



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Menezes, Mardônio; Yasui, Silvio

O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 14, núm. 1, janeiro-fevereiro, 2009, pp. 217-226

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63014123>

- 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

O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade

The psychiatrist in psychosocial care: between grief and liberty

Mardônio Menezes ¹
Silvio Yasui ¹

Abstract *Since the seventies Brazil has witnessed a diversity of new proposals in the field of mental health care. Since then, the psychology and psychiatry ambulatories, day-hospitals, therapeutical shelters and psychosocial care centers have multiplied. Transformed into a public policy, the psychosocial care centers are spread all over the country, offering outpatient care with interdisciplinary and territorial orientation. Generally established under the auspices of a great hospital, the psychiatrist who considers working from a psychosocial perspective in a small city, has to deal with the classic contradictions of the psychiatric discourse. The varied local knowledge seems to threaten the psychiatric knowledge. Answers, easy to be given in the hospital, have different implications in the field and acquire a complexity for which the psychiatrist is not prepared. Thus, this work tries to demonstrate the differences between these two kinds of psychiatry: the classic one (concerned with biology and the institution) and the psychosocial one (seeking for locally constructed answers and concerned with the human being in a dimension reaching far beyond the body).*
Key words *Mental health, Community psychiatry, Mental health services*

Resumo *No Brasil, vemos surgir, a partir da década de setenta, diversas propostas inovadoras no campo da atenção à saúde mental. A partir de então, multiplicam-se no país ambulatorios de psicologia e psiquiatria, hospitais-dia, residências terapêuticas e diversos núcleos/centros de atenção psicossocial. Transformados em política pública, os centros de atenção psicossocial espalham-se pelo país, preconizando um atendimento ambulatorial, interdisciplinar e de orientação territorial. Geralmente formado sob os auspícios de um grande hospital, o psiquiatra que se propõe a trabalhar, a partir da ótica psicossocial, imerso em uma pequena cidade, vê-se exposto às diversas contradições e ilógicas do discurso psiquiátrico clássico. Os variados saberes locais são uma ameaça ao saber psiquiátrico medicamente constituído. Respostas, antes fáceis no interior do hospital, têm variadas implicações no território e adquirem uma complexidade para a qual o psiquiatra não se encontra preparado. Assim, este trabalho tenta demonstrar a dissonância entre essas duas espécies de psiquiatria: a clássica (afinada com a biologia, com a normatividade e com a instituição) e a psicossocial (que se volta para respostas localmente construídas e que se afina com o homem, em uma dimensão muito além do seu corpo).*
Palavras-chave *Saúde mental, Psiquiatria comunitária, Serviços de saúde mental*

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Av. Dom Antônio 2100. 19806-900 Assis SP. mardonioparente@gmail.com

Introdução

Este trabalho nasce da experiência de um dos autores dentro do exercício da psiquiatria com bases territoriais, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), localizado na cidade de Porto Nacional, Tocantins.

A um primeiro olhar, o lugar do psiquiatra na dinâmica de uma comunidade e no seio de um serviço de atenção territorial parece algo dado e tranqüilo quando comparado às diversas crises de papéis que sofrem outros saberes historicamente mais recentes, tais como a psicologia, a terapia ocupacional, o serviço social, etc.

Contudo, essa pretensa tranqüilidade do lugar da psiquiatria na realidade territorial não se sustenta ou, no mínimo, revela ambigüidades e contradições que fazem desse saber, se exercido criticamente, uma disciplina tão ou mais em crise do que todas as outras que são chamadas ao palco da atenção psicossocial.

Vinda de uma tradição asilar e normatizadora, a psiquiatria, quando exercida dentro do espaço físico do hospital psiquiátrico, parece abrigada e protegida das ambigüidades e ilogicidades de seu discurso fundante. Ambigüidades e ilogicidades que são expostas em carne viva dentro da realidade de uma pequena cidade e com as quais o exercício profissional consciente do psiquiatra no território deve se ver.

Assim, surge uma questão que é difícil calar: há realmente um lugar possível para a psiquiatria no seio de uma realidade territorial e dentro dos princípios antimanicomiais e psicossociais atualmente propostos?

É à discussão dessa difícil relação entre a psiquiatria e a realidade territorial que se presta o presente trabalho.

A psiquiatria, seu discurso originário e suas contradições

Para falar da psiquiatria e de seu discurso originário, é necessário que se fale, ainda que rapidamente, do ambiente em que esse dito discurso e essa dita psiquiatria surgiram.

Remetemo-nos, assim, à fervilhante França da segunda metade do século XVIII. À época, enquanto a corrupção se generalizava e reinavam privilégios para a nobreza e o clero, a burguesia e os *sans-culottes* arcavam, através do pagamento escorchante de impostos, com as despesas do Estado.

O sistema mercantilista, predominante na época, recebia sérias críticas de filósofos afinados com

as idéias de Locke. Voltaire, Rousseau e os enciclopedistas eram os principais responsáveis pela divulgação das idéias liberais assimiladas pelo Iluminismo. Propunha-se, assim, uma mudança do mercantilismo rumo ao liberalismo econômico, idéia que era sustentada pela experiência da Revolução Industrial inglesa¹.

É nesse cadinho que vive Philippe Pinel, tido como fundador da psiquiatria. Estudioso das idéias de Locke, Pinel formou-se em Toulouse, fez pós-graduação em Montpellier e foi professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Paris. Com o seu *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*, em que propõe uma brilhante classificação das doenças psiquiátricas, Pinel ganha prestígio acadêmico suficiente para realizar mudanças substanciais na assistência às doenças mentais. Imbuído dos lemas da Revolução Francesa (liberdade, igualdade e fraternidade), Philippe Pinel institui, nos hospitais de Bicêtre e Salpêtrière, o seu tratamento moral e, em uma mítica atitude, desacorrença seus pacientes². Uma das grandes contribuições de Pinel foi a de postular que a alienação mental não se caracterizava por uma perda completa da razão, mas sim por um erro de julgamento, aproximando, de alguma forma, o universo da alienação mental ao universo da própria razão.

Já que, para Pinel, a alienação mental não representava, a rigor, a perda da razão, é possível se entender a proposta pineliana referente ao tratamento moral da loucura; proposta em que o médico seria o responsável por consertar o já citado erro de julgamento. O tratamento moral de Pinel, apesar da grande revolução que representou, a rigor, não era uma novidade. Pessotti³ mostra que tal abordagem das doenças mentais nos remete, pelo menos, aos idos anos do século XII d.C., à Escola de Salerno e a um de seus grandes mestres, Bartolomeu de Salerno. É ainda Pessotti³ que admite a possibilidade de encontrarmos alguns resquícios do tratamento moral na obra de Areteu da Capadócia, nos séculos II a III d. C.

Sem dúvida, contudo, foi com Pinel que o tratamento moral ganhou efetivamente um arcabouço médico-teórico que o justificasse. Apesar de admitir a possibilidade de a loucura ser causada por alterações físicas, Pinel, em seu *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*, deixava claras as suas idéias sobre a primazia da causalidade moral no caso das doenças mentais⁴. É assim que Pinel, segundo Pessotti³, se expressa em sua obra: *Aprendi que a alienação mental é causada, em alguns casos, por lesões orgânicas ou por uma disposição hereditária, mas, mais freqüentemente, por afetos morais muito mais profundos e contrastados [...]*

Seja qual for a acepção que se dê ao termo, é certo, todavia, que as paixões estão entre as causas mais comuns de doença; a alienação mental oferece inúmeros exemplos [...].

É importante que se frise que, à época, a psiquiatria buscava (e ainda busca) um substrato teórico coerente para suas ações. Dessa forma, era de fundamental importância o estabelecimento de um *a priori* que justificasse suas intervenções. Essa busca caracterizou-se pelo intenso debate ocorrido entre duas escolas: a escola somaticista (que defendia uma causação somática para a doença mental) e a escola psicologicista (que era partidária dos desvios “mentais”, “psíquicos” ou “morais”, como base para a alienação mental). Aqui, Birman⁴ nos mostra a grande fragilidade conceitual da escola somaticista, já que, embora defendesse a lesão orgânica como fundamento da doença mental, persistia em prescrever os tratamentos morais como prioritários.

O debate entre as correntes somaticista e psicologicista permeou toda a história da psiquiatria e, pode-se dizer, configura-se ainda como uma questão atual. Vinda da busca infrutífera pela lesão anátomo-patológica e passando pela antropometria, na qual a própria beleza era vista como sinal de saúde⁵, a corrente somaticista continua postulando seu lugar, agora transferido para o universo infinitesimal das moléculas e dos genes.

Apesar desse contínuo esforço e dessa incessante busca pelo corpo adoecido e apesar desse corpo adoecido nunca se dar a ver, a psiquiatria insiste em se entender como ciência médica, já que encara essa “mudez lesional”, essa “disfunção escondida” como uma limitação meramente tecnológica que, com o tempo e com o desenvolvimento de exames diagnósticos, será superada.

Para Birman⁴, porém, não é pelo viés de um corpo adoecido que a psiquiatria se insere nos cânones da medicina: *A Psiquiatria se formou como ramo da Medicina que deveria intervir especificamente no domínio da moralidade, tendo por isso mesmo os seus conceitos construídos em torno da idéia de normatização moral. Eles deveriam justificá-la teoricamente e validá-la como prática científica. A Psiquiatria se articulava no plano de manutenção da Ordem, no nível do político num sentido amplo. Ela desenvolveu a demanda de vigilância moral. Se ela procurou a todo custo fundar-se biologicamente, explicando as suas anormalidades com a Anatomia Patológica, isto se deve a uma necessidade de se ver como coerente e homogênea no interior do saber médico. Entretanto, os seus pontos de inserção com a Medicina se deram na regulação da vida social, na sua tarefa de racionalização da moralidade.*

Para Luz⁶, a medicina como um todo, cumprindo a tarefa a que muito cedo se propôs (a de regulamentar e normatizar os mais ínfimos acontecimentos da vida social, tais como nascimentos, casamentos, mortes, comportamento sexual, costumes, etc.), torna-se uma disciplina eminentemente social, talvez ainda mais social que a própria sociologia.

Se a medicina como um todo tem essa característica, a psiquiatria será por excelência a disciplina da normatização. Buscando, desde seus primórdios, um espaço dentro da lógica médica, a psiquiatria, como visto acima, procurará incessantemente, sem que jamais o encontre, um lugar dentro do discurso anátomo-patológico, característico da medicina somática a partir do século XIX⁷. Nas palavras de Birman⁴: *Curiosamente a Medicina mental aparece como uma disciplina médica, que transformou a loucura numa enfermidade, mas contraditoriamente a sua racionalidade teórica e sua prática clínica não se adequaram na nova racionalidade anátomo-patológica, fundamento da Clínica. Isto é, a doença mental propriamente dita não se enquadrou nas explicações lesionais, que se tornaram os princípios racionais que começaram a se estender para o conjunto de enfermidades tratadas pela Medicina somática.*

Diante do que aqui foi exposto e face às inúmeras contradições do discurso psiquiátrico, pode-se pensar que a psiquiatria se mostra como um saber em crise. Essa impressão é apenas parcialmente verdadeira. Visto ser originária do ambiente hospitalar, a psiquiatria, quando abrigada pelos muros do manicômio, permanece relativamente a salvo de tais questionamentos. O hospital, embora de maneira precária, parece fazer calar não só as crises dos que nele estão internados, mas também as crises do próprio saber que o justifica. Para Basaglia⁸: *Quando se analisa uma realidade institucional estática e fixa em seus esquemas fechados, muitos elementos, freqüentemente os mais essenciais, escapam à análise encobertos por um rótulo que raramente corresponde à realidade.*

A crise da psiquiatria asilar e a psiquiatria de orientação territorial

As críticas ao hospital psiquiátrico nasceram, por assim dizer, juntamente com o próprio aparecimento do hospital⁹. Não foram poucas as tentativas de reforma do ambiente hospitalar ao longo desses mais de duzentos anos.

Foi, entretanto, o advento da II Grande Guerra que propiciou a retomada contundente de diver-

sas propostas de intervenção dirigidas ao hospital psiquiátrico, assim como de diversos autores que, há tempos, propunham reformas ao ambiente hospitalar. É assim que se observa, principalmente no período pós-guerra, por exemplo, a revalorização dos trabalhos de Simon, Menninger e Sullivan, concebidos nas primeiras décadas do século XX¹⁰.

O contexto relativo à II Guerra Mundial se revelou um propício terreno para a germinação das idéias reformistas. Com o aumento do custo de vida, principalmente na Europa, e com o advento das mortes em massa - causadas por fome, frio e outras privações - que se configuraram naquele continente, houve tanto uma retomada da valorização da vida como um incremento da própria valorização do direito à saúde.

Não é em vão, por exemplo, a elaboração, em 1942, do plano Beveridge, na Inglaterra, que representava, por assim dizer, o ápice de um movimento que tem seu marco inicial na implantação do primeiro seguro-saúde na Alemanha bismarkiana de 1883 e no *Sozialstaat* alemão. Os princípios do plano Beveridge, segundo Mshira, citado por Boschetti¹¹, seriam: **1) responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado nível de emprego; prestação pública de serviços sociais universais, como educação, segurança social, assistência médica e habitação; e um conjunto de serviços sociais pessoais; 2) universalidade dos serviços sociais; e 3) implantação de uma "rede de segurança" de serviços de assistência.**

O plano Beveridge acabou por servir de exemplo para a reforma dos diversos sistemas de saúde de vários países europeus.

Não se podia mais admitir, dentro desse contexto pós-guerra, a realidade violenta do asilo. Isso resultou, como comentado acima, em um ambiente propício para propostas inovadoras no campo da atenção aos portadores de transtornos mentais.

É sobre esse pano de fundo que surgem tanto as comunidades terapêuticas, na Inglaterra, a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor francesas, assim como a chamada psiquiatria preventiva ou psiquiatria comunitária americana⁹.

Em comum, entre essas correntes, havia principalmente o conceito de promoção da saúde mental (a saúde mental como uma potencialidade a ser atingida) e a idéia de doença mental como incapacidade de integração e adaptação a determinado grupo - a própria comunidade, o grupo terapêutico, a oficina de trabalho ou outro. Contudo, enquanto as comunidades terapêuticas e a própria psicoterapia institucional visavam à reformulação,

por assim dizer, do hospital psiquiátrico, foram a psiquiatria preventiva e a psiquiatria de setor que representaram, de fato, um direcionamento da psiquiatria para o ambiente comunitário, extra-hospitalar¹⁰.

É preciso, neste momento, que se faça uma ressalva. Apesar desse direcionamento da atenção psiquiátrica para o espaço social, de nenhuma forma, a psiquiatria preventiva ou a psiquiatria de setor visavam ao rompimento com os cânones clássicos do saber psiquiátrico. Ao contrário, de alguma forma, reforçavam o poder normatizador do discurso da psiquiatria, na medida em que expandia os tentáculos desse saber para os interstícios sociais, criando a categoria de grupos e/ou atitudes de risco relativos ao desenvolvimento de doenças mentais (realidade especialmente presente no que concerne à psiquiatria preventiva). É ainda a perspectiva terapêutica - terapêutica preferentemente instituída precocemente, antes mesmo da eclosão da doença - que orienta a psiquiatria preventiva. Sob essa ótica, em uma espécie de reinauguração do higienismo oitocentista, a psiquiatria, como promotora do bem-estar, deveria esquadriñar moralmente o espaço social, a fim de identificar os comportamentos desviantes¹⁰.

Embora a psiquiatria preventiva e a psiquiatria de setor tenham nascido, como acima comentado, em um momento de crise da atenção psiquiátrica e embora, efetivamente, elas correspondam a uma ruptura com a forma de atenção psiquiátrica, antes hegemônica, elas não pretendem questionar o discurso fundante da psiquiatria em seus alicerces. Antes, ao contrário, revigoram-no.

Aliás, não é outra a observação que Basaglia¹² faz sobre as diversas tentativas "subversivas" de reforma da atenção psiquiátrica e da instituição: ***Mas o poder subversivo de tais métodos de trabalho permanece no interior de uma estrutura psicopatológica onde, em vez de colocar em discussão a objetualização à qual se relega o doente, segue-se analisando os vários modos de objetividade: mantém-se, portanto, no interior de um sistema que aceita cada uma de suas contradições como um fato inelutável.***

Embora guardando um certo distanciamento do hospital psiquiátrico, a psiquiatria preventiva e a psiquiatria de setor, de nenhuma forma, vêm-se em crise ou mesmo expostas às ambigüidades do discurso psiquiátrico, já que não rompem com essa disciplina e já que, de alguma forma, permanecem abrigadas, se não no hospital, nas malhas do discurso médico hegemônico.

Para além das propostas levadas a efeito pelas psiquiatrias preventiva e de setor, existe o campo da psiquiatria psicossocial, psiquiatria que preten-

de romper com a lógica hegemônica da medicina e que guarda relação mais próxima com a psiquiatria basagliana (ou democrática), assim definida: ***Uma psiquiatria, portanto, que não quer somente negar-se enquanto não-ciência, mas quer afirmar-se como anticiência (se por ciência se entende uma ideologia que se encontra sempre a confirmar os valores da classe dominante) através da passagem necessária de uma posição simplesmente contra-referencial para uma dialética. Somente na crise e na crítica interna permanente será, talvez, possível encontrar a garantia ao seu não colocar-se como ciência resolutiva***¹³.

É a esta psiquiatria que este trabalho tenta se referir. Uma psiquiatria que rompe com o conceito de comunidade e enreda-se pelo território, estando de acordo com os princípios do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial; uma psiquiatra distante das propostas reformistas acima citadas e cujo resultado mais marcante, no Brasil, foi a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Por uma questão de esclarecimento, é importante que se definam alguns pontos.

Sobre o conceito de território, Milton Santos¹⁴ nos fala: ***O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importa o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente, levando, também, à fusão entre o local, o global invasor e o nacional sem defesa (no caso do Brasil).***

Dessa forma, o território seria algo vivo e dinâmico, em que tanto os aspectos físicos quanto os políticos, jurídicos e econômicos, além do próprio fator tempo, seriam de fundamental importância para sua compreensão. Afastando-se do conceito de território como o entende a ciência política (com base no Estado) ou como o entende a geografia mais tradicional (com base nos acidentes geográficos), Milton Santos introduz aspectos fundamentais para quem pensa a saúde: as pessoas, suas relações, a cultura, a história, as instituições, os atravessamentos do poder e outros muitos atores que, em determinado espaço e em determinado tempo, atuam. “No começo da história havia a natureza. Vem o homem, se instala e começa a agregar novas coisas. Ele produz o território, dessa forma”¹⁴.

A partir do momento em que se insere a dimensão do tempo no conceito de território (tradicionalmente visto de forma estática e perene), pas-

samos a entender tal conceito de forma a empregar-lhe dinâmica, movimento e transitoriedade. O território não é constituído apenas por sua materialidade física, assim como também não o é apenas por tradições culturais. Antes, há um imbricado e complexo jogo em que, a todo instante, surgem novos participantes, outras regras e novos conjuntos de força que o atravessam. Para Yasui¹⁵: ***O território não é somente permanência, perenidade, não é apenas tradição cultural. É também mutação, produção e modificação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, modificando relações [...]***.

É por evidenciar esse jogo complexo de relações e por essa idéia de movimento que o conceito de território é caro à psiquiatria tratada aqui.

Um outro ponto a se esclarecer diz respeito aos CAPS e ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Tanto um como o outro se inserem dentro da reforma psiquiátrica no Brasil e se articulam com o movimento mais amplo da reforma sanitária brasileira. Após a década de 1970, com o recrudescimento dos movimentos sociais, viu-se uma série de ações articuladas, provenientes de diversos atores sociais, que visavam a uma reforma ampla da atenção à saúde no Brasil, assim como visavam a uma redemocratização do país¹⁵.

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, sucedâneo do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, nasce em 1987, durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru. O movimento nasce sob o lema: “Por uma sociedade sem manicômios” e representa a face mais ativa da reforma psiquiátrica no Brasil¹⁵. Ao contrário dos diversos movimentos anteriores, ele representava uma real ruptura com o modelo psiquiátrico hegemônico, com a instrumentalização do louco propiciada pela prática psiquiátrica e com o discurso psiquiátrico como único e exclusivo detentor do saber sobre a loucura¹⁶.

Os CAPS são frutos da reforma psiquiátrica brasileira. São serviços eminentemente ambulatoriais de atenção diária a portadores de transtornos psíquicos, que funcionam com equipe de múltiplos profissionais, dentro de uma lógica territorial e de forma independente de qualquer estrutura hospitalar. Têm por função tanto atender, propriamente, os portadores de sofrimento mental, quanto supervisionar as unidades psiquiátricas hospitalares referentes a seu território, capacitar a equipe da atenção básica em saúde, além de realizar e manter atualizado o cadastro de pessoas usuárias de medicações psicotrópicas. Seus atendimentos

dão-se tanto na forma individual quanto grupalmente. Os CAPS realizam, ainda, atendimentos às famílias, ações comunitárias, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, etc.¹⁷

Dando seguimento a nossa análise, se por um lado, dentro do hospital, constatamos uma psiquiatria aparentemente “sem crises”, já que está ao abrigo da instituição mesma que a fez nascer, por outro, é na atenção psiquiátrica com bases territoriais, longe do hospital, que vemos vingar e florescer com toda força as contradições que fundam o pensamento psiquiátrico.

Em geral formado em grandes centros e sob os auspícios de um hospital, o psiquiatra de pequenos centros onde o hospital psiquiátrico não é uma realidade – ou por simples motivo de sua inexistência ou pela ideologia do próprio serviço – depara-se cotidianamente com situações que reacendem os paradoxos fundadores do discurso da psiquiatria. Abrigado pelo hospital durante sua formação, o psiquiatra no território se vê exposto e vê exposto seu saber às intempéries da realidade territorial.

Temos assim duas realidades que, dificilmente, são compatíveis. Por um lado, a realidade da psiquiatria asilar, nascida urbana e moralizante; por outro, a psiquiatria territorial, exercida longe do hospital psiquiátrico e visando a negá-lo. É dessas duas realidades, tão presentes na prática psiquiátrica atual, que nasce o questionamento a que se propõe este trabalho.

A opção pela psiquiatria: o luto e a liberdade

Ao se decidir pela psiquiatria, é necessário que se faça uma espécie de luto. Luto no sentido em que se tem de lidar com a fantasia de boa parte das pessoas, inclusive de outros médicos, que associam a medicina ao corpo e a essência da práxis do médico ao ato da cirurgia (diz-se, popularmente: “Médico mesmo tem que abrir barriga”). Luto de suas próprias crenças do que seja medicina. Enfim, um luto de papéis.

Dessa forma, fazer psiquiatria é, de um jeito ou de outro, abdicar de um poder prometido por essa organicidade sempre adiada. É, portanto, fazer o luto de um saber/poder que, facilmente, escapa às garras do psiquiatra, pelo menos se vista a psiquiatria a partir da lógica do corpo doente.

Mas se o psiquiatra abdica do corpo (ou adia seu gozo para uma época em que os exames diagnósticos não o deixarão só), não raro, agarra-se ferrenhamente à outra forma de saber/poder que, como visto acima, liga a psiquiatria à medicina somática: a normatização. É por esse viés, e ainda

visando ao poder médico, que o psiquiatra mendiga um lugar ao sol na medicina.

Aqui, por poder médico entende-se todo o conjunto de proposições normatizadoras e de práticas discursivas que autorizam a medicina a formular enunciados sobre os corpos e mentes humanos, sobre a relação entre os indivíduos, sobre seus comportamentos sexuais, suas doenças, seu sofrimento, sua morte, fazendo da medicina uma disciplina eminentemente social⁶.

Dando-nos uma idéia das implicações sociais do discurso médico, Foucault⁷ contundentemente nos diz: *Os gestos, as palavras, os olhares médicos tomaram, a partir deste momento, uma densidade filosófica comparável talvez à que tivera antes o pensamento matemático. A importância de Bichat, de Jackson e de Freud na cultura européia não prova que eles eram tanto filósofos quanto médicos, mas que nesta cultura o pensamento médico implica de pleno direito o estatuto filosófico do homem*.

Para Luz⁸, a racionalidade científica moderna, mãe do modelo médico hegemônico da atualidade, não se contenta em revelar as “verdades últimas” de todas as coisas, mas se propõe, principalmente, a ordenar o mundo, subjugar-lo e reformá-lo. É nessa relação ortopédica entre modelo científico e o mundo que está uma das principais características da racionalidade moderna.

Assim, se por um lado, o psiquiatra abdica de um poder, por assim dizer, médico (no que há de orgânico do termo), por outro, reforçado mesmo pela perda do primeiro, não raro, assume um poder (médico, de uma outra forma) normatizador e moralizante diante do mundo. Como vimos em Birman⁴, é nesse segundo movimento, mais do que na biologia, que está a ligação da psiquiatria com a medicina.

O distanciamento que, de determinado ângulo, a psiquiatria guarda em relação à medicina nem sempre é visto com bons olhos por aqueles que trilharam os caminhos desse saber. Dessa maneira, para alguns, o luto pode se transformar em um interessante processo de não aceitação, o que faz com que certos profissionais se apeguem – algumas vezes bem mais do que se apega qualquer médico não psiquiatra – à “organicidade perdida” da psiquiatria. Revestem-se, e essa é uma atitude bem conhecida entre psiquiatras, dessa autoridade que quase lhes foi tomada pela psiquiatria e se agarram, precariamente mas com unhas e dentes, ao poder médico. Todo um novo campo que se poderia abrir para a psiquiatria como um lugar privilegiado, e que representa uma espécie de libertação, é visto por muitos psiquiatras de forma completamente ameaçadora e potencialmente letal para

a psiquiatria como “ciência médica”. Forma-se, então, a personagem do psiquiatra enlutado.

Diante do fato de que, hoje, o que é ou não médico é visto, pelo menos a um primeiro olhar, a partir da evidência ou não de organicidade, e diante da constatação de que os aspectos de controle e normatização, fundantes da medicina mental, não são vistos com bons olhos, o psiquiatra atual parece acuado. Poucos caminhos lhe restam, já que a normatização – assim expressa e posta às claras – não é um caminho razoável ou “politicamente correto”.

O primeiro deles, condizente com o perfil do psiquiatra enlutado, constitui-se em partir para um apego incondicional à organicidade sempre adiada e atualmente prometida, não mais pela anatomia patológica, mas pela neurofisiologia e pela genética comportamental. Dir-se-ia que é o sucedâneo da normatização anterior e, mais ainda, a mesma normatização agora relativa a moléculas e genes. Não se procurariam mais marcas antropométricas do louco ou do criminoso, pois as marcas agora seriam genéticas e/ou se diluiriam no fantástico microcosmo molecular.

Tentativas de estabelecer relações entre aparência física e caráter parecem, a nossos olhos contemporâneos, fazer parte das bizarrices da história da medicina. Incoerente estranhamento, já que não é outra coisa o que a genética comportamental, tão cara a uma certa psiquiatria, propõe-se fazer.

Dessa forma, a genética comportamental, a seu modo, reinventa o hoje bizarro discurso lombrosiano. O estranhamento que sentimos em relação às antigas teorias antropométricas do caráter é ainda mais intrigante quando pensamos que somos quase unânimes em concordar que os parâmetros antropométricos são, em grande parte, determinados geneticamente.

Assim, há uma contradição em nosso discurso. Afinal, se a genética pode realmente apontar para o lugar da doença mental (do caráter) e diante do fato de que a genética determina, em grande parte, nossas características antropométricas e nossa aparência física, por que a antropometria e a aparência física não nos poderiam dizer algo sobre nosso caráter e nossa saúde?

Em contraposição ao enlutamento do profissional da psiquiatria, parece haver uma outra possibilidade: o psiquiatra, liberto do corpo, alça vãos sobre outros campos e um outro universo se abre, sendo exatamente esta nova possibilidade de ser errante que o fascina.

Parece que esses dois processos, o luto e o sentimento de libertação, que, não sendo vividos da mesma forma por todos aqueles que se embrenham por psiquiátricos caminhos, têm o poder de

determinar o tipo de psiquiatria que se vai exercer. E assim, tem-se as figuras do psiquiatra enlutado e do psiquiatra liberto. É a partir desses dois processos que se pode ir em direção a uma psiquiatria amplamente tradicional e comprometida com os cânones primeiros desse saber ou, ao contrário, encaminhar-se rumo a uma psiquiatria antes comprometida com o ser humano em um sentido mais amplo e difuso. Assim, escolhe-se, a depender dos encaminhamentos destes dois processos – luto e libertação – o lugar onde, a pátria em que, a sombra sob a qual se exercerá a psiquiatria.

Colocado dessa forma, pode parecer que existem apenas dois possíveis caminhos a se trilhar no que se relaciona ao exercício da psiquiatria. Tal impressão seria, quando menos, uma ingenuidade. Essas duas formas são tão simplesmente paradigmas ou modelos ideais que facilitam, de alguma maneira, a presente análise. Desse modo, entre o que se chamaria de psiquiatra enlutado e o que se chamaria de psiquiatra liberto, há uma infinidade de posturas possíveis.

É importante que se diga que, neste trabalho, não há um julgamento de valor. As duas opções são posturas, entre tantas outras, perfeitamente plausíveis dentro das diversas realidades possíveis de exercício da psiquiatria. É preciso fazer-se notar que, devido às tantas ambigüidades da psiquiatria, o psiquiatra que embora vá mostre mais afinidade com uma dessas posturas, [favor rever a construção] ocupará, as mais das vezes, um domínio intermediário entre esses dois tipos ideais. Assim, o que mais se vê é que, entre essas duas opções, há um passeio pela prática da psiquiatria, a depender tanto da dimensão espacial (onde ela se exerce) quanto da dimensão temporal (em que situação ela se exerce).

Expedir a idéia de uma psiquiatria melhor que a outra não é a intenção deste texto. Cair em um dualismo que colocaria as diferentes possíveis práticas psiquiátricas, em termos de sua hierarquia, ou seja, melhor ou pior, em nada acrescentaria ao debate, já tão encarniçado, sobre a multiplicidade dos saberes e sobre a diversidade das práticas dentro do universo da psiquiatria.

O que aqui se propõe é que, tomados como paradigmáticos esses dois caminhos, o psiquiatra liberto – o que bem vive esse dito luto do poder médico e segue rumo a essa dita liberdade – estaria mais apto a exercer a psiquiatria dentro de uma realidade territorial e a seguir um caminho mais afim à prática psicossocial, já que, nesta realidade, as respostas propostas pela psiquiatria tradicional mostram-se, quando não ineficazes, amplamente desastrosas.

Assim, diante do encurralamento em que se vê, o psiquiatra pode optar por um pacto não com a neurofisiologia, não com a genética ou com a anatomia patológica, não por um pacto com a doença ou com o corpo morto – característico da clínica, segundo Foucault⁷, após o advento da anatomopatologia – mas por um pacto com a vida em sua trama instigante e móvel. Seria esse o caminho do psiquiatra liberto. Sobre isso, é esclarecedor o seguinte comentário de Agostino Pirella, referindo-se a esse movimento de negação perpetrado por alguns psiquiatras: ***O psiquiatra que refuta é um homem que toma consciência da contradição permanente, mas oculta, da ideologia médica, segundo a qual uma pessoa transformada contra a vontade em objeto deve ser considerada 'um doente como qualquer outro'. O psiquiatra, portanto, tende a refutar ao mesmo tempo o mandato social e a ideologia médica que mascara seus aspectos degradantes***⁸.

Tal pacto, infelizmente ou não, resulta em um distanciamento radical, em nível epistemológico mesmo, da medicina entendida em seus moldes atuais.

Para Luz⁶, com a transformação da medicina em uma ciência das doenças, tirando da morte sua própria razão de existir, os conceitos de vida e cura se transformam em questões metafísicas e supérfluas para a ciência médica. Assim, nota-se que essa postura representa um caminho, uma trilha de abdicação do poder a que originalmente se arrega a psiquiatria.

Conclusão

Ao longo do trabalho presente, tentamos demonstrar, a partir das obras de Birman⁴, Foucault⁷, Luz⁶, entre outros, que a medicina como um todo e em especial a psiquiatria, em seu discurso mais originário, apresenta-se moralizante e normativa. Como vimos, para Luz⁶, a imensa preocupação que a medicina irá ter com a normatização dos interstícios da sociedade – de forma a regulamentar usos, costumes, nascimentos, casamentos, mortes, etc. – principalmente a partir dos séculos XVIII e XIX, irá transformá-la em uma disciplina tão ou mais social do que a própria sociologia. No caso da psiquiatria, seu discurso originário desce do próprio hospital psiquiátrico, instituição por excelência a serviço da normatização.

Ao mesmo tempo, tentamos delinear, ainda que rapidamente, diversas tentativas da psiquiatria, levadas a efeito desde seu nascimento, com o intuito de incluir-se dentro da ciência médica e no interior da lógica da anatomopatologia. Tais tentativas pas-

saram da anatomopatologia à antropometria, da antropometria à bioquímica ou à genética, sem, contudo, haver diferença de ordem conceitual entre elas.

O debate entre a normatização e a lesão do corpo remonta, como vimos em Birman⁴, à própria dicotomia entre a escola somaticista e a escola psicologicista que, muito fortemente, persiste até hoje. Conseqüentemente, constatamos o discurso psiquiátrico adquirir uma posição, desde a sua origem, completamente ambígua. Imobilizada em sua função normativa e sonhando com sua entrada, pela porta do somático, no reino da medicina, a psiquiatria e o profissional que a exerce se vêem, boa parte das vezes, acudados entre a alma e o corpo, entre a moral e a biologia.

Note-se que, se aqui parássemos, a situação da psiquiatria e dos psiquiatras seria, no mínimo, delicada. Entre a biologia, que nada fala, e a normatização, nasce a figura enlutada do psiquiatra. Contudo, a contar pelo que foi exposto neste trabalho, parece haver algo mais além desse ponto.

Verificamos com Amarante⁹ que, apesar de predominantemente asilar, a psiquiatria sofreu muito cedo diversas críticas a seu modelo de assistência, quase juntamente com o nascimento do próprio hospital psiquiátrico. Contudo, foi só a partir da Segunda Guerra Mundial que tais críticas ensejaram novas práticas que tentaram reformar ou mesmo negar o modelo psiquiátrico. É no bojo de tais críticas que nasce a psiquiatria de orientação psicossocial e de bases territoriais.

Ao longo de todo este trabalho, tentamos demonstrar que a psiquiatria tradicional, apesar da objetividade e da universalidade a que almeja, está muito longe de dar conta adequadamente da realidade territorial. Vivemos, hoje, o seguinte cenário: primeiro, em geral, a psiquiatria territorial, na atual realidade brasileira, é exercida em pequenas cidades; segundo, o hospital psiquiátrico não é uma realidade, na maior parte das vezes, a se considerar nesse contexto; terceiro, a psiquiatria nasceu urbana e, quase sempre, é aprendida em grandes centros, vinculados a hospitais psiquiátricos. Dado tal cenário, temos aí um grande problema a considerar. Como exercer uma psiquiatria com bases territoriais se o profissional, em geral, durante sua formação, tem apenas contato com a psiquiatria asilar e tradicional?

A psiquiatria psicossocial, ao contrário da psiquiatria tradicional, como vimos, é algo muitíssimo novo no mundo e, particularmente, no Brasil. É de se esperar, portanto, que muitas questões que tocam a atenção psicossocial ainda aguardem respostas. O próprio corpo teórico-clínico da psiqui-

atria psicossocial precisa ser melhor estudado e problematizado, embora, ao contrário da psiquiatria asilar, a psiquiatria com bases territoriais procura um corpo teórico-clínico flexível, já que sua ação se dá a partir das particularidades de cada território.

No que diz respeito a essa psiquiatria, retomamos a pergunta base deste trabalho: considerando o nascimento da psiquiatria (asilar, normativa, etc.), há lugar para o psiquiatra nessa nova forma de atenção?

Acreditamos firmemente em uma resposta positiva a essa pergunta, desde que falemos de um psiquiatra que, tentando se desvencilhar da psiquiatria tradicional em que foi formado - e que pouco lhe serve - e procurando novos caminhos

para as diversas situações, acabe por dar vazão à sua capacidade de criação, de invenção e de transformação (dele mesmo e de uma realidade externa). Dessa forma, em contraposição ao psiquiatra em luto, aparecerá a figura do psiquiatra liberto.

Para arrematar, ainda que o talento não nos tenha permitido fazê-lo com maestria, tentamos mostrar, ao longo desse trabalho, a distância existente entre o saber tradicional da psiquiatria e o da psiquiatria territorial. Esse novo saber se constrói cotidianamente no exercício constante do profissional na relação com as pessoas. Tentamos, quando pudemos, dar respostas mas, sobretudo, tentamos fugir das respostas prontas, sabendo que tal tarefa é de fundamental importância para quem se dispõe a trabalhar no território.

Colaboradores

Mardônio M participou da concepção e redação do texto e pesquisa bibliográfica; Yasui S participou da orientação do artigo e pesquisa bibliográfica.

Referências

1. Rosen G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Abrasco; 1994.
2. Figueiredo G. *O príncipe e os insanos*. São Paulo: Cortez; 1988.
3. Pessotti I. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34; 1996.
4. Birman J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978.
5. Romero M. *Medicalização da saúde e exclusão social: São Paulo, 1889 – 1930*. Bauru: EDUSC; 2002.
6. Luz MT. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
7. Foucault M. *O nascimento da clínica*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003.
8. Basaglia F. O problema da gestão. In: Basaglia F, organizador. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985. p. 313-322.
9. Amarante P, organizador. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
10. Birman J, Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 41-72.
11. Boschetti I. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. *Psicol. Soc.* [periódico na Internet]. 2003; 15(1). [acessado 2006 nov 8]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000100005&lng=pt&nrm=iso
12. Basaglia F. As instituições da violência. In: Basaglia F, organizador. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985. p. 99-133.
13. Basaglia F. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: Amarante P, organizador. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 11- 40.
14. Santos M. *O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania*. São Paulo: Publifolha; 2002.
15. Yasui S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
16. Lobosque AM. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond; 2001.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 336. Institui o Comitê Gestor das Tabelas Corporativas em uso no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União* 2002; 22 mar.
18. Pirella A. A negação do hospital psiquiátrico tradicional. In: Basaglia F, organizador. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1985. p. 175-196.

Artigo apresentado em 19/09/2007
Aprovado em 04/12/2007