

Ricardo Luiz Narciso Moebus

DILEMA e paradoxos

do Tratamento Involuntário
em Saúde Mental



DILEMA E PARADOXOS DO
TRATAMENTO INVOLUNTÁRIO
EM SAÚDE MENTAL



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto

Reitora

Cláudia Aparecida Marlière de Lima

Vice-Reitor

Hermínio Arias Nalini Jr.



editora**UFOP**

Diretor Executivo

Prof. Frederico de Mello Brandão Tavares

Coordenador Editorial

Daniel Ribeiro Pires

Assessor da Editora

Alvimar Ambrósio

Diretoria

André Luís Carvalho (Coord. de Comunicação Institucional)

Marcos Eduardo Carvalho Gonçalves Knupp (PROEX)

Paulo de Tarso A. Castro (Presidente do Conselho Editorial)

Sérgio Francisco de Aquino (PROPP)

Tânia Rossi Garbin (PROGRAD)

Conselho Editorial

Profa. Dra. Débora Cristina Lopez

Profa. Dra. Elisângela Martins Leal

Prof. Dr. José Luiz Vila Real Gonçalves

Prof. Dr. José Rubens Lima Jardimino

Profa. Dra. Lisandra Brandino de Oliveira

Prof. Dr. Paulo de Tarso Amorim Castro

Ricardo Luiz Narciso Moebus

DILEMA E PARADOXOS DO
TRATAMENTO INVOLUNTÁRIO
EM SAÚDE MENTAL

1ª edição

Ouro Preto
2018



© EDUFOP

Coordenação Editorial

Daniel Ribeiro Pires

Capa

Arte: Equipe Editora UFOP

Foto: Manipulação sobre foto pngtree.com

Diagramação

Pollyanna Assis

Revisão

Ciro Mendes

Livia Moreira

Rosângela Zanetti

Ficha Catalográfica

(Elaborado por: Elton Ferreira de Mattos - CRB6-2824, SISBIN/UFOP)

M693d Moebus, Ricardo Luiz Narciso
Dilema e paradoxos do tratamento involuntário em saúde
mental / Ricardo Luiz Narciso Moebus. – Ouro Preto : Editora
UFOP, 2018.
212 p.

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Tratamento
involuntário. 4. Serviços de saúde mental. I. Título.

CDU: 616.89

ISBN 978-85-288-0365-5

Esta obra foi selecionada pelo Conselho Editorial da Editora UFOP, a partir do Edital nº 002/2017, após avaliação por pareceristas *ad hoc*.

Todos os direitos reservados à Editora UFOP. Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida, arquivada ou transmitida por qualquer meio ou forma sem prévia permissão por escrito da Editora. A originalidade dos conteúdos e o uso de imagens são de responsabilidade dos autores da obra.

EDITORA UFOP

Campus Morro do Cruzeiro

Centro de Comunicação, 2º andar

Ouro Preto / MG, 35400-000

www.editora.ufop.br / editora@ufop.edu.br

(31) 3559-1463

*Para minhas filhas Maria Tereza, Maria Clara, Maria Luíza
Que sem elas minha alma se apequena
E já nada nesta vida vale a pena*

“E em nome dessa individualidade, que é patrimônio do homem, reclamamos a liberdade desses forçados das galés da sensibilidade, já que não se está dentro das faculdades da lei condenar à prisão a todos que pensam e trabalham. Sem insistir no caráter verdadeiramente genial das manifestações de certos loucos, na medida de nossas capacidades para avaliá-las, afirmamos a legitimidade absoluta de sua concepção da realidade e de todos os atos que dela derivam.”

Antonin Artaud

SUMÁRIO

11 PREFÁCIO

17 APRESENTAÇÃO

CAPÍTULO 1

23 A PROMESSA

25 Contextualizando

27 O começo da história da loucura da psiquiatria

32 Breves apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica

40 Comentários sumários acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil

42 A Reforma Psiquiátrica e a mudança da legislação brasileira

44 CAPS em Minas Gerais

CAPÍTULO 2

49 DO CAMINHO PARA CHEGAR A UM FIM AO DESCAMINHO DAQUELE QUE CONHECE

CAPÍTULO 3

69 O TRATAMENTO INVOLUNTÁRIO EM ATO

CAPÍTULO 4

121 A TERCEIRA MARGEM DA CLÍNICA

128 A clínica do olhar

134 A clínica da escuta

143 Tratamentos psicossociais

CAPÍTULO 5

157 DA AUTONOMIA À AUTOPOIESE

	CAPÍTULO 6
193	ÚLTIMO ATO ULTIMATO
201	REFERÊNCIAS
211	SOBRE O AUTOR

PREFÁCIO

Dilema e Paradoxos do Tratamento Involuntário em Saúde Mental

Este livro traz simultaneamente um convite e uma provocação que interessa a todos os trabalhadores da saúde e militantes em defesa de que qualquer vida vale a pena!

É um convite a um mergulho no mundo da produção do cuidado em saúde mental e uma provocação que interroga os efeitos desse cuidado ao conduzir o leitor, do início ao fim, a refletir sobre como os chamados recursos terapêuticos são utilizados, sobre quais são as suas composições, e sobre os efeitos desses arranjos de cuidado nas vidas das pessoas.

Esses escritos caracterizam a forma diferenciada como ocorre o tratamento involuntário nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), principais serviços substitutivos em saúde mental gerados pelas modelagens assistenciais da reforma psiquiátrica brasileira, e de que forma se processa neste contexto a clínica, o contrato terapêutico, o poder relacional, a autonomia e a tutela, ou seja, a produção do cuidado.

De forma surpreendente, constata a existência inevitável do tratamento involuntário nos Centros de Atenção Psicossocial e revela que a questão do tratamento involuntário atravessa toda a história das práticas e saberes em saúde mental, desde o mito fundador da psiquiatria clássica, com Pinel, até os modelos assistenciais atuais.

A partir de exemplos concretos de produção de cuidado em um destes serviços, traz uma novidade, antes não pensada: a de que é possível perceber o funcionamento diferenciado e qualificado desta involuntariedade terapêutica, distinguindo-a de outros modos de operar o tratamento involuntário tradicionalmente no exercício do poder psiquiátrico. Aos poucos, por meio das narrativas de suas experiências como psiquiatra,

apresenta as diferenças e sutilezas do modo de operar, na prática clínica, a realização do tratamento involuntário, pela psiquiatria fora da reforma e no interior desta.

O autor faz das histórias de alguns dos pacientes que acompanhou nessa trajetória um dispositivo analisador capaz de aprofundar o estudo da funcionalidade dos tratamentos involuntários. Essas histórias e as direções de tratamento pensadas demonstram uma complexificação do tema e mesmo da conceituação do tratamento involuntário.

Como diz o próprio autor:

“Não se trata mais apenas da recusa do paciente ou usuário ao tratamento, como um todo, ou a algum procedimento em particular. Nesta relação, que supomos terapêutica, entre o trabalhador de saúde e o usuário de saúde, na construção e condução de um processo de produção de cuidado, ocorrem discordâncias de variadas ordens e grandezas, com recusas por parte do usuário de procedimentos e condutas propostos pelo trabalhador, e com recusas por parte do trabalhador de procedimentos e condutas propostos pelo usuário, podendo ocorrer discordâncias ainda quanto ao objeto do tratamento — o que necessita ser tratado — e quanto ao objetivo do tratamento — o que se pretende com ele.

Portanto, o tratamento involuntário em saúde mental passa a abranger todo esse jogo de forças, discordâncias e disputas que compõem a arena clínica na qual se lançam o trabalhador e o usuário, ao longo de um tratamento, que significa uma mudança subjetiva, ou a subjetivação de uma novidade, que não costuma ocorrer de maneira fácil, simples, sem resistências ou impedimentos.

Visto desta maneira, fica até mesmo difícil imaginar o tratamento de casos graves e críticos em saúde mental em que não ocorra esse estatuto de involuntariedade, em que aconteça o consentimento pleno e constante, ou seja, em que o processo terapêutico se desdobre sem tensionamentos e sem impasses, seja em menor ou maior grau.

Considerado assim, o tratamento involuntário não se presta mais a um papel de elemento que seja indicador ou índice, pois sua ocorrência é quase onipresente, inerente ao processo terapêutico, constituindo-se, por outro lado, em

poderoso elemento analisador, revelando, em certa medida, a forma e o processo operativo ou tecnológico atuante em determinada experiência ou realidade clínica.”

Aos poucos, com destemido vigor, ao interrogar os efeitos desse cuidado, traz para a cena um debate cuidadoso e delicado sobre o tratamento involuntário em serviços abertos de saúde mental. Ao falar sobre sua complexidade e sobre suas variadas formas e apresentações, traz à tona outro ponto fundamental que está sempre em jogo nos arranjos tecnológicos do cuidado em saúde mental, qual seja: a tensão entre a produção de autonomia e tutela nas práticas de cuidado como elemento essencial da involuntariedade em questão.

Na procura das formas de apresentação do tratamento involuntário nos CAPS, nos leva a pensar que é preciso considerar a autonomia possível e a tutela necessária. A autonomia e a tutela integrariam um par indissociável, que pode ser abordado com base no elemento autonomia ou no elemento tutela. Para enfrentar esse desafio o autor propõe localizar o debate em uma análise tridimensional que comporte as dimensões geográfica, histórica e micropolítica.

Em um trabalho de convencimento do leitor, o livro enfrenta, com propriedade, os temas do poder disciplinar, da sociedade de controle, da autonomia, da tutela, da especificidade das práticas clínicas dos novos serviços de saúde mental e da microbiopolítica constitutiva da produção do cuidado em ato.

Nesse enfrentamento, Ricardo faz outra oferta generosa e provocativa ao apresentar ao leitor aquilo que chama de a terceira margem da clínica. Utilizo essa imagem para reafirmar que este livro explora com coragem temas que circulam, muitas vezes, à margem do debate no campo da saúde mental, mas que paradoxalmente tem uma importância fundamental para desvendar as complexas tensões constitutivas dos impasses da clínica e do cuidado nos cotidianos dos serviços que de fato se abram para atender os acontecimentos da vida como ela é, e que se apresentam muitas vezes à quente, crua e de forma inominável!

Assim, traz para o centro do debate o binômio tutela × autonomia, o poder político em ato, o poder pastoral, o poder disciplinar, o poder normalizador, o bio-poder, e o que chama de outros possíveis poderes. Tarefa nada fácil, uma vez que a apresentação dessas formas de exercício do poder nos convocam a tomar em análise o modo de sustentar, no coletivo das equipes e no encontro com o sujeito que sofre, um conjunto de tecnologias de cuidado que de fato estejam a favor da ampliação das conexões existenciais desse sujeito que, de alguma forma, demanda um tratamento, sobretudo quando essa forma de demandar o tratamento se manifesta a partir de outras linguagens e afetos como a violência, a resistência, entre outras, não usualmente esperadas.

A aposta aqui colocada é que enfrentar e problematizar esses temas é uma das saídas capazes de trazer uma abertura à experimentação de arranjos tecnológicos de cuidado antes não pensados e imaginados, que muitas vezes nos colocam diante da fina linha em constante tensão que é a questão da autonomia e tutela.

Aprendemos com Ricardo que a dimensão propriamente cuidadora pode se apresentar ou não como resultado do trabalho em saúde e está diretamente implicada, relacionada aos atos clínicos de qualquer trabalhador de saúde, composta pela dimensão tutelar e pelo ganho efetivo de autonomia; e mais, como se já não bastassem os aprendizados anteriores: que as relações clínicas são necessariamente relações de poder, mas que, apesar disto, ou por isto mesmo, estão sempre abertas às possibilidades e potencialidades de seus devires.

“(…) onde há uma relação clínica, necessariamente humana, há uma relação de poder, mas não a priori uma relação dominadora ou castradora, podendo, ao contrário, ser uma relação criadora daqueles pontos dispersos de inversão dos vetores de poder de que falava Foucault mais acima, referindo-se à interioridade das relações de poder a que estamos todos condenados.”

E dessa forma nos arrebatamos ao afirmar que deseja “(…) tão-somente, testemunhar este difícil exercício clínico de discernir, no fio da navalha,

o momento de apostar um pouco mais, de negociar ainda um pouco, e de quando tutelar agora, construindo a autonomia de amanhã”.

Enfim, este estudo busca de forma ética e consistente uma resposta, ainda que parcial, a esta dura questão do tratamento involuntário. Se muitos são os impasses a serem enfrentados, presentes na nossa clínica e em nossa produção de cuidado cotidiano, há uma certeza que deve nos acompanhar nesse enfrentamento: é inegociável, seja do ponto de vista ético, estético, político ou técnico, repensar “como ocorrem de fato, na prática diária dos CAPS, esses tratamentos, como algo que não pode ser unificado ou universalizado, uma vez que as experiências clínicas que vão sendo construídas em cada CAPS, e até no interior de um mesmo CAPS, diferem intensamente, dependentes que são de uma multiplicidade de elementos em ação em cada caso”.

De certa forma, este livro nos ensina a desaprender, como nos diria Manoel de Barros, em seu livro “Sobre o nada”, certos princípios fundamentais, para seguir adiante em defesa da produção de um cuidado em liberdade:

“A expressão reta não sonha.

Não use o traço acostumado.

O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê.

É preciso transver o mundo.

É preciso desformar o mundo:

Tirar da natureza as naturalidades.”

Paula Cerqueira

Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 23 de julho de 2017

APRESENTAÇÃO

Logo no começo, o autor diz falar tudo sobre o livro e nos lança a ideia de ter feito um harakiri literário, pois o leitor poderia imaginar que não haveria mais nada a estimulá-lo na leitura. Do mesmo modo, no último capítulo, pode-se ler algumas possíveis “conclusões” e aí a roda se fecha de modo definitivo. Para que ler mesmo?

Entretanto, este livro não é um de começo e fim, mas de meio.

Ir pelo meio do livro, acompanhando o bufão e o juiz a cada passo e as maneiras de o autor ir se desenrolando dos seus próprios enigmas, é a beleza literária dessa escrita.

Acompanhar suas conversas com a história da psiquiatria, e mesmo da produção do conhecimento, é saboroso. Porém, a coisa fica bem quente quando expõe a dramaticidade de cuidar em liberdade, quando isso é também tomar decisão pelo outro.

Por isso, não basta ter um problema dos mais complicados a resolver — a questão do tratamento involuntário na saúde mental — também há que se produzir um texto com uma narrativa sedutora, exótica, enfim, já que estamos também no campo psiquiátrico, que possa tornar o leitor elemento ativo na composição da escrita, o que dá essa escrita literária do livro, ao tratar de um tema tão próprio para um campo do cuidado em saúde.

Ricardo vive no olho do furacão. Aliás, essa figura já usei em outro material, mas aqui cabe perfeitamente: estar no interior do mundo do cuidado em saúde mental como um psiquiatra que se pretende a todo tempo estar antimanicomializando com o seu fazer, com a pretensão do tratar em liberdade, do ceder à vontade imediata do outro sobre estar ou não em cuidado, do agir na produção de mais vida no encontro. Porém, tudo isso vai também convivendo, não em pretensão, mas em constatação com ações que revelam uma tomada de decisão sem que o outro esteja plenamente decidindo sobre ela, em particular quando se defronta com o dilema de um sofrimento que é automutilante e de grande risco para outros.

Revela em certa altura do seu texto que não tomar uma decisão de impor um tratamento em certas situações pode acarretar uma ação de eliminação de alguém, que não pode se defender, como a morte de um irmão e um sobrinho de um homem em forte sofrimento mental. E aí, ao se antever isso, há ou não que se tomar uma decisão independentemente do outro concordar ou não?

Ricardo se viu muitas vezes em situações em que tomar uma decisão dessas o atormentava: “estou traindo meus próprios sonhos ou esses são mais enigmáticos do que imaginamos?”

Como pensar sobre isso ao reconhecer que o tratamento involuntário é constitutivo, em várias situações, de projetos terapêuticos singulares, que só cabem ali naquela situação e naquela relação, mas não é a essência do processo terapêutico. É efetivamente um elemento de possibilidade de um agir de tutela autonomizadora, na medida que pode sustentar processos relacionais de cuidado, que se pautam pela ética da defesa da vida do outro e por um processo de produção de mais redes existenciais em vidas empobrecidas de vínculos e afetos.

Isso reposiciona o autor, que nos seus relatos vai tirando todo proveito de dissolver o tratamento involuntário como medidor de um modo antimanicomial de ser, colocando-o no lugar de um analisador que pode fazer o mundo do cuidado falar e, assim, dizer se o processo de cuidado é uma aposta efetiva na diferenciação do outro enquanto modos de existir e de inventar novos sentidos para si com os outros, que recoloca o sofrimento em outros territórios, deslocando sua centralidade no modo de viver.

Dialoga fortemente com as experiências de cuidado no cotidiano de serviços substitutivos, com relatos de suas próprias experimentações de cuidar e as encruzilhadas que se encontra, e vai nos abrindo para podermos nos tornar, como diz no final, eternos aprendizes do cuidado como acontecimento, diante da sua originalidade a cada vida real que aí se encontra.

Ir por esses meios e poder ir se sentindo no olho do furacão, junto com o autor, nos abre para mundos que muitos ainda não produziram em si.

Por isso, não há outra possibilidade. Há que se ler do começo ao fim.

Emerson Elias Merhy
*Professor titular de Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Rio de Janeiro/Macaé*

CAPÍTULO 1

A PROMESSA

Este livro é uma adaptação de minha dissertação de mestrado, defendida na Universidade Federal do Rio de Janeiro, desenvolvida na Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, sob orientação do professor Emerson Elias Merhy.

Já digo de uma vez a que veio este estudo: constatar a existência inevitável do tratamento involuntário nos novos serviços substitutivos de saúde mental, chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas também demonstrar o funcionamento diferenciado e qualificado desta involuntariedade terapêutica, distinguindo-a de outros modos de operar o tratamento involuntário tradicionalmente no exercício do poder psiquiátrico.

Já digo mas desdigo, porque no transcorrer desta pesquisa acabei percorrendo outros caminhos imprevisos na rota inicial e me debruçando sobre vários aspectos concernentes e indispensáveis ao debate deste tema, de maneira que me vi diante do desafio de, tendo o tema motor do tratamento involuntário como um analisador a franquear diversas entradas e conexões, pensar no fazer clínico desses serviços e suas formas de funcionar, e também na questão da autonomia — em sua invenção, construção histórica e relação com a tutela — e ainda nas subjetivações e no surpreendente tema da transição da sociedade disciplinar para a sociedade do controle, como exposto mais adiante.

O resultado é que o texto que se segue é mais confuso em suas digressões e descaminhos, e por isto mesmo mais rico — assim gostaria eu — que a linha reta do metódico pensamento estritamente cartesiano, correndo o risco de expressar até o que não previa.

O problema é que assim já disse quase tudo.

Mas espere mais um pouco, o veredicto ainda não! Diria ao juiz, o bufão: —Estamos apenas na introdução, se já fui direto ao assunto, pro-

meto ainda fazer rodeios e floreios e malabarismos, que serão o recheio, mas também a cobertura, deste miolo mole que já servi precipitadamente.

Assumo, assim, esta audaciosa promessa, que tentarei ao menos em parte cumprir. Não é toda introdução mais promessa que apresentação? Vou assim introduzindo meu pensamento penetrante no leitor desavisado? Ou o leitor é que se vai introduzindo no meu pensamento escancarado? Vou fazendo o convite nesta dialética interpenetrante para um diálogo ou um banquete, correndo o risco de quebrar o protocolo e servir logo o prato principal, invertendo o enigma da esfinge antropofágica: não mais “decifra-me ou te devoro!”. A partir de agora, “devora-me e te decifro!”.

O que será servido a seguir, neste cortejo, serão algumas contextualizações, localizações fundamentais, ingredientes que estarão presentes ao longo de todo o desfrute, mas que também funcionam como uma justificação, um dimensionamento da importância e da pertinência do tema, e ainda vão desenhando os objetivos.

Depois, passo ao capítulo da discussão metodológica, e então apresento, em capítulos subsequentes, dados, discussões, análises e conclusões, como a do primeiro parágrafo. Mas então será que comecei pelo fim? “O desejo pego pelo rabo”, disse Pablo Picasso.

Nesta busca do tratamento involuntário nos Centros de Atenção Psicossocial, vou abrindo o tema do tratamento, e para isto é preciso considerar a clínica em operação nesses serviços. E para falar em voluntário ou involuntário, é preciso considerar a autonomia possível e a tutela necessária.

Mas antes, para se falar em CAPS, é necessário considerar o contexto da reforma psiquiátrica brasileira e, em alguma medida, os fundamentos da reforma psiquiátrica em geral, e também da tradição psiquiátrica com a qual ela rompe.

Contextualizando

Já em 1793 dizia Pinel, “tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousar esperar muito de meios completamente diferentes.”¹

Tal frase, à primeira vista, parece bastante pertinente ao amplo processo de reformulação, renovação ou reinvenção no campo da saúde mental, seja em nível técnico-assistencial, epistemológico-paradigmático, jurídico-político-social, ou ideológico-cultural, em curso desde a década de quarenta do século XX nos mais variados países, com as mais variadas formas e intensidades, a que se convencionou denominar reforma psiquiátrica.

No entanto, esta mesma reforma psiquiátrica, não obstante suas inumeráveis divergências, diferenças e discrepâncias internas, de uma maneira geral, representa justamente a contrapartida diante do universo de práticas e saberes que constituíram, na tradição inaugurada por Pinel, a psiquiatria clássica ou tradicional.

De modo geral, a reforma psiquiátrica representa, entre outras coisas, também uma das frentes setoriais nesta luta mais ampla contra a privação da liberdade e de outros direitos fundamentais do homem, donde o conhecido lema “a liberdade é terapêutica”.

É neste sentido que o debate a propósito dos tratamentos involuntários, presentes cotidianamente em serviços como os CAPS, desenvolvidos a partir das modelagens assistenciais formuladas pela reforma psiquiátrica brasileira, parece espinhoso para alguns, e até escandaloso para outros.

Pode-se imaginar, logo de início, objeções exaltadas, no sentido em que os tratamentos involuntários seriam absolutamente contrários a todos os valores ou princípios que inspiram ou fundamentam as reformas psiquiátricas em sua pluralidade, ou no sentido em que um serviço onde existe o tratamento involuntário já não merece ser considerado como pertinente à reforma psiquiátrica e, se o foi um dia, esta constatação da

¹ PINEL *apud* TENÓRIO, 2002.

involuntariedade denuncia sua corrupção, seu desvio, sua adulteração, ou sua cooptação pelas forças reacionárias, pelo eixo manicomial.

Pode-se protestar ainda que, havendo tratamento involuntário compatível com a reforma, então todo este processo seguiria, em boa medida, a famosa “lógica do Gattopardo”, imortalizada pelo escritor Tommasi di Lampedusa, na qual “é preciso mudar tudo para que tudo fique como está”².

Porém, contrariando essas objeções, propõe-se neste estudo a difícil e incompleta tarefa de demonstrar que, por um lado, a questão do tratamento involuntário atravessa toda a história das práticas e saberes em saúde mental, desde o mito fundador da psiquiatria clássica, com Pinel, até as atuais modelagens assistenciais, herdeiras legítimas dos avanços alcançados pelo processo das reformas psiquiátricas, passando pelo mito fundador da própria reforma.

E, por outro lado, a própria reconfiguração conceitual do tratamento involuntário, de forma ampliada, fragmentada e multifacetada, aponta para a impossibilidade de sua utilização como indicador ou índice de coerência ou pertinência, seja técnica, política, ideológica, cultural, etc.

No entanto, esta mesma questão do tratamento involuntário, verdadeiro dilema no interior da reforma psiquiátrica, não sendo um indicador, ou seja, um delimitador que indicaria pertinência ou não, presta-se, por sua vez, a partir da análise do seu funcionamento operante, a ser um potente analisador, ou seja, revelador, expositor ou tradutor dos modos de produção de cuidado, em ação e relação nos variados serviços de saúde mental.

É com este propósito que faço uma rápida retrospectiva panorâmica pelos campos da psiquiatria tradicional e da reforma psiquiátrica, salientando o tema do tratamento involuntário, dimensionando a questão.

² LAMPEDUSA, 2006

O começo da história da loucura da psiquiatria

Convém recordar — longe de ser um estudo historiográfico — alguns pontos da constituição da psiquiatria, pertinentes à discussão acerca da novidade ou da repetição do tratamento involuntário em um serviço oriundo da reforma psiquiátrica, pois, para proceder a uma avaliação comparativa entre esses dois termos, quais sejam, o modo de operar, na prática clínica, a realização do tratamento involuntário pela psiquiatria fora da reforma e no interior desta, é preciso, para começar, fazer alguns esclarecimentos.

Nesse sentido, é curioso perceber uma diferença evidente nas narrativas dos mitos fundadores da medicina moderna, de uma forma geral, e da psiquiatria em particular.

A Medicina, prática hegemônica tal como a conhecemos hoje, reconhece, ou pretende assentar sua origem em uma mudança nitidamente metodológica, ou epistemológica, já a psiquiatria, constrói seu mito fundador com uma mudança de atitude.

‘Por um lado, a Medicina reconhece um passado arqueológico em Hipócrates, que, meio milênio antes de Cristo, teria sistematizado o método clínico, com uma estrutura semelhante à ainda hoje empregada.

Por outro lado, a Medicina, chamada moderna, estabelece sua data de nascimento no final do século XVIII, reconhecendo-se positivista e materialista, em um contexto de exaltação do cientificismo, de reconhecimento do método da ciência, com seu preceito descritivo de fatos, relações e leis, que constroem a previsibilidade como o único conhecimento possível — portanto, em sintonia com esta principal característica do pensamento moderno, a questão do método, o problema do conhecimento e da garantia da sua verdade.

Já a psiquiatria, última especialidade incorporada à Medicina, só se estabelece no século XIX, quando se estende o olhar clínico sobre a loucura, passando a considerá-la objeto de estudo da Medicina, transformando-a então em doença mental.

Mas esta origem da psiquiatria constrói seu mito singular com Philippe Pinel (1745-1826), no contexto de uma revolução francesa, em que contam, de maneira mais evidente ou menos dissimulada, as posturas, as atitudes, os valores, os fins, e não apenas os métodos:

Reza a lenda que, em 1793, Couthon (uma das três maiores autoridades da revolução francesa, ao lado de Robespierre e Saint-Just) teria inspecionado pessoalmente o hospital de Bicêtre, recém assumido por Pinel. Após os primeiros contatos com os loucos, Couthon teria dado por encerrada a inspeção, dizendo ao responsável: “Ah!, cidadão, você também é louco de querer desacorrentar tais animais?... Faça o que quiser. Eu os abandono a você. Mas temo que você seja vítima de sua própria presunção”. Ao que Pinel teria respondido: “Tenho a convicção de que estes alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousou esperar muito de meios completamente diferentes.”³

Em 11 de setembro de 1793, Pinel recebe a permissão da Assembléia para libertar os alienados. A princípio teriam sido libertados doze pacientes. Algum tempo depois, duzentos neste hospital de Bicêtre e outros tantos no hospital Salpêtrière. Considera-se que Pinel demonstrou, assim, como incorporou plenamente o espírito de seu tempo, de seu momento histórico, apostando na necessária liberdade formulada pelos ideólogos da Revolução Francesa. E teria mesmo proposto, como sugere a lenda, que a liberdade é terapêutica, uma máxima da Reforma Psiquiátrica de nosso tempo.

Portanto, vale ressaltar que, no mito original, encontramos, como elemento fundamental, divisor de águas, uma nova abordagem do tratamento involuntário, que deveria ser realizado, a partir de então, sem os grilhões, sem as correntes, sem violência, evitando os castigos corporais, cuidando dos doentes com ternura, demonstrando interesse por seus males, consolando-os com a esperança de que melhorariam de sorte, como insiste Pinel em seu *Tratado Médico-Filosófico Sobre a Alienação*

³ TENÓRIO, 2002.

Mental ou Mania, surgido em 1801, no alvorecer do século XIX, e considerado um marco inaugural da psiquiatria clássica ou científica.

No mencionado Tratado, Pinel defende fervorosamente o reconhecimento da humanidade dos alienados, convida os “homens sensíveis” a freqüentarem diariamente o hospício de loucos para se enternecerem das cenas que verão. Insiste em um tratamento involuntário no qual o temor deve ser acompanhado da benevolência, de forma que fique evidente que a sujeição dos alienados não seja ditada por uma arbitrariedade ou pela raiva, mas pela necessidade de vencer a indócil petulância da loucura, empregando uma força apenas suficiente ao grau de resistência, com um desejo sincero de que recubram a razão, de forma que os funcionários não podem agredir os alienados sob nenhum pretexto, podendo apenas submetê-los à camisa de força ou trancá-los por curto período de tempo, ou ameaçá-los de que serão severamente repreendidos, ou lançarem mão de alguma outra engenhosa estratégia.

Pinel repetidas vezes insistirá, nesta mesma obra, na descrição dos métodos anteriores ao seu:

Em tales casos se seguia antiguamente um método sencillo, y solo bueno para hacer incurable la manía, que era abandonar al loco en lo interior de su jaula, qual á un ente indomable, cargarle de cadenas, ó tratarle con suma crueldad, como si no quedase mas recurso que él de libertar á la sociedad de él, y esperar la terminacion natural de tan cruel existencia.⁴

Essas comparações entre como se fazia antes e como fazemos agora o tratamento involuntário se estendem ao longo de todo o texto, voltando sempre ao tema da utilidade terapêutica de se conceder aos loucos uma “libertad prudente y limitada dentro de los hospitales”.

Convém lembrar que é justamente o projeto de governar ou dominar sem ou com pouca violência brutal, ou, em outras palavras, o projeto da disciplina com base no conhecimento e no saber, do exercício da sujeição insidiosa, difusa e que inclui ativamente o sujeitado, além da redução da

⁴ PINEL, 1988 [1801].

experiência da loucura à doença mental, operada neste momento de libertação dos alienados pela psiquiatria, que Michel Foucault reconhecera como o grande aprisionamento da loucura na idade clássica.

É claro que Pinel, em seu tratamento moral, preconiza a sujeição severa, ainda que prudente — reclusões rigorosas, comoções, isolamento, policiamento constante, trabalho mecânico como lei fundamental do hospital, sangrias, laxantes, purgantes, anti-espasmódicos, banhos frios, principalmente os de surpresa —, e, sobretudo, uma relação de domínio e disciplina sobre o louco, como já se insistiu bastante em inúmeros trabalhos.

Ainda assim é de especial interesse para este estudo ressaltar o fato de que a psiquiatria clássica ou tradicional, à qual irá se opor, mais tarde, a reforma psiquiátrica, inaugura-se no contexto eferescente da revolução burguesa e busca uma sintonia política com seus valores, principalmente com a liberdade e a moral burguesa, instituindo uma ruptura “revolucionária” humanista com as práticas precedentes, mesmo que Pinel tente circunscrever sua contribuição ao campo exclusivamente metodológico:

“Una obra de medicina publicada al fin del siglo XVIII debe tener distinto carácter que si se hubiese escrito en otra época anterior; por esta razón debe distinguirse por cierta superioridad en las ideas, y en especial por el orden y método que reyna en todos los ramos de historia natural: no me la han dictado ni miras particulares, ni el espíritu de partido, es el efecto de una filantropia pura y franca (...)”.⁵

Considera-se o ano de 1816 como o final do período de Pinel e o começo do período de seus discípulos, entre estes, sobretudo Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840).

Esquirol compartilha com seu mestre Pinel, seguindo-o com fidelidade, a instauração do método de observação, descrição e classificação que inaugura a clínica psiquiátrica como especialidade médica e redefine

⁵ PINEL, 1988 [1801].

o lugar da loucura como doença mental. Aliás, ressalta-se que, com Esquirol, o termo alienado vai sendo substituído por enfermo. Contudo, o que sua contribuição na formulação deste campo de saber, ainda incipiente, tem, como interesse especial para este estudo, é o fato de aprofundar decididamente a idéia de que o manicômio é o lugar privilegiado não apenas da construção do saber acerca da loucura, mas também, e sobretudo, do tratamento. E isto por favorecer a disciplina e o isolamento.

Esquirol insiste na utilidade do isolamento, do afastamento do alienado de sua maneira de viver, de suas idéias fixas, chegando a afirmar que o isolamento é uma condição preliminar a todo tratamento racional da alienação mental, incluindo aí o isolamento absoluto, com os benefícios trazidos pela solidão, capaz de restabelecer as forças morais esgotadas pelas paixões.

Esquirol explicita nitidamente, em seu *Memorias Sobre La Locura y sus Variedades*⁶, o sonho da instituição que possa permitir um controle total sobre os alienados. Uma casa destinada ao tratamento de loucos onde com menos esforço se vigia cada vez melhor; com um regulamento ao qual todos estejam sujeitos, que sirva de resposta a todas as objeções, que contribua para a obediência, e onde o médico esteja permanentemente informado sobre seus enfermos, podendo intervir em suas discussões e querelas, conduzindo-os por princípios precisos e positivos, dirigindo, enfim, todas as suas ações.

A partir deste ponto estava traçada a trajetória, estavam dadas as coordenadas que levaram as relações da psiquiatria tradicional com o tratamento involuntário até onde chegaram, ou seja, ao domínio absolutista das instituições totais, como descritas por Erving Goffman em 1961, reconhecendo-se aí, paradoxalmente, não uma mortificação, mas uma tecnologia para a produção de saúde.

⁶ ESQUIROL, 1991.

Breves apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica

Sem a pretensão de reconstituir a vasta trajetória da reforma psiquiátrica, passarei agora a algumas pontuações deste trajeto no intuito de começar o esclarecimento dos fundamentos de um serviço como o CAPS, em causa neste estudo.

E o primeiro desafio é o dimensionamento, inclusive temporal, do que pode ser chamado de Reforma Psiquiátrica.

Isto fica evidente quando consideramos que a psiquiatria já surge em um movimento de reforma, como tentei explicitar acima, em uma iniciativa de reformar a maneira desumana como estavam sendo tratados os alienados. E a partir daí, as reformulações, mudanças, avanços ou retrocessos, discordâncias ou dissidências, críticas e réplicas, não param mais.

Contudo, para restringir a amplitude do tema ao escopo e interesse deste estudo, e também para tentar escapar da polêmica acerca do real início da Reforma Psiquiátrica, adotarei a proposta de autores como Amarante (2003b), que a consideram iniciada a partir do pós-guerra, na década de 40 do século XX. Isto significa considerar que, durante uma grande lacuna que vai do início do século XIX, berço da psiquiatria, ao referido pós-guerra, houve uma certa continuidade na construção da clínica psiquiátrica, inclusive no que diz respeito ao lugar central e estabelecido do hospital como principal recurso terapêutico, conforme já mencionado acima no tocante a Esquirol. Esse hiato inclui nomes como Wilhelm Griesinger, considerado fundador da escola alemã, Guislain, Bayle, Jean-Pierre Falret, Morel, Kahlbaum, Baillarger, Magnan, Kraepelin, Séglas, Jaspers, De Clérambault, e tantos outros que pertencem ao período desconsiderado neste estudo.

Considerando o pós-guerra como o cenário desolador onde se desenvolverá a reforma psiquiátrica, não é difícil imaginar, diante das condições de vida dos tempos de guerra, em que circunstâncias estavam os loucos nos manicômios espalhados por toda parte. Surgem então as iniciativas teóricas e práticas consideradas os antecedentes, os primeiros

passos para a Reforma Psiquiátrica, como confirma Franca Basaglia, citada por Amarante (2003a):

O pensamento fenomenológico existencial, surgido como resposta à desumanização na qual havia entrado a Europa durante a Segunda Guerra Mundial, colocava em discussão o problema do homem, não mais como entidade abstrata, definível segundo um sistema de categorias fechadas, mas como sujeito-objeto de um sofrimento social⁷.

Neste período histórico, são considerados como subsídios teóricos fundamentais da Reforma, com especial destaque, as obras de Michel Foucault e Erving Goffman.

Foucault, com suas poderosas ferramentas da arqueologia dos saberes e da genealogia dos poderes, vai se dedicar cuidadosamente à Medicina em geral, às ciências humanas, às instituições carcerárias e a outros temas. Dedicará especial interesse à psiquiatria, produzindo sua *História da Loucura na Idade Clássica*, na qual realiza uma excepcional desmistificação da clínica psiquiátrica, desde seu nascimento.

Nessa obra, Foucault traz à luz toda a natureza disciplinar, controladora, e até aniquiladora da experiência e do diálogo possível da loucura com a razão, lastreada no saber e na prática psiquiátrica, em especial a asilar.

Erving Goffman, por sua vez, em seu trabalho *Manicômios, Prisões e Conventos*, estabelecerá definitivamente a realidade do pesadelo contínuo dos rituais de mortificação das individualidades e subjetividades nas denominadas instituições totais, incluído aí o manicômio.

Goffman, com sua perspectiva sociológica, debruçado especialmente sobre os hospitais psiquiátricos, insiste no caráter involuntário das internações, no “uso disciplinar de práticas médicas”, no controle da vida, “regulada e ordenada de acordo com um sistema de disciplina desenvolvido para o controle de grande número de internados involuntários por uma pequena equipe”.⁸

⁷ AMARANTE, 2003a.

⁸ GOFFMAN, 1996.

Chegando então às experiências de reforma psiquiátrica desenvolvidas a partir de meados do século XX, pode-se observar que algumas delas se restringiram a reformar ou humanizar os asilos, outras, limitaram-se a, superando os asilos, reorganizar o espaço ou o sistema assistencial, enquanto outras colocaram em questão as práticas, os saberes, as funções sociais e culturais da Medicina e da psiquiatria como instituições.

No âmbito da reformulação, da democratização e da transformação da dinâmica institucional asilar encontramos a experiência das comunidades terapêuticas, com seus tratamentos grupais e participantes. Seu principal representante é Maxwell Jones, que influenciará, com seu trabalho desde o pós-guerra, toda a reforma psiquiátrica inglesa.

No entanto, essa democratização do ambiente hospitalar talvez não tenha conseguido colocar em questão a involuntariedade do tratamento, muito menos a legitimidade da psiquiatria, parecendo encarar ambas como “naturais”:

A hospitalização muitas vezes é resultado de alguma crise em que o membro ‘enfermo’ é alijado da sociedade em que vive ou, com menos freqüência, em que procura ele mesmo asilo no hospital. (...) o paciente deve tentar ajustar-se e enfrentar os problemas da vida diária. (...) Em nenhuma hipótese a equipe ou o médico renuncia à sua autoridade última, que simplesmente permanece latente e pode ser solicitada quando necessário.⁹

Também nesta perspectiva da transformação da dinâmica hospitalar encontramos a psicoterapia institucional de François Tosquelles, que reformulou exemplarmente o Hospital Saint Alban, na França, enfrentando o caráter segregador e totalizador da psiquiatria, preconizando a “terapêutica ativa” de Herman Simon, e criticando o poder médico e as relações intrainstitucionais.

Esta psicoterapia institucional multiplicou-se e diversificou-se em diversos hospitais franceses, abordando o coletivo dos pacientes e técnicos, em oposição ao modelo tradicional da hierarquia e da verticalidade,

⁹ JONES, 1972

e procurou abrir novos espaços e possibilidades terapêuticas, tais como ateliês, reuniões, festas, sobretudo espaços de participação e construção coletiva de novas possibilidades, como o histórico “clube terapêutico Paul Balvet”, totalmente autônomo e gerido pelos internos.

Todavia, considera-se que:

O alcance transformador do projeto da psicoterapia institucional recebe uma crítica às bases excessivamente centradas, senão restritas, ao espaço institucional asilar, resumindo-se a uma reforma asilar que não questiona a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos, não objetivando transformar o saber psiquiátrico que se pretende operador de um conhecimento sobre o sofrimento humano, os homens e a sociedade.¹⁰

Outra iniciativa de reforma psiquiátrica, operada com base na contestação do tratamento asilar, foi a chamada psiquiatria de setor francesa, que tentou transferir para a comunidade o dispositivo de atendimento aos doentes mentais, dividindo o território em setores com no máximo setenta mil habitantes, contando cada um deles com equipe multiprofissional, em instituições responsáveis por tratar os pacientes em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois da internação psiquiátrica.

Considerada a matriz da política psiquiátrica francesa desde a década de 60 do século XX, esta psiquiatria de setor passou a ser criticada ou pelo risco de significar uma extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria, ou porque:

não apenas deixou de ir além do hospital psiquiátrico, porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalíticas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos ‘normais’ e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura.¹¹

¹⁰ AMARANTE, 2003b.

¹¹ ROTELLI, 1998.

Uma “ambiciosa” iniciativa de reforma psiquiátrica, que se autorreconhecia como a terceira revolução psiquiátrica, depois de Pinel e Freud, foi a psiquiatria preventiva ou comunitária americana, com seu paradigma do preventivismo, propondo uma mudança de objeto, agora a saúde mental; de objetivo, a prevenção; de sujeito de tratamento, a coletividade; de agente profissional, as equipes comunitárias; de espaço de tratamento, a comunidade; e de concepção, a unidade biopsicossocial.

Essa abordagem, procurando enfrentar o problema da institucionalização dos pacientes, entendida como hospitalização, e geradora de dependência, perda dos elos comunitários, cronificação e exclusão social, criou um arsenal de serviços alternativos ao hospital e de medidas para reduzir a internação. Propôs, inclusive, a “despsiquiatrização”, porém no sentido profissional, de dividir ou de transferir o trabalho terapêutico para outras categorias profissionais, redimensionando o papel do serviço social, da psicologia, da terapia ocupacional, da enfermagem, entre outros.

O projeto preventivista, com intervenções cada vez mais precoces, em seus três níveis — primário, secundário e terciário —, acenou com o sonho do controle perfeito, capaz de suspeitar e suspender a doença antes de seu desenvolvimento. Prometeu, ainda a obsolescência final do hospício psiquiátrico por meio da competência psicológica massificada, o que acabou acarretando um aumento relevante da demanda ambulatorial e extra-hospitalar. Ao mesmo tempo, manteve os clientes naturais dos hospitais psiquiátricos, quando não aumentando-os pela retroalimentação preventivista-asilar.

Neste sentido, o preventivismo significou “um novo projeto de medicalização da ordem social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais”.¹²

De uma maneira totalmente diferente, a desinstitucionalização será proposta como desconstrução, não apenas de instituições, de poderes e de espaços instituídos, mas também de saberes e racionalidades, na vertente da antipsiquiatria da efervescente década de 60 do século XX.

¹² AMARANTE, 2003b

Tendo à frente Ronald Laing e David Cooper, a antipsiquiatria, afinada com a contracultura — tentando desvencilhar-se da cultura e dos valores burgueses — e propondo a “dialética da libertação” — procurando denunciar todas as formas de violência e os sistemas sociais dos quais elas provêm —, termina por elaborar outra referência teórica para a esquizofrenia, conhecida como a teoria da lógica das comunicações, que enxerga a loucura entre os homens e não dentro deles.

Esta vertente da reforma psiquiátrica considerava que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade. Acalentando uma perspectiva libertária incondicional, tal concepção de imposição do mercado dá a entender, portanto, que todo tratamento psiquiátrico seria involuntário e deveria ser evitado, pois, conforme postula David Cooper, “se a psiquiatria tiver de mostrar alguma eficácia, será ao preço de uma transformação tão radical que lhe valerá, ao menos por algum tempo, merecer o nome de antipsiquiatria”¹³.

Por último, cabe registrar a reforma psiquiátrica desenvolvida pela psiquiatria democrática italiana, iniciada por Franco Basaglia.

E não é por acaso que esta experiência parece merecer um destaque especial. Se há um mito fundador da reforma psiquiátrica, este mito é protagonizado por Basaglia:

A primeira vez que entrou neste hospital, e era sempre ele mesmo a contar isso, viu os internos fechados à chave dentro dos pavilhões e nas celas de isolamento, e recordou-se de quando estava na prisão. Então, pensou que deveria usar todo seu poder de diretor para melhorar as condições de vida destas pessoas.¹⁴

Até aqui a narrativa é muito parecida com o mito que envolve a figura de Pinel, mas o corte com o precedente vem em seguida:

Este primeiro contato impõe-lhe uma identificação com a situação dos internos, que é estabelecida a partir de sua

¹³ COOPER, 1973.

¹⁴ AMARANTE, 2003a.

própria experiência como objeto da violência quando ‘partigiano’, que o fez permanecer na prisão até o fim da guerra. Uma fábula vem, de pronto, à mente de Basaglia, e nela permanece como uma referência ao longo de toda a sua trajetória que, por tal importância, vale a pena reproduzi-la: uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: ‘No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente’. ‘Em vez de liberdade ele encontrara o vazio’, porque ‘junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro’, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida.¹⁵

Este mito fundador me parece especialmente caro a este estudo, pois, o que está em jogo aqui, senão o problema da vontade e da liberdade como fundamentais à vida?

E, além disto, se a questão da liberdade já estava em pauta no mito pineliano, ela é retomada em termos absolutamente distintos daquele.

Vale a pena se deter na força desta narrativa mítica, percebendo que Basaglia não aparece na repetição do gesto misericordioso de Pinel. De modo bem diferente, ele se detém diante dos prisioneiros, primeiramente numa suposta identificação intersubjetiva, numa suposta igualdade; pois padecera do aprisionamento sob o jugo de Mussolini; mas ainda aqui há uma semelhança com Pinel, pois aquele também reconhece as “feras” como seres humanos, portanto, igualando-as a ele nesta humanidade.

Então, parece-me que o ponto de ruptura está necessariamente mais além da compaixão, ou da igualdade-fraternidade-liberdade, afinal, tais

¹⁵ <https://bit.ly/2iBqDyv>

são os valores da revolução burguesa, que inspiraram Pinel. Neste mais além, Basaglia recorda a fábula que aprendera no cárcere, na qual o homem, apesar de abandonado pela serpente, ainda não detém a liberdade, nem mesmo a vontade. Nem a serpente, nem ninguém pode lhe doar esta liberdade, pois liberando-o da escravidão, a serpente só lhe concede o vazio. O agir autonomamente, a capacidade de desejar, o conteúdo humano de sua vida não estão prontos. Não se trata de um *a priori*, ninguém o detém para que possa lhe dar, nem mesmo para que possa ser transmitido ou ensinado. Ao homem, fora da dicotomia, que não está livre e não está preso, só lhe resta conquistar, construir esse devir possível.

É claro que o aludido mito fundador aponta a forma por meio da qual esta vertente da reforma psiquiátrica verá a relação do paciente com o saber psiquiátrico, com o que possa ser chamado de tratamento, ou, de forma mais ampla, com as instituições em todos os níveis: os serviços assistenciais, as políticas, as legislações, as comunidades, os saberes e os poderes.

A experiência basagliana vai desenvolvendo a idéia de que a psiquiatria colocava o homem entre parênteses, para intervir/assistir o objeto paciente, negando desta maneira a possibilidade de interagir com a existência-sofrimento daqueles homens; e que, mesmo com a melhoria, ou com a humanização, ou com gestões comunitárias e democráticas dos manicômios, ainda faltava a fundamental tarefa de colocar em discussão e desconstrução as relações de tutela e custódia e o fundamento da periculosidade social instituídos pelo saber psiquiátrico sobre a loucura, reduzida à doença mental.

Portanto, o movimento da psiquiatria democrática italiana, cuja fundação ocorreu em 1973, vai buscar um alinhamento crítico não apenas técnico-assistencial, mas com todas as denúncias das práticas simbólicas e concretas de violência institucional, entendendo a desinstitucionalização como desconstrução, desmontagem de saberes-práticas-discursos comprometidos com a objetivação e reificação do homem e sua pluralidade viva — incluída aí a loucura.

A partir desta crítica radical, Basaglia propõe a invenção de novas relações entre pacientes, técnicos e sociedade, buscando os chamados

“processos de validação social dos sujeitos”, visando à construção não apenas de novas práticas e saberes, mas, em última instância, de uma nova cultura.

Encerrando estes apontamentos gerais, parece-me evidente um certo juízo de valor que considera a experiência italiana superior às outras. Deve-se notar, contudo, que esta tem sido uma forte tendência e não uma escolha individual, como se verá ao longo da discussão da reforma psiquiátrica brasileira, que passo a fazer em seguida.

Comentários sumários acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Apesar das várias experiências reformistas no tocante à psiquiatria ou à saúde mental que vicejaram no Brasil antes da segunda metade da década de 70 do século XX — como o modelo das comunidades terapêuticas e o movimento da psiquiatria comunitária e preventiva —, é neste período histórico que se reconhece, em geral, o começo da reforma psiquiátrica brasileira.

É, pois, no contexto do enfrentamento da ditadura militar, da luta pela redemocratização do país e pelo restabelecimento de um real estado de direito, da emergência do movimento sanitário, que tem início o movimento da reforma psiquiátrica, como:

um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. (...) Tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também — e principalmente — uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização.¹⁶

¹⁶ AMARANTE, 2003b

Ora, percebe-se, desde já, a evidente influência preponderante da experiência italiana de reforma psiquiátrica, pois o questionamento está muito além da questão asilar, do nível técnico-assistencial, que precisa ser reformulado. A reforma brasileira reconhece desde cedo — e este é o ponto considerado de ruptura com iniciativas e melhorias anteriores — o projeto da desinstitucionalização no tocante às práticas, saberes e relações sociais.

Neste sentido, vale lembrar que em julho de 1979, Franco Basaglia está em Minas Gerais, e sua passagem será irrevogável. Faz declarações à imprensa após visitar alguns hospitais, chamando o Hospital Galba Veloso de “casa de torturas”, e de “cadeia pública”; os médicos e enfermeiros, de “carrascos”; seus diretores, de “carcereiros”; e o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, de “campo de concentração”¹⁷.

Em novembro desse mesmo ano, Basaglia vem novamente a Minas Gerais, no III Congresso Mineiro de Psiquiatria, e realiza uma oficina aberta à comunidade, na qual elabora propostas para além da renovação das denúncias.¹⁸

Em confirmação à influência italiana, podemos, ainda, recordar que a reforma psiquiátrica brasileira, surgida no final da década de 70, começa com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), para, mais tarde, incorporando outros atores sociais, e não apenas estes trabalhadores, desembocar no amplo movimento da luta antimanicomial. E, ao produzir novos dispositivos de tratamento, já na década de 80, instituirá o CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

Em 1987, surge, na cidade de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira¹⁹, um ano após a VIII Conferência Nacional de Saúde, que marcará a grande virada no movimento sanitarista. E surge com esta denominação oriunda da experiência do CAPS da Nicarágua sandinista revolucionária, cuja experiência de saúde mental contou com a cooperação internacional italiana.²⁰

¹⁷ FIRMINO, 1982.

¹⁸ BARRETO, 1999.

¹⁹ GOLDBERG, 1996.

²⁰ SARACENO *et al.*, 2001.

Ainda em 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental — um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde —, quando decidiu-se sobre a realização do II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, no qual foi instituído o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, tendo como foco de ação não apenas as instituições psiquiátricas, mas o “ato de saúde”, o cotidiano, a cultura, as mentalidades.

Em 1989 acontece a marcante experiência de desconstrução do manicômio em Santos, com a estruturação de toda uma rede de dispositivos substitutivos, com cooperativas, associações, serviços residenciais, e os Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), equivalentes aos CAPS. Essa experiência passa a ser referência indiscutível para toda a reforma psiquiátrica brasileira.

Já na década de 90, as experiências de reforma psiquiátrica vão se multiplicando pelo Brasil, acontecendo de maneira mais decidida em Campinas e em Belo Horizonte, que demonstram a montagem de redes em grandes centros urbanos.

A própria política oficial, ministerial, passa a reconhecer progressivamente o CAPS como dispositivo chave, estratégico, a ser incentivado, inclusive financeiramente. Em 2004, a coordenação nacional de saúde mental promove o 1o Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Naquela época, havia 516 CAPS. Em 2007, mais de mil.

A Reforma Psiquiátrica e a mudança da legislação brasileira

Na perspectiva de um movimento social ampliado, o movimento da luta antimanicomial articulou o processo de mudança legislativa nacional que viria a constituir a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei no 3.657/89, que permaneceu em discussão na Câmara dos Deputados e no

Senado Federal por longos doze anos. Em abril de 2001, foi finalmente aprovada a Lei nº 10.216, um substitutivo do projeto inicial.

O projeto inicial apresentava evidente inspiração na Lei nº 180, aprovada pelo parlamento italiano em 1978, conhecida como “Lei Basaglia”, na qual é abolido o estatuto de periculosidade social do doente mental, estabelecendo em seu lugar o tratamento sanitário obrigatório, ou seja, como esclarece Fernanda Nicácio:

[...] está previsto o direito do cidadão a recusar o tratamento e a obrigação dos Serviços de não abandonarem esse cidadão a si mesmo; esta qualidade absolutamente diferente de outras legislações refere-se à possibilidade de lidar com os dois pólos da contradição: os direitos do cidadão de um lado e a necessidade desse mesmo cidadão de ser atendido; a proibição da internação e a obrigação dos Serviços em intervir; a responsabilidade dos Serviços e a liberdade do cidadão.²¹

Já a lei brasileira, preconiza a “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”, considerando em seu art. 2º ser um direito a presença do médico, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não da hospitalização involuntária.

Em seu art. 6º, define a internação involuntária como aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, e a compulsória como aquela determinada pela justiça.

Em seu art. 8º, define que a internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento, e que o término desta internação ocorrerá por solicitação escrita do familiar ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

No art. 9º, esclarece que a internação compulsória é determinada pelo juiz competente. No art. 11, define que pesquisas científicas, para fins diagnósticos ou terapêuticos, não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente ou de seu representante legal.

²¹ NICÁCIO, 1989.

Logo, pode-se perceber que esta lei, ainda que representando um grande avanço conquistado pelas forças sociais favoráveis à reforma psiquiátrica, confirma a possibilidade da internação e de pesquisas científicas sem o consentimento do paciente, ainda que procure normatizar esses procedimentos.

Além disto, o texto da lei restringe-se à internação involuntária, exigindo uma satisfação técnica, e não faz nenhuma referência a outras medidas de tratamento involuntário, que não a internação.

CAPS em Minas Gerais

Como já explicitado acima, foi a partir de 1979 que se desencadeou em Minas Gerais um processo mais significativo de reformulação da assistência psiquiátrica.

Nesse ano, considerado um divisor de águas, além do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que contou com a presença de nomes decisivos para a reforma psiquiátrica, como Basaglia e Robert Castel, acontece uma ampla campanha de divulgação pública das condições de tratamento em saúde mental.

Integrou esta campanha, como grande exemplo, a série de reportagens publicadas no jornal Estado de Minas pelo jornalista Hiram Firmino, intituladas “*Nos Porões da Loucura*”, nas quais faz uma pormenorizada descrição do Hospital Galba Veloso, do Instituto Raul Soares, do Centro Psiquiátrico e do Hospital-Colônia de Barbacena. Nessas reportagens, o jornalista mostra, com palavras e imagens, as algemas, as pegas, as cicatrizes de lobotomias, as celas, as fossas a céu aberto, a nudez nos pátios frios, etc. O tom das reportagens merece um destaque:

Crianças pelo chão, entre moscas. Nenhum brinquedo, um psiquiatra qualquer. Pessoas aleijadas, arrastando-se pelo chão, feito bicho. Agrupadas para não serem pisoteadas na hora da comida. Esperando a maca, a liberdade somente possível através da morte. Completando a reali-

dade do ‘Centro Psiquiátrico de Barbacena’. O hospício que continua quatro quilômetros mais abaixo. O famoso ‘Hospital-Colônia’. Um asilo medieval, de pedra e barras de ferro. Úmido, frio e indesejável. Celas e eletrochoques, todas as torturas médicas. Nenhuma assistência ou calor humano. Como em um campo de concentração. Farrapos humanos, homens e mulheres pelos pátios. Pedindo um ‘dotô’, um violão, um cigarrinho. Seres humanos rotulados de loucos.²²

Outro exemplo significativo da campanha de 1979 é o premiado documentário *Em Nome da Razão*, produzido em Barbacena pelo cineasta Helvécio Ratton, que mostra, com a intensidade das imagens em movimento, o que estava sendo dito em palavras.

No ano seguinte, 1980, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) — à qual pertenciam os mencionados hospícios —, acolhendo as propostas do citado congresso de 1979, aprova um amplo projeto de “Reestruturação da Assistência Psiquiátrica”, o que proporcionou um campo propício para a reforma psiquiátrica em Minas.

A partir daí, ao longo da década de 80 e da primeira metade da década de 90, vão ocorrendo diversas iniciativas de melhoria e humanização dos hospitais, inclusive com a abertura de Hospitais-dia no interior do Instituto Raul Soares e do Hospital Galba Veloso, e do Centro de Convivência Arthur Bispo, dentro do Instituto Raul Soares.

Mas é somente no segundo triênio da década de 90 que se propõe, de fato, a construção de uma rede de serviços substitutivos ao parque manicomial em Minas Gerais, na lógica de uma reforma psiquiátrica mais concreta.

E como carro chefe da rede substitutiva figuram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Chegamos, assim, ao cabo dessas considerações introdutórias, à construção de um esforço múltiplo de localização do objeto, tema, debate, enfim, da questão do tratamento involuntário. Mas uma localização que vai se revelando, e continuará mais adiante nos próximos

²² FIRMINO, 1982.

capítulos, tridimensional, comportando as dimensões geográfica, histórica e micropolítica.

A primeira dimensão é a localização geográfica do tratamento involuntário que acontece em um serviço substitutivo, um CAPS pertencente ao Sistema Único de Saúde do Brasil.

A segunda dimensão é a localização histórica do tratamento involuntário, que ocorre no interior de um CAPS, dispositivo de saúde pública criado no momento de uma gestão democrática popular e integrante da implantação progressiva dos CAPS no Brasil. Estes, pertencentes ao momento histórico da reforma psiquiátrica brasileira, a qual, por um lado, integra a luta pela redemocratização e pela ampliação das políticas sociais de resgate, justiça e equidade, e, por outro, pertence ao processo histórico da reforma psiquiátrica em geral, como concepção ou construção em antítese, mas tributária da psiquiatria, da medicina mental, parte integrante da prática social da medicina nesta sua fase contemporânea, inserida no projeto de uma civilização iluminista, racionalista, cientificista.

A terceira dimensão é a localização micropolítica do tratamento involuntário como prática de produção de cuidado, acontecimento entre portadores de sofrimento mental em crises, em geral de vivências psicóticas, com suas necessidades e demandas, e profissionais de saúde mental, com suas ofertas, interesses, perspectivas e ferramentas de trabalho — ambos com suas tecnologias, saberes e poderes de intervenção, buscando e criando campos de inter-invenção ou de inter-ferimento mútuo, na medida de suas (im)possibilidades. Nesse sentido, a clínica é tida como um acontecimento que atualiza mecanismos biopolíticos, pondo em jogo estratégias disciplinares e de controle, mas também estratégias de sobrevivência e de validação de formas de vida.

O desafio seguinte à localização deste tratamento involuntário é como abordá-lo — questão de metodologia, tratada no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2

DO CAMINHO PARA CHEGAR A UM FIM AO DESCAMINHO DAQUELE QUE CONHECE

Vamos ao que interessa, já chega de tanto disse me disse! Diria agora ao bufão, o juiz.

Mas alto lá, tira o dedo do meu nariz e abaixem os fuzis, que minha cabeça, assim na bandeja da meretriz, não terão, retruca ao juiz, o bufão.

Sinto pesar sobre minha cabeça a exigência e a valorização do método pela ciência, com a inclemência de Shylock, o judeu, a exigir do mercador de Veneza sua libra de carne humana, a ser extraída do peito, de mais perto do coração.

Conta Shakespeare²³ que, mais do que seu venerado dinheiro emprestado a juros, mais do que riquezas e compensações monetárias, o judeu quer que se cumpra em tribunal o malicioso contrato, quer a carne de Antônio de Veneza, que seja escarnificado em público, para júbilo de seus inimigos e escárnio dos que o querem bem.

Mas a contabilidade desta bioeconomia é delicada e, escabichando os meandros da lei, o mesmo juiz que lhe concede a carne não lhe permite o sangue: se uma só gota for derramada, o judeu morrerá e seus bens serão confiscados. Antônio está salvo, a lei de seu tempo conserva maior simpatia pelo mercador que pelo financista. Tempos mais sombrios, contudo, chegarão. Outros não terão a mesma sorte para gozar, e a carne mais barata do mercado virá a ser a carne humana.

Mas para começar a pensar o metodológico quero convocar outro mercador de Veneza, quero chamar Marco Polo diante do venerável Kublai Khan, o temível conquistador mongol, a quem durante muitos anos serviu o viajante veneziano, com a missão de dar ciência ao soberano sobre as inumeráveis cidades de seu imenso império.

²³ SHAKESPEARE, 1979.

A situação do veneziano não é menos delicada que a do bufão, ele deve informar e cativar o terrível dominador mongol, que precisa conhecer, pelas palavras do mercador, o que pertence ao seu império, e, se o desapontar diante de todas aquelas cimitarras que o rodeiam e ameaçam, o veneziano não pagará com apenas uma libra de seu corpo opulento, mas com a totalidade de seu sangue.

Está posto o desafio: fazer saber o sultão, sem erros ou enganos. E um só desmentido pode ser fatal.

Assim, Italo Calvino²⁴ reinventa as peripécias metodológicas deste mercador das mais verdadeiras ilusões, descrevendo as mais sensíveis cidades invisíveis. E quem poderia questionar seu (des)conhecimento? O sultão pode desfrutar de suas invenções como quem tem a confiança de que viu nascer aquelas cidades em sua presença, e jamais poderia ser confundido, pois são cidades que acabam de surgir ali, naquele instante criativo em que tem lugar a solene sessão entre a razão imperial, sedentária, paralisante, e a razão mercantilista, traficante, transeunte, nômade.

Ora, é curioso que Calvino queira nos brindar com a idéia de que o bisavô do capitalismo rizomático, conexcionista, seja tão cri(se)ativo, assentado em seu nomadismo.

A metodologia de Marco Polo aponta o tempo todo para um perceptível verdadeiro invisível, captando em cada cidade muito além do que pode o olho retina, mas usando todo seu corpo vibrátil — para usar as expressões de Suely Rolnik²⁵.

E o magnânimo imperador reconhece aí uma preciosidade, pois, “somente nos relatórios de Marco Polo, Kublai Khan conseguia discernir, através das muralhas e das torres destinadas a desmoronar, a filigrana de um desenho tão fino a ponto de evitar as mordidas dos cupins”.²⁶

E estes relatórios cantam realidades em que “o homem que cavalga longamente por terrenos selváticos sente o desejo de uma cidade”²⁷, cidade na qual “é levado a invejar aqueles que imaginam ter vivido uma

²⁴ CALVINO, 2002.

²⁵ ROLNIK, 2007.

²⁶ CALVINO, 2002.

²⁷ *Ibidem*.

noite igual a esta e que na ocasião se sentiram felizes”²⁸. Ou permitem sentir “que não havia bem que não pudesse esperar da vida”, “que esta é apenas uma das muitas estradas que naquela manhã se abriram para mim em Dorotéia”.²⁹

O mercador esclarece que inutilmente tentará descrever a cidade de Zaíra, pois as descrições seriam o mesmo que nada dizer: “A cidade não é feita disso, mas das relações entre as medidas de seu espaço e os acontecimentos do passado”. “A cidade se embebe como uma esponja dessa onda que reflui das recordações e se dilata”³⁰.

O grande Khan pode ver surgir diante de si cidades tão reveladoras como Anastácia:

[...] porque, enquanto a descrição de Anastácia desperta uma série de desejos que deverão ser reprimidos, quem se encontra uma manhã no centro de Anastácia será circundado por desejos que se despertam simultaneamente. A cidade aparece como um todo no qual nenhum desejo é desperdiçado e do qual você faz parte, e, uma vez que aqui se goza tudo o que não se goza em outros lugares, não resta nada além de residir nesse desejo e se satisfazer. Anastácia, cidade enganosa, tem um poder, que às vezes se diz maligno e outras vezes benigno: se você trabalha oito horas por dia como minerador de ágatas de ônix crisóprastos, a fadiga que dá forma aos seus desejos toma dos desejos a sua forma, e você acha que está se divertindo em Anastácia quando não passa de seu escravo.³¹

Kublai Khan pode desvendar, pela imagem de Anastácia, todo um jogo de constituição de subjetividades, de construção de identidades, com a engenhosidade de fazer seu escravo se divertir brincando de ser escravo, e assim investir nessa escravidão não apenas sua força e seus músculos, mas sua alegria, sua criatividade, sua ânsia, sua sanha e seus sonhos, capturados nessa estranha mágica, poder, que às vezes se diz maligno e outras vezes benigno.

²⁸ CALVINO, 2002.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ *Ibidem*.

O mercador desvela, ainda, um mundo de signos, símbolos, índices, significantes, emblemas, sinais, ícones, imagens, onde “os olhos não vêem coisas mas figuras de coisas que significam outras coisas”³² e “o olhar percorre as ruas como se fossem páginas escritas: a cidade diz tudo o que você deve pensar, faz você repetir o discurso, e, enquanto você acredita estar visitando Tamara, não faz nada além de registrar os nomes com os quais ela define a si própria e todas as suas partes”.³³ E também “cada cidade recebe a forma do deserto a que se opõe”.³⁴

Kublai percebe que há todo um jogo de linguagem entre as cidades e seu intérprete, ou seria melhor dizer, seu criador. Nesse jogo, “a cidade é redundante: repete-se para fixar alguma imagem na mente”³⁵, mas também, “a memória é redundante: repete os símbolos para que a cidade comece a existir”.³⁶

Desta forma, se Marco Polo é inventor de cidades, também ele é uma invenção das cidades, uma vez que “os outros lugares são espelhos em negativo. O viajante reconhece o pouco que é seu descobrindo o muito que não teve e o que não terá”³⁷, encontrando “um passado que mudava à medida que ele prosseguia a sua viagem, porque o passado do viajante muda de acordo com o itinerário realizado”³⁸, ao mesmo tempo que “viaja para reencontrar o seu futuro”³⁹.

Mas o principal jogo de linguagem que ocorre entre o próprio Kublai e seu enviado mercador, enquanto fumam seus longos cachimbos de âmbar, é este ritual de “troca de memória”, com criação de cidades “que continuam ao longo dos anos e das mutações a dar forma aos desejos”⁴⁰ para superar “aquelas em que os desejos conseguem cancelar a cidade ou são por esta cancelados”⁴¹, aproveitando de cada cidade não suas maravilhas mas “a

³² CALVINO, 2002.

³³ *Ibidem.*

³⁴ *Ibidem.*

³⁵ *Ibidem.*

³⁶ *Ibidem.*

³⁷ *Ibidem.*

³⁸ *Ibidem.*

³⁹ *Ibidem.*

⁴⁰ *Ibidem.*

⁴¹ *Ibidem.*

resposta que dá às nossas perguntas”⁴², ou, melhor ainda, “as perguntas que nos colocamos para nos obrigar a responder, como Tebas na boca da Esfin-ge”⁴³. Jogo surpreendente no qual “quem comanda a narração não é a voz: é o ouvido”⁴⁴, e pelo qual se vislumbram “as razões invisíveis pelas quais existiam as cidades e talvez pelas quais, após a morte, voltarão a existir”.⁴⁵

Paira o tempo todo sobre as cidades invisíveis de Italo Calvino uma aposta metodológica, uma visada ousada anunciando que “não existe linguagem sem engano”⁴⁶, mesmo ignorando “se por trás dela existe um feitiço ou um mero capricho”⁴⁷, ciente que “jamais se deve confundir uma cidade com o discurso que a descreve”⁴⁸, que “é o humor de quem a olha que dá a forma à cidade”⁴⁹, que nossas pálpebras separam mundos, “mas não se sabe qual está dentro e qual está fora”⁵⁰, e que, sobretudo, “a mentira não está no discurso, mas nas coisas”⁵¹ — a mentira nas coisas como fórmula magistral para abandonar de vez tanto a dúvida metódica quanto a certeza e a desconfiança paranóica, para subtrair-se das dicotomias empirismo-idealismo, objetivismo-subjetivismo, quantitativo-qualitativo, permitindo um fazer-saber imperfeito como a linguagem, mas responsável por si e pela vida que produz ou amplia. “Mercúrio, deus dos volúveis, patrono da cidade, cumpriu esse ambíguo milagre”.⁵²

Tal fórmula metodológica desafia aqueles que persistem “contem-plando fascinados a própria ausência”⁵³, que ignoram as “teias de aranha de relações intrincadas à procura de uma forma”⁵⁴, e que alimentam “a inchada esponja de matéria vital que deixou de fluir, o entupimento de passado presente futuro que bloqueia as existências calcificadas pela ilu-são de movimento”⁵⁵.

⁴² CALVINO, 2002.

⁴³ *Ibidem.*

⁴⁴ *Ibidem.*

⁴⁵ *Ibidem.*

⁴⁶ *Ibidem.*

⁴⁷ *Ibidem.*

⁴⁸ *Ibidem.*

⁴⁹ *Ibidem.*

⁵⁰ *Ibidem.*

⁵¹ *Ibidem.*

⁵² *Ibidem.*

⁵³ *Ibidem.*

⁵⁴ *Ibidem.*

⁵⁵ *Ibidem.*

É uma metodologia portadora de um apelo ético-estético-político:

O inferno dos vivos não é algo que será; se existe, é aquele que já está aqui, o inferno no qual vivemos todos os dias, que formamos estando juntos. Existem duas maneiras de não sofrer. A primeira é fácil para a maioria das pessoas: aceitar o inferno e tornar-se parte deste até o ponto de deixar de percebê-lo. A segunda é arriscada e exige atenção e aprendizagem contínuas: tentar saber reconhecer quem e o que, no meio do inferno, não é inferno, e preservá-lo, e abrir espaço.⁵⁶

Mas isso não passa de literatura, seu infeliz! Diria então ao bufão, o juiz.

Essa perspectiva de abrir espaço se aproxima significativamente do que expõe Suely Rolnik na proposta cartográfica, “sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem”⁵⁷, procurando pelo desejo como “processo de produção de universos psicossociais; o próprio movimento de produção desses universos”⁵⁸.

Tais universos constituem-se de “uma pura variação”, “pura diferença”, artifício que, produzido no “movimento do desejo — ao mesmo tempo e indissociavelmente energético (produção de intensidades) e semiótico (produção de sentidos) — surge dos agenciamentos que fazem os corpos, em sua qualidade de vibráteis: o desejo só funciona em agenciamento”.⁵⁹

Para captar esses agenciamentos, o cartógrafo “terá de encontrar algo que desperte seu corpo vibrátil, algo que funcione como uma espécie de fator de a(fe)tivação em sua existência”⁶⁰.

Com seu corpo vibrátil, poderá descobrir “que o pleno funcionamento do desejo é uma verdadeira fabricação incansável de mundo”⁶¹, fabricação de “real social”, produção de realidade “material, semiótica e

⁵⁶ CALVINO, 2002.

⁵⁷ ROLNIK, 2007.

⁵⁸ *Ibidem.*

⁵⁹ *Ibidem.*

⁶⁰ *Ibidem.*

⁶¹ *Ibidem.*

social”. Poderá entender, ainda, que “o inconsciente não é nem só energético, nem representativo, nem estrutural. Ele é produtivo.”⁶²

Em sua a(fe)tivação, o cartógrafo poderá distinguir as micropolíticas pelo “grau de intimidade que cada personagem se permite, a cada momento, com o caráter finito ilimitado da condição humana desejan- te e seus três medos — ontológico de morrer, existencial de fracassar e psicológico de enlouquecer.”⁶³

Suas análises micropolíticas serão as que levam em consideração, além dos territórios existenciais estabelecidos em suas linhas sedentárias, molares, conscientes, duras, as linhas moleculares, flexíveis, inconscientes, “das atrações e repulsas, dos afetos e de suas simulações”⁶⁴, mobilizando para tanto o “olho-do-visível (o da retina: campo molar da representação)” quanto o “olho vibrátil (e não só, mas da vibratibilidade de todo o corpo, aquele sem órgãos: campo molecular das intensidades)”⁶⁵

Esta micropolítica comporta “uma multiplicidade substantivada, devires imprevisíveis e incontroláveis”⁶⁶, exigindo, para sua leitura, uma cartografia que “diferentemente do mapa, é a inteligibilidade da paisagem em seus acidentes, suas mutações: ela acompanha os movimentos invisíveis e imprevisíveis da terra — aqui, movimentos do desejo —, que vão transfigurando, imperceptivelmente, a paisagem vigente)”⁶⁷.

Neste ponto, preciso abrir um parêntese na discussão da metodologia em Rolnik, para citar uma elaboração a este respeito, inédita, de um autor que me confiou seu tratamento, mas não compartilhou suas elaborações com terceiros por ter sido desligado do mestrado em geologia, durante o mesmo episódio de “inumeráveis estados do ser” (para usar a expressão que Nise da Silveira consagrou), em que produziu a concepção de “geopoéticas e narrativas geológicas”.

Sucintamente, aconteceu deste autor descobrir, ou perceber em seu corpo sem órgãos, que, nas descrições geomórficas — a que vinha se de-

⁶² ROLNIK, 2007.

⁶³ *Ibidem.*

⁶⁴ *Ibidem.*

⁶⁵ *Ibidem.*

⁶⁶ *Ibidem.*

⁶⁷ *Ibidem.*

bruçando exaustivamente em sua dissertação —, que eram estritamente científicas, absolutamente redigidas dentro da mais árida linguagem técnica, com seus termos absolutamente denotativos, com total pretensão de imparcialidade, havia uma clara revelação dos mais íntimos desejos dos autores, alguns deles seus professores.

Com base nas pretensões de restrito mapeamento de seus professores, na descrição das formações rochosas e das composições minerais, passou a extrair uma ressonância cartográfica das vibrações afetivas e, inclusive, diretamente sensuais-sexuais, que escapavam inadvertidamente da pena destes geólogos.

Chamou essas insuspeitadas declarações amorosas de geopoéticas ou narrativas geológicas, conforme o grau de lirismo e afetivação extraído em cada texto das formações rochosas, atingindo graus variados de revelações intimistas, das sedimentares às magmáticas.

Retomando as indicações metodológicas de Rolnik, esta define o cartógrafo como “um verdadeiro antropófago: vive de expropriar, se apropriar, devorar e desovar, transvalorado”⁶⁸. Tem por “critério de suas escolhas: descobrir que matérias de expressão, misturadas a quais outras, que composições de linguagem favorecem a passagem das intensidades que percorrem seu corpo no encontro com os corpos que pretende entender”⁶⁹ — entender sem transcendências ou essências, sem pretensões de explicar ou revelar, “o que ele quer é mergulhar na geografia dos afetos e, ao mesmo tempo, inventar pontes para fazer sua travessia: pontes de linguagem”⁷⁰.

O problema que moveria o cartógrafo não seria, assim, “o do falso-ou-verdadeiro, nem o do teórico-ou-empírico, mas sim o do vitalizante-ou-destrutivo, ativo-ou-reativo”⁷¹ — o que nos remete, mais uma vez, como no caso de Italo Calvino, a uma proposta ético-estético-política.

Nesta, “o critério do cartógrafo é, fundamentalmente, o grau de abertura para a vida que cada um se permite a cada momento”⁷². Um

⁶⁸ ROLNIK, 2007.

⁶⁹ *Ibidem*.

⁷⁰ *Ibidem*.

⁷¹ *Ibidem*.

⁷² *Ibidem*.

princípio “extramoral: a expansão da vida é seu parâmetro básico e exclusivo”⁷³. Uma regra de ouro: “é sempre em nome da vida, e de sua defesa, que se inventam estratégias”⁷⁴, com o pressuposto de uma cautela: “avaliar o quanto se suporta, em cada situação, o desencantamento das máscaras que estão nos constituindo, sua perda de sentido, nossa desilusão”⁷⁵, respeitando o “limiar de desterritorialização” de cada um.

A metodologia vai aqui saindo de seu “caminho para chegar a um fim”⁷⁶, tornando-se um múltiplo instrumental implicado diante da constatação de que “a ficção e a invenção são o próprio tecido da vida”⁷⁷, e que as análises ativas do cartógrafo dizem “respeito, em última instância, à escolha de como viver, à escolha dos critérios com os quais o social se inventa”⁷⁸. Difícil tentativa de seguir as “pegadas de nômades do desejo, de outrora e de hoje”⁷⁹.

Esta perspectiva de implicação nos remete diretamente ao “conhecer militante do sujeito implicado”, conforme proposto por Merhy⁸⁰.

Mas, para trazer à tona tal abordagem, é preciso relatar a construção do objeto de investigação do presente estudo, tentando revelar minha implicação com o mesmo.

Começo, pois, por minha inserção num serviço aberto de saúde mental aberto, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

No momento em que cursava minha especialização em psiquiatria no Instituto Raul Soares, tradicional hospital psiquiátrico da rede FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais), estava em andamento, em Belo Horizonte, o ambicioso projeto de reestruturação produtiva na saúde, na rede pública municipal, conduzido na administração da “Frente BH Popular”, com o prefeito Patrus Ananias, o secretário de saúde César Rodrigues Campos e a assessoria de Emerson E. Merhy.

Também fazia parte desse projeto mais amplo a reformulação da saúde mental, nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimani-

⁷³ ROLNIK, 2007.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ *Ibidem*.

⁷⁶ FERREIRA, 1986.

⁷⁷ ROLNIK, 2007.

⁷⁸ *Ibidem*.

⁷⁹ *Ibidem*.

⁸⁰ MERHY, S/d.

comial, impulsionada pela aprovação da lei estadual da reforma psiquiátrica, a “Lei Carlão”, sancionada pelo governador do Estado de Minas Gerais em janeiro de 1995, meu primeiro ano de psiquiatria.

Este momento ascendente da estrela da reforma psiquiátrica em Belo Horizonte encontrava total ressonância no Instituto Raul Soares, cuja maioria dos trabalhadores já vinha se engajando na luta pela reforma há vários anos, sendo prova disto a existência, como anexos do Instituto, de um Hospital-dia e do Centro de Convivência Arthur Bispo.

Também a residência de psiquiatria no referido instituto trazia uma tradição de luta pela reforma e, desde 1994, oferecia o terceiro ano de residência no Cersam/Barreiro, primeiro CAPS da cidade.

Em consonância com meus habituais posicionamentos políticos, interessei-me cada vez mais pelas possibilidades oferecidas nos chamados “novos serviços”, ou “serviços substitutivos”, de realizar uma prática, um exercício profissional, com declarado posicionamento pela saúde, entendida diretamente como construção da vida digna individual e coletiva.

Em 1997, com a proposta de monografia “Crise – Um Conceito Substitutivo em Saúde Mental”, realizei o terceiro ano de residência em psiquiatria em um CAPS.

A minha proposta de monografia, por sua vez, já representava uma inquietação pessoal, uma tentativa de produzir um conhecimento acerca do novo modo de se fazer saúde mental. E um conhecimento desde dentro deste processo, pois o que havia, em grande medida, eram produções teóricas que buscavam a definição dos serviços substitutivos sempre em antinomia com os serviços manicomiais, ou seja, sempre pela negatividade, pelo que não se é, e em oposição ao que não se quer fazer, como o próprio título: antimanicomial.

Considerando que os CAPS se autointitulavam e se autodefiniam como serviços de atendimento às crises e como estratégia fundamental para evitar a captura pelos hospitais — que acontecia, principalmente, nos momentos críticos dos usuários —, decidi me debruçar sobre a temática da crise, já buscando, naquele momento, um elemento, um componente, que pudesse ser revelador da novidade da clínica dos CAPS.

Ou seja, estou tentando resgatar meu interesse pelo esclarecimento dos processos misteriosos que constituem a clínica impalpável e imponderável da saúde mental. Interesse que me habita, a bem da verdade, desde muito antes da residência médica, como pode testemunhar minha monografia de iniciação científica, desenvolvida junto ao Departamento de Psicologia, ainda na graduação em Medicina, intitulada *A Clínica Entre o Olhar e a Escuta*.

Minha primeira monografia foi dedicada à comparação entre o modo de fazer clínica da psiquiatria tradicional, “a clínica do olhar”, e o modo inaugurado, ou pelo menos sistematizado pela descoberta freudiana do inconsciente, “a clínica da escuta”. A segunda, por sua vez, centrou-se na comparação entre a abordagem da crise, ou seja, a clínica da crise, no atendimento de urgências do Instituto Raul Soares, um hospital psiquiátrico, e no CAPS, um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico.

Em ambas as tentativas de construir um conhecimento ou um esclarecimento do que representavam as novidades da clínica da escuta e da clínica substitutiva, movia-me uma viva curiosidade pela “microfísica” desses processos clínicos. Pretendia pesquisar o que, através dessa “microfísica”, eles portavam de verdadeiramente, genuinamente novo, algo que me parecia sempre velado, subentendido.

Falo não de uma mera curiosidade, mas daquela, preciosamente descrita por Michel Foucault:

[...] a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece?⁸¹

Acontece que, seguindo meu próprio descaminho, não me dei por contente com os esclarecimentos obtidos nas monografias, ainda mais que, continuando a trabalhar no CAPS no cargo de psiquiatra efetivo da

⁸¹ FOUCAULT, M. 1988.

prefeitura de Belo Horizonte, fui acompanhando as sucessivas crises, de identidade, de paradigma, de apoio da gestão, etc., por que vem passando este CAPS e sua equipe.

E no atravessamento de tantos impasses, componentes da história institucional de um serviço fadado a ser inventor, inovador, fez-se, cada vez mais forte, minha necessidade de me constituir em um sujeito também “epistêmico”, no sentido da “produção de um conhecer militante de um sujeito implicado que quer este saber para perceber a si, enquanto um coletivo em ação transformadora, com êxitos mudancistas ou não, procurando mapear como isto é possível e, ao mesmo tempo, socializar estes seus saberes e agires transformadores”.⁸²

Estou falando, portanto, daquilo que E. Merhy decodificou como “o conhecer militante do sujeito implicado”⁸³, e que guarda uma semelhança ou aproximação com a “curiosidade que vale a pena ser praticada”, já citada.

Refiro-me ao saber implicado, para falar deste estudo, em três aspectos, apontados por Merhy, e que considero pertinentes ao meu caso.

O primeiro se refere ao fato de que:

o sujeito que interroga é ao mesmo tempo o que produz o fenômeno sob análise e, mais ainda, é o que interroga o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo cria a própria significação de si e do fenômeno. Ou mais, ao saber sobre isso, mexe no seu próprio agir, imediatamente e de maneira implicada; chegando ao ato de intencionar o conhecimento através de um ‘acontecer nos acontecimentos’ [...] ⁸⁴.

Creio encontrar-me exato na situação descrita acima, uma vez que, sendo o sujeito que interroga o tratamento involuntário no CAPS, sou, ao mesmo tempo, produtor de tratamentos involuntários neste serviço e, também, sou o que quer definir esta involuntariedade, interrogando seu sentido, buscando sua significação e a minha própria, neste processo.

⁸² MERHY, E. S/d.

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ *Ibidem*.

Ademais, saber sobre isso interfere diretamente no meu agir, de forma imediata e implicada. Vivencio, assim, ser sujeito epistêmico de um conhecimento acontecendo nos acontecimentos.

O segundo aspecto é que:

[...] neste tipo de estudo o mais importante do ponto de vista metodológico é a produção de dispositivos que possam interrogar o sujeito instituído no seu silêncio, abrindo-o para novos territórios de significação, e com isso, mais do que formatar um terreno de construção do sujeito epistêmico, aposta-se em processos que gerem ruídos no seu agir cotidiano, colocando-o sob análise. Aposta-se na construção de dispositivos autoanalíticos que os indivíduos e os coletivos em ação possam operar e se autoanalisar.⁸⁵

Quanto a tal aspecto, o núcleo desta investigação, o tratamento involuntário, impôs-se como objeto de estudo eleito, justamente por sua capacidade de ser um potente interrogador das práticas clínicas em curso, e do “modus operandi” dessas práticas, fazendo o instituído despertar de seu silêncio, configurando-se em um promissor analisador, ou um “conceito-ferramenta”, com força crítica e capacidade de desestabilizar, gerando evidente ruído no agir cotidiano. É, portanto, um dispositivo capaz de operar em mim e na equipe desse serviço, assim como em outras, um processo autoanalítico.

O terceiro aspecto é o paralelo ao sonho:

[...] à vivência que temos no plano individual com o sonho, que muitas vezes aparece para nós como um outro, como algo que é ruidoso, mostrando ‘falhas’ no nosso mundo da identidade, das significações, em que construímos nosso território existencial como o lugar de uma certa referência identitária e de desempenho de certos papéis, onde achamos que ali sabemos quem somos e onde capturamos estes processos diferentes, estranhos. Aí, em um sonho, percebemos que um outro em nós se revela, mostrando que aquele mundo de significações onde nos encontramos, definindo-

⁸⁵ MERHY, E. S/d.

nos e aos outros, pode ser ‘esburacado’, pois tudo que já tinha um sentido pode começar a se revelar sem sentido, ou mesmo a mostrar outros sentidos e, em alguns casos, este outro vem com tal força que a ‘captura’ mostra-se difícil.⁸⁶

E aqui vale notar que existe uma estreita relação na constituição do objeto deste estudo com este último aspecto mencionado do conhecer militante do sujeito implicado. Nesse sentido, ousaria dizer que se trata mesmo de um “objeto onírico” de estudo.

Digo isso porque, ao interrogar as práticas clínicas em um serviço substitutivo, com base no tratamento involuntário ali realizado, estou tocando num dos pontos nevrálgicos da construção histórica identificatória ou identitária de tais serviços e de tais práticas.

Afinal, todo o sistema antimanicomial surge — e se insurge — contra as práticas de poder, as práticas disciplinares, as práticas restritivas, em nome da liberdade, entre outras coisas, dos usuários.

Pensar no tratamento involuntário no contexto dos serviços substitutivos é mesmo, guardadas as devidas proporções, um “retorno do recalçado”, este elemento primordial de que são feitos os nossos sonhos e nossas possíveis verdades.

Ora, trata-se aqui, então, de uma investigação dos sonhos, ou de um sonho de um coletivo, sonhador de uma nova práxis terapêutica, de novas relações interpessoais no fazer saúde, de uma transição tecnológica, ou de uma transcrição, menos técnica e menos lógica, de encontros desejantes, ou, ainda, como ensina Haroldo de Campos, de uma transcrição poética interativa, sendo nós mesmos, trabalhadores e usuários, os interativos, os interatores compositores desta estética, autopoética anticibernética.

Trata-se do pressuposto de que o critério de verdade sobre o conhecimento possível a partir dos sonhos, ou de seus conteúdos latentes, reside exclusivamente nos próprios sonhadores. Ou seja, é dizer que, quando se investiga objetos oníricos, o único conhecer possível é o do sujeito implicado.

⁸⁶ MERHY, E. S/d.

É claro que este ponto de ruptura inviabilizou a ascensão da psicanálise ao Panteão das Ciências, mantendo-a, por isso mesmo, viva, a desdobrar seus efeitos sobre as vidas, em multiplicidade.

Mas, afinal, este estudo também pretende ter alguma vida, e ser capaz de gerar, condição primordial e exclusiva dos vivos, frutos da perigosa árvore do conhecimento, mesmo que em relações da mais profunda consanguinidade, como a serpente de Valéry, que morde o próprio rabo mas, somente depois de algum tempo de mastigação, reconhece, naquilo que devora, o gosto de serpente, e segue em frente, porém, até enxergar sua própria face em sua garganta — sendo isto o que se chama uma teoria do conhecimento.⁸⁷

Quero também considerar a topologia do tratamento involuntário, este objeto onírico analisador. Afinal, saber onde encontrá-lo é parte integrante da metodologia. Ainda mais sendo objeto onírico, que concretamente não está lá onde se pensou vê-lo, mas onde não foi visto, e quando não se pensou nele.

Tem esta natureza de não estar no trabalhador, nem no usuário, nem no programa de saúde, nem no projeto terapêutico. Pesquisá-lo, tentar capturá-lo, pode ser, por um lado, como tentar prender coisa tão frágil quanto bolhas de sabão em uma gaiola, mas, por outro lado, a própria fragilidade pode ser convertida em gaiola, enjaulando uma sutileza ainda maior que a sua. Como fumaça em bolhas de sabão, este analisador pode revelar o acontecer do ato clínico.

Este é um objeto nitidamente do campo das tecnologias leves, do acontecer inter, do espaço interseçor (conforme o sentido conferido ao termo por Deleuze, citado por Merhy⁸⁸, não se tratando de um somatório de um com outro, mas de um interventor, ou “inter-inventor”), como sublinhado por Jorge Luis Borges:

El sabor de la manzana (declara Berkeley) está em el contacto de la fruta com el paladar, no em la fruta misma; análogamente (diria yo) la poesía está em el comercio del poema com el lector, no em la serie de símbolos que registran

⁸⁷ DOMINGUES, 1991.

⁸⁸ MERHY, 2002

las páginas de un libro. Lo esencial es el hecho estético, el thrill, la modificación física que suscita cada lectura. Esto acaso no es nuevo, pero a mis años las novedades importan menos que la verdad.⁸⁹

Para operacionalizar isso, o presente estudo pressupôs um certo ecletismo iconoclasta metodológico, tentando compor um mosaico que pudesse integrar, dentre outros recursos:

A - Uma revisão histórica de algumas das obras dos principais representantes da psiquiatria clássica e dos críticos a esta psiquiatria, e de alguns autores que construíram as várias experiências de reforma psiquiátrica.

B - Um trabalho conceitual de construção da definição de tratamento involuntário, a partir dos saberes e das práticas em saúde mental.

C - Uma discussão acerca da autonomia e da tutela.

D - Uma demonstração da ocorrência do tratamento involuntário em um CAPS.

E - Um relato do trabalho clínico desenvolvido em alguns tratamentos em um CAPS.

Mas o que estas páginas representam é, principalmente, alguma coisa auto-historioideográfica, a narrativa de um êxodo, incompleto por ser interminável e indeterminável, com seus itinerários por autores, textos, idéias, vivências, histórias, reflexões e outras formas de invenção de real-social.

Podem ser parcialmente considerado “autobiográfico, desde que entendamos por “auto”, aqui, não a individualidade de uma existência, a do autor, mas a singularidade do modo como atravessam seu corpo as forças de um determinado contexto histórico”.⁹⁰

Talvez a melhor maneira de definir o que acontece nestas linhas

⁸⁹ BORGES, 2005.

⁹⁰ ROLNIK, 2007.

seja como a demonstração de um vôo cego, mas afinado em sua cegueira, aprendendo a ver com os ouvidos, reconhecendo que a noite escura guarda muitos e múltiplos mundos, como ensina a lenda de como o Tzotz apareceu no meio da noite, aprendida de um antigo sábio indígena de nome Velho Antônio, narrada pelo subcomandante insurgente Marcos:

Quando os maiores deuses, os que deram origem ao mundo, os primeiros, pensaram no como e para que iam fazer o que iam fazer, fizeram uma de suas assembleias onde cada um tirou a sua palavra para conhecê-la e para que os outros a conhecessem. Assim, cada um dos primeiros deuses ia tirando uma palavra e a arremessava para o centro da assembleia e aí ricocheteava e chegava a outro deus que a agarrava e a arremessava de novo e assim a palavra ia como uma bola de um lado para outro até que todos a entendiam e então os maiores deuses que foram os que deram origem a todas as coisas que chamamos mundos entravam em acordo. Um dos acordos a que chegaram quando tiravam suas palavras foi que cada caminho tivesse seu caminhante e cada caminhante seu caminho. E assim iam fazendo as coisas completas, ou seja cada um com cada um.

Foi assim que deram origem ao ar e aos pássaros. Ou seja, não teve primeiro o ar e logo em seguida os pássaros para que nele andassem, nem tampouco fizeram antes os pássaros e depois o ar para que nele voassem. O mesmo aconteceu com a água e com os peixes que nela nadam, a terra e os animais que por ela andam, o caminho e os pés que o caminham.

Porém, falando dos pássaros, teve um que protestava muito contra o ar. Este pássaro dizia que voaria melhor e mais rápido se o ar não se opusesse a ele. Este pássaro resmungava muito porque, ainda que seu vôo fosse ágil e veloz, o ar se convertia em obstáculo. Os deuses se aborreceram de tanto que este pássaro que voava no ar falava mal e se queixava do ar.

Foi assim que, como castigo, os primeiros deuses lhe tiraram as plumas e a luz dos olhos. Despedido, o mandaram para o frio da noite e cego devia voar. Então seu vôo, antes gracioso e ligeiro, se tornou desordenado e torpe.

Mas, depois de muitas trombadas e tropeços, este pássaro

se deu a manha de ver com os ouvidos. Falando às coisas, este pássaro ou seja, o Tzotz, orienta seu caminho e conhece o mundo que lhe responde numa língua que só ele sabe ouvir. Sem as plumas que o vestiam, cego e com o voo nervoso e desordenado, o morcego reina na noite da montanha e nenhum animal caminha melhor do que ele pelos ares escuros.

Deste pássaro, o Tzotz, o morcego, os homens e as mulheres verdadeiros aprenderam a dar um grande e poderoso valor à palavra falada, ao som do pensamento. Aprenderam também que a noite encerra muitos mundos e que deve-se saber ouvi-los para ir descobrindo-os e fazendo-os florescer. Os mundos que a noite encerra nascem atrás das palavras. Produzindo sons se tornam luzes e são tantos que não cabem na terra e muitos acabam por alojar-se no céu. Por isso, dizem que as estrelas são feitas no chão.⁹¹

⁹¹ MARCOS, 2000.

CAPÍTULO 3

O TRATAMENTO INVOLUNTÁRIO EM ATO

Vamos logo com isto, vejamos então o que pode um bufão, porque você já está por um triz — insistiria o juiz.

O CAPS, a princípio, funcionava apenas no horário diurno, das 7 às 19h, passando, em 2002, ao funcionamento ininterrupto.

Esta mudança visava a fortalecer o serviço para sua missão de acolher os casos graves, em crise franca, que tradicionalmente procurariam os serviços de urgência psiquiátrica hospitalare e provavelmente seriam internados.

Mas, é também a partir desse funcionamento 24 horas que se pode falar, mais propriamente, em internação no CAPS, já que alguns pacientes permanecem ali por um ou vários dias. Tal fato sublinhou a discussão do tratamento involuntário no cotidiano do serviço, além de avivar a polêmica acerca da submissão ao saber psiquiátrico, uma vez que os plantões noturnos foram destinados a esta categoria profissional.

Parece-me, então, oportuno, iniciar por uma constatação da existência do tratamento involuntário no CAPS, tomando como ponto de partida um plantão típico, que realizei em 2005.

Nos finais de semana, como a equipe se resumia a um técnico de nível superior, auxiliado pelos trabalhadores de nível médio — enfermagem, limpeza, administração, portaria —, e a dinâmica das atividades era muito inferior ao dia a dia habitual, as indicações se restringiam a casos cujo estado de crise e/ou gravidade exigiam que o usuário permanesse no CAPS todos os dias.

No citado dia, estavam no CAPS 23 usuários, 16 dos quais em permanência diurna e sete deles em permanência 24 horas. Dei-me, então, a tarefa de interrogá-los sobre a voluntariedade do tratamento.

Claro que não se tratava simplesmente de uma pergunta que esperava uma resposta objetiva, mas de um diálogo que viesse a revelar a relação que cada um estabelecia com o tratamento.

Assim, pareceu-me razoável iniciar a conversa perguntando, como ponto de partida, se estavam em tratamento, pois nem mesmo isto está garantido a priori.

Dentre os usuários, um respondeu decididamente que não estava em tratamento, os outros disseram que sim.

Em seguida, questionei os motivos de estarem ali. Aquele que não estava em tratamento emendou logo que não havia motivo algum para que ele estivesse ali, já que ele não tinha nenhum problema ou necessidade de se tratar. Os outros elencaram variadas queixas ou compreensões, como “problema de cabeça”, epilepsia, perturbação, problema mental, espiritual, esquecimento, medo do demônio, esquizofrenia, espiritualidade negativista, álcool, “vozes que não entendo”, depressão, psicose, amizade, “duplo desvio bipolar de humor”, “não sei”, mania de grandeza, dor de estômago, problema de pele, memória, muito nervosismo, insônia.

Partindo desta introdução ao assunto do tratamento e suas motivações, julguei possível perguntar mais diretamente sobre a voluntariedade, dividindo os atos de tratamento em: se estavam no CAPS por vontade própria, ou seja, se haviam aceitado permanecer ali, fosse de dia ou de noite, de acordo com o caso; se haviam concordado com a prescrição dos medicamentos, uma vez que todos estavam em uso dos psicotrópicos; e se haviam concordado em serem tratados, incluindo aí a aceitação dos respectivos tratadores.

Dos sete pacientes em regime integral, todos declararam aceitar os remédios e o tratamento, mas três disseram que foram obrigados a dormir no CAPS.

Dos dezesseis em permanência diurna, um declarou aceitar o tratamento, dizendo, contudo, que estava involuntariamente obrigado aos medicamentos e à permanência no CAPS. Outro aceitava o tratamento e a permanência no CAPS, mas estava sendo obrigado a tomar os remé-

dios. Outros dois recusavam o tratamento, a permanência e os remédios. Os doze restantes declararam concordar com a necessidade do tratamento, dos remédios e da permanência no CAPS.

Por fim, perguntei se já haviam passado pela “contenção física” no CAPS, ou seja, se já haviam sido amarrados alguma vez ao leito e em que circunstâncias isso ocorreu.

Dentre os 23 pacientes, seis disseram que já haviam passado pela contenção ao leito, e os motivos arrolados foram: porque estava agitado; porque estava se agredindo; não soube por quê; porque estava se machucando; porque estava alucinando; porque queria fazer mal a si próprio.

Sem me deter nos diagnósticos psiquiátricos dessas pessoas, apenas aponto que, segundo seus prontuários, 20 deles receberam diagnóstico integrante do grupo das psicoses, confirmando o perfil de usuários previsto para esse tipo de serviço.

Esta pequena amostragem cumpre, neste estudo, apenas a função qualitativa de constatar, indubitavelmente, a existência do tratamento involuntário, confirmando a necessidade de se investigar seu modo de operar, sua funcionalidade — a que passo em seguida.

Antes, porém, cabe registrar que a constatação do tratamento involuntário vai, ao mesmo tempo, construindo uma definição do mesmo. Isto porque, ao contrário da internação involuntária, o tratamento involuntário se fragmenta em diversas possibilidades. A impossibilidade do consentimento pode estar relacionada ao tratamento como um todo, como uma recusa em se tratar ou como uma discordância fundamental com a necessidade de qualquer tratamento, quando não há o reconhecimento de qualquer “problema”, ou disfunção, ou sofrimento que mereça ser tratado. Mas, o não consentimento, ou a discordância, ou a recusa, podem estar relacionados a pontos específicos da produção do cuidado, como, por exemplo, o uso dos medicamentos, a permanência-dia, o pernoite no CAPS, a vinda diária ao CAPS ou os atendimentos, ainda que o usuário aceite estar em tratamento e/ou reconheça sua necessidade.

Desta maneira, já temos, aqui, uma construção ou uma configuração do conceito do tratamento involuntário, que caminha na direção de

uma complexificação e fragmentação, e que se aprofundará no estudo de sua funcionalidade, de sua operacionalidade.

Para tentar descrever a funcionalidade destes tratamentos involuntários, recorrerei ao breve relato clínico, ou vinheta clínica, de alguns usuários que acompanhei em um CAPS (todos os nomes são fictícios).

Caso 1:

“Olho para você e vejo Ganesha, é você sentado aí, com sua longa tromba, sua cabeça de elefante...”

É me vendo assim que Lu começa uma consulta, uma sessão, um encontro. Ele está bastante animado, está elétrico, não consegue parar nem um minuto, há várias noites que praticamente não dorme, quase tudo lhe parece interessante, chama-lhe a atenção, o que faz com que fique muito disperso, não conseguindo se concentrar em nada por mais de cinco minutos, muito menos na nossa consulta. Também os assuntos lhe passam como nuvens pela cabeça. Vêm chegando e se vão um após o outro, com uma discreta conexão entre si. Uma palavra puxa a outra, sete, setas, serras, e então a Serra do Cipó é o assunto, e de lá partem pontes para vários outros temas: a festa do Candombe que acontece lá em setembro, sete serras...

Fico pensando em Ganesha que ele vê em mim, nessa divindade oriental, hinduísta, mas logo esta, a divindade tradicionalmente evocada para inspirar a racionalidade, o pensamento ponderado, com sua grande cabeça de elefante...

É muita coincidência que ele me associe justamente com esta divindade e não com qualquer outra das tantas possíveis. Seria injusto, para dizer o mínimo, considerar o fato apenas uma gratuidade psicopatológica, valendo ressaltar que tal imagem não será apenas mais uma no meio de tantas. Ele insistirá nela e dela se lembrará muitos meses depois do fim desta crise, achando graça da lembrança mesmo depois de anos.

Me lembro da concepção de Deleuze-Guattari de que se delira os nomes da História, de que o delírio é histórico-mundial: “delira-se sobre os chineses, os alemães, Joana d’Arc e o Grão-Mogol, sobre os arianos

e os judeus, sobre o dinheiro, o poder e a produção, e não em absoluto sobre papai-mamãe”.⁹²

Mas Lu também me faz lembrar de Deleuze-Guattari quanto à oscilação entre dois pólos, um que eles chamam esquizo, que seria o pólo surpreendentemente criativo e expansivo, e o outro que eles chamam de paranóico fascista, “a esquize revolucionária por oposição ao significante despótico”⁹³. Isso porque, em suas fases críticas, atravessa momentos muito criativos, mas rapidamente decai em uma hostilidade e destrutividade, na qual compromete seus laços amorosos, afetivos, trabalhistas e tudo o mais, inviabilizando sua convivência com as pessoas de quem ele gosta e que gostam dele, mas que, ao participarem de suas crises, literalmente desistem e se afastam.

Muitas vezes suas crises são desencadeadas pelo uso de substâncias psicoativas. Já se mostrou especialmente vulnerável ao uso do crack, que sempre lhe faz sofrer com alucinações verbais, vozes atormentadoras, das quais tenta fugir, por vezes, correndo inutilmente.

Tento encontrar alguma pista na sua história para o que está acontecendo nesta crise.

Lu, o mais velho dos quatro filhos homens, nasceu em 1976 e seguiu seus estudos de forma habitual e previsível até a terceira série do primeiro grau, considerada por ele próprio tranquila, sem maiores perturbações.

A partir daí reconhece uma mudança fundamental e enigmática em seu jeito de ser, passando a apresentar um péssimo comportamento na escola e em casa, ainda que mantivesse sempre um intenso interesse pelos estudos. Passou a fazer uso de *Cannabis* e cocaína, envolveu-se com o tráfico de drogas e outros delitos, como furtos, arrombamentos, assalto à mão armada.

Repetiu a terceira série três vezes. Aos quinze anos já era pai. Seu filho atualmente está com quinze anos e mora com a mãe. Nesta época foi preso na antiga FEBEM por seis meses.

Após o período de detenção, volta às atividades criminais de maneira mais branda e, depois de ser levado por sua mãe a um centro de umbanda,

⁹² DELEUZE, 1992.

⁹³ *Ibidem*.

abandona definitivamente o circuito da delinquência, voltando a estudar assiduamente e sem atribuições até a primeira série do segundo grau.

A partir da oitava série do primeiro grau passa a se interessar com intensidade por português, literatura e, finalmente, pelo teatro, integrando um grupo amador que formou em sua escola.

Em 1996 cursava a segunda série do segundo grau e foi admitido para o curso técnico do Teatro Universitário (TU), na Universidade Federal de Minas Gerais.

Então, passa a residir na moradia estudantil da universidade, um prédio do antigo Instituto do Câncer, ocupado pelos estudantes na década de 80, conhecido como Borges da Costa, o antigo nome do instituto, com mais de uma centena de estudantes.

Permanece na moradia de 1996 a 1998, com um aumento progressivo de atividades estudantis, teatrais, musicais, de artes plásticas, etc., até que, em 1998, é levado pelos próprios colegas de moradia ao Hospital Psiquiátrico Galba Veloso.

Conta esta passagem assim:

“Eles me chamaram para irmos fazer uma performance lá no câmpus, disseram que estava tudo preparado. Nessa época eu estava a mil. Saímos do Borges e entramos em um táxi. Eu estranhei, porque agente nunca andava de táxi, só de ônibus. Estranhei ainda mais porque minha mãe estava dentro do táxi. Eu pensei, minha mãe também vai participar da performance? Que estranho. Eles tinham ligado para ela vir me acompanhar porque a coisa estava feia. Daí me levaram para o Galba Veloso, quando vi já estava lá, não tinha performance nenhuma, fiquei pensando que lugar era aquele, o que eu estava fazendo ali. Tentei ir embora, já vieram me atender, me seguraram e me deram uma injeção, depois me amarraram”.

Permaneceu três dias nesse hospital, em franca elação do humor. Já estava há quatro dias insone, estava “muito assustado com a polícia federal”. Recebeu alta em uso de haloperidol, clorpromazina e biperideno.

Vale notar que, nessa época de sua passagem pelo Hospital Galba Veloso, a moradia estudantil estava, de fato, sob ameaça de ser invadida pela

polícia federal para uma desocupação forçada, já que, nas negociações entre a reitoria da universidade e os moradores, chegara-se a um impasse, pois os estudantes se recusavam a sair pacificamente e a reitoria exigia a reintegração do prédio para sua finalidade inicial de assistência médica.

A invasão pela polícia, inclusive com agressões físicas aos moradores que não fugiram antes do dia do ultimato, acabou acontecendo no período em que Lu estava no Galba Veloso, de maneira que, ao sair e retornar a sua casa, encontrou o prédio todo isolado e vedado: o tapume em todas as portas e janelas não permitiam o acesso sequer do olhar ao interior da casa.

Procurou pelos amigos e vizinhos, perguntou-lhes sobre suas coisas, seus pertences, seus livros, e lhe disseram que tudo havia desaparecido.

Voltou então a morar na casa dos genitores, com os quais sempre teve dificuldades no convívio, sobretudo com o pai, que lhe agrediu fisicamente algumas vezes na época da delinquência.

Foi levado ao CAPS por sua mãe, dois meses após sua alta daquele hospital.

No começo de seu tratamento no CAPS, ainda estava atravessando essa primeira crise que o havia levado ao hospital. Apresentava uma constante inquietação psicomotora, passava boa parte dos dias e das noites andando pelas ruas, taquipsíquico, falando excessivamente, chegando a ficar exaltado, por vezes perdendo, em parte, o nexos e a sequência das idéias.

Em sua permanência diária no CAPS, passou a recusar a medicação oral, mantendo-se inquieto quase todo o tempo, muitas vezes cantando. Sentindo-se muito forte, chegou a quebrar a maca em um consultório, “para mostrar a sua força”. Disse estar compondo músicas, disse ser rei, az de ouro, saci. Ameaçou quebrar quebrar os vidros, deu socos nas janelas, contou que as “vozes” o estavam incomodando.

Passou a ser buscado em casa pelo CAPS todos os dias da semana, mantendo-se por algum tempo nessa fase, elétrico, jogando fora sua medicação, rabiscando as paredes, andando e pulando quase todo o tempo, às vezes hostilizando terceiros, recusando-se a vir ao CAPS, queixan-

do-se dos efeitos colaterais da medicação, como congestão naso-facial, hipertonia muscular difusa, tonteira e parestesia da língua.

Após um difícil primeiro mês de tratamento, começou a receber o decanoato de haloperidol, com início de estabilização alguns dias depois, sentindo-se aliviado das “vozes”, progressivamente mais tranquilo, apaziguado.

Logo em seguida, dormia excessivamente, onze horas por dia, apresentando desânimo, cansaço, sentindo-se esvaziado, ficando ocioso a maior parte do tempo, tendendo a um apragmatismo, passando quase os dias inteiros deitado, afetivamente inexpressivo.

Já frequentando menos o CAPS, tentou-se sua adesão a um Centro de Convivência, em oficina de pintura, mas ele, em uso de estabilizadores do humor e antidepressivos, não se envolveu. Não se interessava por nada e caminhava em direção a um quadro amotivacional.

Só melhora alguns meses depois, em julho de 1999, quando volta a fazer uso regular de maconha e depois de crack, e uso irregular da medicação. Mas esta melhora desemboca rapidamente em nova fase de inquietação, agitação, insônia.

É desta época seu poema:

*“Palavra chave
Pra toda porta
Palavra abre
Cabeça morta”*

Nessa época, iniciou um relacionamento amoroso estável, e foi morar com a nova companheira e os três filhos dela. Equilibrou um pouco o uso das drogas e reativou o dos remédios. Voltou a trabalhar, fazendo serviços de pedreiro. Ajudava no sustento de sua nova casa e no cuidado de seus enteados.

Vai mantendo essa estabilidade relativa e precária até o final de 1999 e ao longo de todo o ano 2000, com uso diário de maconha, muitas vezes hipomaníaco, acelerado, mas sem entrar em uma crise franca, até 2001,

quando então atravessou outra fase de agitação extrema, exaltação do humor, taquipsiquismo. Nesse período escrevia intensamente, incontáveis folhas, que vai deixando por todos os lugares por onde passa, algumas delas ficaram no CAPS:

*“No começo a loucura me trouxe a cura,
depois a loucura me trouxe a arte,
arte que me inspira a pensar.*

*Esta loucura vem do meu berço de balanço,
esta guerrilha universal,
eu estou em guerrilha pessoal, em crise mental.*

*Velas ao mar,
Estou em alto mar,
Peço à minha mãe Iemanjá,
Que me proteja, me guie, e não me deixe afundar!”*

Veio, então, um período de ansiedade extrema, alucinações verbais ou auditivas intensas, que lhe fazem sofrer muito, e levam-no não só a aceitar regularmente a medicação, mas, inclusive, a solicitá-la com frequência e em doses extras.

Nesse período, até o fim de março de 2001, tem também uma grande produção em pintura e modelagem em argila, incluindo as obras “A boca do cosmo” e “A casa dos duendes”.

No início de abril do referido ano, conseguiu sair da crise:

*“Minha vida é um saveiro
Estou passando
Por um nevoeiro”*

Empregou-se em uma livraria e diminuiu a regularidade do uso da medicação, a qual, mesmo em doses já mais baixas, causava-lhe efeitos

colaterais cada vez mais graves, como movimentos involuntários, tremores finos de membros superiores e acatisia.

Em outubro de 2001 apresentou nova crise, desencadeada também pelo uso frequente de *Cannabis*, cocaína e crack. Voltaram as alucinações verbais intensas, entrou em atrito com todos ao seu redor, quebrou suas próprias coisas e as coisas de sua casa.

Melhorou em novembro desse ano e voltou a se empregar no início de 2002, agora, na rede Carrefour.

Nova crise em maio de 2002. Como estava trabalhando regularmente legalizado, pedimos seu afastamento, que acabou se prolongando contínua e repetidamente, o que desencadeou uma aposentadoria por invalidez.

Nessa fase chegou a permanecer no CAPS em regime integral, só recuperando sua estabilidade em julho de 2002.

Em janeiro de 2003 passou a usar a risperidona, em substituição aos neurolépticos tradicionais, sempre associada a estabilizadores de humor. E com esta medicação apresentou uma adaptação bem melhor, o que viabilizou sua regular adesão ao uso dos psicotrópicos.

Permaneceu estável por um longo período, até dezembro de 2004, quando atravessou outra crise, seguida por nova estabilização no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2006, quando, mais uma vez, enfrentou uma crise até março do mesmo ano.

Nessa última crise, pegou uma carona e foi para Ouro Preto, Mariana e Viçosa, conseguindo, então, em um ônibus dos estudantes da Universidade de Viçosa, ir para o Rio de Janeiro assistir ao show dos Rolling Stones na praia de Copacabana.

Chegou ao CAPS em mania franca, dizendo ser o cangaceiro “Curisco, o arisco”, voltando a escrever com intensidade:

“Sol sete setas

Sete serras do Cipó São João

Clave de sol

Sete notas

*No açude
Dona Mercês toca tambor
Corpo-Casa-Cosmos”.*

“Era uma vez quatro cães sem botas, eles viviam sonhando em subir nos telhados das igrejas de Ouro Preto, uivando uvas para lua cheia.

Um disse, ô cha, uthcha, êtha, tomando chá com gatas no telhado.”

É bastante frequente em seus momentos de exaltação, inquietação, agitação psicomotora, taquipsiquismo e logorréia. É frequente, enfim, sua recusa à medicação e, principalmente, a passar as noites no CAPS.

Nesses momentos, quebrou macas, vidros, fechaduras e, na última vez, arrancou uma porta de seu batente, a socos e pontapés, e a atirou sobre uma cama, dizendo: “não vou ficar aqui nem um minuto”.

Mas é muito evidente que são nessas horas críticas que ele mais precisa do CAPS, não apenas como atendimento, acolhimento, medicação, escuta, tratamento em senso estrito, mas também como espaço de contenção, de proteção contra os prejuízos que ele possa causar sobretudo a si mesmo.

Por exemplo, nessa crise última saiu logorréico pelas ruas do Morro do Cascalho, uma sabidamente perigosa área de aglomeração urbana desordenada. Não obstante ser bastante conhecido no local, pois trabalhava como monitor de capoeira e dança afrobrasileira com as crianças dessa comunidade, foi agredido com uma pedrada na região frontal da cabeça. Chegou ao CAPS com uma importante ferida corto-contusa nesta área.

Também nessa mesma crise teria chegado a acariciar sua enteada, a filha mais velha de sua companheira, atualmente com 14 anos, o que lhe acarretou a expulsão da casa e a ameaça dos vizinhos. Voltou a morar com os pais, com os quais não convivia bem.

É ainda preciso pensar até que ponto sua recusa do uso regular dos medicamentos, associada ao uso de *Cannabis*, cocaína e crack, ao longo desses quase oito anos de tratamento, determinou suas múltiplas crises

no período, sua estabilização precária, com todos os comprometimentos que isso lhe trouxe, no seu andar a vida, no seu “estar no mundo e poder vivê-lo”⁹⁴.

Ora, é aqui que encontramos um campo de tensionamento necessário, ao qual a clínica não pode se furtar. Ainda que não se pretenda um enfrentamento, ainda que se procure construir o trajeto terapêutico a partir das possibilidades e das perspectivas do paciente, mesmo assim, teremos um necessário tratamento involuntário, mesmo sob as formas mais sutis, ou mais refinadas do debate ou da retórica, ou da argumentação, que buscam evitar a forma mais grosseira, braçal, da contenção física ou mecânica.

Ainda que o mecanismo discursivo opere no lugar da mecânica física, em muitos momentos não há como fugir ao dever de cuidar e proteger, mesmo contra a vontade do interessado.

Pensando na história de Lu, reconheço como poderia construir um entendimento geral sobre o que acontece com ele. Mas ele está em crise novamente, e esse entendimento, embora sirva para me apaziguar — por me trazer uma sensação de ter uma certa clareza ou um domínio sobre a situação —, não serve para apaziguá-lo: ele circula pelo CAPS, chega a ficar iracundo e a hostilizar usuários e funcionários. De toda forma, por algum motivo, talvez em consideração aos anos que já nos conhecemos, ele me preserva de sua raiva, e me dá ouvidos, parcialmente, quando tento contornar seus atritos com terceiros — Ganesha lhe trazendo um fio de sensatez...

Não sei o que desencadeou mais esta crise. Ele me conta que estava na cidade de Viçosa, namorando uma estudante de agronomia. O relacionamento ia muito bem, ao que parece, mas ele começou a estar mais introspectivo, a jejuar por vários dias, e tomou o chá do Santo Daime.

Ele já havia me falado anteriormante do chá do Santo Daime, do qual fazia uso muito ocasional, mas, nos últimos tempos, parece que lhe surgiram oportunidades de fazer um uso mais regular, e a planta pode, de fato, ter tido um efeito desencadeador da crise.

⁹⁴ MERHY, 2002.

Convido-o, então, para irmos à sala de ensaio teatral experimentar algumas improvisações. Iara, que também está em tratamento comigo, vai conosco, e entre eles há uma importante cumplicidade, pois compartilham experiências semelhantes na capoeira, na dança afro, no interesse pelo teatro, na loucura, na maconha, no interesse por temas indígenas, no gosto pela literatura.

Na sala, surgem cenas em que Lu é um xamã, um indígena, e Iara é uma “guia”, uma orientadora espiritual, mas que também conduz pessoas “necessitadas” até o xamã Lu. Vários pacientes que foram conosco vão à procura do xamã, que está sentado em uma pequena cabaninha improvisada com panos e roupas, compondo o seu congá.

Na cabana, Lu consegue apaziguar-se um pouco, ao menos fica parado, ouve atentamente, uma a uma, as pessoas que lhe procuram e, em seguida, oferece-lhes uma frase, uma estrofe, uma pista, nada óbvia, ao contrário, muito enigmática, diante de perguntas simples e diretas e até infantilmente concretas, do tipo: “como posso conseguir um namorado para casar?”

Mas o mais surpreendente é que os consulentes não parecem nada surpresos, não protestam nem desaprovam o andamento da cena, e saem perfeitamente concordantes com a resposta, como se aquilo fosse exatamente o que esperavam ouvir. Mistérios da “esquizocenia”⁹⁵.

Durante algumas semanas, essas cenas de xamanismo insistiram, retornando sempre nas improvisações, evoluindo para uma pequena história que foi sendo inventada ali mesmo nos nossos encontros.

Nessa história, havia uma pessoa que buscava ajuda para seus sofrimentos, os quais, por sua vez, eram, a princípio, bastante indefinidos, e pouco a pouco foram se caracterizando como uma impotência, uma incapacidade de fazer as coisas, de realizar e se realizar, um bloqueio, que depois evoluiu para um esgotamento. Esse esgotamento foi se estabelecendo como resultado de uma sangria energética, algum tipo de vampirismo, drenagem, exploração, abuso, chegando por fim a configurar uma manipulação.

⁹⁵ PELBART, 2003.

Acontece que já havíamos anteriormente trabalhado, em outros momentos desse ateliê de artes cênicas, com algumas técnicas de fabricação, manipulação e dramaturgia de teatro de bonecos. E agora, ressurgia, pelo tema da manipulação, um estranho teatro de bonecos gigantes.

Nesse teatro, um grande boneco — com mais ou menos três metros de altura, construído com a técnica tradicional de boneco habitado, na qual uma pessoa está dentro do boneco e lhe dá vida — é que manipula o ator, do qual partem fios que ligam seus braços e suas pernas até as mãos do boneco.

Essa inversão — na qual o homem é o manipulado e o boneco-coisa-monstro é o manipulador, na qual o homem vivo é que passa a ser a marionete, nas mãos dessa morte ambulante manipuladora — passa a expressar, em uma surpreendente solução cênica, criada com uma espontaneidade assustadora, uma imagem íntima e intensamente ligada às vivências psicóticas desses pacientes-agentes-atores.

A pessoa manipulada pelo boneco não está bem, procura ajuda, encontra lara-guia, que tenta lhe ajudar com seus próprios recursos. Como não obtém resultados, leva a manipulada até o Lu-xamã, o qual a submete a um ritual que acaba por liberar-lhe dos fios que prendiam seus braços e pernas às mãos do boneco. Com isso, melhora e pode se movimentar livremente, recuperando a amplitude e descontração de seus movimentos. Fim da história.

A fábula recebe o chocante nome “O verdadeiro teatro dos bonecos”, e passamos a ensaiá-la com mais regularidade em função de um convite para apresentá-la no Encontro de Saúde Mental e Direitos Humanos.

Mas os ensaios não são nada fáceis. Se, por um lado, na fase de criação e improvisação, os encontros rendem de forma extraordinária, agora, na fase de repetição, sistematização e consolidação, a coisa não anda. Cada dia é uma nova peça, novo texto, andamento diferente, sequência diversa.

Optamos então por fazê-la em um formato mais livre, como uma performance de rua, sem palco, apresentando um fio condutor geral, mas, também, abertura para as improvisações de cada momento-acontecimento-apresentação.

Mesmo assim os atores trazem outros assuntos para nossos encontros. Já têm outros interesses, outras histórias, não querem insistir mais naquela. É como se já tivessem extraído dela o que precisavam, não sendo necessário fazer a apresentação.

Por sorte, as fontes que forneceriam os recursos para irmos ao tal encontro romperam o acordo e não tínhamos mais como ir. Esse problema parecia resolvido. Mas, quando souberam, os atores não gostaram nada daquilo, queriam ir sim, e apresentar na hora o que achassem melhor. Poderia até ser “O verdadeiro teatro dos bonecos”, ou poderia ser outra coisa. E queriam ir de qualquer jeito.

Como se não bastasse, também associaram os movimentos presos da pessoa manipulada pelo boneco aos efeitos do haloperidol — medicamento que, de fato, leva, muitas vezes, à hipertonia muscular difusa e à distonia localizada, causando uma real sensação de “camisa de força” química —, iniciando uma campanha no CAPS para o boicote geral ao uso desse medicamento.

Embora tudo tenha acontecido de forma bem discreta, restrita a alguns pacientes, e se diluído em poucos dias, até ser esquecida, não tendo representado uma ameaça real ao uso desse medicamento, largamente utilizado de forma involuntária, confesso que me senti ameaçado, pois o ateliê de artes cênicas já não era visto com bons olhos por parte da equipe, seja porque não costumava apresentar nenhum resultado concreto, como uma peça de teatro, seja porque acabava abarcando poucos pacientes, em torno de quatro ou cinco, seja porque representava desvio de função do psiquiatra, que poderia estar fazendo receitas nesse horário.

Qualquer tentativa de explicar ou entender ou interpretar como essas cenas contribuíram para apaziguar a crise de Lu me parece abusiva, mas foi durante suas crises que estive mais participativo nesses encontros, testemunhando, sempre, que eles lhe fizeram bem, além de servirem, muitas vezes, para viabilizar suas idas ao CAPS, sua aderência ao tratamento, funcionando, então, como uma estratégia delicada no difícil manejo da involuntariedade que frequentemente se interpôs na condução de suas crises.

O personagem do xamã esteve com ele em muitas crises, e nesta, que possivelmente estava associada ao uso do Santo Daime, com muito mais força.

Eu próprio já conhecia o Santo Daime desde 1995, quando participei pela primeira vez dos rituais, os quais frequentava de maneira esporádica. Tinha opinião pessoal de que o chá era bem capaz de desestabilizar alguém, sobretudo alguém psicótico. Contudo, era um posicionamento que me parecia muito frágil para que eu pudesse me posicionar, e isso agora fazia parte do tratamento do Lu, sendo ao mesmo tempo um convite e uma certa exigência diante da condução de sua crise aguda.

E agora, diante da crise aguda de Lu, vivia multiplicadamente o dilema do tratamento involuntário. Porque precisava convencê-lo a tomar os remédios que lhe detinham o entusiasmo e a criatividade; porque precisava convencê-lo a se tratar diariamente, mesmo fora das atividades que lhe eram estimulantes, como o teatro; porque era preciso convencê-lo a parar, ainda que temporariamente, de tomar o Daime, que a mim próprio havia sido tão generoso e benéfico, mas que poderia estar lhe desestabilizando; porque precisava garantir seu tratamento, mesmo que com o constrangimento físico, depois de compartilharmos tantos momentos ímpares de criação teatral.

E todos estes porquês se justificavam no critério maior de que “é sempre em nome da vida, e de sua defesa, que se inventam estratégias, por mais estapafúrdias que sejam”.⁹⁶

Caso 2:

Iara chega ao CAPS. Para ser atendida por mim? Para me encontrar? Para nosso encontro terapêutico?

A certeza que tenho é que ela vem ao CAPS há sete anos, sempre que não está bem, sempre que está “surtando”, que está descompensando em seu jeito de ser habitual, entrando em uma transição, mudando de forma bem evidente seu contato com o mundo.

⁹⁶ PELBART, 2003.

Mas desta vez Iara traz um berimbau para o atendimento, entra com ele no consultório. Está desarmado. Ela o arma para que eu possa aprender, curva a vara com o joelho, passa o arame sobre o couro na ponta da vara e amarra o arame em uma certa tensão que dará a sonoridade desejada.

Ela me mostra um toque básico, principiante, repetitivo, dim-dim-dom, dim-dim-dom, dim-dim-dim-dim-dim-dom-dem, a frase se repete diversas vezes de forma mântica.

Ela me passa o instrumento para que eu possa tentar também, e com alguma dificuldade consigo articular o conjunto de segurar o berimbau, afastar e aproximar a cabaça da barriga abafando o som, movimentar a pedra de toque que modula as notas no arame, bater a vareta e sacudir o caxixi. Dim-dim-dom...

Iara me diz que preciso aprender a tocar o berimbau, e onde posso comprar um de boa qualidade, me diz como tem passado, me fala das dificuldades em casa, dos atritos com os familiares, conta que não consegue seguir em frente com a produção artesanal de velas, que vai mudar de ramo, e muitas outras coisas estranhas que tem acontecido em sua vida. Talvez trabalhar com velas não seja uma boa para quem tem uma forte abertura para o mundo espiritual, pondera.

Conta que seu pai tinha um pequeno comércio de produtos de umbanda na parte de baixo da casa, e que daí sua mãe surtou, enlouqueceu, depois um de seus irmãos também enlouqueceu, e finalmente ela começou a ouvir vozes e a fazer coisas bem estranhas em função destas, como tirar toda a roupa e andar tranquilamente nua pelas ruas de seu bairro, sendo abordada por viaturas policiais e levada para casa, e de lá, para hospitais psiquiátricos.

Iara aceita voltar a tomar os remédios que havia interrompido. Vai ficar no CAPS um pouco mais hoje. Enquanto não a incomodarem demais, vai tocar berimbau.

Nos dias que se seguem, Iara vai voltando ao seu habitual modo de ser. Que misteriosas tecnologias agiram em sua melhora?

O berimbau reúne em si séculos de uma tecnologia ancestral técnico-intuitiva de realizar a interseção entre a madeira e o arame, criando uma terceiridade absoluta que extrapola em muito a adição ou mesmo a multiplicação de ambos. Berimbau é instrumento de guerra e de paz, de luta, é artefato, é ferramenta, é musical, é transcendental. Berimbau canta e chora, conta história, vibra na alma de quem o toca e de quem é tocado por seu som.

Iara me trouxe um berimbau para aquele atendimento, ela tocou, eu toquei, fomos todos tocados por misteriosas tecnologias operando em nosso encontro.

O berimbau é uma “tecnologia dura”⁹⁷, uma ferramenta bem concreta. As canções que Iara me ensina e que aprendeu na capoeira são uma “tecnologia leve-dura”⁹⁸, um saber estruturado, registrado, definido; a música no ar que sai da sua toca escondida no oco do arco de pau e de arame, que é tão tocante quanto tocada, é uma “tecnologia leve”⁹⁹; e ultra-leve é a tecnologia que vibra uma frequência de meu ser, requisitando, convocando pensamentos e afetos para esse acontecimento único que ocorre num certo momento e local entre nós e conosco, presentes e integrantes indissociáveis do evento terapêutico.

Iara nasceu em 1961, a filha mais velha de Flávia. Quando tinha mais ou menos dez anos, seu pai perdeu o emprego e resolveu abrir uma loja de produtos de umbanda na garagem da casa. Algum tempo depois, dona Flávia apresentou um surto psicótico, e, francamente delirante, sentiu-se perseguida, julgando que sua vida corria perigo. Dona Flávia passou a se tratar no tradicional hospital psiquiátrico Galba Veloso, mas de maneira completamente irregular, com pioras frequentes desde então. Iara conta que sua mãe “começou alterando a voz, como se tivesse outra personalidade, ninguém em casa suportava, fugiam, iam dormir fora”.

A partir dos 14 anos de Iara, sua mãe passou a queixar-se com seu pai de que ele estava reparando demais, olhando demais para o corpo

⁹⁷ MERHY, 2002.

⁹⁸ *Ibidem.*

⁹⁹ *Ibidem.*

da menina, e que isto não era direito — mantendo esta suspeita até a morte do mesmo.

Aos quinze anos Iara já sabia que não estava bem, sentia-se muito “afetada pela mãe”, planejava suicidar-se, chegou a preparar um “coquetel de comigo-ninguém-pode”, planta cáustica, mas não tomou.

Aos dezenove anos aproximadamente, Iara apresentou seu primeiro surto, passou a sentir que todos olhavam para ela, e que seu corpo estava se transformando por causa disso, chegou a tirar a roupa em uma noite e andar nua pela madrugada, sendo abordada pela polícia militar e levada até sua casa. Seu pai a recebeu da pior forma possível, chamou-lhe de vagabunda, entendeu que ela devia estar drogada e lhe bateu.

Nos dias seguintes, como persistiu completamente inadequada, ouvindo vozes alucinatórias, inclusive de comando, sua família a levou ao psiquiatra, quando iniciou o uso de neurolépticos.

Seguiu o tratamento por poucas semanas, melhorou neste período e interrompeu o acompanhamento e a medicação por conta própria, passando a buscar terapias alternativas como florais de Bach, cromoterapia, “Santo Daime”, massagem terapêutica, “yogaterapia”, fitoterapia, etc.

Sua vida passou então por sucessivos períodos de exaltação e euforia, alternados por períodos depressivos, e não conseguiu mais trabalhar no mercado formal. Até então, havia sido secretária do setor de endoscopia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal.

Envolveu-se, a partir dos 22 anos, com a capoeira, e principalmente com a capoeira angola, chegando a se casar com um professor de capoeira. Foi morar em Salvador, depois em Mato Grosso, e na Chapada Diamantina, interior da Bahia, em comunidades alternativas. E fazia uso frequente de maconha. Nesse período, apresentou várias crises, em que se sentia “toda aberta”, quando, então, “todas as energias entravam nela”. Sentia, também, alterações corporais, ouvia vozes alucinatórias, passava insone por muitos dias, com idéias de perseguições e ameaças.

Aos 31 anos separou-se do então mestre de capoeira. Passou por uma crise mais forte, com vivências fortemente delirantes persecutórias.

Foi morar em Rondônia. Teve uma piora das vivências psicóticas. Nessa época, julgou que seria morta por guerrilheiros. Utilizou “florais para traumas emocionais”, principalmente o resque.

Ligou para a família, que lhe enviou dinheiro para que pudesse regressar a Belo Horizonte e, uma vez aqui, persistiu sem tratamento. Buscou vínculos com a capoeira, mas chegou a agredir fisicamente o mestre de capoeira em um momento de crise, ao julgar que “ele havia se transformado em outra pessoa”, o que a levou a se afastar deste grupo também.

Em janeiro de 1997, atravessou uma crise intensa, com comportamento persecutório, chegando a agredir fisicamente alguns irmãos, estando insone, inquieta, irritável por vários dias. É levada pela família ao Hospital psiquiátrico Raul Soares, local que já conheciam por terem levado ocasionalmente a mãe de Iara, e também um de seus irmãos, chamado Marconi, em uso permanente de antipsicóticos, com vida absolutamente apragmática.

Chegando ao Instituto Raul Soares em estado de exaltação e agitação psicomotora, recebeu contenção física ao leito e medicação injetável intravascular e intramuscular. Foi então encaminhada ao CAPS nesse mesmo dia.

Chegando ao CAPS trazida por dois irmãos e com relatório de encaminhamento do Instituto Raul Soares, no qual se registrava “humor exaltado, delírio de grandeza, pensamento acelerado, heteroagressividade importante, crises periódicas de agitação, recusa de tratamento ambulatorial”, é então admitida para tratamento em regime de permanência-dia, sendo levada e buscada em casa pelo transporte do próprio CAPS.

Chegou ao CAPS já mais tranquila, queixando-se do tratamento recebido no Raul Soares, que teria sido desnecessário e abusivo: “queriam me matar sufocada”, disse. Contou também que a família fez uma “armazém” para ela, que a chamam de doida e por isso às vezes faz uma coisa do tipo jogar o pano de chão dentro do vaso sanitário, mas nada demais, a família é que “horroriza” quando ela faz algo “diferente”. Disse que levaram-na ao Raul Soares só porque estava sentada em cima do muro,

e insistiu em ser levada para a delegacia de mulheres para “dar queixa” das agressões sofridas no Raul Soares. Mostrou um hematoma na coxa esquerda — teria sido a família ou alguém no hospital, não sabia bem.

A mãe e uma de suas irmãs também compareceram ao CAPS dois dias após o início do tratamento de Iara. Contaram que já vinham tolerando fases como essa há vários anos, nas quais Iara ficava “inquieta”, “agitada”, “rebelde”, “sem dormir”, “saindo de casa”.

Iara aceitou, ainda que de forma relutante, participar do CAPS, desenhou mandalas na oficina livre, com o título “sabedoria interior”, recebeu prescrição sedativa e hipnótica para a noite, tomou nos primeiros dias, mas sentiu-se incomodada e começou a recusar a medicação, que foi reduzida progressivamente.

Quando do início do tratamento, seu pai já era falecido, e ela se queixou dos irmãos, que transformavam a casa em uma “muvuca”, que não respeitavam suas coisas e as jogavam em qualquer lugar, e com isso ela se sentia indignada, não suportando a “desorganização” dos irmãos. Ficou “injuriada” e acabou sendo levada para o Raul Soares.

Iara passava os dias no CAPS e ia dormir em casa. Nos atendimentos vai esclarecendo que na verdade tentaram matá-la no Raul Soares por causa de um namorado. Contou que ficava várias noites seguidas insone e que, desde 1996, vinha “ouvindo vozes na cabeça”, de forma frequente.

Nessa primeira crise em tratamento no CAPS, permaneceu em seguimento de 29/01/97 a 29/04/97, a princípio vindo diariamente, até mesmo nos finais de semana, com redução gradual de suas vindas e de sua medicação, que, neste período, resumia-se, por fim, a 50 mg de clorpromazina, assim mesmo com uso irregular e com uso ocasional de etílicos.

Ainda antes de sua alta do CAPS, retomou atividades de artesanato e procurou trabalho temporário em empresas que realizam pesquisas de opinião pública, também planejou dar aulas de capoeira angola, que se diferencia das demais pela importância que dá às raízes africanas, ao ritmo, à música na harmonização da luta-dança. Relembrou que passou dois anos na Bahia treinando com o renomado mestre Morais.

Quase sempre explicitava que já não era para estar no CAPS, que seu tratamento estava muito “devagar”. Foi, então, encaminhada para atendimentos ambulatoriais em centro de saúde e participação em oficinas em centro de convivência e oficina profissionalizante de lapidação para formação de cooperativas de trabalho, deixando o CAPS, portanto, no fim de abril de 97.

Retornou ao CAPS, em uma nova crise, em 29/09/98, mais de um ano após sua alta. Estava extremamente ansiosa. Nesta época estava dividindo o quarto com a mãe. Relatou “pressentimentos” de que a mãe iria matá-la enquanto estivesse dormindo; por outro lado, pensou em envenenar a mãe, contou que as duas tinham uma “ligação direta”, que a loucura da mãe estava passando para ela.

Nessa fase, contou que a mãe estava quase todo o tempo em crise e recusava tratamento e medicação, perturbando todos em casa, mas ela era a mais afetada. Informou que, após sua alta do CAPS em abril de 97, frequentou o centro de saúde por um mês, depois abandonou o tratamento e passou a fazer uso de “florais” e acupuntura.

Atribuiu essa segunda crise atravessada no CAPS à piora da mãe, além de uma suspeita de ter provocado um aborto por tomar chá de carqueja quando poderia possivelmente estar grávida. Ao longo dos primeiros dias desse novo acompanhamento, vinha ao CAPS descalça, com o rosto todo pintado, roupas coloridas, muitos adereços, e trouxe a ideia de que sua mãe era descendente dos índios Bororós, e que ela, Iara, sentia-se afetada por esses ancestrais, que eram “comedores de gente”.

Saiu errante pelas ruas, sentindo que todos a estavam olhando, que estava sendo seguida. Tinha a impressão de que tudo que via lhe dizia respeito de forma direta. Percebia “mensagens” em todas as coisas, ouvia vozes, e estas lhe diziam que ela ou sua mãe deveriam morrer.

Nesse período, tanto Iara quanto sua mãe estavam em crise, a casa estava entrando em colapso, uns tentam medicar os outros com o haloperidol do irmão Marconi, que já é usuário crônico, inadvertido, deste medicamento, colocado diariamente em seu café há anos.

Iara ficava hostil também com alguns profissionais e usuários do CAPS, chamando-os de “otários”, de “fracos”, recusando ser atendida por outro psiquiatra na minha ausência.

Conseguiu nova estabilização até o final de outubro de 98 e atribuiu sua melhora à melhora simultânea da mãe. Disse: “quando eu tomo remédio parece que minha mãe fica calma, satisfeita”.

Nessa segunda crise, fez uso de Tioridazina e nitrazepam, mas queixou-se todo o tempo de desânimo causado pela medicação, abandonando, por fim, o tratamento no início de novembro de 98.

Retornou uma terceira vez ao CAPS em setembro de 1999, muito falante, nitidamente acelerada, sentindo-se ameaçada, “perseguida”, atribuindo a si acontecimentos diversos, como o estouro de um gerador na casa de uma amiga, ou uma peça de teatro que um colega estava ensaiando, com o sugestivo nome de “açougue”, que lhe assustava.

Nessa fase, iniciou inúmeras atividades ao mesmo tempo, sem dar continuidade a nenhuma delas, vestia-se de forma bizarra, sobrepondo inúmeras roupas como um verdadeiro guarda-roupa ambulante. Também dessa vez sua crise coincidiu com uma crise da mãe.

Nessa sua terceira crise no CAPS, recebeu prescrição de carbonato de lítio e tioridazina, sendo a possibilidade do uso do haloperidol sempre afastada, por ser considerado por ela o pior dos remédios. Abandonou o tratamento, já estando bem melhor, no início de outubro de 99.

Retornou em uma quarta crise em março de 2000, novamente taquipsíquica, insone, autorreferente, sentindo-se perseguida, com interpretações delirantes constantes. Desta vez permaneceu vinculada ao CAPS ao longo de todo o ano 2000 e até junho de 2001.

Novamente falou da “energia ruim” vinda de sua mãe, e explicitou que “até nas cantigas de roda”, que ela cantava quando era criança, “havia ódio”. Já não estava suportando mais a mãe “enlouquecida”.

Considerando a baixa aderência ao uso regular dos medicamentos, foi tentado o penfluridol — que pode ser usado apenas uma vez por semana, mantendo seu efeito constante —, associado ao lítio.

No início de 2001, contou que sua mãe já estava bem melhor e que, por isso, seu próprio sentimento de “perseguição” também já havia passado. Esteve no CAPS três vezes em fevereiro, retornando em junho e abandonando o tratamento mais uma vez.

Voltou ao CAPS em sua quinta crise em janeiro de 2002, mas, desta vez, menos persecutória ou delirante, procurou o CAPS logo que insone e acelerada, e veio por si mesma, sem ser trazida por terceiros. Passou a fazer um acompanhamento no CAPS de forma mais ocasional, vindo menos vezes, faltando em muitos atendimentos, interrompendo e retomando a medicação, mas mantendo um vínculo com o tratamento até novembro de 2002.

Reapareceu em uma sexta crise em março de 2003, seguindo tratamento mais frequente no CAPS por um mês. Melhorou da exaltação do humor, da hostilidade e da insônia, fazendo uso de penfluridol, lítio, clonazepam e tioridazina.

Seguiu um acompanhamento apenas mensal de maio a agosto de 2003, e novamente abandonou as vindas ao CAPS.

Uma sétima crise a trouxe novamente ao CAPS em outubro de 2003. Estava francamente delirante, inadequada, autorreferente, entrando em atritos frequentes. Retomou o uso da medicação interrompida, com melhora rápida em uma semana. Nessa época disse estar passando “por uma desordem quântica”. Lidava muito mal com as restrições de saída do CAPS, dizendo que “este tipo de tratamento é uma burrice total”, e perguntando “o que isto tem de terapêutico?”.

Frequentou o CAPS de forma menos intensiva até março de 2004, quando então foi tentada mais uma vez a criação de um vínculo de acompanhamento em centro de saúde. E recebeu alta.

Voltou ao CAPS em agosto de 2004 em sua oitava crise desde o início do acompanhamento, desencadeada em um congresso de economia solidária em Brasília, em meio ao qual passou a pintar-se como uma índia e a andar nua, hostilizando qualquer abordagem. Foi levada a um atendimento de urgência em Brasília e trazida ao CAPS, sentindo-se novamente persecutória, fortemente ameaçada, recusando a permanência

no CAPS e o atendimento, e fazendo uso irregular da medicação. Foi retomado o penfluridol em seu tratamento. Apresentou melhora e frequentou irregularmente o CAPS até janeiro de 2005, quando abandonou mais uma vez o seguimento.

Uma nona crise a trouxe de volta ao CAPS em maio de 2005, e também dessa vez, ela e a mãe estavam em crise simultânea. Os irmãos pediam ajuda. Frequentou o CAPS regularmente apenas no mês de maio, obtendo melhora. A partir de então, vinha esporadicamente — uma vez em junho, depois em agosto, setembro e outubro de 2005. Voltou ao CAPS em janeiro e março de 2006 para pegar um relatório e para uma consulta.

Apresentou sua décima crise a partir de abril de 2006. Novamente exaltada, insone, hostil, chegou a agredir fisicamente, com chineladas, a psiquiatra que a atendeu nessa volta ao CAPS, sendo necessária a contenção física ao leito e a medicação injetável involuntária. Mais tarde, nesse mesmo dia, já mais tranquila e adequada, pediu para ser liberada, para dormir em casa, saindo do CAPS e avisando que nunca mais queria voltar naquele lugar.

Em sua crise de 2004 se definiu como “uma im-paciente, itinerante em alta”, e me ofereceu a tradução da música “Gracias a la Vida”. Escreveu então: “uma casa que não foi entendida reaparece inevitavelmente como um fantasma que não foi esconjurado, e só poderá ter descanso quando o mistério tiver sido desvendado e o encantamento quebrado.”

Agora estava mais uma vez em crise, frequentando o CAPS diariamente com muita relutância, não admitindo ser buscada em casa, considerando o fato uma humilhação. Mas compareceu regularmente nos dias do ateliê de artes cênicas e foi a principal criadora do enredo de “O verdadeiro teatro dos bonecos”. Construiu seu personagem, “a guia”, a partir da ideia de que seus antepassados “Bororós” costumavam perturbá-la, e ajudou na composição do personagem xamã, de Lu.

Passou a frequentar uma oficina de contadores de história na biblioteca pública da cidade, e sentiu-se muito atraída por esta atividade. Ao mesmo tempo, no ateliê do CAPS, teve papel de narradora em várias cenas.

Trouxe para o ateliê o conto O Homem Mais Feio do Mundo, de Millôr Fernandes, e passou a narrar essa história no início de todos os ensaios. O conto é divertido e sempre agradava aos participantes.

É a história de que havia um homem tão feio que assustava as pessoas, sobretudo as crianças. Então o imperador da China, onde se passa a história, condena o homem à morte. Porém, antes de ser executado, ele pode se salvar, se puder encontrar alguém mais feio que ele para morrer em seu lugar. Ele sai à procura desse mais feio e, quando seu prazo já está quase se esgotando, ele, quase desistindo, encontra um homem realmente muito feio. Então aborda o homem, já pronto para matá-lo. O homem pede clemência, por não merecer a morte. Ele então explica ao homem que precisa matá-lo, por ser este o único mais feio que ele que encontrou. O homem então lhe diz assustado que, se realmente for mais feio que seu assassino, que este o mate logo, o mais rápido possível.

Iara incluiu a narração dessa história no começo da performance “O verdadeiro teatro dos bonecos”. A conexão ficou bem enigmática, mas todos aprovaram e consideraram que assim ficou bem mais divertido. E o resto da performance passou a ser sem texto. Apenas imagens em movimento mostravam a epopeia de uma pessoa manipulada por um boneco, conduzida por uma guia com pintura indígena no rosto, muitos lenços e balangandãs. A pessoa era liberada por um xamã bastante agitado, que fazia uma série de benzeduras e pajelanças, soltando-lhe os fios dos braços e das pernas.

Fora do ateliê, persistiu continuamente a insistência para que Iara tomasse a medicação prescrita. Às vezes ela cedia, às vezes não. Mas nossos ensaios a mantinham sempre por perto. Ela também frequentou com mais regularidade os atendimentos, em geral para falar de ideias teatrais que lhe ocorriam, textos interessantes que descobria, projetos cênicos...

Caso 3:

Valquíria me encarava com um olhar tão assustado, tão amedrontado, que eu sentia forte o ímpeto de olhar para trás, para verificar se ali sobre meus ombros, a própria face da morte não a encarava, com os

dentes afiados de uma tigresa faminta prestes a devorá-la, ou coisa que o valha.

Ela veio trazida, sob coação física, mais uma vez, por sua irmã, com a qual dividia o apartamento, e que também estava em tratamento no CAPS.

Havia parado de tomar os medicamentos há mais ou menos dois meses. Insistimos para que viesse ao CAPS, mas recusava-se a vir. Não saía de casa para nada. Mal saía do quarto para comer ou ir ao banheiro, assim mesmo de forma apressada, como quem atravessa uma linha de fogo cruzado tentando proteger a própria vida. Fomos a sua casa várias vezes, mas não recebia a equipe do CAPS, não abria a porta para ninguém.

Foi piorando, parou de tomar banho, alimentava-se muito mal, gritava improperios de dentro do quarto por horas seguidas, sempre pedindo para que a deixassem em paz, em um cruel paradoxo, no qual, quanto mais se isolava, mais se sentia invadida pelas vozes que a atormentam.

Me contou que as vozes a xingavam o tempo todo, acusavam-na de ser leviana, de ser prostituta, “rapariga”, “mulher da zona”, de não valer nada, de ser a mais desprezível das mulheres, enquanto outras vozes a sugeriam que se matasse logo, de uma vez por todas.

Revelou sua afeição por mim, perguntou se era casado, se tinha mulher, se tinha filhos, se tinha alguém, e o que achava dela como mulher, se tinha intenção de me casar, se minha mulher era muito bonita, se gostava realmente de minha mulher.

Depois me disse que eu estava triste, adivinhando que, nessa mesma época de sua crise, eu estaria atravessando um processo de separação conjugal que, segundo ela, ia passar. Ela própria já estava um pouco mais tranquila e me perguntou como iam os ensaios do teatro, como estava a Iara, como estavam os outros. Avisou que queria retomar seu papel no “verdadeiro teatro dos bonecos”, lamentando não ser mais talentosa e não ter mais dinheiro para comprar bons xampus e outros ingredientes que deixariam seu cabelo mais bonito, pois, com o cabelo bonito, certamente se sairía bem melhor. Recordou que estava devendo um xampu para Iara, mas que iria saldar sua dívida.

Mexia em seus cabelos compridos à medida que ia falando, e explicou que sua irmã tinha muita inveja de seu cabelo, e de seu corpo, que é mais bonito, e por isso lhe causava tanto sofrimento, perseguindo-lhe implacavelmente, colocando veneno em sua comida, fazendo-lhe de refém, roubando o interesse de todos os homens que iriam se interessar por ela, espalhando boatos maledicentes, arrasando sua moral, desmoralizando seu nome, impedindo que alguém, que algum homem pudesse gostar dela, pudesse se casar com ela.

Reafirmou que gostava de fazer seu papel naquele teatro, de ser a pessoa que procura ajuda, de ser ajudada pela Iara-guia e pelo Lu-xamã. E disse que não sabia bem o que falar e que, agora que a performance não tinha palavras, era melhor.

Valquíria apresentava movimentos lentos e sempre com um jeito metálico, sugerindo algo artificial, mesmo quando não estava tomando seus remédios, e foi o seu estilo tão insólito que despertou a sugestão de que ela parecia uma marionete, e que poderia ser exatamente esta sua participação no “verdadeiro teatro dos bonecos”. Mesmo com muito esforço, treinamento e trabalho árduo, outro ator dificilmente conseguiria agir e deslocar-se no espaço do jeito que ela faz, maquinalmente — pois dizer aqui “naturalmente” seria um contrassenso.

Mas se ela já aceitava voltar outras vezes ao CAPS, poderia bem provavelmente mudar de idéia assim que chegasse em sua casa, em seu quarto-bunker-trincheira. Não dava para arriscar. Era preciso que ela ficasse alguns dias no próprio CAPS, mas o lugar lhe parecia muito ameaçador. Sentia que a qualquer momento poderia ser agredida, que sua vida corria perigo. Ela se recusava a permanecer no CAPS, e se recusava sobretudo a dormir no CAPS. Teria que ficar involuntariamente — esgotadas todas as tentativas de negociação.

Valquíria nasceu em 1967, em uma grande família de dez filhos, no interior da Bahia.

Segundo as irmãs e o irmão, desde criança teria demonstrado certa “estranheza”, sobretudo com dificuldades para os relacionamentos interpessoais.

Em 1989, por volta dos vinte e dois anos, apresentou seu primeiro surto psicótico franco, com mudança completa de comportamento, tornando-se a princípio evitativa e depois francamente hostil, sentindo-se ameaçada e perseguida, e sempre com conotações místicas e sexuais.

Iniciou uso de haloperidol e levomepromazina nessa época, obtendo alívio e melhora, ainda que sem restauração de suas capacidades diárias, que se resumiam basicamente a cuidar de si e ajudar nos afazeres domésticos variados.

Permaneceu em uso quase ininterrupto destes medicamentos, com certa estabilidade, ainda que precária, por dez anos, com alguns momentos de piora pontual e passageira.

Nesse período, não tinha exatamente um acompanhamento de qualquer profissional de saúde. Seus familiares apenas conseguiam as receitas para ela, e ocasionalmente era levada ao médico.

Em 1998, em virtude da idade avançada e adoecimento dos pais, muda de cidade, para uma casa onde residiam duas irmãs e uma sobrinha.

A princípio, passou a se consultar no Hospital das Clínicas, com acompanhamento psiquiátrico, uso de haloperidol, levomepromazina e diazepam, e acompanhamento em terapia ocupacional.

Em julho de 1999 foi trazida à urgência do CAPS pelos familiares, por estar em franca crise. Lavava todas as roupas já limpas da casa, retirava tudo do lugar, ameaçava agredir fisicamente os familiares que estariam “fazendo eu de doida”. Estava muito chorosa, puerilizada, fragilizada e ameaçada.

Contou que “o povo da televisão estava ajudando a arrumar a casa, a retirar o demônio que estava na casa”, e esclareceu que era de igreja evangélica.

Os familiares perceberam que, após a mudança de cidade, ela teve muita dificuldade em se adaptar, apresentando uma instabilidade basal permanente, que acabou evoluindo para uma crise francamente delirante persecutória dirigida principalmente a sua irmã Neuza, que já era usuária do CAPS, também em uso de haloperidol.

Valquíria permaneceu cada vez mais no CAPS, apresentando muita dificuldade em estar naquele ambiente populoso, compartilhado com

tantos outros usuários, sobretudo nessa fase inicial, em que sentia que queriam lhe fazer algum mal, em geral de natureza sexual.

Desenvolveu uma fase de logorréia, exaltação do humor, agitação psicomotora, e foi indicada para permanência diária no CAPS, indo para casa apenas para dormir, após ser medicada.

Fugiu do CAPS e foi para sua casa, de onde acionaram a polícia militar, que a levou de volta. Recusou o tratamento desde o primeiro dia.

Não reconhecia qualquer necessidade de ser tratada, dizia que ela própria era a Xuxa, que deveríamos avisar na televisão, que pensou em comprar um restaurante e abrir uma loja de cosméticos. Atribuiu sua estada no CAPS à irmã Neuza, que seria sua perseguidora, por motivos invejosos.

Também se sentia muito incomodada no CAPS por não poder cuidar-se direito, pois em algumas fases dedicava grande parte do tempo a cuidar das unhas, tomar banho, e cuidar sobretudo dos longos cabelos. Contou que “os cabelos enrolados me enrolaram a vida todinha”.

Mas, pouco a pouco, ia estabelecendo um vínculo positivo com sua referência técnica e seu psiquiatra, sentindo-se menos ameaçada, permanecendo menos no CAPS, e, após quase um mês de tratamento, vindo só para consultar.

Já estável, aceitando melhor sua medicação, recebeu alta do CAPS em outubro de 1999 e foi encaminhada para continuidade do tratamento em um centro de saúde próximo de sua casa.

Retornou ao CAPS em junho de 2000, seguindo o tratamento em centro de saúde, mas sentindo-se ameaçada, desconfiada, amedrontada, iniciando episódio persecutório. Tudo lhe parecia perigoso e perturbador, mesmo a água que bebia ou a comida que ingeria.

Foi acolhida algumas vezes no CAPS, sua medicação foi reforçada, melhorou e voltou ao acompanhamento no centro de saúde.

Reapareceu no CAPS em dezembro de 2002, nessa época apresentando vivências delirantes e alucinações verbais, que a deixavam muito oprimida. Havia interrompido o uso do haloperidol, pois este estaria lhe causando cefaléia constante.

Nessa fase, informou, alguns dias depois, que foi curada em uma igreja e, portanto, que não precisava mais tomar os remédios. Esclareceu ainda que agora era médica, sabia de tudo e não precisa de nossa ajuda. Voltou a passar os dias no CAPS.

Em sua casa retomou um forte sentimento persecutório dirigido à irmã Neuza. Esta, por sua vez, passou a lhe dar medicamentos além da prescrição, sentindo-se amedrontada de estar com Valquíria.

Valquíria contou que “conversa com a televisão”, que os outros que estão no CAPS são “nervosos”, e que ela não é, mas aceitou permanecer para não estar em casa com a irmã, que seria uma bruxa. Estava sempre entrando em atrito com as irmãs, em geral a partir de interpretações delirantes autorreferentes e vivências alucinatórias.

Em fevereiro de 2003, já estabilizada, foi novamente encaminhada ao centro de saúde, onde aceitou seguir o tratamento.

Retornou ao CAPS em outubro de 2003, trazida por um irmão, que não morava no mesmo local que ela, mas que estava ajudando as irmãs, já desgastadas com Valquíria.

Novamente Valquíria apresentou-se hostil e agressiva por sentir-se terrivelmente prejudicada pelas irmãs, passou a medir diariamente o cabelo, pois elas estariam cortando suas pontas por inveja. Recusou os medicamentos porque “um pastor recomendou usar remédios naturais”.

Passou a receber o haloperidol injetável, sob a forma de depósito decanoato, na tentativa de garantia do uso regular, pois sua recusa ao tratamento era cada vez mais forte, jogando frequentemente a medicação no lixo. Nessa época passou a considerar que os medicamentos talvez fossem veneno para matá-la.

Em abril de 2004 começou a apresentar uma errância que não tinha antes, passando por vezes noites inteiras andando pelas ruas. Com isso, permanecia no CAPS em regime de semipernoite, o que significava ser levada em casa por volta das 21h, já medicada, para dormir, sendo buscada logo pela manhã.

Mas, mesmo sendo buscada em sua casa pela equipe do CAPS, Valquíria se recusava a vir. Não abria a casa, trancava-se no banheiro ou no quarto, danificava o interfone.

A situação se mantinha difícil, às vezes aceitava a medicação e o atendimento, outras vezes, suas próprias vivências persecutórias deixavam o tratamento sob forte suspeita. Passou a receber três ampolas do decanoato de haloperidol, vindo a melhorar no final de maio de 2004, quando foi reencaminhada ao centro de saúde.

Retornou em dezembro de 2004, novamente francamente delirante, tendo passado inclusive pela urgência do Hospital Raul Soares. Foi readmitida para permanência-dia.

Recusava-se a vir quase todos os dias, sendo às vezes trazida pelo novo sistema móvel de atendimento a urgências, o SAMU, e acolhida incondicionalmente no CAPS. Mesmo assim, foi internada no Hospital Raul Soares em abril de 2005, retornando ao CAPS após 26 dias de internação.

Aceitou melhor suas vindas ao CAPS a partir de maio, chegou a dizer que eu era seu marido, aceitou ser buscada em casa poucas vezes por semana.

Mas, passados alguns meses, em agosto de 2005 recusou-se novamente a vir, a tratar-se, a tomar os medicamentos. O decanoato foi aumentado para quatro ampolas por aplicação.

Seu tratamento seguia com uma instabilidade quase permanente. Em fevereiro de 2006, tornou-se ainda mais persecutória e chegou a agredir fisicamente a irmã, Neuza, que veio ao CAPS apresentando vários hematomas pelo corpo.

Valquíria foi então indicada para permanência 24 horas no CAPS. Tentaram levá-la em casa uma noite, mas acabou voltando com o SAMU. Estava invadida por delírios de teleinfluência, que atribuía à irmã.

Sua internação no CAPS lhe era muito difícil. Sentindo-se sob extremo perigo, disse: “estão jogando bombas em mim, mataram a Valquíria... acho que foi o Renato, parece que me estupraram...”.

Mesmo dentro do CAPS, procurou esconder, cuspir, evitar de todas as maneiras a medicação que julgava estar “envenenada”.

Após dez dias de internação, passou também a recusar ser atendida por mim — era considerado agora seu estuprador e seu assassino, de quem ela estaria grávida.

Felizmente isso não perdurou e foi liberada para dormir em casa, já estando melhor após 25 dias de internação contínua no CAPS. Aceitou a condição de ir para casa e retornar ao CAPS no dia seguinte para continuar seu tratamento. Já se encontrava então menos persecutória, aceitando os atendimentos e os medicamentos. Mesmo durante os momentos mais críticos, participava interessadamente do ateliê de artes cênicas.

Foi levada em casa pelo transporte do CAPS — depois de feita uma preparação dos familiares para sua volta. Mais uma vez sua crise mais aguda chegou ao fim.

No dia seguinte recusou irredutivelmente vir ao CAPS, mas estava tranquila em casa. O transporte passava por sua casa diariamente, para tentar trazê-la, ou ao menos para manter o contato e ter notícias e deixar medicamentos para que não interrompesse o uso.

Isso se manteve por uns 20 dias e, então, fomos informados que sua família a havia internado em um hospital psiquiátrico particular para longa permanência, e que não era mais preciso que o CAPS continuasse indo até a sua casa.

Caso 4:

Rod nasceu em 1963, filho mais novo de uma prole de três. Levou uma vida regular e habitual, seguindo seus estudos escolares, apresentando uma certa rebeldia, um comportamento considerado “hippie”, trabalhando com artesanato, fazendo brincos e outros acessórios, até aproximadamente seus 20 anos.

A partir desta idade, por volta de 1983, passou a apresentar um intenso isolamento social, saindo muito pouco de casa, não tendo qualquer relacionamento fora do núcleo familiar e, mesmo dentro deste, mantendo um contato mínimo, quase não falando, passando a maior parte do tempo em seu quarto, escrevendo.

Passou mais de dez anos neste quadro, socialmente improdutivo, raramente cortando as unhas, definitivamente sem cortar o cabelo, tomando banho de 15 em 15 dias e sendo cuidado por sua mãe.

Em 1996, estando francamente delirante, sentindo-se perseguido pelos vizinhos ao lado de sua casa, passou a hostilizá-los, com agressões verbais e ameaças constantes.

Foi levado então para tratamento no hospital psiquiátrico Instituto Raul Soares, onde foi internado involuntariamente de maio ao início de junho de 1996.

Durante a internação, iniciou, pela primeira vez, atendimentos e o uso de psicotrópicos, sobretudo o haloperidol. Sentia-se exclusivamente encarcerado, não enxergando qualquer motivo para um tratamento, mas considerando-se sob punição por ter sido agressivo com os vizinhos.

Ainda que não reconhecendo qualquer motivo para o tratamento, aceitou bem os atendimentos e os medicamentos, como parte de sua pena, e insistiu unicamente em ir embora, pois tinha muito trabalho a fazer, muita coisa precisava ser escrita e por isto deveria estar em casa cumprindo sua missão.

Recebeu alta e passou a ser acompanhado no ambulatório desse mesmo hospital, mas não seguiu o tratamento e não tomou os medicamentos. Foi trazido novamente à urgência do hospital em dezembro de 1996, sendo então encaminhado ao CAPS para acompanhamento próximo, como alternativa a uma segunda internação.

Iniciou o tratamento no CAPS em janeiro de 1997, com muita resistência para sair de casa — e mais ainda para permanecer em um serviço de saúde mental —, para participar de qualquer atividade e para receber os atendimentos.

Passou a frequentar o CAPS duas vezes por semana, algumas vezes sozinho, outras vezes acompanhado de sua mãe. Às vezes não comparecia. Tomou sua medicação relutantemente até março e, daí em diante, passou a um uso irregular, também vindo menos ao CAPS.

Quando sua medicação foi reduzida, em função de seu estado avolitivo e apragmático, contou que reiniciou a produção da “edição”, seu material escrito, com “um novo significado mais amplo”, com “mais conhecimento”.

Esse texto, que produzia incessantemente quando não bloqueado pelo neuroléptico, era composto por letras, símbolos matemáticos e outros caracteres variados, inclusive alguns inventados, sendo ao leitor comum absolutamente incompreensível, como um idioma exótico.

Escrevia em todos os papéis disponíveis. O menor pedaço de embrulho de pão lhe interessava. Passou a escrever também em todas as paredes da casa e nos objetos.

Sua mãe informou que ele se recusava a tomar banho e ficava 15 dias sem sequer tirar a roupa do corpo. Ele, por sua vez, mais disposto e animado, estava trabalhando na “edição”, passando a escrever inclusive em seu próprio corpo. Sobre isto, esclareceu que escrevia palavras quando se lembrava que elas tinham um significado, então escrevia logo no corpo para não esquecer. Nessa época estava em uso de risperidona — pois apresentou discinesia com o haloperidol —, mas tampouco se adaptava a este.

Explicou que sua “edição” era “composta do primitivo do verbo em certidão”. Sempre trazia significados novos a cada atendimento — muitos neologismos, em geral. Disse que trabalhar é “di lema capital”.

A partir de dezembro de 1997, passou a se queixar mais da continuidade do tratamento. Perguntei se poderia continuar em um centro de saúde, mas ele disse que não. Foi também oferecido um centro de convivência, mas recusou. Avisou que iria “recorrer para parar com o tratamento”.

Seguiu frequentando o CAPS, no entanto, ao longo de todo o ano de 1998, sendo atendido e tomando a medicação de uma maneira irregular.

Em janeiro de 1999, abandonou o tratamento. Foi feita uma visita domiciliar e ele não foi encontrado. A mãe informou que estava mais exaltado desde que interrompeu a medicação.

Nova visita domiciliar foi feita alguns dias depois. Rod estava cada vez mais hostil com os familiares. Sua mãe teve de sair de casa e ir para a casa da filha. Rod se recusou a ir ao CAPS, recusou o tratamento, recusou o medicamento, disse que “a causa” entre ele e a medicina estava encerrada.

Em novos contatos, foi deixado com os familiares o haloperidol em gotas, que passou a ser adicionado ao seu café pelo irmão que ainda morava com ele. Apresentou uma boa melhora da hostilidade, o que levou sua família a adiar a ideia de acionar a polícia militar para levá-lo ao hospital.

Essa estratégia da medicação no café ou no leite persistiu ao longo de 1999 e 2000, ano do falecimento de sua mãe. O tratamento teve uma interrupção nessa época, mas foi retomado, persistindo até 2003, com momentos de maior hostilidade intercambiados com passividade e isolamento graves.

Em 2003, seu irmão, já não suportando mais a situação, mudou-se, e Rod passou a morar sozinho. Ao longo de aproximadamente cinco meses, sua casa se converteu em uma ruína abandonada, sem água e sem luz, tomada pelo mato e por excrementos, um refúgio de ratos, baratas etc.

Rod estava emagrecido, sua higiene era precária, passava as noites gritando, durante o dia costumava caminhar pelo bairro, comendo restos.

Recebia os profissionais do CAPS sempre mandando-os embora, e costumava sair de casa antes que a polícia chegasse, quando era acionada.

Por fim, em junho de 2003, foi levado ao CAPS pela polícia militar, insistentemente requisitada pela vizinhança. Foi admitido em permanência 24 horas e medicado de forma injetável, inclusive com medicação de depósito.

Permaneceu internado no CAPS por 24 dias. Nesse período, passou quase todo o tempo tranquilo, isolado, arredio, resignado, não vendo nenhum sentido para ser obrigado a se tratar, mas aceitando, como quem cumpre uma pena. Em geral pedia para voltar para casa, dizendo ser “maior de idade”.

Seus familiares se organizaram para recuperar a casa, também o serviço de zoonoses da prefeitura foi acionado para colaborar na limpeza do local, entulhado de lixo.

Rod voltou para sua casa em julho de 2003, acompanhado pelos familiares. Mas em novembro desse mesmo ano, em visita domiciliar da equipe do CAPS, foi verificado que sua casa já estava novamente repleta de entulhos. Ele foi encontrado pelas ruas da redondeza, descalço, sujo. Aceitou um diálogo, recusou os medicamentos.

Sua irmã buscava a medicação no CAPS e a adicionava ao leite ou a outro líquido. Para facilitar essa manobra, passou a receber o penfluridol — que podia ser administrado uma vez por semana — ao longo de 2004, 2005, 2006.

Nas últimas visitas domiciliares, em 2005 e 2006, estava higienizado, amigável, ainda que francamente delirante e autorreferente. Sempre foi convidado a vir ao CAPS, e sempre recusava. Levava a filha de sua irmã ao colégio, fazia seu próprio almoço, cuidava da casa. Mas, bastavam 20 dias sem medicação para que estivesse novamente gritando durante a noite, hostilizando os vizinhos, ameaçando terceiros.

Em seus atendimentos sempre lhe era dito sobre a necessidade dos remédios, de maneira a manter uma clareza e sinceridade em relação às intenções de seu tratamento. No entanto, tomava a medicação involuntariamente e de forma dissimulada pela família, que lhe administrava a dosagem semanal omitindo a presença da medicação. E era nessas circunstâncias precárias que sua possibilidade de estar em sua casa e seguir sua vida era viabilizada.

Caso 5:

Selma nasceu em 1956, e começou tratamento psiquiátrico ainda aos 14 anos, em 1970, após gravidez originada por um estupro, ocorrido na casa onde trabalhava.

Desde então apresentou sucessivas crises, com vivências autorreferentes e interpretações delirantes de ser desprezível e humilhada por todos a sua volta.

Ao longo de muitos anos fez tratamento com internações, permanência em Hospital-dia e acompanhamento ambulatorial no hospital psiquiátrico Instituto Raul Soares. Ao longo de todo esse período, esteve em uso de neurolépticos, que lhe amenizavam as vivências psicóticas.

Começou a se tratar no CAPS em maio de 1999, trazida pela irmã, com a qual vivia, em geral. Essa irmã demonstrava um profundo desgaste em relação a Selma, já não a suportava mais.

Selma, por sua vez, sentia-se sempre ameaçada pela irmã, e estava morando na rua quando tentou suicídio, atirando-se em uma lagoa para morrer afogada, pois não sabia nadar. Foi resgatada por terceiros.

Contou que “não entende as crianças”, e por isto “é melhor morrer”. Foi indicada para permanência-dia ao longo de toda a semana, mas suportava muito mal ficar no CAPS. Rondava a casa a todo o tempo e pedia sempre mais medicação para um mal-estar sem fim, que em geral era atribuído a algum problema físico, como coluna, estômago, etc.

Antes do CAPS, já havia tentado o autoextermínio cinco vezes, cortando-se, jogando-se em uma cisterna, e jogando-se no Rio Arrudas, que recebe a rede de esgoto da cidade.

Relatou que seu problema começou com “quebra de resguardo”, “trauma de parto”: “O meu patrão morreu e fiquei doida da cabeça”.

De fato, seu primeiro surto foi puerperal. Jogou seu bebê de três meses em uma cisterna. Mas a criança foi salva a tempo, foi criada por uma tia em São Paulo e mais tarde emigrou para os Estados Unidos.

Selma não tinha nenhum contato com este filho. Queixava-se do desafeto da irmã, com a qual morava e que, de fato, a tratava com hostilidade. Tinha um companheiro, com o qual já havia morado em outros tempos, e que passou a buscá-la no CAPS, participando de seu tratamento.

Frequentou o CAPS sem interesse pelo tratamento. Em geral pedia alta — supunha que seu médico a achava feia. Aceitou ser consultada, mas de forma desestimulada.

Vinha cada vez menos ao CAPS. Saiu de casa e permaneceu pelas ruas alguns dias, errante. Reapareceu chorosa, com algumas queixas somáticas.

Seu tratamento seguiu ao longo de 1999 e 2000 sem muitas alterações, mas também sem muita evolução, mantendo uma estabilidade bastante precária, com uma vida bastante limitada.

Após um insistente trabalho para que frequentasse um centro de convivência, iniciou atividades de culinária e desenho em abril de 2000, mas sem muito entusiasmo. Volta e meia retomava o tema de que sua “doença não tem cura”.

Seus atendimentos no CAPS seguiram em 2001 com algumas piores passageiras, em que se tornava mais apragmática e reticente. Em geral reclamava da medicação, mas também se queixava quando esta era diminuída.

Em novembro de 2001, indo para o centro de convivência, jogou-se nos trilhos do metrô, mas foi resgatada a tempo. Não falou muito do episódio nos atendimentos. Comentou que deve ter sido empurrada, mas, em outro dia, disse que pulou “no metrô”, mas não sabia por quê. Simplesmente “estava indo ao centro de convivência”.

Foi levada à urgência psiquiátrica algumas vezes nesse mesmo mês, apresentando uma ansiedade difusa que não conseguia nomear, dizendo que estava “na miséria”, que “tentou morrer”. Queixou-se de dor abdominal, a qual foi atribuída à medicação, cujo uso era irregular.

Passou por uma fase melhor, mais animada, em janeiro de 2002, mas em seguida desapareceu de casa, em fevereiro, interrompendo também o tratamento, retornando mais inadequada, insone, inquieta. Voltou a falar em morrer.

Em março de 2002, contou que ouvia vozes que a mandavam se matar, mas mantinha sempre um esvaziamento afetivo em relação ao que dizia, como se fosse algo sem importância.

Nesse período permaneceu mais no CAPS. Recebia medicação injetável em momentos de maior inquietação, mas tolerava muito mal o convívio com os outros pacientes e com os trabalhadores.

Sua convivência com a irmã se deteriorava cada vez mais: por um lado, Selma persecutória, por outro, sua irmã intolerante — o que a levou a passar a maior parte do tempo nas ruas.

Em maio de 2002, permanecendo nas ruas, foi estuprada por dois moradores de rua. Contou que seu corpo “ficou aberto”, “deformado”. Passou a não dormir mesmo com mais medicação. Ficou cada vez mais persecutória, dizendo: “tenho medo da polícia me pegar”, “não consigo dormir, acho que é Deus que me castiga por não rezar”.

Ao longo dos meses de junho e julho foi ficando cada vez mais inadequada, andando pelas ruas com mendigos. Chegou a quebrar a porta de sua casa para sair, quando impedida pela irmã.

Em agosto de 2002, avisou que estava “pensando muito em suicídio”, que sua irmã se envergonhava dela, que seu filho não ligava para ela. Contudo, participava mais ativamente das oficinas de terapia ocupacional e dos atendimentos no CAPS, demonstrando um ânimo maior.

No início de setembro de 2002 cometeu o autoextermínio, desta sexta vez, com sucesso, através de enforcamento, no cômodo que estava sendo construído para ela.

Não me lembro sequer de uma única vez em que Selma tenha realmente aderido, ou engajado em seu tratamento, e esta involuntariedade, que se referia a quase tudo em sua vida, consumou-se da forma mais absoluta em seu suicídio.

Caso 6:

Juninho estava em tratamento no CAPS desde 1997. Portanto, digamos que era “velho companheiro de jornada” da equipe.

Em 1997, foi levado ao CAPS após um período de aproximadamente dois anos em que estava “perturbado”. Havia se tornado “inconsequente”, na opinião de seus familiares, pois entrava em atritos constantes com todos, sentindo-se lesado, prejudicado e perseguido, dentro e fora de casa.

Por último, julgava haver ganhado na loteria, mas haviam lhe roubado o prêmio. Nesse período, também estava usando desregradamente álcool, maconha e cocaína. Estava insone há algumas semanas, muito inquieto, falando muito, de forma apressada e às vezes até atropelando o raciocínio, chegando a ser internado em um hospital psiquiátrico público por 19 dias, logo anteriormente ao CAPS. Passava do choro ao riso, à medida que relatava uma sucessão rápida de episódios ora agradáveis, ora terríveis.

Dois anos antes de sua vinda ao CAPS, havia passado por uma internação involuntária, levado pelos familiares, em um hospital espírita psiquiátrico da rede particular.

Nesse período, em que evidentemente estava em crise, vinha se envolvendo de forma temerária com o pessoal do tráfico, nas proximidades de sua casa, chegando a ser ameaçado e a sofrer agressões físicas.

Além disso, desistira do emprego, ainda antes da crise mais evidente, e também desorganizara totalmente seu salão de beleza — pois tinha a profissão de cabeleireiro, inclusive com vários cursos profissionalizantes do SENAC e outros —, tornando o estabelecimento inviável.

A relação com a família se deteriorara, pois ele, segundo os familiares, “já não respeitava ninguém”, pegava coisas dos irmãos dizendo que estavam lhe devendo e acusava-os de ladrões, gritava com todos, até mesmo com sua mãe, que lhe acolhia incondicionalmente.

Alguns familiares apresentavam uma opinião bem clara sobre o que lhe estava acontecendo. Primeiro consideravam uma falta de caráter, uma “vagabundagem”. Opinião reforçada pelo fato de que, bem novo ainda, Juninho demonstrara suas inclinações homossexuais, que assumiu definitivamente na adolescência; e também pelo uso anterior, ainda que possivelmente regrado e ocasional, de étlicos e “drogas”. Em segundo lugar, consideravam a possibilidade de ser uma má influência “espiritual”. Por isto o levaram a um hospital espírita psiquiátrico particular, onde permaneceu internado. Ali, esclareceram que seu problema não era desta “natureza espiritual”.

Ao longo de seu acompanhamento, não voltou a trabalhar, não tendo nenhuma atividade financeira, a não ser pedir esmolas.

Os familiares, “cansados de suas ingratidões”, e considerando-o “já um marginal perigoso”, o expulsaram progressivamente de casa, proibindo-o mesmo de entrar ou visitar a família. Em algumas ocasiões, em que arriscou desrespeitar a interdição, foi agredido fisicamente pelo irmão mais velho, considerado o chefe da casa, já que o pai é adoentado de longa data, com insuficiência renal.

Juninho passou a viver na rua, geralmente passando as noites andando pelos bares da cidade, pedindo cigarros, às vezes uma cerveja, algo para comer. Por vezes dormia no Albergue Municipal, outras vezes em casa de algum amigo, colega, conhecido, ou passava a noite em claro, ou acabava dormindo em uma calçada, ou ainda, desde 2002, ano em que o CAPS passou a funcionar 24 horas, acontecia de dormir, quando as coisas estavam piores, no próprio CAPS, onde já passava os dias.

Nesses anos no CAPS, algumas vezes interrompeu, abandonou o tratamento, outras vezes esteve tratando temporariamente em um centro de saúde ou em uma fazenda de recuperação de drogados, mas sem maior aderência.

Em janeiro de 2005 foi viabilizado para ele um benefício de prestação continuada, através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), e passou, desta maneira, a receber um salário mínimo mensal.

No entanto, esse dinheiro mensal não repercutiu favoravelmente, já que Juninho continuou vivendo na rua, pedindo esmolas e passando os dias no CAPS. Intensificou o uso de etílicos nos primeiros dias do mês, época em que recebia seu dinheiro. Intensificou muito também o uso de tabaco (três maços por dia).

Juninho, fora dos episódios em que apresentava uma elação do humor, uma euforia, com inquietação, chegando à irritabilidade e mesmo à hostilidade, era uma pessoa agradável, extrovertida, simpática, ainda que sempre mantendo uma vivência íntima, em que se reconhecia enquanto alvo, visado, especialmente prejudicado e sabotado pelos outros.

Seu tratamento no CAPS aconteceu de forma bastante variada. Algumas vezes incluiu a permanência-dia, houve épocas em que frequentou o serviço durante todo o dia, ou até 24 horas, outras vezes apenas as manhãs cinco dias por semana, ou inúmeras outras combinações possíveis de horários. Incluiu também o uso de medicamentos — neuroléptico, estabilizador do humor, e um tranquilizante ocasional.

Também fizeram parte deste tratamento os atendimentos individuais no consultório. Estes, muito raramente eram solicitados por Juninho. Em geral ele era convidado a se levantar — pois quase sempre estava deitado durante o dia, em virtude das noites em claro — e vir ao consultório, o que fazia de forma pouco interessada.

Porém, já no consultório, se envolvia com o atendimento, contava suas histórias, ia construindo seu enredo, ia tecendo suas narrativas, presentes, passadas e futuras. Nessa engenharia historiográfica, reinventava sua trajetória, sobretudo em relação ao seu apogeu e queda, seu adoecimento, esse período recente de sua vida em que tudo havia muda-

do muito rápido, em que vivia intensamente, tragicamente, momentos em que sentia-se glorioso e, pouco depois, arrasado.

Foi arquitetando principalmente a história de um rapaz muito bonito, que gostava das meninas e também dos meninos, desde tenra infância, que pouco a pouco foi tomando consciência de sua homossexualidade, e cuja família era muito machista, principalmente o pai, e que foi rejeitado por causa disto, mas ele não se importava muito e tinha sucesso no trabalho e no amor, porque gostava de todos os colegas e vice-versa, e tinha sempre muitos amigos, e tinha facilidade em ganhar dinheiro, e parou de trabalhar e passou uns tempos no Rio de Janeiro, se prostituindo em boates gays, e conheceu muita gente da TV, e era um sucesso, e não lhe faltava nem dinheiro, nem alegria, nem bebidas importadas, nem cocaína, nem boas companhias, e frequentava a casa de muita gente bacana. Aí voltou para Belo Horizonte, pensando em trabalhar em salão de beleza, era cabeleireiro e maquiador, tinha muitos diplomas de inúmeros cursos, e todos admiravam seu trabalho, e tinha uma moto, e era padrinho de seu sobrinho filho do irmão mais velho.

Mas este irmão veio a lhe perseguir, colocou todos da família contra ele, não queria que ele visitasse o afilhado para não lhe passar más influências, e numa noite de muita atividade, no meio da balbúrdia, ouviu desconhecidos comentarem que ele, que até então não sabia de nada, havia ganhado na loteria, e era preciso um plano para lhe tirar isto. Aí então ficou muito preocupado, pois era muito dinheiro e sua vida estava em perigo. Passou a não dormir e, numa festa, voltou a ouvir sobre uma mala de dinheiro que lhe pertencia, mas sua própria família não queria que ele soubesse, principalmente esse irmão.

E quando ele já estava quase descobrindo a história toda por trás do misterioso dinheiro, o irmão o internou para afastá-lo das investigações e, depois da internação, sua vida ruiu. A família passou a tratá-lo cada vez pior. Entrava sempre em atrito com esse irmão, querendo seu dinheiro de volta. Chegou então a pegar coisas do irmão para compensar o que ele havia lhe tirado, e o irmão, por sua vez, passou a agredi-lo fisicamente. A situação ficou cada vez pior, até sua expulsão de casa em 2002.

Neste ínterim, foi ficando cada vez mais na rua, com períodos de uso muito intenso de etílicos e crack. A família tomou ciência do uso de crack, e o irmão o proibiu de visitar os parentes, principalmente as crianças, com as quais Juninho era bastante apegado. Concluiu assim seu enredo.

Seu tratamento no CAPS incluía ainda assembleias de usuários, oficinas terapêuticas, passeios externos, abordagem dos familiares, acompanhamento social, inclusive gerenciamento financeiro. Mas Juninho, em geral, não tinha interesse em participar ou consumir essas ofertas. Não queria “correr atrás da família”. Passeava noturnamente, e não precisava de passeios supervisionados, tinha pavor da idéia de alguém gerenciar seu dinheiro, para pagar uma modesta pensão, por exemplo, pois a “mixaria” mal dava para os salgados, as cervejas e o cigarro de boa marca. Quanto às assembleias de usuários, faltava-lhe a “paciência de Jó” e, quanto às oficinas, preferia deitar e descansar, pois não estava ali para trabalhar. Não chegou a vincular-se em um centro de convivência e não prosseguiu no curso profissionalizante da incubadora de cooperativas sociais. Quanto aos remédios, considerou que “não adianta trocar uma droga por outra droga”.

A relação de Juninho com seu tratamento no CAPS, como todo o resto, foi muito variável ao longo desses anos. Inclusive os profissionais responsáveis por seu tratamento mudaram nesse período.

Comecei a atendê-lo em um desses momentos de mutação. Ele estava em uma fase, já havia vários meses, em que parecia não ter nenhuma demanda de tratamento, não parecia disposto a nenhuma proposta. Usava a medicação aleatoriamente, estava usando intensamente o crack, e a única forma de mantê-lo afastado deste consumo naquela época era mantendo-o internado em período integral. Se saía, usava. Chegou a emagrecer de forma preocupante, e mantinha uma instabilidade quase permanente, uma perene agitação–inquietação–irritabilidade–conflito com terceiros. Estava também bastante descuidado de si mesmo, o que não lhe era próprio. Queixava-se da psiquiatra que o tratava, que, na sua opinião, não estaria lhe dando a devida atenção ou não gostava dele — opinião que também reservava a outros profissionais.

Por vezes, esclarecia que estava fazendo um grande esforço para conviver pacificamente com esse ou aquele profissional, mas já não aguentava mais, porque tal profissional teria raiva dele, o estaria “marcando”, ou estaria esperando uma oportunidade para humilhá-lo, ou maltratá-lo, ou desprezá-lo. E, em geral, os desentendimentos começavam em função de alguma exigência ou limite, por exemplo, o fato de ele não ter direito ao vale-transporte mas insistir em recebê-lo; de ele chegar ao meio-dia e querer almoçar, quando há a necessidade de chegar até as dez da manhã para haver tempo hábil de ser incluído na lista do almoço; de ele exigir exceção à regra que estabelece que o jantar é servido somente para quem passa a noite no CAPS; ou, ainda, o fato de ele manter relações sexuais com outros pacientes dentro do CAPS, o que é claramente interdito.

Juninho também agregou outros comentários que ressaltavam a forma “maliciosa” como teria sido tratado em alguma situação, por exemplo, quando não lhe deram o vale transporte porque havia um grande esquema de corrupção no qual a gerente estava desviando os vales para seu próprio bolso, ou quando não lhe deram o almoço porque alguns funcionários estavam levando a comida para casa, ou privilegiando um fornecedor que não estaria trazendo a devida quantidade.

Aconteceu então que, nessa desconfiança com sua psiquiatra, solicitou “mudar de médico”, e passar a ser atendido por mim. Primeiro solicitou esta possibilidade com sua psiquiatra, que, após discussão do caso comigo, deu-lhe a devida autorização para a mudança.

Veio me propor “ser seu médico”. Momento fértil, pois era necessário que ele assumisse esta posição: eu quero tratar, com você. E este interesse, esta intenção ou esta necessidade de tratamento era muito relevante neste caso.

Começo a acompanhá-lo em abril de 2004. Então celebramos nosso acordo terapêutico, que incluía, por exemplo, a minha indisposição em tratá-lo estando em uso contínuo de crack, e a condição de que minha prescrição medicamentosa recebesse consideração, ou seja, que ele não se autoadministraria os remédios guiado exclusivamente por sua cabeça.

E aqui já se começa a perceber que esta dimensão da voluntariedade atravessa todo o tratamento, como um certo tensionamento de forças presente no contrato terapêutico. Ou, em outras palavras, já temos aqui, desde o início deste vínculo terapêutico comigo, uma certa disputa sobre a condução do tratamento, ou seja: o tratamento seria conduzido somente por Juninho ou por mim também?

É claro que as posições minha e dele deveriam receber consideração, seriam respeitadas, mas certamente não seriam coincidentes ou idênticas o tempo todo. E então, a condução do tratamento definiria escolhas importantes, segundo variados critérios, e envolveriam sérias consequências.

Em seu último abandono de tratamento, por exemplo, Juninho retomou um uso mais intenso de substâncias ilícitas e um convívio mais próximo com o submundo narcotraficante. Acabou sendo preso em flagrante com uma sacola cheia de munição de uso exclusivo do exército. Tentou explicar que aquilo não lhe pertencia, mas terminou encarcerado, aguardando o moroso desenrolar de seu julgamento.

Neste caso do Juninho, sempre houve uma disputa constante em seu tratamento, e a involuntariedade ou a contrariedade de sua vontade foi frequente.

Por exemplo, ele queria dormir umas noites no CAPS para “descansar” do albergue municipal. Ora, esta indicação significa uma permanência 24 horas, indicada nos momentos em que o usuário está em alguma fase de piora crítica — podendo coincidir ou não com sua proposta de dormir no CAPS.

Já em outro momento, ele estava nitidamente inquieto, agitado, logorréico, exaltado, ameaçado. Foi proposto então que ele ficasse essa noite, mas ele estava muito “animado” e não queria ficar.

Ou ainda, ele queria interromper o uso da medicação por uma semana ou mais, porque já não precisava dela, ou, ao contrário, ele queria insistentemente que eu lhe prescrevesse anabolizantes, pois queria ganhar massa muscular para ficar com as “coxas bonitas”. Eu, por outro lado, considerei que sua proposta lhe era nociva, propondo então alternativas.

Ponderei, tentei negociar, tentei construir um convencimento baseado em seu bem-estar. Em outras palavras, tentei chegar a um consenso, a um acordo, com respeito, tolerância, consideração.

Mas, falhando todas as negociações, encontrei-me na posição de não ceder ou não fugir do compromisso ético de não prejudicá-lo, mesmo que ele o quisesse, e de não omitir o cuidado, mesmo que ele o recusasse.

Esta delicada questão traz à baila outras tantas, como a demanda de tratamento e o desejo, a vontade e a liberdade, a autonomia e o sintoma.

Ao pensar um acordo terapêutico honesto, parto do princípio da necessidade de uma demanda por parte do paciente, ainda que certamente modulada pela oferta. A procura por um serviço de saúde mental pode trazer inúmeros pedidos, solicitações, interesses, necessidades, exigências, endereçamentos, expectativas, estratégias, etc. Mas é preciso uma conversão destes fatores em demanda de se tratar, ou seja, de se colocar em tratamento, colocar-se em questão, ou, ainda, colocar-se em dúvida a propósito do porvir.

Já o desejo, neste imaginado acordo honesto, estaria, a princípio, do lado do profissional de saúde mental. Primeiro, porque este, supostamente, sustentaria sua prática com base no seu desejo, ou não a sustentaria verdadeiramente, por ser o desejo parte constituinte da verdade de cada um. Segundo, porque o desejo do paciente não estaria, a priori, no começo do tratamento, mas, se possível, ao menos no seu final. No começo estaria, como condição indispensável, a demanda de tratamento.

E se o paciente não tem demanda de tratamento?

Como desencadear uma relação terapêutica, que possa inclusive participar do advento desta demanda, sem, no entanto, reproduzir um exercício de poder — ou de submissão, ou de controle, ou de tutela — sobre alguém?

Ora, podemos pensar que o exercício da clínica, como tudo o mais que envolve as relações humanas, está relacionado ao poder, se considerarmos, com Foucault, que em relação ao poder não há posição de exterioridade possível, que o poder está em toda parte, provém de todos

os lugares, produz-se a cada instante “nos jogos das correlações de força que, em sua desigualdade, induzem continuamente estados de poder”.¹⁰⁰

Porém, parece possível realizar uma práxis clínica que, estando neste contexto do poder, e sem negar a realização do cuidado, ou justamente por afirmá-la, possa não ser uma relação de reforço das posições de submissão ou tutela, mas, ao contrário, uma relação que introduz clivagens nessas posições, constituindo pontos de resistência.

Quanto à vontade, à liberdade, à autonomia, e ao sintoma, cabe registrar que a voluntariedade se basearia em um possível ato de vontade, com liberdade. Mas, neste campo de tensionamento constituído pelo par paciente–cuidador, não se trata de impor a vontade de um sobre o outro, estando o cuidador — que sabe colocar as necessidades do usuário no centro da relação terapêutica — a serviço da produção do cuidado e não da realização ou imposição de sua própria vontade.

Assim também, este cuidador, a serviço das necessidades do usuário, não propõe a restrição da liberdade dele, se considerada estritamente em oposição à escravidão ou à servidão, mas reconhece a necessidade da construção conjunta dessa autonomia, que não está dada ou garantida a priori, como na lenda do homem e da serpente, citada no mito fundador da reforma psiquiátrica.

Estas rápidas e sucintas narrativas de alguns casos clínicos demonstram uma complexificação do tema, e mesmo da conceituação do tratamento involuntário. Não se trata mais apenas da recusa do paciente ou usuário ao tratamento, como um todo ou a algum procedimento em particular.

Nesta relação, que supomos terapêutica, entre o trabalhador de saúde e o usuário de saúde, na construção e condução de um processo de produção de cuidado, ocorrem discordâncias de variadas ordens e grandezas, com recusas, por parte do usuário, de procedimentos e condutas propostos pelo trabalhador, e, por parte do trabalhador, de procedimentos e condutas propostos pelo usuário, podendo ocorrer discordâncias

¹⁰⁰ FOUCAULT, 1988.

ainda quanto ao objeto do tratamento — o que necessita ser tratado — e quanto ao objetivo do tratamento — o que se pretende com ele.

Portanto, o tratamento involuntário em saúde mental passa a abranger todo esse jogo de forças, discordâncias e disputas que compõem a arena clínica na qual se lançam o trabalhador e o usuário ao longo de um tratamento, que significa uma mudança subjetiva, ou a subjetivação de uma novidade, e que não costuma ocorrer de maneira fácil, simples, sem resistências ou impedimentos.

Visto desta maneira, fica até mesmo difícil imaginar o tratamento de casos graves e críticos em saúde mental sem a ocorrência desse estatuto de involuntariedade, em que aconteceria o consentimento pleno e constante, ou seja, em que o processo terapêutico se desdobraria sem tensionamentos e sem impasses, seja em menor ou maior grau.

Considerado assim, é que o tratamento involuntário não se presta mais a um papel de elemento que seja indicador ou índice, pois sua ocorrência é quase onipresente, inerente ao processo terapêutico, constituindo-se, por outro lado, em poderoso elemento analisador, e revelando, em certa medida, a forma e o processo operativo ou tecnológico atuante em determinada experiência ou realidade clínica.

Passemos, então, a uma primeira análise, revisitando algumas das principais apostas e propostas clínicas que caracterizam e caracterizaram os CAPS nesses seus 20 anos de existência.

CAPÍTULO 4

A TERCEIRA MARGEM DA CLÍNICA

Não é lá grande coisa não, ou se explica melhor o bufão ou lhe pesa a sentença minha mão, ameaçaria o juiz.

O ponto de partida para esta reflexão sobre a clínica nos CAPS é seu exercício no contexto histórico da sociedade de controle, e os descaminhos que isto pode implicar.

Podemos encontrar a definição de uma sociedade de controle, como desdobramento do poder disciplinar descrito por Michel Foucault, na obra de Gilles Deleuze.

Neste sentido, Deleuze¹⁰¹ aponta a crise generalizada dos meios ou dispositivos de confinamento, como a prisão, o hospício, o hospital, a escola, etc. — sendo estes pertinentes à tecnologia específica de poder denominada disciplinar —, e sua substituição por diferentes modos de controle, os controlatos, de maneira que os moldes de confinamento vão sendo substituídos por moldagens ou modulações contínuas e permanentes, a céu aberto, ao ar livre. Assim, por exemplo, o confinamento no hospício pode ser substituído pelos hospitais-dia, pelo atendimento domiciliar, pelo tratamento comunitário, nessa passagem para uma sociedade de controle, desde o poder disciplinar descrito por Foucault.

Michel Foucault localiza a invenção, nos séculos XVII e XVIII, de uma nova mecânica de poder, distinguindo-se do exercício tradicional anterior do poder de soberania, constituindo o poder disciplinar, caracterizado por “processos para a coerção individual e coletiva dos corpos”¹⁰², buscando a docilidade, a sujeição e a utilidade dos corpos pelo esquadrinhamento, pela repartição analítica, pela individualização, pelo adestramento, pela vigilância detalhada e minuciosa, por uma penetração “até nos mais finos detalhes da existência”¹⁰³, por inumeráveis mecanismos de “sanção normalizadora”.

¹⁰¹ DELEUZE, 1992.

¹⁰² FOUCAULT, 2002.

¹⁰³ *Ibidem*.

A formação deste poder disciplinar é correlata da criação, neste mesmo momento histórico, de “todo um conjunto de técnicas e de instituições que assumem como tarefa medir, controlar e corrigir os anormais”¹⁰⁴, das quais o asilo psiquiátrico, com as ciências, análises, práticas, saberes com radical “psico”, e seus mecanismos científico-disciplinares, é parte integrante.

Uma distinção constitutiva deste mecanismo polimorfo das disciplinas é um discurso que substitui a regra jurídica do poder da soberania pela norma, substituindo o código da lei pelo da normalização, com um horizonte teórico das ciências humanas no lugar do direito, e a jurisprudência de um saber clínico.

O próprio Foucault também aponta esta passagem do sistema disciplinar para o sistema do controle:

Eu penso que, do século XVII ao início do século XX, acreditou-se que o investimento do corpo pelo poder devia ser denso, rígido, constante, metucioso. Daí esses terríveis regimes disciplinares que se encontram nas escolas, nos hospitais, nas casernas, nas oficinas, nas cidades, nos edifícios, nas famílias... E depois, a partir dos anos sessenta, percebeu-se que este poder tão rígido não era assim tão indispensável quanto se acreditava, que as sociedades industriais podiam se contentar com um poder muito mais tênue sobre o corpo. Descobriu-se, desde então, que os controles da sexualidade podiam se atenuar e tomar outras formas [...]¹⁰⁵

Nesta passagem da disciplina ao controle, Deleuze¹⁰⁶ aponta a substituição do homem confinado pelo homem endividado, com a implantação de um novo regime de dominação no qual um controle permanente da posição, lícita ou ilícita, de cada um opera, a cada momento, uma modulação universal, substituindo os meios de confinamento disciplinares.

Esta mudança torna candente a reavaliação das antigas formas de resistência contra as disciplinas e suas instituições que, já em crise desde o

¹⁰⁴ FOUCAULT, 2002.

¹⁰⁵ FOUCAULT, 2001.

¹⁰⁶ DELEUZE, 1992.

pós-Segunda Guerra Mundial, agora agonizam, sendo substituídas pela sociedade de controle.

Cabe ressaltar que esta substituição não é total e completa, havendo em cada momento, lugar, situação, relação, uma mesclagem, na qual se evidencia a preponderância do controle sobre o antigo poder disciplinar, e sobre o ancestral poder de soberania.

É claro que esta discussão ou debate sobre os mecanismos, as práticas, as formas de poder em funcionamento constitutivo de um dado *socius*, ou a serviço de um dado projeto civilizatório, não começou com Foucault ou Deleuze. Mas posso justificar minha escolha por estes autores no fato de que foram sobretudo eles que se dedicaram ao desvendamento e desvelamento minucioso e sistemático dos microssistemas que compunham a arquitetura e o funcionamento desses poderes na atualidade de nosso momento histórico, na contemporaneidade do mundo ocidental nas últimas décadas do século XX e início do XXI.

Mas podemos recordar, por exemplo, dois autores que, antes deles, pintaram um quadro bem sinistro do que viria a ser a vida em um futuro desolador, em uma atmosfera cinzenta que anunciava uma verdadeira antiutopia, ou uma distopia, para utilizar este termo médico que remete não só a uma alteração do *topos*, de um lugar errado, mas também uma alteração funcional, uma verdadeira distorção do *devoir*.

Em 1932 Aldous Huxley apresenta seu *Admirável Mundo Novo*¹⁰⁷, e anuncia ou denuncia ali uma lógica operante bem condizente com os mecanismos de disciplina e controle, quando, por exemplo, explica que “é o segredo da felicidade e da virtude: amar o que se é obrigado a fazer. Tal é a finalidade de todo o condicionamento: fazer as pessoas amarem o destino social a que não podem escapar.”¹⁰⁸

Não há como não ver nesse texto inúmeras referências ao que Foucault denominaria muito mais tarde de biopoder, biopolítica, o poder disciplinar de gerar modos de vida, ao contrário do poder soberano de exigir a morte.

¹⁰⁷ HUXLEY, 1994.

¹⁰⁸ *Ibidem*.

Huxley descreve uma vida toda planejada e arquitetada desde sua gestação artificial, sem vínculos de parentesco, sob a égide de um utilitarismo soberano, em que cada qual deve ser preparado para adaptar-se o mais perfeitamente às suas funções. De resto, deve a cada um ser concedido todo o direito de gozar a vida, em um sentido sempre previsto, em que todo tipo de improdutividade, como os afetos por exemplo, deve ser banido.

E Huxley já declara que este banimento não ocorre pela força, pelo constrangimento, que geraria também desperdícios de bioenergia, mas por um convencimento pela satisfação, pelo prazer fácil, pelo acesso a fruções contínuas, regradas pelo império da juventude e da saúde, no qual “um médico por dia dá vigor e alegria”¹⁰⁹.

Encontra-se, ainda nesse texto, a referência à produção química de felicidade, permitindo um melhor exercício do não pensar, pela metáfora do “soma”¹¹⁰, substância que todos usam e que, simultaneamente, podem — pois é um prazer — e devem tomar. Três são os lemas dessa civilização: “comunidade, identidade, estabilidade.”¹¹¹

Vamos encontrar novamente três lemas em um outro autor, que de forma mais sofisticada, descreverá um pesadelo futurista distópico, já em 1948.

Trata-se de Eric Arthur Blair, conhecido pelo pseudônimo de George Orwell, com sua magnífica obra *1984*¹¹².

Nesta, encontramos descrições preciosas de algumas nítidas antecipações do entendimento de uma microbiopolítica, por exemplo, quando descreve a máquina-rolo-compressor de um Estado que procura “impedir que homens e mulheres criassem lealdades difíceis de controlar”¹¹³, ou que pretende “roubar todo o prazer ao ato sexual”¹¹⁴. Também quando esclarece que “executado com êxito, o ato sexual era rebelião. O desejo era crimidéia”¹¹⁵.

¹⁰⁹ HUXLEY, 1994.

¹¹⁰ *Ibidem*.

¹¹¹ *Ibidem*.

¹¹² ORWELL, 2005.

¹¹³ *Ibidem*.

¹¹⁴ *Ibidem*.

¹¹⁵ *Ibidem*.

A descrição microbiopolítica continua quando, ao final do relato do encontro de Winston e Júlia, “não havia mais emoção pura; estava tudo misturado com medo e ódio. A união fora uma batalha, o clímax uma vitória. Era um golpe desferido no Partido. Era um ato político.”¹¹⁶

Orwell explica ainda que “a família se tornara uma extensão da Polícia do Pensamento”¹¹⁷. E que o Partido estabelecera o “duplipensar”, bem evidente em seus três lemas: “Guerra é Paz / Liberdade é Escravidão / Ignorância é Força”.¹¹⁸

Seus personagens revelam um mundo no qual “a vida particular acabou”¹¹⁹, onde é possível “impor não apenas completa obediência à vontade do Estado, como também completa uniformidade de opinião em todos os súditos”.¹²⁰ Um mundo no qual a “essência do jugo oligárquico não é a herança de pai a filho, mas a persistência de certo ponto de vista em face do mundo e de certa maneira de viver, imposta aos vivos pelos mortos”¹²¹, onde, para “se dominar, e continuar dominando, é preciso deslocar o sentido de realidade”.¹²²

Orwell sintetiza, de forma surpreendente, a passagem do poder soberano ao disciplinar e ao controle: “A ordem dos antigos despotismos era ‘tu não farás’. Os totalitários mudaram para ‘tu farás’. Nossa ordem é ‘tu és’.”¹²³

Não é nada pouco, portanto, o que está antecipado nesse livro escrito no pós-Guerra de 1948: o ato sexual como um ato político; o desejo como crimidéia; o próprio conceito de crimidéia como o mais torpe dos crimes; a Polícia do Pensamento e a família como sua extensão; as estratégias de destruição dos laços de solidariedade ou fraternidade entre os homens, dos laços afetivos entre os casais, dos laços familiares entre pais e filhos; as crianças, em sua útil vulnerabilidade, espionando os adultos; a estupidez como mais necessária à própria sobrevivência que a

¹¹⁶ ORWELL, 2005.

¹¹⁷ *Ibidem.*

¹¹⁸ *Ibidem.*

¹¹⁹ *Ibidem.*

¹²⁰ *Ibidem.*

¹²¹ *Ibidem.*

¹²² *Ibidem.*

¹²³ *Ibidem.*

inteligência; e o comovente relato minucioso de como a mente do pobre Winston, que ousou livre-pensar, vai sendo absolutamente arruinada, despedaçada, esvaziada.

Um poder bastante diferenciado é anunciado aqui, poder que “está em se despedaçar os cérebros humanos e tornar a juntá-los da forma que se entender”¹²⁴, regendo “um mundo que se tornará cada vez mais impiedoso, à medida que se refina”¹²⁵, e no qual “não haverá mais distinção entre a beleza e a feiúra. Não haverá curiosidade, nem fruição do processo da vida”.¹²⁶

O que a literatura havia prenunciado será então, mais tarde, sistematicamente demonstrado por autores como Foucault e Deleuze.

Também Guy Debord aponta para uma nova etapa no sistema de dominação, denominando de sociedade do espetáculo esta fase do controle, e salientando seus riscos e dificuldades sobretudo quanto às formas de resistência, quando “a mais alta ambição do espetacular integrado é que os agentes secretos se tornem revolucionários e que os revolucionários se tornem agentes secretos”.¹²⁷

Desde esta concepção do controle, podemos nos perguntar se, por um lado, o exercício clínico nos CAPS representa “intervenções na produção social de subjetividade”¹²⁸ que geram linhas de fuga, produzindo sociabilidade solidária, autonomia, multiplicidade, ampliação da vida, ultrapassando o paradigma antidisciplinar do antimanicomial, ou, por outro lado, se este exercício gera os “agentes secretos” de Debord.

Em outras palavras, e de maneira mais clara, a interrogação que move esta reflexão é se o CAPS estaria exercendo, na atual etapa histórica da sociedade de controle, com seu monitoramento dos fluxos em espaço aberto, quase, ou a mesma função exercida pelo manicômio na defasada sociedade disciplinar, baseada no confinamento. Esta mudança seria então apenas parte do processo mais amplo de evolução tecno-

¹²⁴ ORWELL, 2005.

¹²⁵ *Ibidem*.

¹²⁶ *Ibidem*.

¹²⁷ DEBORD, 1997.

¹²⁸ LANCETTI, 2006.

lógica para formas de dominação mais sofisticadas, refinadas, menos grosseiras e, por isto mesmo, mais eficientes, convincentes, penetrantes e aceitáveis.

Mas o que dizer, neste caso, de todo o movimento social antimanicomial de superação do confinamento disciplinar ainda em curso?

Será que teremos que repetir a cruel sentença com que Foucault encerra seu primeiro volume da história da sexualidade, na qual decreta, “ironia deste dispositivo: é preciso acreditarmos que nisso está nossa ‘liberação’?”¹²⁹

Para buscar uma resposta, ainda que parcial, a esta dura questão, é necessário repensar como ocorrem de fato, na prática diária dos CAPS, esses tratamentos, como algo que não pode ser unificado ou universalizado, uma vez que as experiências clínicas que vão sendo construídas em cada CAPS, e até no interior de um mesmo CAPS, diferem intensamente, dependentes que são de uma multiplicidade de elementos em ação em cada caso.

Ainda assim, podemos refletir sobre alguns elementos que constituem, de uma forma geral, seguindo a definição proposta por Merhy¹³⁰, as “ferramentas tecnológicas”, com seus desdobramentos materiais e imateriais, em ação nos processos de produção do cuidado, a partir da modelagem assistencial proposta para os CAPS.

Para começar, temos um conjunto importante de recursos tecnológicos que constituem o arsenal terapêutico acumulado pela medicina mental.

Neste conjunto temos, em primeiro lugar, a clínica psiquiátrica do olhar, que compreende todo o estudo descritivo, analítico e classificatório dos transtornos mentais, constituindo o edifício teórico da psicopatologia, da nosologia, da nosografia.

¹²⁹ FOUCAULT, 1988.

¹³⁰ MERHY, 2002.

A clínica do olhar

“Contra o positivismo, que para perante os fenômenos e diz: ‘Há apenas fatos’, eu digo: ‘Ao contrário, fatos é o que não há; há apenas interpretações’.”¹³¹

Esta provocação de Nietzsche parece espetar, em seu âmago, as bases que tentam fundamentar a tecnologia da clínica do olhar.

A clínica, aqui chamada do olhar, não se restringe à percepção exclusivamente visual do ser humano. O termo olhar é escolhido para defini-la como símbolo da sensorialidade, sendo a visão a mais forte alusão aos órgãos dos sentidos. Foi preferido tal termo para designar a clínica que se ocupa daquilo que é sensível, perceptível pelos órgãos dos sentidos, para contrapô-la a uma outra clínica, a da escuta, que certamente está longe de ser a clínica do insensível, mas trabalha seu objeto com base na linguagem, capta seu material de trabalho descobrindo-o na falta, na falha, na repetição do discurso, sendo, portanto, uma clínica do não sensorial.

A clínica do olhar tem sua origem em remotos períodos anteriores à antiguidade grega, mas é naquela época que ocorre sua sistematização:

Coube a Hipócrates, meio milênio antes de Cristo, sistematizar o método clínico, dando à anamnese e ao exame físico — este basicamente apoiado na inspeção e na palpação — uma estrutura que quase nada difere da que empregamos hoje.

Em uma visão retrospectiva da evolução do método clínico, apenas dois acontecimentos merecem registros: a descoberta da percussão por Auenbrugger, em 1701, e a invenção do estetoscópio por Laennec, que divulgou sua descoberta em uma monografia vinda à luz em 1819.¹³²

Desde essa longínqua origem, tal clínica já apresenta as características de descrição, apreensão pela sensorialidade — visível, tátil, mensurável — e alguma forma de classificação com base na observação, inicial-

¹³¹ NIETZSCHE, 1999.

¹³² CELENO PORTO, 1982.

mente natural, “que é aquela na qual as condições da observação não são projetadas ou projetáveis”¹³³. Essa clínica permanece um longo período sem modificações metodológicas significativas, sendo integrada ao longo de séculos por teorias e tendências, hora mais naturalistas, hora mais mágicas, místicas ou espiritualistas, mas sempre oriundas da observação natural, até o século XVIII.

No século XVIII é que se passa da observação natural à observação “experimental (ou experimentação), que é a observação projetada, caracterizada pelo controle de variáveis”¹³⁴. Tal mudança surge no momento crucial em que ocorre o que poderíamos chamar de o nascimento da clínica moderna:

A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII. Quando reflete sobre si própria, identifica a origem de sua positividade com o retorno, além de toda teoria, à modéstia eficaz do percebido.¹³⁵

Essa transformação no âmbito da clínica do olhar no século XVIII é resultado de um longo processo que se inicia no Renascimento com “a luta contra o princípio da autoridade e a busca dos próprios poderes humanos, pelos quais o homem tecerá ele próprio a trama do seu destino”¹³⁶ e desencadeia mudanças no século XVII com a “produção de uma nova realidade cultural, a ciência física, que se exprime matematicamente”¹³⁷, e com a “principal característica do pensamento moderno: a questão do método”¹³⁸. Esta questão do método centraliza as reflexões no problema do conhecimento (epistemologia) e na garantia de sua verdade, originando, ainda no século XVII, o Racionalismo Cartesiano:

[...] que tem entre seus fundamentos: o caráter universal e absoluto da razão; a função subordinada, quanto à razão,

¹³³ ABBAGNANO, 1970.

¹³⁴ *Ibidem*.

¹³⁵ FOUCAULT, 1980.

¹³⁶ ARANHA; MARTINS, 1986.

¹³⁷ *Ibidem*.

¹³⁸ *Ibidem*.

da experiência (isto é, da observação e do experimento): o dualismo da substância pensante e substância extensa.¹³⁹

A mesma questão do método origina também o Empirismo que “ao contrário do racionalismo, enfatiza o papel da experiência sensível no processo do conhecimento”¹⁴⁰ considerando, portanto, a experiência como critério ou norma da verdade.

No século XVIII, no final do qual surge a clínica moderna, aparece o Iluminismo, o Criticismo Kantiano, pretendendo superar a dicotomia racionalismo-empirismo, preconizando que “o conhecimento deve constar de juízos universais, da mesma maneira que deriva da experiência sensível”¹⁴¹. Essa crítica Kantiana leva ao surgimento de duas linhas divergentes, os materialistas e os positivistas por um lado, e os idealistas por outro.

A clínica do olhar, por sua vez, inserida em um contexto de época de exaltação de um novo saber e novo poder, o Cientificismo, vai, como já dito na citação de Michel Foucault, identificar-se como positivista e materialista, a partir do final do século XVIII.

A partir dessas mudanças, a clínica do olhar chamada moderna terá o propósito de seguir os preceitos positivistas de “romantização da ciência” como o único conhecimento possível, e de utilizar o método da ciência como puramente descritivo, no sentido de que descreve os fatos e mostra aquelas relações constantes entre eles, que são expressas pelas leis e consentem a previsão dos mesmos (Comte).

Portanto, na modernidade, a clínica do olhar se torna ainda mais do olhar e menos do pensar. Começam, porém, a aparecer as dificuldades desta clínica em seguir os preceitos da ciência física, o que a levará a tentar desesperadamente expandir sua sensorialidade na busca incessante da exatidão. A observação passará a ser cada vez mais, além de experimental, instrumental:

¹³⁹ ABBAGNANO, 1970.

¹⁴⁰ ARANHA; MARTINS, 1986.

¹⁴¹ *Ibidem*.

Bastaria lembrar a introdução, na prática clínica, de métodos endoscópicos e ultra-sonográficos, da tomografia computadorizada, da ressonância nuclear magnética e dos radioisótopos ao lado do aprimoramento dos métodos radiológicos, de laboratório clínico e anatomopatológicos.¹⁴²

A expansão da clínica do olhar moderna levará a uma outra mudança na história das mentalidades, de grande importância para este estudo: tal clínica estenderá seu olhar sobre a loucura, passando a considerá-la objeto de estudo da Medicina, transformando-a então em doença mental — isso só vem a ocorrer no século XIX¹⁴³.

Surge então a psiquiatria, “última especialidade a ser incorporada à Medicina”¹⁴⁴, para dar conta da descrição, da classificação, e, supostamente, do controle dessas novas estrelas no céu da clínica: as doenças mentais.

A porção psiquiátrica da clínica do olhar, a partir dessa sua origem num contexto positivista e materialista, buscará seguir essas propostas na elaboração de seu campo do saber, principalmente a psicopatologia.

Ao longo de todo o século XIX e parte do século XX, ocorrerão inúmeras tentativas, com base em diversas tendências, de se elaborar vários tipos de nosografias, com classificações ora semelhantes, ora destoantes às classificações anteriores, posteriores e simultâneas.

Poder-se-ia, neste momento, desfilar centenas de nomes que contribuíram com acréscimos ou modificações, como geralmente se faz nos livros de história da psiquiatria, salientando as diferenças de concepção entre cada um destes. É, porém, desnecessário fazê-lo neste estudo, pois, apesar das diferenças nas classificações, todas se assentam no pensamento positivista-materialista, elaborando a psicopatologia a partir de três eixos básicos: a nosografia estruturada pelo método clínico clássico da observação morfológica e descritiva; a busca da diferenciação dos quadros mórbidos com base na sua etiologia, seja de ordem orgânico-anatômica, psicológica, endócrino-fisiológica ou genético-degenerativa; e a

¹⁴² LÓPEZ, 1990.

¹⁴³ FOUCAULT, 1987.

¹⁴⁴ KAPLAN; SADOCK, 1990.

tentativa de separação-diferenciação a partir de uma provável compreensão da natureza e da evolução dos mecanismos que estariam implicados em cada quadro mórbido.¹⁴⁵

Essas diferentes tendências persistem em discussão num processo que oscila ora para um lado, ora para outro, até a segunda década do século XX, quando entra em cena K. Jaspers. Este, através de sua obra *Psicopatologia Geral*, passa a preconizar a aplicação da fenomenologia, vertente filosófica que se opõe à pretendida objetividade, distanciamento e pureza de consciência do positivismo. Afirma que toda consciência é intencional e o objeto é um fenômeno, algo que aparece para uma consciência.¹⁴⁶

A fenomenologia trará para a clínica psiquiátrica do olhar a proposta de abandono das teorias, das construções psicológicas, das especulações materialistas, com o retorno aos fenômenos mentais para atualizar, delimitar e ordenar os fenômenos psicopatológicos subjetivos.

Essa proposta se constitui num “divisor de águas” na história da clínica psiquiátrica do olhar, pois, a partir de então, a psicopatologia dessa clínica se reconhecerá fenomenológica, tendo por objeto “o estudo descritivo dos fenômenos psíquicos anormais, exatamente como se apresentam à experiência imediata”.¹⁴⁷

Essa negação da teorização levará a uma psicopatologia que, com justeza, se pode chamar de empírica, no sentido de que a experiência é o fundamento do conhecimento, como também pela exigência de que a práxis seja o único critério da verdade do conhecimento científico.¹⁴⁸

A psicopatologia da clínica, agora mais do que nunca do olhar, consolidará seu método da forma como se mantém até hoje: com uma anamnese ou interrogatório, em que se vasculha e se revira toda a vida presente e passada do “paciente”, obtendo-se o máximo de informações possíveis, acompanhada pelo exame psiquiátrico em que se pesquisam os fenômenos mentais — percepção, representação, conceitos, juízos,

¹⁴⁵ Vide BERCHERIE, 1989.

¹⁴⁶ ARANHA; MARTINS, 1986.

¹⁴⁷ PAIM, 1982.

¹⁴⁸ *Ibidem*.

raciocínios, memória, atenção, orientação, consciência, afetividade, humor, linguagem, inteligência, pensamento, fantasias, vontade, senso-percepção.

Tal observação dos fenômenos mentais, como na clínica médica do olhar, também se fará acompanhar progressivamente de uma observação instrumental, com testes neuroendócrinos, testes para doenças sexualmente transmissíveis, níveis plasmáticos de drogas psicotrópicas, polissonografia, eletroencefalografia, potenciais evocados, mapeamento cerebral radioisotópico, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e fluxo sanguíneo regional cerebral — atingindo a forma atual da clínica do olhar psiquiátrica.

Apesar da progressiva expansão do olhar instrumental, a clínica do olhar não encontrou até hoje a previsibilidade e a exatidão prometidas pelo cientificismo. Porém, a diminuição significativa e progressiva das lacunas deste olhar, sustentam ainda hoje a “romantização da ciência”, de que o controle perfeito da natureza está a caminho, tratando-se apenas de uma questão de dar tempo à ciência para que atinja o olhar totalizante.

Enquanto este não está disponível, a clínica do olhar vai se adaptando com considerações teóricas representadas por termos como endógeno, psicogênico, psicossomático, essencial, constitucional, utilizados geralmente de maneira intercambiável, para tapar os buracos da bem trançada peneira do conhecimento médico-científico sobre o adoecer do homem.

A clínica especificamente psiquiátrica, que lida com uma região de visibilidade ainda mais faltosa que a clínica médica em geral, também busca suas adaptações teóricas. Mas, a despeito de todas as tentativas desta clínica de encontrar seus substratos orgânicos, biológicos, mecânicos, neuronais ou endócrinos para controlar as doenças ou transtornos mentais, é fato que um grande universo permanece aquém ou além deste visível ou sensorialmente perceptível. Um grande número de manifestações psicopatológicas permanece, desde a origem desta clínica, apesar de descritas, classificadas e nomeadas, como feras que escapam à suposição humana de que, por meio da descrição, seriam alcançadas as formas de domá-las.

É deste contexto de feras psicopatológicas indomáveis, que até hoje devoram psiquiatras, que parte Sigmund Freud — e parte exatamente do contexto neurológico, biológico, mecânico —, mas salta para um outro paradigma, abrindo, progressivamente, não os olhos, mas os ouvidos desta vez, constituindo a clínica da escuta.

Todavia, antes de passarmos a esta, cabe lembrar que a clínica do olhar desdobrou-se, ainda, com o acoplamento de outros campos do saber, como o saber bioquímico e biofísico, em todo o arsenal das terapêuticas biológicas, capitaneadas pela psicofarmacologia, em sua permanente expansão, com seus antidepressivos, neurolépticos, ansiolíticos, estabilizadores do humor, hipnóticos, etc.

A clínica da escuta

O segundo conjunto de recursos tecnológicos, constitutivos da produção do cuidado nos CAPS, pode ser agrupado sob a denominação geral de clínica da escuta, contendo variadas práticas, nem sempre tão pertinentes entre si, mas pelo menos reconhecidas como decorrentes da descoberta freudiana do inconsciente, e de algum dos aspectos de seu método clínico.

Começarei, então, esta discreta caracterização da clínica da escuta, pelo ponto de partida do pensamento freudiano, em sua fase pré-psicanalítica. Para tal, utilizarei seu texto de 1895, *Projeto para uma Psicologia Científica*, que foi o texto escolhido por ser considerado o mais completo e explícito no que se refere às idéias freudianas anteriores a uma clínica que se possa chamar da escuta.

Nesse texto, Freud estabelece uma metáfora rigidamente energético-bio-mecânica e quantitativa para especular explicações para fenômenos mentais, como o pensamento, por exemplo, o qual será apresentado materializado, correndo de um neurônio a outro, em diversas vias e entroncamentos, e regulado por uma energia “Q”, que se assemelha perfei-

tamente à eletricidade. Freud deixa clara aqui sua formação de neurologista e médico, que exige base física para explicar as coisas.

Portanto, pode-se verificar em tal texto como, nesta época, a proposta de Freud está totalmente inserida em um universo da clínica do olhar:

A intenção é prover uma psicologia que seja ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim esses processos claros e livres de contradição. (...) ora, o próprio ego é uma massa de neurônios dessa espécie, que se agarram a suas catexias [...]”¹⁴⁹

Muitas outras passagens desse texto poderiam ser citadas para demonstrar essa qualidade do pensamento freudiano. Porém, devido à semelhança com as já citadas, isso seria não mais que redundante.

Ao lidar com os fenômenos mentais, contudo, Freud é “obrigado”, mesmo neste texto, a abrir concessões, a começar a aceitar o invisível, o que se pode perceber pelo fato de ele já chegar a tocar em questões como desejo, recalçamento, satisfação, prazer, inconsciência (pelo menos de eventos fisiológicos), formação onírica, regressão, formação simbólica, resistência psíquica.

Portanto, desde seus escritos pré-psicanalíticos mais precoces, Freud já começa a se posicionar do modo como irá, depois, referir-se às pulsões — na fronteira entre o mental e o físico. Este é o ponto de partida do pensamento freudiano pré-psicanalítico.

Passarei, agora, ao surgimento dessa clínica da escuta, onde de fato ela se demonstra, ou seja, nos casos clínicos freudianos.

Começarei pelos *Estudos sobre a Histeria*, de 1893-1895, onde aparecem os primeiros casos clínicos freudianos, incluindo o caso Anna O., que foi inicialmente tratada por Breuer.

Ao longo destes cinco casos clínicos — “Anna O.”, “Emmy Von. N”, “Lucy R.”, “Katharina” e “Elisabeth Von R.” —, constantes dos *Estudos*

¹⁴⁹ FREUD, 1976 [1895].

sobre a Histeria, já se encontra o surgimento da clínica da escuta, a elaboração inicial de uma outra clínica, que rompe com a longa tradição metodológica da clínica do olhar.

Este surgimento demonstra-se em tal texto freudiano com base em quatro linhas fundamentais, que representam a construção de uma nova forma de lidar com o paciente, quais sejam: em primeiro lugar, o abandono da hipnose, da sugestão, da descrição e a necessidade de um novo método; em segundo, o advento da associação livre; em terceiro, a consideração da relação transferencial; e, em quarto, o desvendamento do inconsciente.

É oportuno lembrar que estas quatro vertentes do surgimento da clínica da escuta estão entremeadas ora por colocações que demonstram uma visão médico-neuro-biológica, como no *Projeto para uma Psicologia Científica*, citado anteriormente, ora por colocações que demonstram perfeita consonância com a teoria traumática de Charcot ou com uma teoria da catarse, sendo, portanto, um processo oscilatório de elaboração.

Quanto à primeira das quatro vertentes, ou seja, o abandono dos métodos utilizados até então — hipnose, sugestão — e a necessidade de um novo método, encontram-se, nos *Estudos sobre Histeria*, relatos da incapacidade, da limitação de Freud em utilizar a hipnose e a sugestão, para as quais não se considerava hábil, fato que aguçava as já sérias críticas que fazia às reais possibilidades terapêuticas destes métodos.

Ao mesmo tempo, as próprias pacientes, especialmente Emmy Von N., estimulavam Freud a ouvi-las mais e a não molestá-las tanto com sugestões. Assim, em sua prática, Freud vai aprendendo gradualmente, e com surpresa, a possibilidade de uma nova maneira de lidar com as pacientes, vai colocando em andamento este novo método — escutando-as e fazendo a análise psíquica — e começa a obter melhores resultados que aqueles obtidos com os antigos métodos tão insatisfatórios.

Desta forma, constata-se a necessidade freudiana de um método mais eficiente, e sua resolução, já nessa época, de abraçar um novo método, apesar do rompimento que este significava em relação a suas idéias de neuropatologista e às idéias de seu tempo.

A segunda vertente na elaboração de uma nova clínica, captável nesse texto, é a associação livre, que surge como que espontaneamente, a partir das pacientes, principalmente Emmy Von N., inicialmente como um complemento da hipnose, sendo adotada por Freud como importante instrumento de acesso às lembranças ocultas, novo campo de trabalho que estava estabelecendo com sua clínica.

A terceira vertente fundante dessa nova clínica é a relação transferencial. No que se refere à percepção freudiana desta questão, encontra-se, em inúmeros trechos, demonstrações de que Freud já estava atento à importância da figura do médico para a paciente, à reedição das relações afetivas na relação terapêutica, e à importância fundamental desta “relação pessoal que se estabelece nos tratamentos desta natureza”¹⁵⁰ para o desenvolvimento dessa sua nova clínica.

A quarta e última vertente, talvez a mais importante, que constata o surgimento da clínica da escuta já nesse texto, é o desvendamento do inconsciente.

Quanto a isto, pode-se observar, em numerosos trechos, que Freud já lida com a existência de uma outra instância mental que não a consciência, já elabora comentários quanto ao funcionamento dessa instância inconsciente e quanto às influências dela sobre a vida dos pacientes. Mas, além disto, e de especial importância para este estudo: Freud constata que o inconsciente fornece um novo estatuto aos sintomas —por exemplo em relação aos significados ocultos destes —, e que um método clínico que permita apreender essa instância mental mostra-se, além de semiológico, especialmente terapêutico.

Creio ser possível, portanto, após a enumeração dessas quatro vertentes, expostas ao longo desses primeiros casos clínicos freudianos, constatar que já começa a se configurar ali uma clínica da escuta. Freud, que havia se formado nos braços da tradição da clínica do olhar, tal como ele mesmo relata — “como outros neuropatologistas, fui preparado para empregar diagnósticos locais e eletroprognósticos, e ainda me surpreende que os históricos de casos que escrevo pareçam contos”¹⁵¹ —,

¹⁵⁰ FREUD, 1893-1895.

¹⁵¹ *Ibidem.*

vai elevar a técnica da anamnese, presente nesta clínica do olhar, ao patamar da exclusividade, abandonando os demais métodos semiológicos, e conferindo a este uma dimensão nova, até então inexistente.

Portanto, trabalhando exclusivamente com a anamnese, Freud atinge desdobramentos que ultrapassam a clínica do olhar. Esta sua peculiar anamnese se revela, de uma forma radical, como o lembrar-se de si de maneira plena. Ele apostará, dessa forma, que o conhecimento sobre a mente humana é, na verdade, feito de reconhecimentos, reminiscências e retornos, aprofundando-se assim na clínica da escuta.

Procurarei, agora, acompanhando a construção da clínica da escuta através de seus outros cinco mais importantes casos clínicos, quais sejam, o “Caso Dora”, o “Pequeno Hans”, o “Homem dos Ratos”, o “Caso Schreber” e o “Homem dos Lobos”, elucidar o que constitui exatamente essa ruptura de paradigma da nova clínica em relação à tradição da clínica do olhar.

Começo, portanto, abordando o texto *Fragmento de um caso de Histeria*, de 1905 [1901], o “Caso Dora”, primeiro caso clínico após os *Estudos sobre Histeria*, onde se encontram dezenas de trechos que nos apontam a continuidade da construção desta clínica da escuta.

Neste caso clínico, Freud continua insistindo em suas críticas às limitações e à ineficácia dos métodos da clínica do olhar para lidar com a histeria, uma vez que esses métodos, após muitos anos, “aumentaram apenas levemente nosso conhecimento de uma moléstia que continua a ser tão enigmática como sempre”¹⁵².

No “Caso Dora”, Freud persiste na diferenciação do campo de trabalho que estabelece para sua clínica. Esta, lida com o inconsciente, está ligada intimamente à histórica da vida mental dos pacientes. O grande avanço do desvendamento desse novo campo, o inconsciente, apresentado neste caso, é a abordagem extensa dos sonhos, que ganham especial interesse como elementos promissores na construção desse saber.

A principal contribuição deste relato clínico, porém, na elaboração da clínica da escuta, fica a cargo da abordagem nova e extensamente de-

¹⁵² FREUD, 1905 [1901].

finida dada aos sintomas. Freud distancia-se da clínica do olhar, que lida com a interpretação de sintomas com um padrão de previsibilidade e repetitividade. Sua clínica lidará com a especificidade de cada história, que terá significações e simbolizações acidentais, usando apenas o padrão de associações como método de trabalho fixo. Uma clínica sem tabelas, sem listas, sem estatísticas, portanto.

Freud se afasta do sintoma da clínica do olhar, que possui significado intrínseco, relativo apenas como relacionado a um grupo de outros sintomas que definirão o quadro mórbido, mas sempre um fim em si mesmo. Estabelece, em contrapartida, o sintoma freudiano, que possui um significado “emprestado”, que em cada caso é diferente, segundo a natureza dos pensamentos reprimidos. O sintoma freudiano não é um fim em si mesmo, é um meio de expressão escolhido com base nas relações entre os pensamentos inconscientes, sendo possível conhecer, a priori, apenas algumas formas típicas de como essas relações geralmente ocorrem.

Se o sintoma na clínica do olhar é encarado como um fato em si mesmo, e fala-se em esclarecimento de um sintoma apenas no sentido de que ele aponta para a possibilidade de que outros sintomas estejam ocorrendo, caracterizando uma patologia determinada, já na clínica da escuta, “o esclarecimento dos sintomas é alcançado buscando-se sua significação psíquica”.¹⁵³

Freud encerra o caso clínico de Dora com um ligeiro acompanhamento do que ocorreu a seguir na vida da paciente, completando-o ainda mais definitivamente como algo que se assemelha a uma biografia íntima de sua paciente, um relato de sua vida e de sua relação transferencial com Freud, algo muito distante das descrições patológicas que encontramos na clínica do olhar, na qual o sujeito é visto apenas como um arcabouço que sustenta uma doença que ali se desenrola.

Passarei agora ao caso clínico seguinte de Freud, que é, em grande medida, um caso de supervisão de Freud, em que ele indicava as intervenções a serem feitas pelo pai do paciente (Hans). Trata-se do texto

¹⁵³ FREUD, 1905 [1901].

Análise de uma fobia em um menino de cinco anos, de 1909, conhecido como o caso “Pequeno Hans”.

Neste caso clínico, Freud volta a criticar os métodos da clínica do olhar, insistindo em diferenciar seu método daqueles. Neste sentido, ele retoma claramente a importância que a consideração da relação transferencial assume em sua clínica, e reafirma sua semiologia como reveladora principalmente para o paciente, ao contrário do olhar, com sua semiologia reveladora para o médico.

Freud deixa especialmente claro que não pretende fazer psicopatologia, descrever patologias, mas que, ao contrário, os acontecimentos referentes ao pequeno Hans “constituem a propriedade comum de todos os homens, uma parte da constituição humana”¹⁵⁴. O que ele pretende com seus casos clínicos é expor, demonstrar seu método e o campo a que este se aplica, o inconsciente.

Ainda no caso do pequeno Hans, Freud insiste no novo estatuto que sua clínica concede ao sintoma, considerando-o como signo-enigma a ser revelado, definindo seu método como simultaneamente semiológico e terapêutico. Freud insiste, de forma mais aguda, na questão do desejo no desvendamento dos sintomas, estabelecendo definitivamente a sua semiologia do desejo.

A esta altura da obra freudiana (1909) observa-se já uma clínica completamente outra que não a do olhar.

O próximo caso clínico é também de 1909. Trata-se do texto *Notas sobre um caso de neurose obsessiva*, conhecido como o “Homem dos Ratos”. Nele, Freud, mais uma vez, retoma a diferenciação entre seu método e o da clínica do olhar, reafirmando o método da clínica da escuta como um trabalho semiológico, e ao mesmo tempo terapêutico, de desvendar, revelar, traduzir os desejos e significados ocultos em funcionamento no inconsciente — revelação que se faz em função do paciente, e considerando, com uma nitidez mais surpreendente que em seus outros casos clínicos, a importância decisiva da relação transferencial.

Assim, é retomando todos esses pontos que Freud delimita nova-

¹⁵⁴ FREUD, 1909a.

mente seu método e seu campo de atuação, de forma que independe da patologia em questão, a neurose obsessiva. É por isso que a importância desse caso, para este estudo, constitui-se em confirmar a preocupação fundamental nos casos clínicos de transmitir o método da escuta, de demonstrá-lo, e não de elaborar uma psicopatologia, no sentido tradicional do termo, embora ocasionalmente se encontrem tentativas acessórias nesse sentido.

O texto *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de Paranóia (Dementia Paranoides)*, conhecido como o “Caso Schreber”, é o caso que Freud aborda em 1911. Este caso não apresenta avanços no sentido da estruturação do método clínico freudiano. Na verdade, ele é um conjunto de considerações de Freud sobre a obra autobiográfica publicada por Schreber, quem jamais esteve em contato com Freud.

Neste sentido, trata-se de uma tentativa de aplicar seu método clínico a um texto autobiográfico, tentando desvendar possíveis transferências de Schreber com seus médicos, e procurando desvendar, através destas prováveis transferências, os significados e desejos ocultos por trás da exuberante sintomatologia descrita com minúcias nas páginas da autobiografia.

A contribuição desse caso para esta discussão é justamente demonstrar a especificidade do novo método clínico de Freud, diferenciando-o mais uma vez, numa demonstração prática, do método da clínica do olhar, pois o método da escuta não se executa, ou não acontece, a partir do contato com a mera descrição da sintomatologia.

Confirma-se assim a necessidade da íntima relação terapêutica transferencial, onde o inconsciente se insinua, para que a clínica da escuta se realize. É por esta razão que nesse caso clínico, apesar de serem extensas e suficientes as descrições psicopatológicas, os desvendamentos são modestos, restritos e com uma série de ressalvas e justificativas.

O último dos mais importantes casos clínicos de Freud é o texto *História de uma Neurose Infantil*, de 1918 [1914], conhecido como o Caso do “Homem dos Lobos”. Este caso também não apresenta novidades no que se refere ao método da clínica da escuta. O texto se constitui

em uma reafirmação amadurecida das peculiaridades, especificidades do método, como um contínuo desvendar enigmas, revelar significados e desejos ocultos, considerando sempre a importância capital da relação transferencial que perpassa todo o relato clínico.

Freud retoma a proposta de não colocar em primeiro plano as distinções nosográficas ou psicopatológicas, mas, antes, assumir que o que está sendo revelado é algo “pelo qual todos nós tenhamos passado, em nossas próprias experiências”¹⁵⁵.

Convém, porém, ressaltar que, neste e nos outros casos, Freud assume uma postura de, paralelamente ao processo de demonstração de sua semiologia e dos resultados possíveis a partir desta, elaborar também, neste novo campo — o inconsciente —, uma descrição de seus mecanismos de funcionamento em cada patologia abordada.

Esta descrição ocorre, geralmente, como último capítulo dos casos clínicos, ganhando um tom de anexo ou adendo, no qual ele possivelmente procurava se redimir um pouco de sua ruptura epistemológica, abordando o inconsciente, descrevendo-o, segundo a tradição da clínica do olhar.

Nesse aspecto, pode-se referir essa descrição dos mecanismos inconscientes em cada patologia como uma psicopatologia psicanalítica, processo que, volto a dizer, apresenta-se claramente como acessório nos textos freudianos abordados.

Por outro lado, o que se apresenta como linha mestra ao longo dos casos clínicos é a demonstração, de igual maneira, da sua semiologia do desejo e do desvendamento dos significados ocultos proporcionados por ela.

Como recurso terapêutico em ação nos CAPS, a clínica da escuta se desdobra em um amplo espectro de tratamentos psicológicos, constituídos pela clínica do inconsciente, ou clínica do sujeito, ou psicoterapias psicodinâmicas.

¹⁵⁵ FREUD, 1918 [1914].

Tratamentos psicossociais

Outro conjunto de recursos terapêuticos possíveis, inclusive definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁵⁶, são os tratamentos psicossociais, constituídos pelas terapias de família, intervenções de família, terapias de casal, de grupos, terapias comunitárias, grupos de autoajuda.

Ainda seguindo esta definição da OMS teríamos, em outro grupo, os procedimentos de reabilitação em psiquiatria, que incluem grupos de recreação e socialização, desinstitucionalização com retorno à comunidade, suporte comunitário, oferta de suporte residencial, acompanhamento clínico e odontológico, serviços de detecção/atendimento às crises, suporte financeiro previdenciário, suporte jurídico, suporte para autoajuda e grupos de ajuda mútua, acompanhantes terapêuticos, monitorização e garantia do uso correto dos medicamentos, programas de atividades diárias, atividades de ressocialização ou trânsito social, clubes de convivência, associações de usuários, reabilitação vocacional e/ou funcional, trabalho protegido, cooperativas de trabalho, programas de emprego transicional, grupos de procura de emprego e orientação vocacional.

Porém, a forma como tem sido entendida e construída a clínica psicossocial nos CAPS tem muito pouco, ou quase nada, em comum com estas metódicas e assépticas descrições dos oficiais organismos internacionais.

Assim, mais do que uma descrição minuciosa destes recursos terapêuticos, que são integrantes do arsenal dos mais variados serviços ou programas de saúde mental, cabe aqui refletir sobre a forma como o uso destes recursos, sua integração e seu funcionamento se dão na realidade específica dos CAPS, como serviços substitutivos, no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.

Em outras palavras, em lugar de “quais” são os recursos terapêuticos, é preciso saber “como” eles são utilizados, quais as composições

¹⁵⁶ WHO, 1993.

dos projetos terapêuticos, quais arranjos de produção de cuidado são desenvolvidos nos CAPS.

Tentarei, neste sentido, estabelecer as particularidades do *modus operandi* clínico em ação nos CAPS, com base em algumas importantes publicações surgidas nestes 20 anos de experiência dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil.

Começo com Jairo Goldberg¹⁵⁷, que relata a experiência clínica no primeiro CAPS do Brasil, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo.

Goldberg, de início, já estabelece uma importante definição do trabalho realizado no CAPS: a clínica da psicose, ou seja, o CAPS, que deve se dedicar aos cuidados dos casos graves de transtorno mental, ocupa-se, sobretudo, dos psicóticos. Isto representa uma delimitação importante, mas ainda não uma especificidade do CAPS.

Este autor aponta como características do trabalho terapêutico no CAPS: o entrecruzamento de diversas concepções de tratamento; a recusa do modelo sintomatológico, com o deslocamento do foco da clínica da doença para a pessoa do doente; um conjunto terapêutico intensivo e múltiplo, condizente com a complexidade desta clínica (atendimentos individuais e em grupo, esforços socializantes, atendimento familiar, atenção diária e constante, reabilitação); uma clínica operativa e também ética; um trabalho em processo e renovação, buscando galgar novos patamares de existência para os sujeitos; a consideração da linguagem como meio de produção dos sujeitos; uma abordagem prolongada, sem fixação de prazos e com instâncias de escuta de expressão verbal e não verbal; o compartilhamento do cotidiano; o acolhimento e tratamento também da família, com espaços coletivos de fala e expressão; a construção de projetos terapêuticos individuais e exclusivos para cada paciente; múltiplas oficinas e ateliês, onde se está atento à emergência da fala e dos laços transferenciais; uma permanente ruptura com o isolamento, buscando fluxos existenciais e sociais emancipatórios; a articulação com o contexto de vida, e intervenções nas condições objetivas do paciente; es-

¹⁵⁷ GOLDBERG, 1996.

estratégias de sustentação do contato, como visitas domiciliares; agenciamentos da vida dos pacientes, como direitos previdenciários, moradia, transporte; ações extra-muros e intersetoriais, buscando novas trocas e novos laços; instâncias permanentes de mediação social no processo emancipatório da doença; a valorização da capacidade, da potência de intervenção do paciente na vida cotidiana e na constituição do próprio projeto; o reajuste permanente das relações cotidianas entre pacientes, técnicos, familiares, instituição, considerando sempre o campo transferencial; assembléias de usuários, reuniões clínicas frequentes, com a discussão permanente do projeto e da instituição; e a busca de um *continuum* de suporte à vida e de coeficientes de escolha cada vez maiores no gerenciamento da própria vida.

Considerada desta maneira, a clínica parece atingir uma amplitude que não tem fim, avançando simultaneamente em todas as direções do existir ou do viver.

Neste aspecto, Goldberg apresenta o conceito interessante de “gestão extra-clínica da vida”¹⁵⁸, apontando para a necessidade de se colocar limite à clínica, neste momento em que as mais variadas dimensões se agregam ao trabalho assistencial.

Em seu relato de trabalho no CAPS transparece, de forma bem evidente, a maleabilidade instituinte pulsante como método de utilização, acoplamento, associação, troca ou substituição dos variados recursos tecnológicos disponíveis, buscando o recorte mais adequado a cada caso e a cada casa, a cada momento e a cada movimento, na vida, ida e vinda dos pacientes e inconscientes, fazendo do tratamento uma travessia e não um atravessamento.

Passo a Jurandir F. Costa¹⁵⁹, que considera a clínica no CAPS um novo modo de se fazer psiquiatria, uma psiquiatria pragmática, que abre mão de fidelidades teóricas ou doutrinárias pelo uso de todos os recursos, ou do melhor recurso em cada momento, para superar toda sorte de impasses que se apresentam na recuperação da força normativa desses sujeitos.

¹⁵⁸ GOLDBERG, 1996.

¹⁵⁹ COSTA, 1996.

Esses impasses, “que vão desde o desemprego até os conflitos típicos das ações intencionais, que o[s] levam a ser[em] diagnosticado[s] como psicótico[s]”¹⁶⁰, requerem toda uma gama de respostas que podem incluir, em dado momento, medicação, em outro, psicoterapia, ou outra “tática teórico-prática” que possa restituir sua habilidade.

Jurandir insiste que a clínica no CAPS é “acompanhar, passo a passo, a trajetória de vida das pessoas”¹⁶¹, sem compromissos ontológicos universais, mas pautando-se pela ética, perguntando “a cada etapa da assistência, o que representa para o sujeito moral ser definido a partir de tal ou qual enquadre teórico”¹⁶², considerando sempre “o que ele ganha ou perde em autonomia, respeito por si próprio e pelo outro, quando exposto a certos procedimentos terapêuticos”¹⁶³. Portanto, uma clínica movida pela “moral da solidariedade e não da objetividade”¹⁶⁴, pelo “ideal ético da comunidade de tradição à qual pertencem psicóticos e profissionais da assistência.”¹⁶⁵

Ana M. F. Pitta se refere à produção do cuidado no CAPS como “clínica condizente com a cidadania ativa e ampliada que tanto desejamos”¹⁶⁶, pautada por “um cuidado personalizado, inserido num enquadre ético de não abandono, ou seja, um cuidado responsável”¹⁶⁷, que busque a produção de subjetividade e a singularização. E insiste no caráter criativo e inventivo do CAPS, em que se desenvolve:

[...] uma tecnologia de cuidados que considere um compromisso ético de acolher e cuidar de pessoas culturalmente desinseridas, socialmente abominadas, transfigurando-as em sujeitos amorosos, passíveis de alguma inteligibilidade, de provocar simpatia, solidariedade, alianças terapêuticas.¹⁶⁸

¹⁶⁰ COSTA, 1996.

¹⁶¹ *Ibidem.*

¹⁶² *Ibidem.*

¹⁶³ *Ibidem.*

¹⁶⁴ *Ibidem.*

¹⁶⁵ *Ibidem.*

¹⁶⁶ PITTA, 1996.

¹⁶⁷ *Ibidem.*

¹⁶⁸ *Ibidem.*

A autora recorda a proposta de ruptura com o paradigma clínico, pertinente historicamente aos primeiros momentos de tomada de posição contra os hospícios, e a considera não mais adequada, quando novas clínicas estão operando uma práxis na qual “tolerância e ousadia configuram campos especiais para a produção de novos saberes e novas regras de contratualidade social entre os que atendem e os que são atendidos.”¹⁶⁹

A polêmica quanto ao lugar da clínica, ou de uma anticlínica como superação paradigmática, existiu, ou ainda existe, em maior ou menor medida, na trajetória de inúmeros CAPS.

Por outro lado, o CAPS não pode se furtar às necessárias práticas de cuidado, de atenção à saúde, dirigidas aos portadores de sofrimento mental grave, psicóticos —sendo a própria clínica um “dispositivo”, social e historicamente construído e reconhecido, para enfrentar tais condições de sofrimento, reconhecidas, em menor ou maior grau, como adoecimento, mesmo que passando este adoecimento a ficar entre parênteses, uma vez que, a relação loucura-razão não se encontre mais sob o paradigma de doença da visão predominante do modelo médico reducionista.

Para Silvio Yasuy, o trabalho desenvolvido no CAPS se caracteriza pela “produção de sentido, de invenção, de encontro, de busca e — por que não? — de prazer”¹⁷⁰. É uma clínica “fundada num radical compromisso com a vida”¹⁷¹, na qual o “usuário é o centro da atenção”¹⁷² e participa ativamente da determinação de seu percurso terapêutico, buscando o pleno exercício da cidadania. Um trabalho que coloca em questão não uma doença, “mas sim um sofrimento, uma singularidade, uma subjetividade”¹⁷³, tendo por finalidade ampliar e diversificar “as possibilidades de intervenção e invenção terapêuticas, criando condições para favorecer que o usuário possa, a seu modo e a seu tempo, descobrir (perceber? Construir?) algum sentido, seu sentido, sua verdade.”¹⁷⁴

¹⁶⁹ PITTA, 1996.

¹⁷⁰ UI, 1989.

¹⁷¹ *Ibidem*.

¹⁷² *Ibidem*.

¹⁷³ UI, 1989

¹⁷⁴ *Ibidem*.

Cláudia M. F. Penido, referindo-se aos CAPS da cidade de Belo Horizonte, aponta como características desta inovação assistencial: a lógica do acolhimento; a “lógica de responsabilização pelo paciente”¹⁷⁵; a superação da fragmentação do paciente pela equipe multiprofissional, que ocorria no modelo biopsicossocial; a psicanálise, ou a referência ao sujeito do inconsciente, como conhecimento abstrato, dividindo a hegemonia do saber psiquiátrico; e o engajamento e desterritorialização das profissões não psi, com a exigência da disponibilidade para a inventividade clínica.

Ana Marta Lobosque aponta como diretriz deste novo cuidado com a loucura o “tornar cada vez mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições destinadas a eles e a sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós, loucos ou não.”¹⁷⁶

Ela considera que a clínica substitutiva trabalha pela autonomia e independência das pessoas, ao contrário da tradicional função de controle social da Saúde Mental, compondo um cuidar com “uma ajuda que se exerça sem domínio”¹⁷⁷, lançando mão dos recursos, saberes, tecnologias disponíveis, “mas sempre subordinando seu emprego a um projeto que não é psiquiátrico ou psicológico, mas político e social”¹⁷⁸, visando “dar lugar à alegre afirmação do desejo”¹⁷⁹.

A esta clínica, Lobosque dá o nome de “clínica em movimento”, pois se “articula com tudo o que se movimenta e se transforma na cultura, na vida, no convívio entre os homens”¹⁸⁰. Neste sentido, um CAPS deveria ser um espaço de circulação intensa e incessante, compatibilizando o enfrentamento cotidiano das crises com o “zelo pela liberdade”, buscando “fechar apenas o estritamente necessário para que se possa abrir sempre e mais”¹⁸¹.

A autora descreve um CAPS da cidade de Belo Horizonte como um lugar público que as pessoas frequentam, um lugar de passagem, com

¹⁷⁵ PENIDO, 2005.

¹⁷⁶ LOBOSQUE, 2003.

¹⁷⁷ *Ibidem.*

¹⁷⁸ *Ibidem.*

¹⁷⁹ *Ibidem.*

¹⁸⁰ *Ibidem.*

¹⁸¹ LOBOSQUE, 2003.

um acolhimento ativo e incondicional, evitando a inércia, buscando “convidar as pessoas para empreendimentos e projetos”¹⁸², promovendo um convívio sem negligência, violência ou abandono. Um lugar para “promover a criação e o riso, as trocas e os trânsitos”¹⁸³, em um trabalho “de escutar e ponderar, decidir sem arbitrariedade e negociar sem imposição”¹⁸⁴, usando o recurso das atividades coletivas, construindo práticas inovadoras e criativas, destemidas, insubmissas e vivas, compondo laços, em direção a “uma transformação da presença da loucura na cidade”.¹⁸⁵

A autora ressalta a importância da psicanálise para a clínica nos CAPS, com seu corpo teórico inventivo e rigoroso, com seu “sujeito do inconsciente, descentrado, partido, fora-de-sentido”¹⁸⁶, mas com a ressalva de não reconhecer ali uma fundamentação teórica que poderia engessar estas “práticas que encontram sua eficácia justamente em seu caráter descentrado, disperso, descontínuo, local, indiferente a qualquer tipo de autenticação universalizante”¹⁸⁷, retomando a politização do desejo e recusando a oposição asséptica entre clínica e política.

A clínica no CAPS, ainda segundo Lobosque, “visa possibilitar a presença, a circulação, e a ação dos portadores de sofrimento psíquico no espaço social”¹⁸⁸, fazendo prevalecer o cuidado e não a vigilância, a vida e não as normas, fazendo caber a loucura entre nós, ou seja, no espaço social, buscando “o mover-se e o acontecer da vida”¹⁸⁹, sem qualquer tutela, rumo à reinvenção, à criatividade, à transformação social, possibilitando “processos de subjetivação que reinventam a política, a economia, as estruturas sociais.”¹⁹⁰

Costa-Rosa, Luzio e Yasui consideram a clínica no CAPS como encontro gerador de cuidado, acolhimento, emancipação e “contratualidade social entendida como aumento das trocas de bens, de mensa-

¹⁸² *Ibidem.*

¹⁸³ *Ibidem.*

¹⁸⁴ *Ibidem.*

¹⁸⁵ *Ibidem.*

¹⁸⁶ *Ibidem.*

¹⁸⁷ *Ibidem.*

¹⁸⁸ *Ibidem.*

¹⁸⁹ *Ibidem.*

¹⁹⁰ LOBOSQUE, 2003.

gens e de afetos”¹⁹¹, criando espaços de circulação, “de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades.”¹⁹²

Segundo estes autores, a clínica da atenção psicossocial se caracterizaria pelo tratamento da demanda e não dos sintomas, pela escuta e criação de si, pela tomada do sujeito como sujeito e não como objeto, pelo paradigma existência–sofrimento e não doença–cura, pela desospitalização, pela desmedicalização, pela transdisciplinaridade, pela horizontalização das relações, pelo livre trânsito e pela participação ativa dos usuários, pela interprofissionalidade integradora, pela interlocução, pela integralidade, pela responsabilidade sobre território, pela reintegração socioeconômica e cultural, pela singularização e pela implicação subjetiva e sociocultural.

Para Paulo Amarante, o CAPS deveria ser “um serviço inovador; isto é, espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde”¹⁹³. A clínica neste espaço é um processo permanente de invenção, gerando “competências em lidar com a loucura”¹⁹⁴, construindo “novas formas de lidar, de escuta, de reprodução social dos sujeitos”¹⁹⁵, acolhendo, cuidando, interagindo, inserindo, dentro de um “processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.”¹⁹⁶

Amarante considera ser preciso “reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades”¹⁹⁷, ocupando-se dos sujeitos com sofrimento psíquico, com responsabilização, centrado no cuidado e na cidadania, evitando o risco de que, com a clínica ampliada, tudo se torne clínica.

Antônio Lancetti propõe para os CAPS uma clínica “pelo território

¹⁹¹ COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003.

¹⁹² *Ibidem*.

¹⁹³ AMARANTE, 2003c.

¹⁹⁴ *Ibidem*.

¹⁹⁵ *Ibidem*.

¹⁹⁶ *Ibidem*.

¹⁹⁷ AMARANTE, 2003c.

geográfico e pelo território existencial”¹⁹⁸, com uma exacerbação da complexidade, atendendo de portas abertas, priorizando os casos mais graves e difíceis, mantendo estreito relacionamento com o Programa de Saúde da Família, oferecendo assistência integral e territorializada, exercendo “uma microsociologia de fundamento vital e uma pragmática solidária”¹⁹⁹.

Abílio da Costa-Rosa caracteriza a clínica psicossocial, que seria portanto a do CAPS, como aquela que considera os “fatores políticos e biopsicossocioculturais como determinantes”²⁰⁰, lançando mão de “um conjunto amplo de dispositivos de reintegração sociocultural”²⁰¹, além das psicoterapias, socioterapias, medicação, etc.

Para o autor, o modo psicossocial tem por objeto toda a existência-sofrimento dos sujeitos-cidadãos, causando uma “ampliação do conceito de tratamento e do conjunto de meios a ele dedicados”²⁰², em um “verdadeiro exercício estético”²⁰³, ou ético-estético, visando novas possibilidades de ser.

Tal exercício ético-estético concorre por meio de uma “desospitalização, desmedicalização e implicação subjetiva e sociocultural”²⁰⁴, também de “participação, autogestão e interdisciplinaridade”²⁰⁵, e ainda de “interlocução, livre trânsito do usuário e da população, e Territorialização com Integralidade”²⁰⁶, causando um reposicionamento subjetivo e sociocultural na direção da singularização, da horizontalização e da interlocução.

André Martins salienta a criação individual “que expressa a cada vez a singularidade originária e pré-simbólica que somos, no tempo e na vida”²⁰⁷ como constitutiva desta clínica, que deve pensar sua eficácia pelo “aumento da potência de agir e do amor à vida, como um todo, por parte do próprio indivíduo”²⁰⁸.

¹⁹⁸ LANCETTI, 2006.

¹⁹⁹ *Ibidem.*

²⁰⁰ COSTA-ROSA, 2000.

²⁰¹ *Ibidem.*

²⁰² *Ibidem.*

²⁰³ *Ibidem.*

²⁰⁴ *Ibidem.*

²⁰⁵ *Ibidem.*

²⁰⁶ *Ibidem.*

²⁰⁷ MARTINS, 2000.

²⁰⁸ *Ibidem.*

Para Emerson Merhy, a produção do cuidado em saúde no CAPS deve dirigir-se para “ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários”²⁰⁹, permitindo o nascer “de novas possibilidades desejantes, protegidas em redes sociais inclusivas”²¹⁰, de forma a “vivificar o sentido da vida no outro”²¹¹.

Neste sentido, ainda segundo Merhy, a clínica nestes serviços se caracteriza por: direito do usuário de ir e vir; direito do usuário de desejar o cuidado; oferta de acolhimento na crise; atendimento individual e coletivo dos usuários, nas suas complexas necessidades; construção de vínculos e referências para os usuários e seus “cuidadores familiares” ou equivalentes; geração de alívio nos demandantes; produção de lógicas substitutivas em rede; matriciamento com outras complexidades do sistema de saúde; geração e oportunização de redes de reabilitação psicossocial inclusivas; desinterdição da produção do desejo; produção de novos sentidos para o viver no âmbito social; construção/invenção de novas formas sociais de tratar e cuidar da loucura; e produção de novos coletivos para fora de si mesmo, em um movimento centrífugo oposto à força centrípeta dos serviços manicomiais.

Todas estas tentativas, idéias-força, remam contra a corrente de conceituação-delimitação habitual da clínica, esforçam-se por tirá-la do fluxo do controle que corre para o mar da adaptação e normalização. Mas se toda clínica é tributária de uma concepção do que é o homem, como resistir ao enquadramento de cada um? Talvez por um subterfúgio conceitual, linha de fuga, considerando que o homem não é, substituindo este é por um vir a ser, por um devir.

Mas aí então perdeu-se a ilusão da rota segura. Sem este norte, que é o Homem, cada qual torna-se cartógrafo em mar aberto, gerindo seu próprio “descaminho daquele que conhece”²¹², gerando veredas para suportar seu próprio ser-tão assim como será:

²⁰⁹ MERHY, 2004

²¹⁰ *Ibidem.*

²¹¹ *Ibidem.*

²¹² FOUCAULT, 1988.

“O senhor ... mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas — mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou.”²¹³

É uma clínica de “fazer circular as coisas, as ideias e os homens”²¹⁴, um acontecimento, sendo algo diferente do que já havia, um “a mais” convocando a tornar-se sujeito²¹⁵, ou um “acontecimento–analisador” que “vem a nosso encontro inesperadamente, condensando uma série de forças até então dispersas e realizando “por si mesmo” a análise, à maneira de um catalisador químico de substâncias”²¹⁶, ou ainda, uma experiência–acontecimento de criação estética com o reconhecimento da legitimidade de modos de existir, mesmo que em singularidades extremas e trágicas.²¹⁷

Dito assim, nesta desmesura, a clínica precisa se ancorar em uma terceira margem.

O efeito “terceira margem”, cunhado por João Guimarães Rosa em seu texto *A Terceira Margem do Rio*²¹⁸, aponta para o permanecer entre, inter, um deslizamento que não se interrompe como previsto, nem onde previsto, uma desterritorialização, uma intensidade, um envolvimento em-movimento, uma permanência, um fluxo em corte em fluxo, um prolongamento, algo que, como os “Platôs” de Deleuze, viabiliza um estado que não se ancora nas duas margens habituais, mas que não diz de um alargamento, de um ampliado, mas de um mais ainda margeado; a terceira margem apresenta uma dimensão insuspeitada sim, um “há mais do que se pensava”, mas para por margem, delimitar, circunscrever esta novidade. Ali mesmo onde nem havia, é preciso que haja com limite.

Assim, trata-se de uma terceira margem para uma clínica que segue seu curso pluridimensional, mas deve ser limitada em todas suas dimensões, para não ser absolutista, para não colonizar a vida em todos os seus

²¹³ GUIMARÃES ROSA, 2001.

²¹⁴ RODRIGUES, 2000.

²¹⁵ BADIOU, 1995.

²¹⁶ RODRIGUES, 2000.

²¹⁷ ESTELLITA-LINS, 2000.

²¹⁸ GUIMARÃES ROSA, 1988.

aspectos, para não fazer da vida uma clínica, para não colocar a vida a serviço da clínica, mas, no seu devido incerto lugar, colocar a clínica a serviço do viver a própria vida, entendendo que deve ser ampliada a vida, antes que a clínica; pois, se clinicar é preciso, viver é impreciso, e muito mais.

Eis aí o tensionamento entre a clínica ampliada e a vida ampliada, constituindo o que parece ser uma realidade bem viva nas práticas de produção de cuidado que se desenrolam nos CAPS.

Tal produção de cuidado, sobretudo quando em um tratamento involuntário, vai estar tensionada em duas dobras, que consistem nestes pares: clínica ampliada–vida ampliada, e autonomia–tutela.

Estas dobras é que manterão o cuidado como um arco que, tenso, terá potência para arremessar seus participantes a uma distância maior. Sabendo-se manejá-lo, será em direção à defesa da vida que eles se lançarão.

Mas falta ainda a reflexão sobre esta segunda dobr, autonomia–tutela, para melhor vislumbrar o acontecimento produtor de cuidado, sendo o que virá em seguida.

CAPÍTULO 5

DA AUTONOMIA À AUTOPOIESE

A tensão constitutiva autonomia x tutela: poder político em ato, poder pastoral, poder disciplinar, poder normalizador, bio-poder, e outros possíveis poderes

O único sinal de reconhecimento que se pode ter para com um pensamento como o de Nietzsche é precisamente utilizá-lo, deformá-lo, fazê-lo ranger, gritar. Que os comentadores digam se se é ou não fiel, isto não tem o menor interesse.
(Michel Foucault, *Microfísica do Poder*)

Um debate sobre o tratamento involuntário em serviços abertos de saúde mental, em sua complexidade e diversidade, em suas variadas formas e apresentações, tal como proponho neste estudo, traz à tona um indispensável atravessamento pelo tema do binômio autonomia–tutela, como elemento essencial da involuntariedade em questão.

A intenção é que, estabelecendo um mínimo fundamento teórico acerca da autonomia e da tutela, aplicadas ao campo da saúde, se possa, ao articulá-lo com o eixo da discussão clínica, formar um quadro referencial, como em um esboço dos eixos da abscissa e ordenada, do horizontal e do vertical, onde se possa traçar uma curva ou uma trajetória, uma parabólica desenhando o acontecimento-tratamento involuntário em suas infinitas práxis possíveis.

Portanto, um eixo deste quadro referencial é todo o debate em torno da autonomia e da tutela, aplicadas ao campo da saúde, em geral, e sobretudo da saúde mental. Isto implica, inclusive, a discussão bioética em torno do princípio da autonomia do paciente e seus limites, seja em uma vertente mais ou menos principalista, seja em uma concepção mais ou menos teleológica. Significa, bem entendido, um debate de extensão inesgotável por qualquer estudo, cujo princípio se perdeu na noite dos

tempos, mas remonta, no mínimo, à imensa tradição da filosofia moral, sobretudo a partir do ponto em que a moralidade passa a ser associada ou atribuída ao autogoverno, à autonomia, de forma mais evidente a partir de Kant.²¹⁹

Trata-se, aqui, de estabelecer um pequeno e limitado recorte — interessado, como todo recorte —, que privilegiará o debate em alguns poucos autores, delimitando uma das possíveis leituras nessa linha infinita de pensadores acerca da autonomia e da tutela.

Parto de uma rápida introdução generalizada para, então, deter-me na especificidade do trabalho em saúde, uma vez que a dialética da tutela e autonomia obviamente não se limita ao campo específico da saúde, das relações na produção do cuidado ou do trabalho em serviços com esta finalidade, e muito menos ao contexto da saúde mental, representando, inclusive, um dos temas cruciais da própria composição e organização do estado moderno democrático de direito, da constituição da cidadania.

Refiro-me à dialética, termo tão polissêmico e que, ao longo da história, já agregou sentidos tão distintos e até antagonísticos, por vezes pejorativos e, outras, favoráveis. Detenho-me simplesmente no sentido geral que “consiste essencialmente em reconhecer a inseparabilidade (Einheit) dos contraditórios.”²²⁰

Nesta medida, a autonomia e a tutela integrariam um par indissociável, que pode ser abordado com base no elemento autonomia ou no elemento tutela.

Partindo do componente autonomia, cito uma sucinta revisão terminológica desenvolvida no texto *O Contexto Histórico, Semântico e Filosófico do Princípio de Autonomia*, de Marco Segre e outros:

Semanticamente, “autonomia” vem do grego *autonomia*, palavra formada pelo adjetivo pronominal *autos* _ que significa ao mesmo tempo “o mesmo”, “ele mesmo” e “por si mesmo” (13) _ e *nomos* _ que significa “compartilhamento”, “lei do compartilhar”, “instituição”, “uso”, “lei”, “convenção” (14). Nesse sentido, autonomia significa pro-

²¹⁹ SCHNEEWIND, 2001.

²²⁰ LALANDE, 1993.

priamente a competência humana em ‘dar-se suas próprias leis’. (...)

Embora sua formulação precisa deva-se a Kant (7,8), trata-se de um termo que se enraíza na cultura grega. Para os gregos, graças ao *nomos*, existia algo pertinente que não dependia da natureza dos seres e das coisas (*physis*), mas tão somente das convenções e regras construídas pelos humanos. Desta forma, o *nomos* pode ser considerado como a “nossa instituição imaginária criadora, pela qual nós nos fazemos enquanto seres humanos” (14).²²¹

Percebe-se, de imediato, que se trata de conceito dos mais caros à filosofia em geral, em especial ao campo da ética, estando vinculado diretamente ao conceito de *nomos*, de lei, como citado acima.

Diferentemente, no entanto, Foucault apresentará este *nomos*, aproximando-o de “nomeus”, em seu texto *Omnes et Singulatim: Para uma crítica da Razão Política*:

O problema põe-se sobretudo no que diz respeito ao pensamento grego; há pelo menos uma categoria de textos que comporta referências aos modelos pastorais: trata-se dos textos pitagóricos. A metáfora do pastor (*pâtre*) aparece nos Fragmentos de Arquitas, citados por Stobée. O termo *nomos* (a lei) está ligado ao termo *nomeus* (pastor): o pastor reparte, a lei designa. E Zeus é denominado *Nomios* e *Némeios* porque provê ao sustento das suas ovelhas. Enfim, o magistrado deve ser *philanthrôpos*, a saber, desprovido de egoísmo. Ele deve mostrar-se cheio de ardor e de solicitude, tal como um pastor.²²²

O texto apresenta um interesse especial para este estudo, uma vez que, nele, Foucault estabelece uma diferença crucial entre o que chama “o poder político em ato” por um lado, e o poder “pastoral” por outro.

Foucault distinguirá o poder político em ato — como quadro jurídico, como ordenação a partir do Estado, com existência bastante remota — do poder pastoral, “cujo papel reside em vigiar permanentemente a vida de todos e de cada um”.²²³

²²¹ SEGRE, 1998.

²²² FOUCAULT, 2006.

²²³ *Ibidem*.

Na citação mais acima, o autor reconhece a presença da metáfora pastoral em textos da antiguidade grega, assim como de várias épocas, mas, no entanto, é para reafirmar que isto não constituía o que veio a ser no ocidente o poder pastoral, que ele vai diferenciando da seguinte maneira:

O famoso “problema do Estado-providência” não põe apenas em evidência as necessidades ou as novas técnicas de governo do mundo atual. Deve ser reconhecido por aquilo que é: um dos muito numerosos reaparecimentos do delicado ajustamento entre o poder político exercido sobre os sujeitos civis e o poder pastoral que se exerce sobre indivíduos vivos.²²⁴

Pode-se perceber aqui a diferença entre o poder político sobre os civis e o biopoder pastoral, estabelecendo uma nova dimensão de controle:

Em primeiro lugar, no que diz respeito à responsabilidade. Vimos que o pastor devia assumir a responsabilidade pelo destino do rebanho na sua totalidade e por toda ovelha em particular. Na concepção cristã, o pastor deve prestar contas – não só de cada uma das ovelhas, mas de todas as suas ações, de todo o bem ou o mal que são capazes de realizar, de tudo o que lhes acontece [...] ²²⁵

E também uma nova dimensão de obediência:

O cristianismo, por sua vez, concebe a relação entre o pastor e suas ovelhas como relação de dependência individual e completa. Trata-se certamente de um dos pontos sobre os quais o pastorado cristão diverge radicalmente do pensamento grego. Se um grego tinha que obedecer, ele o fazia porque era a lei, ou a vontade da cidade. Se ele chegava a seguir a vontade de alguém em particular (médico, orador ou pedagogo), é porque tal pessoa o havia racionalmente persuadido a fazê-lo. E isso devia situar-se num desígnio estritamente determinado: curar-se, adquirir uma competência, fazer a melhor escolha.

²²⁴ FOUCAULT, 2006.

²²⁵ *Ibidem*.

No cristianismo, o vínculo com o pastor é um vínculo individual, um vínculo de submissão pessoal. A vontade dele é cumprida não porque era conforme à lei, mas principalmente porque tal era a sua *vontade*. Nas *Instituições cenobíticas* de Cassiano encontram-se muitas anedotas edificantes nas quais o frade alcança sua salvação cumprindo os mais absurdos mandamentos do seu superior. A obediência é uma virtude. O que quer dizer que não é, como entre os gregos, um meio provisório para alcançar um fim, mas antes um fim em si. É um estado permanente: as ovelhas devem permanentemente submeter-se aos seus pastores: *subditi*. Conforme declara São Bento, os monges não vivem seguindo seu livre arbítrio; o seu voto é de serem submissos à autoridade do abade: *ambulantes alieno iudicio et imperio*. *O cristianismo grego nomeava este estado de obediência de *apatheia*. E a evolução do sentido deste termo é significativa. Na filosofia grega, *apatheia* designa o império que o indivíduo exerce sobre suas paixões graças ao exercício da razão. No pensamento cristão, o *pathos* é a vontade exercida sobre si, e para si. A *apatheia* nos liberta de tal teimosia.”²²⁶

E Foucault procura esclarecer a elaboração deste novo padrão de obediência a partir da forma assumida, no poder pastoral, pelo exame de consciência e pela direção de consciência.

Ora, este texto representa uma elaboração preciosa sobre as formas de dominação e exercício de poder que Foucault denominou disciplinar, as quais estão intimamente relacionadas ao debate sobre a autonomia possível.

De maneira semelhante à forma como Max Weber articula a importância da ética protestante na constituição do espírito do capitalismo,²²⁷ Foucault articula a lógica pastoral cristã e o advento de um poder disciplinar inédito.

Convém esclarecer então a concepção de poder exposta ainda neste mesmo texto de Foucault:

1. O poder não é uma substância. Não é também um misterioso atributo de que precisaríamos esquadrinhar as ori-

²²⁶ FOUCAULT, 2006.

²²⁷ WEBER, 2006.

gens. O poder não é senão um tipo particular de relações entre os indivíduos. E tais relações são específicas: por outras palavras, elas nada têm a ver com a troca, a produção e a comunicação, mesmo que lhes estejam associadas. O traço distintivo do poder é o de determinados homens poderem determinar, mais ou menos inteiramente, a conduta de outros homens – mas jamais de modo exaustivo e coercitivo. Um homem acorrentado e pisado está submetido à força que se exerce sobre ele. Mas não ao poder. Mas se for possível levá-lo a falar, quando seu último recurso teria podido ser o de manter sua língua, preferindo a morte, é porque se impeliu a comportar-se de um determinado modo. Sua liberdade foi sujeitada ao poder. Ele foi submetido ao governo. Se um indivíduo pode continuar livre, por mais limitada que possa ser sua liberdade, o poder pode sujeitá-lo ao governo. Não há poder sem rejeição ou revolta em potência.

2. No que diz respeito às relações entre os homens, muitos fatores determinam o poder. No entanto, a racionalização não cessa de perseguir sua obra e se reveste de formas específicas. Difere da racionalização própria dos processos econômicos ou das técnicas de produção e de comunicação; difere também do discurso científico. O governo dos homens por parte dos homens – tanto no caso de formarem grupos modestos ou importantes, quanto no caso de se tratar do poder dos homens sobre as mulheres, dos adultos sobre as crianças, de uma classe sobre a outra, ou de uma burocracia sobre uma população – pressupõe uma determinada forma de racionalidade, e não uma violência instrumental.

3. Consequentemente, os que resistem ou se rebelam contra uma forma de poder não conseguiriam contentar-se com a denúncia da violência ou com a crítica a uma instituição. Não basta acusar a razão em geral. O que é necessário questionar é a forma de racionalidade presente. A crítica do poder exercido sobre os doentes mentais ou sobre os loucos não deveria limitar-se às instituições psiquiátricas; de modo similar, os que contestam o poder de punir não deveriam contentar-se com a denúncia das prisões como instituições totais. A questão é: como são racionalizadas as relações de poder? Colocar tal questão constitui a única maneira de evitar que outras instituições, com os mesmos objetivos e os mesmos efeitos, tomem seu lugar.²²⁸

²²⁸ FOUCAULT, 2006.

Foucault traz aqui uma preciosa oferta, que me parece muito útil ao debate acerca da autonomia, qual seja: ele esclarece qual é o tipo de “racionalidade em ato” no exercício do poder, entendido em sua forma difusa, como explicitado acima e em vários outros momentos apresentados por este autor, como em seu livro *A Vontade de Saber*, volume inaugural de seu último projeto, a propósito de uma *História da Sexualidade*, levado parcialmente a cabo, já que seu último volume, antecipadamente anunciado, *As Confissões da Carne*, foi interrompido com o seu falecimento, em 1984.

O tema do poder atravessa *A Vontade de Saber*. Foucault está plenamente empenhado em sua chamada genealogia do poder, não para realizar uma teoria global sobre o poder, mas, antes, para desconstruir uma teoria do poder assentada em uma racionalidade “jurídico-discursiva”, que reconhece o poder na autoridade, na imposição, na repressão, na lei, na violência, mas não fora destes cenários.

Essa concepção insuficiente de poder é aquela que só o reconhece a partir de sua negatividade: o poder rejeita, recusa, reprime, oculta, barra, exclui, interdita, funciona pela lei da proibição, da ameaça, da supressão, da censura.

O poder pela negatividade é visto como um bloco, uma “unidade de dispositivo” integrado por todas as instâncias de controle e/ou repressão, do Estado à família, colocando o “poder legislador, de um lado, e o sujeito obediente, do outro”²²⁹.

Esta seria a concepção jurídica do poder, capaz apenas de colocar limites, sendo essencialmente “anti-energia”, contraprodutivo, com este paradoxo de “nada poder” – uma representação de poder marcada pela monarquia, em uma análise onde “ainda não cortaram a cabeça do rei”²³⁰.

Pelo avesso, Foucault propõe a positividade do poder nesta sua *História da Sexualidade*, ousando “pensar, ao mesmo tempo, o sexo sem a lei e o poder sem o rei”²³¹. Propõe uma representação do poder não como modo de sujeição pela regra, não como o conjunto institucional estabelecido de submissão à lei, mas sim como:

²²⁹ FOUCAULT, 1988.

²³⁰ *Ibidem*.

²³¹ *Ibidem*.

[...] a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de forças encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou, ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemônias sociais.²³²

Portanto, não se trata de um poder estabelecido de cima para baixo ou a partir do centro soberano, mas de “estados de poder” que se estabelecem continuamente, localizados, mas instáveis, a partir das desigualdades das correlações de forças atuantes a cada momento. É um poder onipresente, não pela capacidade de tudo agrupar sob seu império, “mas porque se produz a cada instante, em todos os pontos, ou melhor, em toda relação entre um ponto e outro”, se origina em todos os lugares, sendo “uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada”²³³.

Nesta chamada “microfísica do poder”, Foucault estabelece que o poder não é algo que se possa possuir, é relacional; e que estas relações de poder são imanentes às relações em geral, econômicas, educacionais, sexuais, e, é claro — devo ressaltar — às relações de produção de cuidado, às relações curativas ou cuidadoras.

E ainda nesta concepção, estabelece que as relações de poder são intencionais, atravessadas por um cálculo, um objetivo, mas, ao mesmo tempo, são não subjetivas, no sentido da inexistência de um sujeito presidindo sua racionalidade, sendo constituídas por grandes estratégias anônimas que, encadeando-se entre si, vão esboçando o conjunto.

Esta concepção estabelece que “onde há poder há resistência”, sendo a resistência um dos elementos que constituem este jogo de forças e disputas. A desigualdade das correlações pressupõe resistência, sendo esta, portanto, intrínseca ao poder, não havendo, ao contrário do que se poderia imaginar, uma exterioridade possível em relação ao poder.

²³² FOUCAULT, 1988.

²³³ *Ibidem*.

Isto quer dizer que estamos todos, necessariamente, no poder, que não existe um lugar da “grande Recusa — alma da revolta, foco de todas as rebeliões, lei pura do revolucionário”²³⁴, mas que há uma multiplicidade de resistências, inscrevendo-se nas relações de poder como o irreduzível, o outro termo, introduzindo clivagens, defasagens, fraturas, arestas, fagulhas, podendo até, em certos momentos históricos, gerar incêndios, grandes rupturas, remodelamentos.

Esta “outra teoria do poder” traz, portanto, uma concepção do poder difuso, em rede ou em teia, relacional ou comunicante, em ato, insidioso e, sobretudo, em uma posição de positividade: um poder gerador, criador de existências, e também, insistirá Foucault, de subjetividades; um poder gerador, e não apenas regulador, de modos de existir, incluídos aí os resistentes, e não apenas os subservientes, os complacentes, os penitentes.

Mas, afinal, porque haveria uma tendência tão expressiva para estabelecer o poder apenas com base na negatividade, na interdição e na lei? — pergunta Foucault. Ao que responde:

[...] é somente mascarando uma parte importante de si mesmo que o poder é tolerável. Seu sucesso está na proporção daquilo que consegue ocultar dentre seus mecanismos. (...) O segredo, para ele, não é da ordem do abuso; é indispensável ao seu funcionamento.²³⁵

Mas, atenção: não havendo uma subjetividade específica — mesmo sendo um grupo ou uma classe social dominante coordenando ou planejando a racionalidade em ato deste poder —, isto significa dizer que o segredo é uma forma operacional de funcionamento do poder, e não um artifício ou uma estratégia utilizada pelos dominantes contra os dominados.

Temos aqui uma mecânica do poder, ao que parece. E, se o segredo é operatório na dinâmica do poder, sua revelação só pode se inscrever no campo da resistência, sendo o lugar que este trabalho pretende para si.

²³⁴ FOUCAULT, 1988.

²³⁵ *Ibidem*.

Ainda nesse texto, é preciso recordar que, existindo o poder a partir da disputa, resta ser esclarecido o que está sendo disputado.

Claro está que não é o Estado, em si mesmo, ou sua hegemonia, sendo esta, antes, instrumental no permanente disputar. E muito menos poderíamos responder que é o poder que está sendo disputado, o que levaria a um pensamento circular e sem saída: o poder existe pela disputa pelo poder.

Esta concepção de poder se diferencia do “Poder legislador”, do poder soberano. Portanto, não se trata da luta dos oprimidos contra os opressores, ainda que — o autor deixa bem claro — não negue absolutamente a existência de todas as formas de opressão, censura, restrição, etc. No entanto, sem recusar a negatividade do poder, pretende expor sua positividade atuante.

E isto se torna importante sobretudo quando este poder, “como puro limite traçado à liberdade, pelo menos em nossa sociedade, é a forma geral de sua aceitabilidade”²³⁶. Ou seja, entender esta disputa como uma disputa pela liberdade, uma luta libertária, seria a forma habitual de constituir a aceitabilidade do poder. Neste ponto, porém, Foucault responde categoricamente que o que está em disputa é nada menos que a vida. “Abre-se, assim, a era de um ‘biopoder’.”²³⁷

Trata-se, portanto, de um poder sobre a vida, sobre a produção, a reprodução, a expansão, sobre as manifestações da vida, ou melhor, sobre a maleabilidade tipicamente humana de a vida se manifestar.

Seria então a disputa nos jogos de poder a velha luta pela vida, presente desde a aurora da humanidade?

Não é bem isto, não se trata da luta de vida ou morte travada desde a era mais remota, desde o homem mais primitivo.

Esta disputa que surge e que, segundo Foucault, desenvolveu-se concretamente a partir do século XVII, surge em oposição ao poder soberano — que era o poder do gládio, o poder de confisco, de subtração, de extorsão de produtos, bens, serviços, trabalho, e, em última instância, extração do sangue — que se impunha aos súditos.

²³⁶ FOUCAULT, 1988.

²³⁷ *Ibidem*.

Este poder do soberano era, finalmente, o poder de dispor da vida dos súditos, mas, ainda assim, configurava-se como um poder sobre a morte: o privilégio de matar ou expor à guerra, pela obediência.

Já neste biopoder, as coisas são de outra ordem. É a era dos “procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano”²³⁸, por um lado, e das “intervenções e controles reguladores: uma biopolítica de população”²³⁹, por outro.

Trata-se de uma tecnologia composta por esses dois elementos, instalada a partir da época clássica, cuja missão não é mais subtrair ou matar, mas investir, ou revestir a vida de um saber/poder, em toda a sua extensão, pela “administração dos corpos e pela gestão calculista da vida”²⁴⁰.

Temos, portanto, daqui para a frente, o múltiplo jogo das forças, das disputas, com suas correlações e resistências, constituindo um poder em busca de “encarregar-se da vida”, procurando ter “acesso ao corpo”. É o momento da “entrada da vida na história — isto é, a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder — no campo das técnicas políticas”.²⁴¹

É claro que, em um contexto como este, no qual as tecnologias de poder são privilegiadamente agenciamentos concretos disciplinares ou normativos — em que o que está em disputa é “a vida como objeto político”, seja em suas necessidades fundamentais, seja na realização de suas virtualidades, de suas potencialidades, de sua plenitude possível —, as práticas médicas, incluídas aí as referentes à psiquiatria, terão um lugar de destaque. Mas, antes de passarmos a elas, convém uma abordagem, ainda que rápida, a um outro texto de Foucault, fundamental à genealogia deste poder pastoral, ou deste biopoder, qual seja, seu *Vigiar e Punir*.²⁴²

Este livro, de 1975, é considerado, juntamente com *A Vontade de Saber*, de 1976, exemplar da fase dedicada por Foucault à microfísica do poder, com seu investimento político do corpo:

²³⁸ FOUCAULT, 1988.

²³⁹ *Ibidem*.

²⁴⁰ *Ibidem*.

²⁴¹ *Ibidem*.

²⁴² FOUCAULT, 2002.

[...] como conjunto dos elementos materiais e das técnicas que servem de armas, de reforço, de vias de comunicação e de pontos de apoio para as relações de poder e de saber que investem os corpos humanos e os submetem fazendo deles objetos de saber.²⁴³

Trata-se, aqui, de um corpo, não como “base puramente biológica da existência”, mas, antes, “mergulhado num campo político” e “investido por relações de poder”²⁴⁴, um corpo, portanto, da biopolítica, do biopoder, da bioeconomia política.

É necessário, então, esclarecer esta “tecnologia política do corpo”, esta instituição do corpo-campo de batalha ou de disputa política. E este esclarecimento se dá pelo que Foucault denomina a constituição do “poder disciplinar” durante a época clássica, com seus “sinais dessa grande atenção dedicada então ao corpo — ao corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam.”²⁴⁵

Tem-se, então, este conceito-chave na definição do biopoder, as disciplinas:

Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade [...] ²⁴⁶

[...] uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente.²⁴⁷

A disciplina constitui todo um mecanismo histórico capaz de, simultaneamente, aumentar as forças do corpo em termos de aptidão, ha-

²⁴³ FOUCAULT, 2002.

²⁴⁴ *Ibidem.*

²⁴⁵ *Ibidem.*

²⁴⁶ *Ibidem.*

²⁴⁷ *Ibidem.*

bilidade e produtividade, e diminuir as forças do corpo em termos políticos, de desobediência, indisciplina e insubordinação, gerando a fórmula: “uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada”.²⁴⁸

Essa disciplina atuará, a partir do século XVII, de forma cada vez mais difusa no espaço social, por meio de inúmeros mecanismos tecnológicos microfísicos, buscando sempre uma colonização cada vez mais esmiuçada, detalhista, infinitesimal do corpo.

Entre seus artifícios temos: a distribuição espacial cada vez mais calculista dos corpos; a organização de um espaço analítico com uma localização individualizada dos corpos; o controle minucioso da atividade, do tempo esquadrihado para sua execução e dos atos sequenciais para sua otimização; a codificação instrumental do corpo; o estabelecimento do encontro eficiente entre os corpos e os objetos que manipulam; a composição do conjunto das forças ordenadas no agrupamento racional dos corpos, de maneira que “o corpo se constitu[a] como peça de uma máquina multissegmentar”.²⁴⁹

Avançando um pouco mais nesta microfísica disciplinar temos, como elemento primordial, a hierarquização da vigilância, que deve ser constante, ininterrupta, piramidal, gerando um poder anônimo, automático, “um poder relacional que se autossustenta por seus próprios mecanismos”.²⁵⁰

Também encontramos, como constituinte da microfísica disciplinar, a sanção normalizadora, este julgamento permanente, com seu funcionamento punitivo a partir do poder da Norma. “O Normal se estabelece como princípio de coerção”.²⁵¹

Temos, ainda, “o exame”, mecanismo disciplinar “que permite qualificar, classificar e punir”.²⁵² É sobretudo através do exame que se ligam, no poder disciplinar, uma produção de saber e um exercício de poder. Este dispositivo traz algumas características importantes, entre elas a de inverter a economia habitual da visibilidade no exercício do poder,

²⁴⁸ FOUCAULT, 2002.

²⁴⁹ *Ibidem.*

²⁵⁰ *Ibidem.*

²⁵¹ *Ibidem.*

²⁵² *Ibidem.*

de maneira que fiquem em evidência aqueles sobre os quais o poder é exercido; também a de estabelecer um processo documental sobre cada individualidade, transformando-a em um “caso”, um indivíduo descrito, mensurado, comparado, classificado, e, por fim, normalizado.

Ora, esta minuciosa descrição do poder disciplinar que Foucault estabelece nesse texto, a partir do exercício das punições, da edificação da sociedade carcerária, com todo seu mecanismo de vigilância cotidiana, observação permanente, classificação perpétua, julgamento contínuo, análise infinitesimal, punição-correção-coerção-sujeição, caminha, inesoravelmente, em direção ao “poder normalizador”.

E entre os dispositivos normalizadores — que avançam desde os “engenheiros da conduta, ortopedistas da individualidade”²⁵³, recobrin-do progressivamente todo o tecido social, funcionando de forma disseminada, formando um “*continuum* carcerário” —, temos a medicina, a psicologia, a educação, a assistência, e o “trabalho social”, que “tomam uma parte maior nos poderes de controle e de sanção”²⁵⁴.

Uma vez estabelecido minimamente este conceito de poder em Foucault, e tendo em vista que tal conceito se vincula diretamente aos outros dois, disciplina e normalização, que trazem à discussão tanto a medicina como um todo quanto a psiquiatria e a psicologia em particular, cabe passar aos textos dedicados por este autor especificamente a tais saberes.

É claro que, ao longo da leitura interessada desses textos, deterei-me especificamente sobre os pontos pertinentes à discussão acerca da autonomia e da tutela.

Começarei por sua abordagem da Medicina, de uma forma geral, com o texto *O Nascimento da Clínica*, de 1963, para, em seguida, tratar dos textos que cuidam do campo da saúde mental especificamente.

Para o tema pertinente a este capítulo sobre autonomia e tutela e seu desdobramento necessário sobre as relações de poder estabelecidas na, ou inerentes à prática clínica, este texto de Foucault estabelece a “experiência clínica”, com base em sua análise arqueológica das mudanças discursivas que compuseram, no final do século XVIII, início do

²⁵³ FOUCAULT, 2002.

²⁵⁴ *Ibidem*.

século XIX, a “experiência clínica — esta abertura, que é a primeira na história ocidental, do indivíduo concreto à linguagem da racionalidade, este acontecimento capital da relação do homem consigo mesmo e da linguagem com as coisas”²⁵⁵, enfim, estabelece a medicalização rigorosa e progressiva da sociedade.

Foucault ressalta nesse texto que “até o final do século XVIII a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade”²⁵⁶, e esta passagem do binômio sadio–mórbido para o do normal–patológico caracteriza uma divisão dos campos da existência nesta bipolaridade médica do normal e do patológico, representando, “na gestão da existência humana”²⁵⁷, a tomada de uma postura mais normativa.

Trata-se aqui, portanto, do tema da normalização, que será caro a este pensador ao longo de toda a sua trajetória, na qual, em muitos outros momentos, voltará a denunciar o controle e a tutela decorrentes de uma “sociedade, medicamente investida, instruída e vigiada”²⁵⁸.

Por fim, ainda nesse texto, Foucault insiste na redefinição do próprio estatuto do doente na sociedade, para que a experiência clínica seja possível; insiste, portanto, em um rearranjo de toda a sensibilidade social ao normal e ao patológico, e, em última instância, ao próprio indivíduo, uma vez que:

[...] o homem ocidental só pôde se constituir a seus próprios olhos como objeto de ciência, só se colocou no interior de sua linguagem, e só se deu, nela e por ela, uma existência discursiva por referência à sua própria destruição: da experiência da Desrazão nasceram todas as psicologias e a possibilidade mesma da psicologia; da colocação da morte no pensamento médico nasceu uma medicina que se dá como ciência do indivíduo.²⁵⁹

É bastante evidente nessa obra um diálogo de Foucault com o clássico *O Normal e o Patológico*, de Georges Canguilhem²⁶⁰, o qual foi um dos

²⁵⁵ FOUCAULT, 2003.

²⁵⁶ *Ibidem*.

²⁵⁷ *Ibidem*.

²⁵⁸ *Ibidem*.

²⁵⁹ *Ibidem*.

²⁶⁰ CANGUILHEM, 1995

orientadores acadêmicos do próprio Foucault. Mas este último apresenta as questões de uma maneira nitidamente mais crítica.

Na referida obra de Canguilhem, também encontramos um interessante debate, útil ao nosso tema da autonomia e tutela, uma vez que se fala ali em “normatividade vital”, e que “anormal implica referência a um valor, é um termo apreciativo, normativo”²⁶¹. Mas, sobretudo, a ideia é que “ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais”²⁶².

Com esta compreensão, Canguilhem aproxima o próprio conceito de saúde ao grau de autonomia, sendo mais saudável aquele capaz de ultrapassar a norma, tolerar infrações a esta normatividade vital e, inclusive, instituir novas normas em novas situações.

Na compreensão de Canguilhem, é a doença ou a patologia ou o adoecimento que gera limitações progressivas de autonomia, chegando ao limite de sua perda. Caberia à medicina apenas a tarefa de constatar esta perda de autonomia?

Voltemos a Foucault, e agora a seu texto dedicado à psicologia *Doença Mental E Psicologia*²⁶³, em que o autor traz o debate da distinção do normal e do patológico especificamente para a área da “medicina mental”. E se a medicina, de uma forma geral, “viu esfumar-se progressivamente a linha de separação entre os fatos patológicos e os normais”²⁶⁴, muito mais precária ainda será esta distinção no domínio do psicológico.

Foucault critica a concepção “evolucionista”, que enxerga os processos mórbidos como retornos a processos evolutivos inferiores ou anteriores; a concepção que entende a patologia mental como uma virtualidade presente em todos; a concepção que reconhece o adoecer mental como estrutural daquela personalidade; e mesmo a concepção “histórica”, que busca explicar o adoecimento com base na história individual, “que dá uma significação única ao devir psicológico de um indivíduo”²⁶⁵.

²⁶¹ CANGUILHEM, 1995

²⁶² *Ibidem.*

²⁶³ FOUCAULT, 1984.

²⁶⁴ *Ibidem.*

²⁶⁵ *Ibidem.*

Foucault critica, ainda, nesse mesmo texto, a concepção fenomenológica existencial, que, mesmo reconhecendo a consciência rigorosamente original que o doente tem de sua doença, insiste em penetrar na consciência mórbida pela via da “intuição”, concluindo que a doença é, “ao mesmo tempo, retirada da pior das subjetividades, e queda na pior das objetividades.”²⁶⁶

Foucault vai demonstrando como as várias psicologias fracassam no projeto de situar o fato patológico, não podendo demonstrar as condições de seu surgimento, por uma limitação intransponível.

Esta limitação diz respeito ao fato de que “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”²⁶⁷. Daí decorre que “cada cultura formará da doença uma imagem cujo perfil é delineado pelo conjunto das virtualidades antropológicas que ela negligencia ou reprime.”²⁶⁸

No que diz respeito à cultura ocidental, Foucault resgata as múltiplas manifestações atribuídas à loucura até o século XVII, em geral de maneira livre, estando a exaltação, a admiração, mais em pauta do que os processos de dominação, o que leva à conclusão de que “até cerca de 1650, a cultura ocidental foi estranhamente hospitaleira a estas formas de experiência”²⁶⁹.

No entanto, em meados do século XVII, acontece uma brusca mudança, que conduzirá a experiência da loucura cada vez mais ao mundo da exclusão. Este processo se inicia com um grande movimento de internação de “todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de ‘alteração’.”²⁷⁰

O que está em jogo neste movimento de internação é, portanto, o conjunto das relações da sociedade consigo própria, uma reestruturação do espaço social, gerando um corte que não existia antes, distinguindo todos aqueles incapazes de participarem na produção, na circulação ou no acúmulo das riquezas. Entre estes, encontravam-se os loucos.

²⁶⁶ FOUCAULT, 1984.

²⁶⁷ *Ibidem.*

²⁶⁸ *Ibidem.*

²⁶⁹ *Ibidem.*

²⁷⁰ *Ibidem.*

A partir daí advém um longo tempo de silenciamento para a loucura, um desaparecimento de cena, um despojamento de sua linguagem. E é ainda neste momento que fica estabelecido para a loucura um forte parentesco com as culpas sociais.

Mas, quando, após pouco mais de um século, este mundo correccional começa a se deslocar em um novo contexto social, então reformador, as antigas casas de internamento passam então a serem reservadas exclusivamente para os loucos. E o internamento passa por esta viragem, de sanção social sumária a medida de caráter médico.

O internamento se estreita então em torno do louco, que será submetido “a um controle social e moral ininterrupto; a cura significará reinculcar-lhe os sentimentos de dependência, humildade, culpa, reconhecimento, que são a armadura moral da vida familiar.”²⁷¹

É também a partir desse momento histórico, no qual a “loucura deixou de ser considerada um fenômeno global relativo, ao mesmo tempo, por intermédio da imaginação e do delírio, ao corpo e à alma”²⁷², que ela recebe seu estatuto psicológico. Neste novo mundo asilar da moral que se propõe a reprimir e castigar, a loucura se transforma em um fato que concerne à alma humana.

Foucault insiste que o homem só se tornou “psicologizável” “a partir do momento em que sua relação com a loucura foi definida pela dimensão exterior da exclusão e do castigo, e pela dimensão interior da hipoteca moral e da culpa.”²⁷³

A relação essencial da razão com a desrazão seria, portanto, não psicológica, porque não moralizável, sendo necessário ao homem “encontrar-se livre de toda psicologia para o grande afrontamento trágico com a loucura.”²⁷⁴

Aquilo que até o século XVI havia sido apreendido como o Diferente, o Insano, a Desrazão, passa, a partir do século XVII, a ser menosprezado, desvalorizado, reduzido ao silêncio por meio de todos os rituais de exclusão.

²⁷¹ FOUCAULT, 1984.

²⁷² *Ibidem.*

²⁷³ *Ibidem.*

²⁷⁴ *Ibidem.*

Integrando este processo, temos a redução progressiva do Insano à loucura, desta à doença, e finalmente à doença mental, uma vez que “nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente.”²⁷⁵

Concluindo, Foucault estabelece com este texto o nascimento da psicologia:

[...] a partir de um momento preciso na história de nossa civilização: o momento em que o grande confronto da Razão e da Desrazão deixou de se fazer na dimensão da liberdade e em que a razão deixou de ser para o homem uma ética para tornar-se uma natureza.²⁷⁶

Encontramos nesse texto um posicionamento extremamente crítico a toda psicologia possível, considerando mesmo que, ainda que “todo saber est[eja] ligado a formas essenciais de crueldade”²⁷⁷, neste caso específico, esta foi especialmente o que tornou possível uma análise psicológica da loucura.

Já em relação à psiquiatria, as posições estabelecidas por Foucault não serão muito diferentes destas da psicologia. Isto pode ser constatado com toda clareza em seu texto *História da Loucura na Idade Clássica*.²⁷⁸

Neste minucioso trabalho — em verdade, sua tese de doutorado —, Foucault parte do final da Idade Média, do desaparecimento da lepra do mundo ocidental e da vacância, por alguns séculos, do centro de gravidade dos rituais da encarnação do mal e do medo e dos ritos de purificação e exclusão.

A partir deste ponto, constata toda a pluralidade e loquacidade de manifestações da experiência da Desrazão, do Insano, ao longo de vários séculos, até meados do século XVII. Até esse momento, a loucura é apresentada como fascinante, sob vários aspectos, de variadas formas, associada à sátira moral, à revelação, uma experiência trágica, crítica, cósmica, uma sabedoria, paixão desesperada, etc.

²⁷⁵ FOUCAULT, 1984.

²⁷⁶ *Ibidem*.

²⁷⁷ *Ibidem*.

²⁷⁸ FOUCAULT, 1987.

Mas tudo isto cessará, a loucura sendo reduzida ao silêncio forçado pela era clássica. E este movimento de amordaçamento se inicia com a vasta internação difusa e ampla ocorrida no século XVII.

A loucura arrebanhada no conjunto dos desvalidos e dos economicamente inúteis passa a só ter hospitalidade no interior dos muros dos hospitais gerais, associanda a uma nova sensibilidade social, moral, que a reconhece entre os miseráveis e vagabundos, e a exclui enquanto perturbadora da nova ordem do espaço social.

É no interior dos muros da grande internação que a loucura vai sendo apagada, que uma nova estranheza social está em gestação, que uma familiaridade vai sendo rompida, uma trama vai se desfazendo, uma alienação vai sendo criada: “neste sentido, refazer a história desse processo de banimento é fazer a arqueologia de uma alienação.”²⁷⁹

Tal internamento é apenas um fenômeno de toda uma reorganização do mundo ético, nesse momento histórico, com o estabelecimento de novas linhas de divisão entre o bem e o mal, de novas normas na integração social.

Nesse internamento maciço, encontramos os venéreos, os devassos, os libertinos, os homossexuais, os dissipadores, os alquimistas, os vagabundos de toda ordem, os pródigos, os blasfemadores, os profanadores, os ilusionistas — estabelece-se um “mundo correcional”, com uma intenção purificadora e uma “cumplicidade da medicina com a moral”²⁸⁰.

No processo de aproximação ou de conversão progressiva dos imorais em anormais, a fase do internamento maciço, tal como aponta Foucault:

[...] tem um sentido preciso, e deve representar um papel particular: o de conduzir de volta à verdade através da coação moral. E com isso ele designa uma experiência do erro que deve ser compreendida antes de tudo como ética.²⁸¹

Mas nessa fase do internamento que se desencadeou no século XVII, ainda não havia nenhuma coerência médica, psicológica ou psiquiátrica,

²⁷⁹ FOUCAULT, 1987.

²⁸⁰ *Ibidem*.

²⁸¹ *Ibidem*.

estando em operação “uma coerência que não é nem a de um direito nem a de uma ciência, mas sim a coerência mais secreta de uma percepção.”²⁸²

Os asilos que receberam toda essa pluralidade de uma população rejeitada para além desta linha de divisão moral, tornar-se-iam, no entanto, em um ou dois séculos, “os campos fechados da loucura”.

O mundo do desatino passa a ser isolado, objetivado em personagens cada vez mais identificáveis para um julgamento e uma condenação pela sociedade de que, até então, faziam parte:

Esse é, assim, o ponto essencial: o fato de a loucura ter sido bruscamente investida num mundo social onde encontra agora seu lugar privilegiado e quase exclusivo de aparecimento; de lhe ter sido atribuído, quase da noite para o dia (em menos de cinquenta anos em toda a Europa), um domínio limitado onde todos podem reconhecê-la e denunciá-la — ela que foi vista perambulando por todos os confins, habitando sub-repticiamente os lugares mais familiares; o fato de se poder, a partir daí, e em cada uma das personagens em que ela se materializa, exorcizá-la de vez através de uma medida de ordem e precaução de polícia.²⁸³

O desatino é primeiro sujeitado a toda uma rede de obscuras cumplidades com todos os personagens da imoralidade, e só depois ocorrerá uma sujeição pelo conhecimento.

É a partir desse amplo rearranjo do mundo ético que se tem que compreender o personagem do louco, a loucura, na época clássica, que constituirá o cerne daquilo que “o século XIX acreditará reconhecer, entre as verdades imemoriais de seu positivismo, como a alienação mental.”²⁸⁴

E é essa reorganização do espaço social que prepara o terreno para a sujeição da loucura ao conhecimento, de maneira que:

[...] a loucura encontrará, desse modo, mas através de uma interpretação moral, esse distanciamento que autoriza o saber objetivo, essa culpabilidade que explica a queda na natureza, essa condenação moral que designa o determi-

²⁸² FOUCAULT, 1987.

²⁸³ *Ibidem.*

²⁸⁴ *Ibidem.*

nismo do coração, de seus desejos e paixões (...) o Classicismo formava uma experiência moral do desatino que serve, no fundo, de solo para nosso conhecimento “científico” da doença mental.²⁸⁵

A experiência do Classicismo inclui ainda toda uma jurisprudência da alienação, com vistas ao internamento, ao correccional, de forma que “é sobre o fundo de uma experiência jurídica da alienação que se constitui a ciência médica das doenças mentais.”²⁸⁶

Outro vínculo decisivo estabelecido nesse período do internamento é a redução da loucura à animalidade, como busca, ao mesmo tempo, de sua verdade e de sua cura, compondo “um desatino animal que forma o limite absoluto da razão encarnada e o escândalo da condição humana.”²⁸⁷

É desta teia de relações que a cultura clássica estabeleceu com a loucura, “no aparelho da coação moral e do desatino dominado”²⁸⁸, que a psiquiatria positiva do século XIX se proporá a estabelecer sua “objetividade patológica”.

Um primeiro movimento dessa objetivação da loucura é o grande esforço dos classificadores do século XVIII em incluí-la na vasta botânica das espécies patológicas, buscando suas subdivisões, todas as formas da loucura, com todos os signos que manifestam sua verdade, dentro da racionalidade da natureza.²⁸⁹

O desatino vai desaparecendo no movimento de conhecimento que transforma, finalmente, a vastidão da loucura na estreiteza da doença mental. E isto através de uma série de ciclos que se fecham em torno da loucura como paixão, como não-ser da razão, como quimera, fantasma, engano, erro, todos pela via da linguagem, já que “a linguagem é a estrutura primeira e última da loucura. Ela é sua forma constituinte, é nela que repousam os ciclos nos quais ela enuncia sua natureza.”

²⁸⁵ FOUCAULT, 1987.

²⁸⁶ *Ibidem.*

²⁸⁷ *Ibidem.*

²⁸⁸ *Ibidem.*

²⁸⁹ *Ibidem.*

Multiplica-se em torno da loucura “todo um conteúdo de culpabilidade, de sanção moral, de justo castigo”²⁹⁰, gerando a compreensão da loucura como fraqueza, impureza, imperfeição, desregulação, desregramento.

E o próprio sentido da exclusão e do internamento vai se modificando, cambiando de uma mera negatividade que anula para uma positividade, uma eficácia positiva de impor a verdade e a lei, com “poderes naturais, mais constrangedores para a loucura, mais adequados para submetê-la em sua essência que todo o velho sistema limitativo e repressivo.”²⁹¹

Esta elaboração da doença mental confere à loucura, no século XIX, uma consciência histórica: está “por sua natureza e em tudo o que a opõe à natureza, bem perto da história”²⁹². Mas é logo abandonada e esquecida, quando “o conceito médico e psicológico de alienação liberta-se totalmente da história para tornar-se crítica moral, em nome da comprometida salvação da espécie”²⁹³ — e isto no justo momento em que o conceito filosófico de alienação adquire uma significação histórica pela análise econômica do trabalho.

No final do século XVIII e ao longo do XIX, já estavam prontas, portanto, as condições para uma nova divisão, desta vez no interior do mundo do internamento. É que a figura da loucura vai se descolando do conjunto de toda uma população de excluídos e se delineando como a herdeira “natural” ou “legítima” desse espaço, colonizado progressivamente pela autoridade médica, criando a “percepção asilar da loucura”²⁹⁴.

De fato, cria-se um novo isolamento da loucura no interior do internamento: a “presença dos loucos representa aí o papel de uma injustiça, mas injustiça para os outros. Rompeu-se esse grande envolvimento no qual estava aprisionada a confusa unidade do desatino.”²⁹⁵

²⁹⁰ FOUCAULT, 1987.

²⁹¹ *Ibidem*.

²⁹² *Ibidem*.

²⁹³ *Ibidem*.

²⁹⁴ *Ibidem*.

²⁹⁵ *Ibidem*.

O próprio espaço do internamento vai sendo remodelado nessa fase em que a loucura assume sua posse, de uma maneira que uma função médica e uma função de exclusão possam ser exercidas, primeiro uma após a outra, e depois em uma síntese, na qual o próprio internamento se converte em medicação essencial, oferecendo as bases de sustentação do sistema asilar.

O internamento vai sofrendo essa metamorfose, de um espaço de coação para um espaço de verdade: “o internamento é, portanto, agente de cura; é uma entidade médica”²⁹⁶ — sendo esta a transformação da casa de internamento em asilo.

É assim que “a medicina [pôde], e só [então] apossar-se do asilo e chamar para si todas as experiências da loucura”²⁹⁷, estabelecendo uma definição de loucura, inclusive “a partir das relações que a liberdade pode manter consigo mesma”²⁹⁸, de maneira que “o desaparecimento da liberdade, de consequência que era, torna-se fundamento, segredo, essência da loucura.”²⁹⁹

O que está em curso nesse momento é a criação das condições de possibilidade de um conhecimento objetivo, positivo, da loucura, agora transformada em objeto de conhecimento. E “esta queda na objetividade é que domina a loucura, de um modo mais profundo e melhor do que sua antiga sujeição às formas do desatino.”

Temos aí um duplo movimento de liberação e sujeição da loucura, constituindo as bases da experiência moderna, do positivismo psiquiátrico, a partir do momento em que “há uma certa forma de consciência, historicamente situada, que se apoderou da loucura e que dominou seu sentido.”³⁰⁰

Essa liberação estaria composta pelo fim do internamento que confundia a loucura com outros desatinos, pela constituição de um asilo com objetivo médico, pela necessidade de se ouvir o que a loucura tem a dizer de si mesma, pela introdução da loucura como verdade

²⁹⁶ FOUCAULT, 1987.

²⁹⁷ *Ibidem*.

²⁹⁸ *Ibidem*.

²⁹⁹ *Ibidem*.

³⁰⁰ *Ibidem*.

do sujeito psicológico, seja da violência, da paixão, do crime, ou do determinismo irresponsável.

E todo esse movimento é, também, sujeição da loucura ao internamento, que é seu lugar de verdade e seu espaço de cura, de redução da loucura a objeto do olhar e do conhecimento, de julgamento moral sobre a loucura inserida nos jogos dos valores e da má consciência.

A constituição do asilo moderno representa, então, “esse gigantesco aprisionamento moral que se está acostumado a chamar, sem dúvida por antífrase, de a libertação dos alienados por Pinel e Tuke.”³⁰¹

Este aprisionamento se constrói por uma redução da loucura ao silêncio, por um contínuo reconhecimento da loucura por si mesma em espelho, por um julgamento perpétuo com suas punições, castigos, condenações morais e exigências de arrependimento, e também, sobretudo, pela proeminência do personagem do médico, que passa a sintetizar os papéis de juiz, pai, família, lei, capaz de instaurar “os velhos ritos da Ordem, da Autoridade e do Castigo.”³⁰²

É assim que:

[...] o asilo da era positivista, por cuja fundação se glorifica a Pinel, não é um livre domínio de observação, de diagnóstico e de terapêutica; é um espaço judiciário, onde se é acusado, julgado e condenado, e do qual só se consegue a libertação pela versão desse processo nas profundezas psicológicas, isto é, pelo arrependimento.³⁰³

É neste asilo que se converterá o louco no “alienado na forma moderna da doença”³⁰⁴. Mas não só o louco sofre esta objetivação: todo o homem torna-se objetivável neste movimento em que “a loucura fecha o homem na objetividade.”³⁰⁵

Nesse processo, que se configura como o nascimento da psiquiatria, encontra-se uma paradoxal liberdade oferecida ao doente mental, na qual “a liberdade do louco só existe nesse instante e nessa imperceptível

³⁰¹ FOUCAULT, 1987.

³⁰² *Ibidem.*

³⁰³ *Ibidem.*

³⁰⁴ *Ibidem.*

³⁰⁵ *Ibidem.*

distância que o tornam livre para abandonar sua liberdade e acorrentar-se à sua loucura; ela está apenas nesse ponto virtual da escolha”³⁰⁶. Ou, ainda: “o louco doravante está livre, e excluído da liberdade. Outrora ele era livre durante o momento em que começava a perder sua liberdade; é livre agora no amplo espaço em que já a perdeu.”³⁰⁷

Com base nesta sucinta revisão dos principais textos de Foucault dedicados à clínica, à psicologia, à psiquiatria, uma constatação parece evidente: a de que a relação de produção do cuidado está impregnada das relações de poder, das relações de saber, que lhe são intrínsecas e indissociáveis.

Os textos, aqui brevemente apresentados, parecem-me suficientes para a demonstração evidente de que a discussão a propósito da autonomia e da tutela foi um tema que atravessou todo o pensamento do autor, ao longo das décadas de 60, 70 e 80.

Ou seja, Michel Foucault constituiu-se, assim, em um autor primordial para o debate sobre autonomia e tutela, uma vez que perseguiu, incessantemente, o tema das formas sociais difusas de controle e dominação das subjetividades. E foi seguindo esta senda que, por necessidade, desenvolveu os conceitos de microfísica do poder, de biopoder e biopolítica.

Além disso, na investigação das formas micropolíticas, dedicou-se de maneira muito especial às relações de produção do cuidado, apresentando desde uma genealogia da clínica, do hospital, do asilo, da psiquiatria, da psicologia, até seus estudos finais acerca do cuidado de si na antiguidade.

Portanto, parece-me que nenhum outro autor se debruçou com tamanha força argumentativa à tarefa de desvendar os mecanismos insuspeitados sobre os quais se assentam as teorias e as práticas que ainda hoje regem quase a totalidade do mundo da produção do cuidado.

Parece mesmo que a senda aberta por Georges Canguilhem, a propósito da passagem da abordagem da saúde–doença para uma abordagem do normal– patológico, fez com que Foucault persistisse no horizonte

³⁰⁶ FOUCAULT, 1987.

³⁰⁷ *Ibidem*.

da decifração da sociedade que ele denominou “carcerária”, ao longo de quase todo o seu esforço teórico.

E isso não é tudo. Essa abordagem, com base nas práticas do cuidado, ofereceram-lhe uma ferramenta de entendimento composta por três elementos que lhe foram preciosos: primeiro, que este novo poder é difuso, descentralizado, micropolítico; segundo, que ele não se exerce por uma negatividade que reprime, sequestra, subtrai, mas pela positividade geradora, produtora de subjetividades; e terceiro, que seu campo de combate é a intimidade do ser, sua nova praça, seu novo campo de batalha é o corpo-sujeito-homem, pela via da normalização, que invade a sociedade da base ao todo, recobrando cada remoto espaço, em uma onipresença do poder disciplinar.

O autor, portanto, num primeiro momento, confere a esse estudo sobre a autonomia a inescapável dimensão biopolítica como constitutiva do próprio campo da saúde; num segundo momento, confere o reconhecimento de um poder microfísico operante necessariamente nas relações que compõem este campo da saúde; por fim, num terceiro momento, fornece uma visão, a princípio crítica ou até pessimista, sobre as possibilidades de uma prática que se pudesse considerar emancipatória, sendo, ao mesmo tempo, tributária da tradição que acabamos de elucidar.

Apesar disto, ou por isto mesmo, as contribuições de Foucault têm sido uma alavanca em todos os processos de reforma sanitária e psiquiátrica, e estão no cerne do questionamento a propósito da autonomia e da tutela, na sociedade em geral e na área da saúde em particular.

Bem, parece-me que é em função destes elementos que o autor é referência para uma discussão a propósito da autonomia e da tutela na produção do cuidado, ao contrário do que vem sendo proposto em um extenso debate bioético assentado em uma metafísica e em uma teleologia estéril.

Uma outra visão, portanto, que talvez pudéssemos colocar no extremo oposto desta visão de Foucault que acabo de abordar, por ser apresentada, em geral, de forma descolada do processo histórico e de forma normativa, é a visão construída por uma certa linhagem da “bio-

ética” oficial, que toma posição acerca da autonomia dos pacientes de forma deontológica.

Essa vertente bioética — que parte da discussão mais ampla, em que a autonomia ganha importância fundamental na discussão da ética política, das relações entre o eu e os outros, entre liberdade e condicionamento, ou entre os direitos individuais e a coletividade, entre o público e o particular — passa a uma abordagem mais restrita (ao campo da saúde), e sua abordagem da autonomia se refere especificamente aos usuários destes serviços.

Também no campo da ética aplicada à saúde, ou da bioética, é travado um intenso debate acerca dos limites entre autonomia e justiça, ou entre auto e heteronomia na produção do cuidado ou no trabalho em saúde. Privilegiarei, neste debate, apenas uma posição, a título de exemplo típico, a qual passo a expor em seguida. Trata-se de uma abordagem referente a uma das inúmeras correntes principialistas:

O *principialismo* é uma teoria moral embasada em princípios *prima facie* e aplicada ao campo dos dilemas e conflitos morais que surgem na área biomédica que foi muito criticada nos anos 80 por supostamente atribuir uma ênfase demasiada ao princípio do respeito à autonomia individual, em detrimento dos outros princípios *prima facie*, e por ser (supostamente) o típico produto do individualismo protestante norte-americano (e em parte britânico) e seus valores não serem necessariamente pertencentes a outras culturas morais, inclusive à cultura “mediterrânea” e “latino-americana”. Não temos espaço para entrar nos detalhes desta polêmica (que abordamos num outro trabalho) (12), mas podemos dizer que se, por um lado, é razoável estigmatizar o principialismo se este privilegia de fato e *a priori* o princípio da autonomia em detrimento dos demais princípios (por exemplo, o princípio de justiça), sobretudo quando temos em conta as profundas injustiças sociais que assolam muitas sociedades atuais (“mediterrâneas”, “latino-americanas” e outras), por outro, a crítica nem sempre procede, porque o principialismo, quando corretamente aplicado, não procede desta forma. De fato, o principialismo é simultaneamente analítico e pragmático, quer dizer, uma metodologia

da análise moral que analisa, de forma racional e imparcial, os argumentos morais em situações concretas de conflitos de interesses e valores *prima facie*, visando dirimir, quando possível, os conflitos pela escolha dos melhores argumentos. Em outros termos, o principialismo é exatamente o contrário de uma operação reducionista, como pretende, muitas vezes, a crítica antiprincipialista, pois o principialismo (pelo menos como o entendemos) não atribui de fato nenhuma prioridade lexical (ou *a priori*) ao princípio de autonomia sobre os demais princípios, nem se restringe necessariamente aos quatro princípios “canônicos” (beneficência, não-maleficência, autonomia, justiça), mas constitui, antes, uma opção metodológica para lidar com situações *trágicas* no campo biomédico, qual seja, onde existem dilemas morais resultantes de valores legítimos em competição entre si. Ademais, a lista dos princípios do principialismo não é necessariamente fechada, podendo integrar ou excluir princípios que não correspondam ao *ethos* vigente numa sociedade determinada. Dito isso, e considerando que alguma forma de autonomia e de autodeterminação faz parte do senso comum da cultura secular dos direitos humanos, acredito que o princípio de respeito à autonomia pertença ao patrimônio moral da humanidade, quer se queira ou não. Caso contrário, não poderíamos evitar a suspeita de que minimizar a importância do princípio de respeito da autonomia pessoal venha a negar a própria cultura dos direitos humanos e seus inegáveis (embora ainda insuficientes) avanços sociais e políticos. Em suma, a negação da importância do princípio de autonomia poderia muito bem ser uma espécie de regressão a estágios pré-modernos, mais que um avanço para um suposto estágio pós-moderno.³⁰⁸

Esta longa citação tem a virtude de sintetizar, de maneira imediata, e de forma exemplar, um modo normativo, como, não raras vezes, é desenvolvido no debate da autonomia no campo da bioética.

Considerando, portanto, seus desdobramentos pouco promissores, é que me despeço, mesmo que de forma precipitada, incompleta e injusta, de toda a polêmica bioética, e me dirijo, finalmente, a uma terceira abordagem do estudo do tensionamento entre a autonomia e a tutela:

³⁰⁸ SCHRAMM, 1998.

aquela constituída pelas contribuições ao debate do trabalho em saúde apresentadas por E. Merhy.

Merhy³⁰⁹ propõe uma distinção entre a tutela outorgada, aquela concedida pelo estado, em suas políticas, dirigidas a certos agrupamentos populacionais, e a tutela conquistada pelos agrupamentos, em sua luta cotidiana e histórica pelo acesso a riquezas ou benefícios necessários.

Propõe, ainda, que tanto uma tutela outorgada quanto uma tutela conquistada podem representar, ou desenvolver, um agir castrador, que despotencializa as “máquinas desejanter”, ou um agir liberador, autonomizante, que potencializa as “máquinas desejanter”.

E, em tal contexto, ainda que o ato cuidador no trabalho em saúde seja necessariamente um ato de tutela outorgada, este pode, conforme o modelo de intervenção, ter uma ação castradora ou não.

Assim:

Pode-se dizer que todo processo de trabalho em saúde produz “atos de saúde”, que perseguem a “produção do cuidado”. E que este, conforme as linhas de interesses que lhe dão sentido, impostas pelos vários atores em ação na sua concretude, permitirá a realização de distintos resultados, mais ou menos comprometidos com os interesses dos usuários, mais ou menos como dispositivos liberadores ou castradores de processos autonomizantes.³¹⁰

Merhy identifica, portanto, a tensa relação tutelar e liberadora que compõe intrinsecamente o ato cuidador, o qual pode agenciar processos de ganhos de autonomia, mesmo por quem busca uma tutela outorgada.

E, mais do que isso, Merhy identifica a própria produção de saúde, a partir do trabalho em saúde, com um ganho no grau “de autonomia no modo do usuário andar na sua vida”³¹¹, o que significa que a dimensão propriamente cuidadora, que pode se apresentar ou não como resultado do trabalho em saúde, está diretamente implicada, relacionada, ao resultado desta equação, constitutiva de todos os atos clínicos de qualquer

³⁰⁹ MERHY, 2001

³¹⁰ *Ibidem.*

³¹¹ *Ibidem.*

trabalhador de saúde, composta pela dimensão tutelar e pelo ganho efetivo de autonomia.

Isto localiza o binômio tutela × autonomia no epicentro do debate e do entendimento das construções ou produções clínicas. E mais, reafirma o pressuposto — que tentei resgatar com a revisão dos textos de Michel Foucault — de que as relações clínicas são necessariamente relações de poder, mas que, apesar disso, ou por isso mesmo, são abertas às possibilidades e potencialidades de seus devires.

Ou seja, onde há uma relação clínica, necessariamente humana, há uma relação de poder, mas não a priori uma relação dominadora ou castradora, podendo, ao contrário, ser uma relação criadora daqueles pontos dispersos de inversão dos vetores de poder de que falava Foucault, referindo-se à interioridade das relações de poder a que estamos todos condenados.

Insistindo um pouco mais neste ponto, relembro que a frágil revisão da desconstrução e reconstrução conceitual que Foucault estabelece em torno do que é o poder permite pensar as relações cuidadoras como sendo constitutivamente relações de poder, mas já não como um defeito do qual seria necessário purgar-se, já não como apenas uma denúncia de sua natureza controladora ou normatizadora.

Percebendo o poder em sua negatividade — subtração, repressão, restrição e limitação —, mas também em sua positividade — criação, indução, construção e produção —, é que podemos pensar o acontecimento clínico como vivamente poderoso, capaz de potencializar ou despotencializar seus participantes.

E se a perspectiva potencializadora prevalece, aí então, mais do que em autonomia — com suas referências já citadas ao próprio nomos, à liberdade de seguir suas próprias leis, e ao nomeus, a possibilidade de ser seu próprio pastor —, seria melhor falar em autopoiese, como processo de autocriação, como reconhecimento da invenção de si mesmo, como compromisso ético-estético-político, ou ainda, nas palavras de Foucault, como estética da existência, aflorando do poder relacional.

Este poder relacional se apresenta sob a forma, entre outras, do binômio autonomia–tutela, dobra constitutiva, capaz de desdobrar-se na tutela autonomizante ou na autonomia tutelante, vergando ainda mais o tenso arco do ato clínico, disparador de flechas deviresa. Arco também vergado pela ampliação da vida × ampliação da clínica, que abordei no capítulo anterior.

Mas esta discussão da autonomia parece, de certa forma, preceder a discussão da clínica, no sentido de ser pré-requisito dela, e também no sentido do raciocínio lógico, já que aqui se esclarece melhor a elaboração do poder disciplinar, segundo Foucault, que precede o debate da sociedade de controle, pertencente ao capítulo anterior.

E esta revisão da produção de Foucault sobre a saúde mental também poderia estar melhor situada antes da discussão sobre as reformas psiquiátricas, feita na introdução deste trabalho, já que lhe é subsídio e esclarecimento.

Vou então me encaminhando às conclusões, com a suspeita de acabar chegando à introdução, correndo o risco de pedalar em falso neste raciocínio ciclista, mas mantendo a esperança de produzir uma espiral, a qual, retomando temas semelhantes, possa encontrar-se um pouco acima do ponto por onde passava o debate anteriormente.

De toda forma, valeria a pena reler, agora, os capítulos anteriores, com o risco, entretanto, de já encontrar ali outro texto, talvez um pouco menos interessante, porque a força elaborativa de Foucault, aqui timidamente insinuada, já empalidece e ofusca as discussões anteriores, motivo pelo qual foi mantida assim a (des)ordem deste trabalho.

Antes de passar às conclusões, preciso ressaltar que absolutamente não ignoro a fragilidade da discussão realizada sobre a autonomia em geral, ou sobre a bioética em particular, a sua restrição ínfima a alguns poucos autores, que nem sequer possuem o reconhecimento de autoridades no assunto. No entanto, apelo para o fato de que não é o objetivo deste capítulo uma produção sistemática ou consistente sobre o vasto tema da autonomia, ou da bioética.

A razão deste capítulo é, simplesmente, em primeiro lugar, esclarecer que a dimensão autonomia–tutela é irremediavelmente integrante das práticas de produção do cuidado. Em segundo lugar, dizer que estas práticas são necessária e intensamente relações de poder. Em terceiro lugar, apresentar uma concepção de poder que supera a ingênua ideia do poder soberano, vertical, em sua negatividade. Em quarto lugar, apresentar a possibilidade da autonomia tutelante e da tutela autonomizante, também mais abrangente que o maniqueísmo habitual, por exemplo, o de algumas certas deontologias bioéticas. E, em quinto lugar, lançar uma provocação, ao propor a autopoiese dos pacientes e dos trabalhadores, em substituição à autonomia dos pacientes.

Mas isto já não seriam algumas conclusões?

CAPÍTULO 6

ÚLTIMO ATO ULTIMATO

“*De omni re scibili, et quibusdam aliis*”, sentenciava a expressão latina, significando “de todas as coisas sabíveis e de mais algumas”³¹², em geral atribuída àqueles que se pretendem donos do saber, ou da verdade, em uma troça que denuncia suas excessivas pretensões.

Ao menos desta falha gostaria de me livrar, anunciando logo não ter qualquer pretensão de fechar este debate, ou de estabelecer-lhe um veredicto, uma síntese, uma súmula, e, sobretudo, não ter condição, ou intenção, de precipitar em xeque-mate seus paradoxos, dilemas ou tensionamentos, querendo, então, somente compartilhar algumas conclusões a que fui chegando, não ao final, mas ao longo deste percurso.

Para começar, é possível arriscar, com base nas experiências clínicas concretas que acontecem no CAPS, algumas conclusões preliminares sobre os tratamentos involuntários nos serviços abertos e substitutivos propostos pela reforma psiquiátrica:

- 1 - Em primeiro lugar, há uma impossibilidade de se evitar, completamente e em todos os casos, o tratamento involuntário.
- 2 - O tratamento involuntário está difusamente distribuído ao longo do acontecimento clínico.
- 3 - Há momentos em que a involuntariedade se torna crítica, podendo representar muitas vezes um impedimento ao tratamento, ou um comprometimento de seus resultados.
- 4 - Isso é particularmente verdade nos casos considerados mais graves ou severos, em virtude do comprometimento que representam, sendo esta, justamente, a clientela prioritária dos CAPS.
- 5 - A involuntariedade se estabelece no tratamento por uma positividade, por atos que negam o projeto terapêutico, como o uso de psicotrópicos ilícitos, e por uma negatividade, pela recusa de procedimentos, como tomar os medicamentos.

³¹² FERREIRA, 1986.

6- O autoextermínio talvez constitua o paradigma exemplar da recusa total de tratamento. Tal situação limite impede definitivamente a continuidade de qualquer diálogo ou interseção ou acontecimento posterior.

7- Há, no manejo das situações de involuntariedade, uma abertura possível para a construção da autonomia do sujeito em questão, ainda que com intervenções que criem uma tutela temporária, colocando o que houver de involuntário em análise. É assim que podemos falar em tutela autonomizadora.

8- Conceder autonomia para a “atoalização”³¹³ da própria desagregação psíquica, física ou social cria condições cada vez mais tutelares, restritivas ou dependentes. É assim que podemos falar em autonomia tutelante.

9- O tratamento involuntário pode ser referido principalmente ao polo do dever de não abandonar, do dever de cuidar, mais do que ao polo da obrigação de se submeter ao tratamento.

10- O tratamento involuntário pode ser potencializador, ampliador da vida, neste sentido, possibilitando, para além da autonomia, a autopoiese.

Arriscando um pouco mais nas conclusões, pode-se considerar que, para muito além de uma proposta abolicionista, a reforma psiquiátrica, e, portanto, os serviços que dela derivam, têm um compromisso ético fundamental com a produção do cuidado em saúde mental, ou, pode-se dizer, com o possível do tratamento e suas formas de operar.

Claro que este tratamento não é visto, em uma positividade ufanista, como a aplicação “fria” e/ou mecânica das tecnologias, da ciência em sua imparcialidade, ou do combate heróico às doenças, ou da salvação, da remissão dos flagelos, ou da ortopedia moral dos degenerados ou viciados, ou do corretivo dos desviados.

Ao contrário, tal tratamento é considerado elo da cadeia de relações que constroem a conexão íntima entre o micro e o macro, sustentan-

³¹³ BOAL, 1991.

do ou renovando esta malha interativa de saberes-poderes, compondo a Política, no sentido mais clássico, da realização do humano em sua plenitude, ou em sua potência possível.

Ainda assim, ou por isto mesmo, os trabalhadores dos CAPS não podem se furtar ao tratamento propriamente dito, à construção de relações que se garantam terapêuticas.

Ora, a dimensão terapêutica dessas relações não se sustenta sobre os pilares da igualdade, da fraternidade, da liberdade, da bondade, da caridade, mas, antes, está ligada à equidade, às diferenças, à constituição da subjetividade, individual e coletiva, à elucidação da verdade, não metafísica, mas encarnada, pertinente a cada um, ou à sentença do desejo, ou, ainda, nas palavras de Nietzsche, ao tornar-se o que se é. Está ligada à construção possível de laço social, à genuinidade concernente a cada um nesta árdua tarefa de inventar sua forma única de ser um humano — esta corda sobre o abismo —, por vezes até demasiadamente humano em sua existência-sofrimento.

O terreno é arenoso, movediço. Vale arriscar, contudo, que não se trata, neste caso, de formas mais ardilosas e sofisticadas de capturar, mas, antes, de um possível reatar, resgatar e respeitar a dimensão trágica da loucura, sem abandoná-la condenada, enclausurada em si mesma.

De toda forma, a investigação em torno do tratamento involuntário esclarece sua possibilidade de acontecer de uma maneira não, ou ao menos não tanto, ou, ainda, não somente disciplinar, desde que estabelecido de uma maneira dialética — considerando o par indissociável autonomia–tutela —, dialógica — sendo uma via de mão dupla e sem correspondências biunívocas preestabelecidas por uma das partes —, e diacrônica — considerando a historiografia, ou mesmo a genealogia, dos sujeitos em questão.

Portanto, parece-me possível afirmar, ao cabo deste estudo, que o tratamento involuntário — como conceito ampliado e pluralizado, composto por todas as discordâncias entre o projeto terapêutico do trabalhador, profissional da produção do cuidado, e o projeto terapêutico do usuário, paciente, ao longo de todo o tratamento — ocorre no CAPS,

este serviço substitutivo de saúde mental, assim como ocorre em todos os serviços que pretendem exercer ou praticar a saúde mental.

No entanto, o tratamento involuntário existente não se presta, pelo fato mesmo de sua inevitabilidade, a ser um indicador, índice binário do funcionamento desta ou de outra práxis em saúde mental, podendo, no entanto, ser um útil analisador significativo dessas práxis.

Assim, seria possível afirmar também que este analisador, neste estudo de caso referente ao CAPS, aponta uma práxis factualmente distinta da tradicional prática psiquiátrica da construção disciplinar da involuntariedade. E que esta distinção, esta diferença, é dada, ou construída, na medida de um tratamento involuntário dialético-dialógico-diacrônico, como posição micropolítica, ou melhor dizendo, microbiopolítica, entendida esta na conformação da macropolítica, por meio de uma dobra como aquela da banda de Moebius, que transforma esta figura topológica em uma metáfora, que demonstra como a percepção de uma divisão binária apresenta-se como mera ilusão de ótica, quando um lado passa a ser a pura continuidade do outro.

Antes, porém, das conclusões, foram-me chegando efeitos, a(fe)tições, que repercutiram em mim de uma forma irresistível.

A primeira que menciono foi um efeito de apaziguamento, parcial mas extraordinário, do meu profundo desconforto em realizar, em minha prática clínica diária, os necessários e inevitáveis tratamentos involuntários daqueles que me dedicaram a tarefa de seu cuidado.

Tal desconforto foi, por um lado, motor desta busca reflexiva, sendo assim produtivo e criador, mas, por outro lado, o desconforto era tamanho que retinha em mim um efeito paralisante, ou, ao menos, inibitório, atrofiando minha atuação clínica em alguns casos nos quais sei eu, a posteriori, que uma atuação mais enérgica, decidida, e com a desenvoltura dos que não duvidam, teria sido melhor.

Penso em várias situações, felizmente não muitas, nas quais estive diante da necessidade de decidir um tratamento claramente involuntário, com inequívoca restrição da autonomia pessoal de sujeitos em crise, requerendo sua contenção química e física, quando já a palavra e o

diálogo nada mais podiam conter, e duvidei da legitimidade de minhas ações, da legitimidade de exercer esta autoridade que limita e restringe, acolhendo, amparando e protegendo.

Penso nesses momentos em que a necessária desconfiança de todas as intenções protecionistas, reguladoras, normativistas, adaptacionistas, me atalharam o ato clínico, e deixei alguém mais um pouco, mais um dia, uma tarde a mais, uma última noite, guiar-se por seus próprios desígnios, insistir em seu roteiro, apostar em suas verdades, indo de encontro, muitas vezes de peito aberto, em rota de colisão, ao lado fatal de sua tragédia pessoal.

Lembro-me daquele que teve o crânio esmagado sob as rodas de um ônibus, daquele outro que teve os ossos estilhaçados no fundo do fosso do elevador, e também de alguns que estão amontoados na cadeia pelos atos inexplicáveis que cometeram. Lembro-me do pacato senhor que assassinou seu irmão e seu pequeno sobrinho a pauladas, e por pouco não sucumbiu ao linchamento.

Mas não quero fazer aqui qualquer apologia protecionista, ou aticar o “bioterrorismo” que justifica, em nome dos riscos, tantas medidas contencionistas, restritivistas, muito menos fazer coro ao discurso da segurança, aos defensores de toda sorte de precauções e suspeições, etc.

Quero, tão somente, testemunhar este difícil exercício clínico de discernir, no fio da navalha, o momento de apostar um pouco mais, de negociar ainda um pouco, e de quando tutelar agora, construindo a autonomia de amanhã.

Cabe a cada um daqueles que traçaram seu percurso pela clínica buscar identificar sua tendência ao erro: se pelo excesso ou pela carência de intervenções tutelares; se pela conduta precipitada ou pela demora em agir.

De minha parte, portanto, é dizendo respeito à minha “falha trágica”, aquela que insiste em mim mesmo, sem direito a generalizações, que tenho a dizer de uma inibição em exercer o necessário tratamento involuntário, em alguns casos que se passaram. E que, ao longo do percurso que este estudo significou, fui a(fe)tivado neste particular, e pude

perceber uma maior desenvoltura diante destas difíceis situações que sempre ocorrem, especialmente no dia a dia dos que atendem urgências e crises, como é o meu caso.

Pensando em como o percurso por este estudo foi reverberando tais efeitos em mim é que me lembro de Árjuna, o arqueiro transcendental, o guerreiro infalível, o maior vencedor de inimigos de toda a epopéia Mahabhárata.

Em seu dilacerante dilema, narrado no Bhagavad Gita , Árjuna se encontra postado entre os dois exércitos, prestes a se enfrentarem na maior de todas as batalhas, ao lado do Senhor Krishna, seu companheiro de quadriga, e se vê presa da inação que seus pensamentos lhe provocam.

Como poderia ele combater contra aqueles a quem quer bem, contra aqueles os quais considera dignos dos maiores louvores, e por quem nutre tantos laços afetivos? Como poderia entrar nessa batalha fratricida, tendo em mente a não violência e o respeito mútuo?

São nesses instantes que antecedem o morticínio calamitoso que Árjuna recebe algumas lições que calam fundo em sua alma. Entre elas, a de que deveria agir naquele momento, deveria cumprir sua função, precisaria enxergar mais além do que alcançava sua própria mente, superar suas próprias considerações, que lhe prostravam e lhe inibiam as ações, deveria praticar o paradoxo da não violência pelo combate, e não pela inação, como lhe seria fácil, superando, portanto, a própria mentalidade.

Antes de combater seus inimigos e seus amigos, precisava enfrentar o desmedido combate de si próprio — traíçoeiro adversário é sua mente: “agitada, turbulenta,/ obstinada e muito forte./ Controlá-la me parece/ ser ainda mais difícil/ do que controlar o vento” .

Também não é nada fácil a prática paradoxal da tutela autonomizadora, quando as vidas e os mundos daqueles de quem cuidamos estão em jogo, assim como as nossas, ainda que em outra medida.

E em outra medida também é que reconheço a segunda a(fe)tivação que agiu em mim neste percurso.

Ao contrário da primeira, trata-se de um acirramento de minhas inquietações diante de todos os temas correlatos ao tratamento involuntário que me foram surgindo.

Assim é que foram se desdobrando os temas do poder disciplinar, da sociedade de controle, da autonomia e da tutela, da especificidade das práticas clínicas dos novos serviços de saúde mental, desta microbiopolítica constitutiva da produção do cuidado em ato.

Todos estes temas, mais do que conclusões, trouxeram-me novas e maiores inquietações. Tanto melhor, que não consigo vislumbrar qualquer encerramento para este texto. Ao contrário, só o vejo se desdobrando e se abrindo, bifurcando-se em tantas direções, visão rizomática vertiginosa, que não admite fins, com seus ilimitados novos começos.

Só me resta apelar pela benevolência do juiz, que me permita encerrar, apenas para logo mais seguir em frente.

Retruca ao bufão, o juiz: você não sabe o que diz, condeno-o à pena de perpétuo aprendiz!

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1970.

AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003a.

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2003b.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: _____. *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Nau, p. 86-92, 2003c.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. *Filosofando: introdução à filosofia*. São Paulo: Ed. Moderna, 1986.

ARTAUD, Antonin. *Cartas Aos Poderes*. Porto Alegre: Editorial Villa Martha, 1979.

BADIOU, Alan. *Ética: um ensaio sobre a consciência do mal*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1995.

BARRETO, Francisco Paes. *Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano*. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1999.

BERCHERIE, Paul. *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

BOAL, Augusto. *Teatro do oprimido e outras poéticas políticas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

BORGES, Jorge Luis. *Obra poética*. Buenos Aires: Emecé Editores, 2005.

CALLIGARIS, Contardo. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1989.

CALVINO, Italo. *As cidades invisíveis*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

CANGUILHEM, Georges. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1995.

CARVALHO, Frederico Zeymer Feu; MILAGRES, Andrea Franco. A clínica do Cersam. *Metipolá – Revista do Cersam Leste*. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde, 1997.

CELENO PORTO, Celmo. *Exame clínico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

COOPER, David. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

COSTA, Jurandir Freire. Apresentação. In: *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 1996.

COSTA-ROSA, Abílio. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). *Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina A.; YASUI, Sílvio. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, Paulo. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Nau, p. 91-97, 2003.

DALGALARRONDO, Paulo. *Civilização e loucura: uma introdução à história da etnopsiquiatria*. São Paulo: Editora Lemos, s/d.

DEBORD, Guy. *A Sociedade do Espetáculo*. Tradução de Estela dos Santos Abreu, Rio de Janeiro: Editora Contraponto, 1997.

DELEUZE, Gilles. *Conversações*. São Paulo: Ed. 34, 1992.

DOMINGUES, Ivan. *O grau zero do conhecimento: o problema da fundamentação das ciências humanas*. São Paulo: Edições Loyola, 1991.

DOR, Joel. *Estruturas e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus – Timbre, 1991.

DUARTE, Rogério. *Bhagavad Gita: canção do divino mestre*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

EQUIPE do CERSAM/LESTE. *Proposta para o Centro de Referência em Saúde Mental Distrito Sanitário Leste*. Belo Horizonte: Mimeo, 1996.

ESQUIROL, Jean Étienne Dominique. *Memorias sobre la locura y sus variedades*. Madrid: Ediciones Dorsa, 1991.

ESTELLITA-LINS, Carlos Eduardo. Notas sobre criação e desrazão em uma certa experiência trágica da loucura. In: AMARANTE, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 123-131, 2000.

EY, Henri. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Masson, 1981.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, Luiz Carlos. *A invenção do psicológico: quatro séculos de subjetivação 1500-1900*. São Paulo: Ed. Escuta/ Educ, 1994.

FIRMINO, Hiram. *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: Editora Codecri, 1982.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Ed. Universitária, 1980.

_____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, 1984.

_____. *História da loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

_____. *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988.

_____. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988.

_____. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.

_____. *Omnes et Singulatim: uma Crítica da Razão Política*. In: *Ditos & Escritos vol. IV*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 136-142, 2006.

FREUD, Sigmund. *Projeto para uma psicologia científica (1950/[1895])*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

_____. *Estudos sobre a histeria (1893/1895)*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1974.

_____. *A interpretação dos sonhos (1900)*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1972.

_____. *Fragmento da análise de um caso de histeria (1905[1901])*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

_____. *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (1909a)*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

_____. *Notas sobre um caso de neurose obsessiva (1909b)*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

_____. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (1911)*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

_____. *História de uma neurose infantil (1918)*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva, 1996.

GOLDBERG, Jairo. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Cora Editora, 1996.

GUIMARÃES ROSA, João. *Primeiras estórias*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1988.

GUIMARÃES ROSA, João. *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2001.

HUXLEY, Aldous. *Admirável mundo novo*. São Paulo: Globo, 1994.

JASPERS, Karl. *Psicopatologia geral: psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, s/d.

JONES, Maxwell. *A comunidade terapêutica*. Petrópolis: Editora Vozes, 1972.

KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin. *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1990.

LALANDE, André. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1993.

LAMPEDUSA, Tomasi di. *O gattopardo*. Rio de Janeiro: Editora Record; 2006.

LANCETTI, Antônio. *Clínica peripatética*. São Paulo: Editora HUCITEC, 2006.

LOBOSQUE, Ana Maria. Pelo fim próximo do hospital psiquiátrico. In: *Urgência sem manicômio*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 12-17, 1994.

_____. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicomios*. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2003.

LOPEZ, Mário; LAURENTYS, José Medeiros. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Ed. Livraria Atheneu, 1990.

MARCOS, Subcomandante Insurgente. *Insurgentas! (La Mar em Março)*. Carta 6.e. Tradução de Emilio Gennari. Comitê Clandestino Revolucionário Indígena – Comando Geral do Exército Zapatista de Libertação Nacional – EZLN. Montanhas do Sudeste do México: Mimeo, março de 2000, s/nº.

MARTINS, André. Criação e psicose: refazendo a metapsicologia das psicoses. In: AMARANTE, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 143-152, 2000.

MERHY, Emerson Elias. *Realizar no micro a luta macro: o ato de cuidar, um agir tutelar e autonomizador*. COBREM 2001. Disponível em: <www.paginas.terra.com.br/saude/merhy>. Acesso em: 10 mai. 2018.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.

_____. *Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores*. Campinas, 2004. Disponível em: <<http://www.paginas.terra.com.br/saude/merhy>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

_____. *O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido*. Mimeo. S/d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação em Saúde Mental*. Brasília: Editora MS, 2004a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde mental no sus: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Editora MS, 2004b.

MOEBUS, Ricardo. Chaves para uma cadeia discursiva: considerações sobre sexologia a partir de Michel Foucault. *Olympia – Cadernos de Saúde Mental de Ouro Preto. Ano I, Número 01*. Ouro Preto: Secretaria de saúde, p. 18-21, 2004.

NICÁCIO, Maria Fernanda. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A. et al. *Saúde Loucura 1*. São Paulo: Editora HUCITEC, p. 59-68, 1989.

NIETZSCHE, Friedrich. *Obras completas*. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1999.

ORWELL, George. *1984*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2005.

PAIM, Isaías. *Curso de psicopatologia*. São Paulo: Ed. E.P.U., 1982.

PELBART, Peter Pál. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, p. 139-148, 2003.

PENIDO, Cláudia Maria Filqueiras. A clínica e a formação nos CER-SAMs de Belo Horizonte, In: AMARANTE, P. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Editora Nau, p. 139-148, 2005.

PERRUSI, Artur. *Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria*. Recife: Cortez Editora/Editora Universitária, 1995.

PESSOTTI, Isaías. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996.

PINEL, Philippe. *Tratado medico-filosofico de la enagenacion mental o mania*. Madrid: Ediciones Nieva, 1988 [1801].

PITTA, Ana Maria Fernandes. Cuidando de psicóticos. In: GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, p. 8-10, 1996.

REALE, Giovanni e ANTISERI, Dário. *História da filosofia. Vol. I*. São Paulo: Ed. Paulinas, 1990.

RODRIGUES, Heliana Barros Conde. C. *À beira da brecha: uma história da análise institucional francesa nos anos 60*. In: AMARANTE, P. (org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 54-59, 2000.

ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Editora UFRGS – Sulina, 2007.

ROTELLI, Franco. *Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste*. In: Amarante, P. *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.74-92, 1998.

SARACENO, Benedetto. et al. *Manual de saúde mental*. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001.

SAURÍ, Jorge Joaquín. *El naturalismo psiquiátrico: história de las ideas psiquiátricas*. Buenos Aires: Ediciones Lohlé – Lúmen, 1996.

SCHNEEWIND, Jerome B. *A Invenção da autonomia*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2001.

SCHRAMM, Fermin Roland. *A autonomia difícil*. Revista Bioética, Vol. 06 (1), Brasília: CFM, 1998.

SEGRE, Marco et al. *O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia*. Revista Bioética, Vol.6 (1), Brasília: CFM, p. s/n, 1998.

SHAKESPEARE, William. *O mercador de Veneza*. São Paulo: Editora Abril, 1979.

SOALHEIRO, Nina Isabel. A implantação do projeto assistencial de saúde mental no Distrito Sanitário do Barreiro. In: *Dispositivos de tratamento em saúde mental na rede pública: construindo um projeto*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, p. 18-23, 1996.

SZASZ, Thomas. *Cruel compaixão*. Campinas: Papyrus Editora, 1994.

TENORIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos*. Hist. Cien. Saúde – Manguinhos, v. 9, n. 1, Rio de Janeiro, jan./abr. p. 25-59, 2002.

TESTA, Mário. *Saber em salud: la construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

YASUY, Sílvio. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A et al. *SaúdeLoucura 1*. São Paulo: Editora HUCITEC, p. 34-41, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Treatment of mental disorders: a review of effectiveness*. Washington: WHO, 1993.

SOBRE O AUTOR

Ricardo Luiz Narciso Moebus é formado em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais, Especialista em Psiquiatria pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais / Instituto Raul Soares, Especialista em Psiquiatria da Infância pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais / Centro Psicopedagógico, Mestre em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pós-Doutor em Racionalidades da Saúde e Práticas Integrativas pela Universidade Federal Fluminense, Psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude de Ouro Preto, e Professor Adjunto da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto.

“Este livro foi desenvolvido com as fontes *Berkeley Oldstyle*
e *Pill Gothic*, conforme Projeto Gráfico aprovado pela
Diretoria da Editora UFOP em 2014.”



editora **UFOP**



9 788528 803655