tomado de empréstimo a Nietzsche, podemos pensar numa espécie de utensílio ou arma única, com o mesmo porte para destruir qualquer certeza. Contudo, nós encontraremos nos ditos e escritos de Foucault um farto arsenal de máquinas de guerra, cada qual forjada especificamente para uma evidência sólida.

O tema da psiquiatria é um dos mais recorrentes nos trabalhos foucaultianos por se tratar de um aglutinador de dispositivos que produzem um extenso capital de verdades, ao mesmo tempo em que um vasto arsenal de formas de poder. Contudo, a abordagem deste tema varia em torno de uma série de termos específicos, conceitos-chave e alvos estratégicos. E neste conjunto de enunciados, o saber psiquiátrico jamais será abordado a partir de um viés epistemológico, supondo uma possibilidade de progresso. A importância de cartografar tais elementos nos ditos e escritos foucaultianos visa a montagem de uma narrativa histórica, que sirva para problematizar

as evidências presentes dos saberes e poderes psiquiátricos.

Em sua tese de doutorado escrita em 1961, Foucault (1978) toma como hipótese-chave a suposição que a História da Loucura do Renascimento até os nossos dias tem o sentido da progressiva separação da loucura com relação à razão no plano do conhecimento e no seio das nossas experiências sociais. Para tal análise, são destacadas do século XV até o século XIX as diferentes manifestações sobre o conhecimento teórico da loucura de um lado e a percepção social dos loucos, de outro. Deste modo é que no Renascimento (século XVI) recai contra a loucura no máximo uma condenação de cunho moral (enquanto presunção, desregramento, irregularidade da conduta, defeito, falta e fraqueza) sendo a sua experiência não muito distanciada da manifesta na própria razão. No Período Clássico (séculos XVII e XVIII) a loucura é excluída da ordem da razão com Descartes e os loucos, enclausurados junto a uma população heterogênea, tomada como moralmente desarazada: sodomitas, prostitutas, libertinos, blasfemadores, suicidas, magos, feiticeiros, alquimistas, etc. Outra marca deste período clássico é a dissociação entre a percepção social dos loucos, governada pela experiência do internamento, e o conhecimento médico da loucura, regido por um paradigma classificatório-taxonômico, em que as diversas formas de loucura constituíam famílias em continuidade com as demais doenças. Daí a ausência de qualquer especificidade que conferisse às doenças mentais um domínio à parte; no período clássico elas não existem. A linha separatória entre razão e desrazão que surge no referido período cava sulcos mais profundos na Modernidade (século XIX em diante), quando os loucos se vêem libertos das correntes por Pinel e Tuke, mas ainda circunscritos no espaço asilar no estigma da doença mental. Esta é tomada como um estado de alienação perante as marcas inalienáveis da natureza humana. Nas palavras de Foucault, liberta-se o louco das correntes das antigas casas de correção, mas ele é ao mesmo tempo confinado às peculiaridades do saber médico e das marcas da natureza humana.

O esforço arqueológico próprio dos anos 1960 do trabalho de Foucault, de dar conta das condições de possibilidade histórica dos saberes, encontrará nos anos 1970 o poder como o seu termo-chave. Inicia-se aqui o projeto genealógico, na tentativa de conjugar a gênese dos saberes na reformulação dos poderes. E nesta fase do pensamento foucaultiano, a gênese do saber psiquiátrico não assume tanta importância como a das prisões, dedicando Foucault ao tema dois cursos

no *Collège de France* (“O poder psiquiátrico” (2006) de 1973-1974 e “Os Anormais” (2001) de 1974-1975) e alguns artigos.

Um dos mais emblemáticos destes trabalhos é “A Casa dos Loucos” (1982), em que este pensador destaca como peça-chave de seu argumento a constituição histórica de uma dupla experiência de verdade no ocidente: enquanto prova e como revelação. No primeiro caso, a verdade toma o caráter explícito de uma justa, de batalha corpo a corpo, de um jogo de forças (poderes) locais na qual ela cabe ao vencedor. No segundo caso, ela busca se universalizar pondo-se à distância de qualquer produção meramente situada. Um exemplo no primeiro caso é o da noção de crise em medicina, em que é necessário provocar o surgimento da doença no corpo do paciente para que possa ser feito o seu combate. No segundo caso, outro exemplo extraível da medicina provém do laboratório de Pasteur em que o combate à doença tem seu front principal no laboratório, à distância dos corpos em padecimento e na universalização da microbiologia.

Dentro desta dupla caracterização da verdade na aproximação ou tentativa de afastamento das relações de força locais, a psiquiatria tem um lugar especial. Mesmo que com ela tenha buscado constituir em alguns momentos formas de verificação universalizantes (como por exemplo, com Charcot, ainda que mesclada com caráter de prova) seu modo de produção de verdade por excelência, a entrevista psiquiátrica, possui um caráter de justa. Pois nesta forma de verificação, próxima da confissão cristã, busca-se que o suposto louco confesse, através do poder asilar, a verdade de sua loucura. Não se trata, pois de um modo de produção de verdades pretensamente universal tal como ocorreria em um laboratório médico, mas de uma justa, de uma batalha demarcada no tempo (o do internamento) e no espaço (o asilo) entre a vontade do médico e a do seu paciente pela demarcação de um saber.

Contudo, Foucault neste mesmo artigo aponta algumas estratégias de despsiquiatrização, de quebra desta relação entre poder asilar e verdade da loucura são produzidas na virada para o século XX: a psicocirurgia e psicofarmacologia de um lado, e a psicanálise de outro. São estratégias de despsiquiatrização, uma vez que a produção de verdade sobre a loucura não se equaciona mais com o confinamento asilar. Na psicofarmacologia e na psicocirurgia isto ocorreria ao se fazer o poder de confinamento recuar perante uma verdade sobre a loucura revelada nos laboratórios; trata-se da despsiquiatrização de produção nula, uma vez que visa a eliminação de todo sinal de loucura. Na psicanálise

esta quebra do dispositivo asilar se produz ao permitir que o louco produza a sua própria verdade, mesmo que no *setting* analítico recodifique-se integralmente o poder médico na figura do analista. Daí seu nome de despsiquiatrização de produção controlada. Contudo, a derradeira estratégia de despsiquiatrização seria produzida pelo movimento antipsiquiátrico, capitaneado por David Cooper, Ronald Laing, Thomas Szasz e Franco Basaglia (com sua psiquiatria democrática), ao derradeiramente libertar o louco de qualquer confinamento e de qualquer verdade; a ele caberia a produção de seu próprio saber². Esta produção do próprio discurso e da própria verdade é o contrapoder ou alternativa mais palpável ao poder asilar e suas formas de despsiquiatrização relativas.

AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS EM QUESTÃO: A POSSIBILIDADE DE NOVOS PERIGOS

Essa história foucaultiana terminaria aqui com a possibilidade do triunfo libertador da antipsiquiatria, na tomada de assalto do aparato psiquiátrico a partir dos anos 1960/1970? É bem verdade que este caminho aberto por Foucault não foi mais trilhado por ele nos anos 1980. Contudo, as problematizações foucaultianas sobre a loucura inspiram outros trabalhos, como os de Deleuze (1992) e Castel (1987). Deleuze propõe a existência de uma sociedade de controle, para além das sociedades disciplinares, baseadas estas na transmissão da ordem pelo confinamento, como no asilo psiquiátrico. O apoderamento dos corpos aqui passa a ser exercido ao ar livre e de modo contínuo, como em certas formas de despsiquiatrização. Nestas novas formas de controle pós-disciplinares poderíamos claramente

² Apesar de Foucault denominar de antipsiquiatria tanto o movimento antipsiquiátrico propriamente dito quanto a psiquiatria democrática italiana, devemos destacar uma distinção entre os dois movimentos. A antipsiquiatria teve origem nos anos 1960, questionando o modelo psiquiátrico clássico e as deficiências assistenciais dos asilos-manicômios que levariam à cronificação da doença. Propunha uma crítica radical à relação de poder que se estabeleceria entre médico e paciente, percebendo a loucura como fruto da repressão da sociedade e da família. A psiquiatria democrática italiana, por sua vez, inspirou-se na luta sócio-política do psiquiatra italiano Franco Basaglia, enfatizando um processo conhecido por desinstitucionalização, o qual visava a desmontagem e a desconstrução do aparato prático-teórico-discursivo da psiquiatria. Tentando evitar a *objetalização* da loucura que este aparato proporcionava, foram construídos novos centros de saúde mental e novas formas de tratamento. (Basaglia *et al* citado por Amarante, 1995, p. 55).

situar a psiquiatria preventiva norte-americana, proposta por Gerard Caplan, e a psiquiatria de setor francesa, idealizada por Lucien Bonnafé. A primeira surgiu nos Estados Unidos, por volta dos anos 1950, buscando identificar as pessoas que seriam mais suscetíveis aos transtornos mentais via questionários, com o intuito de mapear comportamentos e efetuar uma busca aos antecedentes “suspeitos” com vistas à intervenção. A psiquiatria de setor, por sua vez, foi capitaneada por psiquiatras franceses progressistas, os quais reivindicavam a transformação imediata dos manicômios, defendendo o retorno à vocação terapêutica da psiquiatria, tarefa inviabilizada no interior de instituições manicomiais. Assim, o tratamento deveria ser realizado dentro do meio social, de modo a evitar a segregação e o isolamento dos usuários. A instituição psiquiátrica sofreria um esquadramento, de forma que a cada ala corresponderia uma área geográfica e social. Com isso, abrir-se-ia a possibilidade de cada paciente se relacionar com outros de sua mesma cultura e meio social na ocasião da internação.

Sobre esta última experiência, Castel (1987) afirma que a psiquiatria de setor não avaliou o risco do hospital psiquiátrico permanecer como o centro da assistência, pois não teria havido, como na Itália, um movimento de contestação do próprio hospício. O autor, contudo, radicaliza sua crítica, pondo em questão a própria estratégia antipsiquiátrica, como um exemplo dessa nova forma de gerência aberta da doença, enquanto modo de responsabilização do próprio portador. Foucault (1995) assim se posiciona quanto este trabalho:

Eu concordo inteiramente com a posição de Castel, mas isto não quer dizer, como alguns supõem que os hospitais psiquiátricos são melhores do que a antipsiquiatria; isto não significa que não possamos criticar estes hospitais. Penso que seria bom fazê-lo, pois eles eram o perigo. E agora está bastante claro que o perigo mudou. Por exemplo, na Itália, fecharam todos os hospitais para doentes mentais, e há mais clínicas particulares etc. – novos problemas surgiram. (p.256)

A nossa contribuição nessa problematização é perguntar quais são os problemas portados pelas novas formas de despsiquiatrização presentes no Brasil. O que melhor representa aqui este processo atual é a chamada Reforma Psiquiátrica, surgida nos anos 1980 como um rebatimento em uma frente de largo espectro doutrinário dos movimentos antipsiquiátricos oriundos dos Estados Unidos e

Europa desde os anos 1960, especialmente na Psiquiatria democrática de Basaglia. Movimento que implica na mudança de uma série de dispositivos institucionais, a criação de hospitais abertos como os Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps) e os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), sem qualquer mecanismo asilar (Brasil, 1999). Movimento que se desdobra inclusive quanto aos dispositivos legais, onde tramitou no Congresso durante a década de 1990 um Projeto de reforma do sistema psiquiátrico, a Lei 10.216 (Brasil, 2002). Aprovada em 06 de abril de 2001, esta teve como base o projeto do Deputado Paulo Delgado apresentado em 1990, com versão final modificada a partir do substitutivo do Senador Sebastião Rocha (de 1992 até hoje foram criadas oito leis estaduais inspiradas no projeto do Deputado Paulo Delgado, sendo os estados de Pernambuco e do Rio Grande do Sul os pioneiros). Tal lei claramente intenta desmantelar o aparato asilar baseado em internações involuntárias, a maior parte delas custeadas pelo governo através do financiamento de leitos em instituições privadas, e subordina-as ao aparelho judiciário, impondo a sua notificação junto ao ministério público (Artigo 8º, parágrafo 1). Projeto pertinente, uma vez que enfrenta o enclausuramento asilar e a intervenção parasitária das clínicas particulares, especialmente com relação ao custeio estatal, além de contrabalançar o poder médico com o poder jurídico.

Se aqui ressaltamos a importância histórica da reforma psiquiátrica brasileira no desmonte da estratégia asilar, com seus aparatos legais e institucionais, por que a sua problematização? É justamente na tentativa de mapear os novos perigos que se apresentam, dos novos modos de poder de poder e gestão que despontam. Não para conduzir à apatia de quem julga tudo ruim: “nem tudo é ruim, mas tudo é perigoso(...) Se tudo é perigoso, então sempre temos algo a fazer” (Foucault, 1995, p.256). Problematicar a reforma, mapear os novos riscos trazidos no seu bojo não visa inviabilizá-la, jogá-la na vala comum das antigas práticas psiquiátricas que a tornaria equivalente ao asilo. Trata-se antes de tudo de uma tentativa de reforçá-la, de retomar a sua força crítica; pensá-la não como um processo acabado que devemos nos regozijar e comemorar. Mas que qualquer comemoração só é válida no alerta constante dos seus novos riscos. Ou mesmo nos antigos, como na reabilitação dos mecanismos asilares no bojo dos seus dispositivos. É isso que intentamos levantar em relação a um dispositivo específico bastante presente: a reabilitação psicossocial.

A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UM CAMPO COM NOVOS RISCOS

A reabilitação psicossocial embasa políticas de saúde mental brasileiras, constituindo-se num importante operador teórico-prático da reforma psiquiátrica, orientando serviços como Caps e Naps. Porém, cremos que na esteira desse conceito e de seus efeitos práticos se fazem presentes antigas formas de psiquiatrização sob um novo rótulo. Afinal, mesmo um serviço de vanguarda pode trazer o ranço da cultura asilar. Castel (1991) faz um importante alerta: as mesmas funções, interesses, dispositivos de poder podem estar presentes em práticas inteiramente renovadas: “(...) Zeus transformado em bovino é sempre Zeus. Ele é / não é Zeus, e é preciso ser mais esperto para reconhecê-lo” (p.15).

Para que tal problematização seja feita é necessário trazer à luz as elaborações do conceito. Há uma definição clássica de reabilitação psicossocial feita pela *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* (IAPRS), em 1985. Trata-se do:

(...) processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade (...) o processo de enfatizar as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado (IAPRS citado por Pitta, 1996, p. 21).

Como enfatiza Saraceno (1999), esta definição implica que a reabilitação psicossocial não seria um conjunto de técnicas instrumentalizadas para ocupar o tempo dos doentes mentais. Não se trata de enquadrar o sujeito em determinados modelos pré-estabelecidos, mas sim ver suas potencialidades e criar situações respeitando seus limites. Saraceno (1996) afirma que a reabilitação psicossocial não é a estratégia de habilitar o “desabilitado”, tornando forte o fraco, mas sim um processo que aponta para realizar mudanças, a fim de se criar possibilidades de vida e de se construir a cidadania plena.

Seguindo a linha de definição apontada pela IAPRS, a *Organização Mundial de Saúde* (OMS) classifica a reabilitação psicossocial como:

(...) um processo que oferece aos indivíduos que estão desabilitados, incapacitados ou

deficientes em virtude de transtorno mental a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais (OMS, 1995) (...) A reabilitação psicossocial é um processo abrangente e não apenas uma técnica (OMS, 2001, p. 94).

Para a OMS a reabilitação psicossocial consiste numa estratégia de aquisição ou de recuperação de aptidões importantes para a reinserção social. Segundo Pitta (1996), tendo em vista as consequências invalidantes do adoecimento mental, a OMS classifica as atuações das estratégias de reabilitação como voltadas para: 1) a disfunção, *impairment*, a qual é traduzida como alteração, deterioração ou diminuição da capacidade funcional, cujo cuidado se centra na ação farmacológica, psicoterápica, fisioterápica, etc; 2) a desabilitação corresponde à carência de habilidades para a vida diária, a qual necessita de técnicas voltadas para o treinamento de atividades da vida diária; e 3) a deficiência (*handicap*), desvantagem que o indivíduo apresenta “resultante de uma alteração prolongada do estado ‘normal’ do indivíduo” (Pitta, 1996, p. 20), que necessita de cuidados mais complexos, como suporte residencial, laborativo, de transporte, etc.

A reabilitação psicossocial seria, pois, um “processo-técnico” singularizado, destinado à reintegração dos sujeitos “degenerados” pela prática psiquiátrica ao longo dos anos. Porém, Pitta (1996) alerta para o reducionismo que esse conceito pode apresentar, tendo em vista que a palavra reabilitação traria o risco de recobrança de algo que se perdeu e que deve ser recuperado, do retorno à normalidade, imprimindo um senso de ortopedia, de mecanização ao tratamento do sujeito em grave sofrimento psíquico. Esse termo poderia denotar a premência de um “conserto” da psicose, como se ela fosse uma fratura que aguarda a calcificação via reabilitação psicossocial. Em outros termos, manteria um notável diferencial de poder entre loucos e classe médica, assegurando a minorização da loucura.

De mais a mais, deve-se perguntar se, além da minorização, não haveria embutido no próprio conceito um esboço de normalização da doença mental, de naturalização da inserção dos loucos numa sociedade marcada por práticas de exclusão. A resposta do movimento reformista é que esta reinserção social visa, antes de tudo, permitir uma ocupação cidadã por parte dos loucos do seu lugar na

sociedade. Assim, a reabilitação psicossocial seria um operador da produção de cidadania.

Porém, é importante ressaltar que a cidadania a ser construída obedece ao princípio da racionalidade moderna, no quadrante do princípio da igualdade de direitos e do cumprimento de deveres. A idéia de se restituir o que falta ao louco pode trazer o risco de inscrever esse sujeito no âmbito da negatividade, leia-se na seara do defeito, como mostra Birman (1992). Ao longo dos séculos, várias práticas tentaram curar o louco, de forma a restituir-lhe a *ratio*, no afã de igualá-lo aos demais cidadãos. As tentativas de encerrar o louco no lugar da igualdade proporcionaram o registro no que Birman (1992) chama de pedagogia da sociabilidade.

No entanto, para se construir esse lugar, de acordo com Birman (1992), é preciso que se reconheça que não haveria qualquer dívida entre o louco e a razão técnico-científica. Isso significa que não há uma falta a ser devidamente preenchida ou corrigida, que não se deve ter como meta transformar o louco em “sujeito da razão e da vontade”. Haveria, sim, a necessidade de se produzir um “tresloucamento” desse lugar da igualdade, de se criar espaços e novos sentidos para a paradoxal díade “loucura – cidadania”. Como isto seria possível? Neste aspecto, concordamos com Santos (2003) quando sugere que se comece a discutir o mandato social de tutela conferido aos profissionais de saúde mental, de forma a desarranjar o (bom) arranjo desse mandato ao longo dos séculos. É fundamental que os profissionais, loucos e cidadãos se “treslouquem”, ou, no entender dessa mesma autora, que se instalem nesse paradoxo da relação loucura-cidadania para a produção de novas configurações, pensando nos problemas que implicam esta inserção do louco nesta figura de cidadão.

Inegavelmente, a reabilitação psicossocial pode possibilitar transformações na vida dos sujeitos em sofrimento psíquico. A questão que se apresenta é que as práticas reabilitadoras podem ser tão violentas quanto o antigo hospício. Castel (1991) mostra que nos manicômios prevalecia a violência física, porém, o que se pode ter atualmente é um outro tipo de violência: a simbólica. Ela pode aprisionar o indivíduo, mantendo o seu *status quo*, reforçando o caráter excludente do tratamento. Isto pode estar presente através de um preceito técnico, calcado no simples treinamento dos pacientes para as atividades da vida diária. Se esta prática não estiver aliançada com um corpo social “tresloucado”, de fato, a tendência é o isolamento dos pacientes, como faziam os velhos asilos. Não basta reabilitá-los; é necessário engajá-los com a cidade, produzir espaços existenciais

para a loucura, que não seja apenas a de comensurá-la pela noção de cidadania.

Mesmo reconhecendo os avanços operados pela reabilitação psicossocial, deve-se alertar que esta pode conduzir a uma estratégia de medicalização do social, produzindo certos engessamentos e flexibilizações no manejo dos corpos em espaço aberto, dando ensejo às estratégias descritas por Deleuze (1992) no tangente às sociedades de controle. Aqui, as práticas de reabilitação não estariam apresentando apenas as velhas formas de poder psiquiátrico, mas trazendo novas formas de controle. Porém, cabe uma questão: como os dispositivos psiquiátricos que durante séculos mantiveram o seu caráter excludente, enclausurando os indivíduos, puderam se tornar includentes, operando agora em um espaço aberto? Recorreremos aqui a uma idéia trazida por Veiga-Neto (2001): incluir para excluir. Segundo esse autor o binômio inclusão/exclusão funciona de modo a incluir o “diferente” para depois excluí-lo. É preciso haver uma primeira aproximação com o outro, para que se reconheça e se estabeleça um certo saber. A partir daí, poderá ser detectada a diferença, produzindo-se um estranhamento seguido de uma “oposição por dicotomia” (Veiga-Neto, 2001, p.113): X não se identifica com Y, o qual se torna um estranho. Cremos que através desse mecanismo de “inclusão para exclusão” é que são produzidos os atuais desfilizados, como mostra Castel (1994).

Contudo, as novas formas de controle se manifestam também em outro aspecto: ele seria efetuado especialmente pelo próprio indivíduo e seus familiares. Este seria o cerne da gestão dos riscos apresentado por Castel (1987). Tomamos como exemplo algo bastante corriqueiro: a massificação das campanhas de prevenção atuais. Se por um lado elas elucidam aspectos importantes sobre a saúde, por outro deixam a responsabilidade da saúde ao encargo de cada um. Assim, se a pessoa adoecer é porque não segue as admoestações das campanhas e dietas, produzindo-se os marginais, aqueles que não são capazes de se gerir. Com a reabilitação psicossocial não é diferente. Venturini (2003) pontua uma idéia bastante interessante: não se pode reabilitar o outro, porque, segundo esse autor, somente o sujeito estaria em condições de reabilitar-se. Obviamente isso retira da cena a relação de tutela muitas vezes exercida pelos técnicos. Mas ela também transfere para o sujeito a responsabilidade sobre a sua própria loucura, como se ele fosse o total - e único - responsável por ela. Aliás, isso se ajusta perfeitamente a algumas estratégias de poder atuais, como as formas de governamentalidade liberais destacadas por Foucault (2007): nestas, mais

do que o simples abandono dos indivíduos em prol de metas econômicas, estimula-se a própria auto-gestão econômica destes ao modo de uma empresa. Trata-se da disseminação da sociedade de controle preconizada por Deleuze (1992).

CONCLUSÃO

No bojo da reforma psiquiátrica e em dispositivos bem específicos, como a reabilitação psicossocial, podemos encontrar velhas formas de psiquiatrização além da entronização de dispositivos da sociedade de controle. A guisa de conclusão é possível apontar alguns problemas ainda mais específicos.

Em primeiro lugar, como são entendidos os transtornos mentais no bojo dos discursos da reabilitação psicossocial? Há definições clássicas que os manuais psiquiátricos oferecem. Mas é preciso cuidado: essa definição psicopatológica é claramente reducionista, sendo fruto da hegemonia da abordagem biológica dos transtornos mentais, como mostra Aguiar (2004). Tendo ganhado força a partir dos anos 1970 com o movimento de remedicalização e o avanço das neurociências, o “biologicismo” permeia a psiquiatria, difundindo a redução da loucura aos padrões de funcionamento cerebral e ditando que as psicoterapias deveriam se adequar ao padrão objetivo e descritivo destas formas de medicina para serem legitimadas. Um bom exemplo disso é a transformação nos textos do *Diagnostic of Statistical Manual* (DSM). Assim, se a reabilitação psicossocial toma por base este tipo de discurso, ela mais claramente incorrendo nas práticas biopolíticas apontadas por Foucault (2000), uma vez que estaria operando a intervenção a partir de uma naturalização radical do desvio, prevalecendo sobre outras formas de tratamento.

Como visto, a própria vinculação da reabilitação ao conceito de cidadania pode se constituir num problema. Que lugar é esse de cidadão que a reabilitação almeja construir? Como tornar o louco um cidadão numa sociedade excludente e que rechaça a diferença? A cidadania funcionária, assim, como algo meramente de direito, pois a inclusão seguiria a fórmula apontada por Veiga-Neto (2001): incluir para excluir. Trata-se do que Nascimento (2009) define por cidadania café-com-leite: “onde viceja ainda a noção de ausência de obra, matriz da incapacidade, da periculosidade, da irresponsabilidade e de outros aspectos estigmatizantes com que se molda e delinea a loucura” (p.11). De mais a mais, além de minorizador e excludente, a meta de cidadania se mostra limitada perante outras possíveis experiências de acolhimento da loucura no espaço urbano. Em

outras palavras, deve-se buscar outros modos de experiência de viver na cidade para além da cidadania.

Se por um lado há o sonho de reabilitar a pessoa, de forma a reinseri-la em seu contexto social, por outro há os vários riscos que essa tarefa traz. Oferecer uma vida do lado de fora do hospício não representa a solução de todos os problemas; da mesma forma que o gesto emblemático de Pinel de libertação das correntes; ele conduz a toda uma gama de novos problemas. O controle, a vigilância, a própria exclusão, tudo contribui para a inscrição do louco numa espécie de *no man’s land* social, na medida em que há pouca disponibilidade em nossas formas de vida coletiva para a acolher sua experiência. É inegável que a reabilitação psicossocial traga transformações, mas é importante levantar problemas para que este dispositivo não seja um mero encarceramento do lado de fora dos muros do antigo asilo, passando-se de um enclausuramento a um “exclausuramento”.

Todas as problematizações levantadas neste artigo poderiam ser assim resumidas: haveria o perigo da produção de velhas e novas formas de “psiquiatrização”? Essa é uma pergunta que o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro deve se fazer constantemente, de forma a se conjurar os perigos que suas práticas podem oferecer. Assim, por exemplo, a reabilitação psicossocial pode não oferecer formas tão maciças de poder quanto o velho manicômio. Mas isto não a torna imune à constituição de novas formas de gestão mais sutis. Pensamos que as vitórias sobre o sistema asilar não devam nos conduzir a uma celebração eterna, blindando a reforma de toda a crítica possível. Afinal, como ressalta Foucault (1995), “(...) nem tudo é ruim, mas tudo é perigoso (...)” (p.256). E a crítica aqui não tem qualquer finalidade paralisadora; apenas a possibilidade de trazer novas formas de vida e de experiência. Não mais ungidas pela verdade das categorias psiquiátricas, nem pela paradoxal inclusão/exclusão do conceito de cidadania.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. (2004). *A psiquiatria no divã*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Birman, J. (1992). A cidadania tresloucada. In B. Bezerra, B.; P. Amarante (Orgs.), *Psiquiatria sem hospício – contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 71-90). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Brasil (1999). Minuta da Portaria nº. 224 do Ministério da Saúde, de 29 de janeiro de 1992. Brasília.

- Brasil (2002). Lei nº 10.216. In Legislação em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde.
- Castel, R. (1987). *A gestão dos riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Castel, R. (1991). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Castel, R. (1994). Da indigência à exclusão, a desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional In A. Lancetti (Org.) *Saúde Loucura 4* (pp. 21-48). São Paulo: HUCITEC.
- Deleuze, G. & Foucault, M. (1982). Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In R. Machado (Org.). *Microfísica do Poder* (pp. 69-78). Rio de Janeiro: Graal (Entrevista realizada em 1972).
- Deleuze, G. (1992). Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1982). A casa dos loucos. In: R. Machado (Org.). *A Microfísica do Poder* (pp. 113-128). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1995). Michel Foucault entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. In: H. Dreyfuss & P. Rabinow (Orgs.). *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*. (pp. 253-291). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2000). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2001). *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura.
- Organização Mundial da Saúde (1995). *Psychosocial rehabilitation: a consensus statement*. Genebra, Organização Mundial de Saúde, (documento inédito WHO/MNH/MND/96.2).
- Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*.
- Nascimento, R. (2009). *Loucura e cidadania: avanços e impasses da reforma psiquiátrica brasileira*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Pitta, A. (1996). O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? Em A. Pitta (Org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. (pp. 19-26). São Paulo: HUCITEC.
- Santos, A. R. C. (2003). *Alienados, anormais, usuários claudicantes: a máquina psiquiátrica e a produção da subjetividade falha*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense.
- Saraceno, B. (1996). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. Em A. Pitta (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. (pp.13-18). São Paulo: HUCITEC.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Veiga-Neto, A. (2001). Incluir para excluir. Em J. Larrosa & C. Skliar (Orgs.). *Habitantes de Babel*. (pp. 105-118). Rio de Janeiro: Autêntica.
- Venturini, E. (2003). A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização. Em P. Amarante (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. (pp. 157-184). Rio de Janeiro: Nau.

Recebido em 14/11/2008

Aceito em 16/12/2009

Endereço para correspondência : Alessandra Teixeira Marques Pinto. Av. Geremário Dantas, 299/1202, Tanque, CEP 22.735-000, Jacarepaguá-RJ, Brasil. E-mail: aletmarques@gmail.com.