



PUC RIO

LÉLIO FERNANDO MARTINS

PACIENTES CRÔNICOS E REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO BRASIL


Dissertação de Mestrado
Departamento de Psicologia
Rio de Janeiro, 31 de março de 1998

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>

R. Ch 130 MBR6H TESE/UC

Título: Pacientes crónicos e reforma psiquiátrica no



Ex. 1 - PUCC 0125980

125980

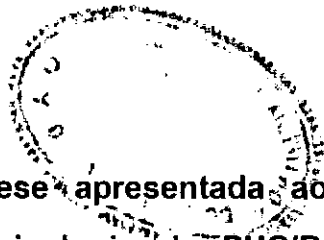
LÉLIO FERNANDO MARTINS

**PACIENTES CRÔNICOS E REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

**Dissertação de Mestrado
Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, 31 de março de 1998**

LÉLIO FERNANDO MARTINS

**PACIENTES CRÔNICOS E REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**



Tese apresentada ao Departamento de
Psicologia da PUC/RJ como parte dos
requisitos para obtenção do título de
Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Esther M. M. Arantes

**Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, 31 de março de 1998**

85547

UC-00074600-9



125980

150
M386A
TESE UC

*Cago nas suas artes de curar (...)
eu fico com a minha loucura.*

Paciente José A. P.
(Hospício de Juqueri, 1915)

Para as pacientes da Longa Feminina.

AGRADECIMENTOS

A Esther Arantes, pela orientação amiga e democrática.

A Erimaldo Matias Nicácio, pela interlocução e amizade.

A Tatiana Wargas de Faria, pelo muito que me ensinou.

A Iole Dielle de Carvalho e Maria Eugenia Brasil Pinto, sem cujo auxílio este trabalho não seria possível.

A Jussara de Moura Salgado, pela ternura e paciência.

A Solange Correia Picado, simplesmente por tudo.

SUMÁRIO

	Pág.
RESUMO.....	vii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I. CRONIFICAÇÃO, UM CONCEITO PROBLEMÁTICO.....	21
CAPÍTULO II. A LOUCURA E SEUS LUGARES.....	47
CAPÍTULO III. REFORMA OU RUPTURA, OS CAMINHOS DA MUDANÇA INSTITUCIONAL.....	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
BIBLIOGRAFIA.....	109

RESUMO

Este trabalho tem por objeto as relações entre as reformas psiquiátricas brasileiras e os pacientes crônicos. A proposta é utilizar estes pacientes como uma categoria de análise, de maneira a pensar o reformismo psiquiátrico no Brasil. Inicialmente, procuramos situar o conceito de cronificação face aos diversos saberes que o tematizam, tais como a psiquiatria, o institucionalismo e a antipsiquiatria. Em seguida, traçamos uma pequena história da psiquiatria brasileira, fazendo da questão da cronificação o nosso tema condutor, enfatizando que a história da psiquiatria brasileira e a das suas reformas, são na verdade uma mesma história. Finalmente, esboçamos o percurso do reformismo psiquiátrico, desde o surgimento da psiquiatria no Brasil, em meados do século XIX, até a apresentação do projeto da chamada lei Paulo Delgado, que visa a extinção paulatina dos hospitais psiquiátricos brasileiros, e sua substituição por outras modalidades de assistência.

INTRODUÇÃO

Foi Henfil quem disse que no Brasil, de vinte em vinte anos, as pessoas se esquecem de tudo o que aconteceu nos últimos vinte anos. Nossa psiquiatria, ao que parece, sofre do mesmo mal. Só assim talvez se explique porque as reformas psiquiátricas em nosso país guardem uma incômoda semelhança entre si: a indiferença com que a questão dos pacientes crônicos sempre foi tratada.

Com efeito, desde meados do século passado, os crônicos já eram um problema para a nascente psiquiatria brasileira (MACHADO e outros, 1978, p. 475). A solução adotada então, e que prevaleceu por décadas, foi a expulsão desses pacientes para longe, para as chamadas colônias psiquiátricas, rumo ao abandono e a morte. Primeiros fracassos terapêuticos, primeira excreção dos maus resultados, estabelecendo um modo prototípico de relação com os crônicos, que se repetiria ao longo de toda a história da psiquiatria brasileira. Sempre, porém, a pretexto de tornar mais eficiente a assistência psiquiátrica, de modo a evitar novas cronificações. Daquela época para cá, no entanto, apesar de todos os esforços empreendidos, a cronificação jamais deixou de existir. Culpa do modelo asilar de assistência psiquiátrica, diz-se, que apesar de todas as reformas jamais deixou de prevalecer, mas que será redimido pelas novas formas de lidar com a loucura.

Hoje em dia, contudo, tal como antigamente, existe uma grande quantidade de pacientes crônicos, internados há muito tempo, em relação aos quais é difícil o sucesso daquilo que se convencionou chamar de

“ressocialização”, seja por suas famílias não os aceitarem mais, seja por se tratarem de casos com os quais não se sabe como lidar clinicamente. Os crônicos se tornaram um estorvo aos projetos reformistas da psiquiatria brasileira, ao ocuparem leitos que poderiam ser utilizados por outros pacientes, em primeiras internações, e portanto com melhor prognóstico.

O objetivo deste trabalho é — tomando os pacientes crônicos como categoria de análise —, investigar que relação vem sendo estabelecida, no campo das reformas psiquiátricas brasileiras, entre um plano que será chamado discursivo (produções teóricas sobre transformações na assistência psiquiátrica e sobre a questão da cronificação), e outro, denominado das práticas (de que forma as mudanças ocorrem). A intenção é, para além da perspectiva evolucionista com a qual nossa psiquiatria pensa sua própria história, buscar aquilo que permanece como fundo comum às transformações na assistência, embora talvez apenas como um resíduo (GINZBURG, 1990, p.143-179), para a partir daí eleger este tema condutor como o eixo principal de uma pequena história do reformismo psiquiátrico no Brasil.

Esse *leitmotiv* será a cronificação. Noção que aparece muito precocemente no discurso psiquiátrico brasileiro, passa por diferentes conceituações, mas fundamentalmente aponta para a produção de um resto, e como se lida com este resto. Os crônicos são o analisador por excelência — no sentido que a análise institucional deu ao termo (LAPASSADE, 1980, p.102) —, das reformas psiquiátricas. Melhor do que qualquer outro possível analisador, os crônicos possibilitam uma autêntica decomposição do reformismo em suas partes mais elementares, e talvez também mais rudes. Foi em grande parte contra a

cronificação que se fizeram todas as reformas psiquiátricas no Brasil, ainda que o resultado destas até aqui tenha sido sempre desfavorável aos próprios crônicos.

O objeto desta dissertação, portanto, serão as reformas psiquiátricas brasileiras, consideradas aqui como os movimentos médico-políticos que lograram se traduzir em dispositivos legais, visando a transformação da assistência psiquiátrica em nosso país. Como referencial cronológico, será utilizado o período que se estende da inauguração do Hospício de Pedro II, em 1852, até a apresentação do projeto de lei nº 3657, de 1989 (lei Paulo Delgado), que propõe a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos no Brasil.

Metodologicamente, este trabalho se valerá de determinados aspectos do pensamento foucaultiano, mais especialmente da arqueologia. Em primeiro lugar, por afinidade temática. Ao longo de sua produção teórica, a questão da loucura constituiu-se numa referência recorrente para Foucault. A obra inaugural da arqueologia, tentativa inicial desenvolvida por Foucault no sentido de formular uma nova metodologia para pensar a história, é justamente a **História da loucura**.

Desta obra seminal, foram utilizadas algumas contribuições específicas para pensar questões cruciais a este trabalho. Na **História da loucura**, a análise é estruturada principalmente pela distinção e articulação de dois níveis diferentes, denominados "conhecimento" e "percepção". O primeiro se remete às teorias sobre a loucura, enquanto o segundo designa os modos de agir sobre o louco, que dependem de outras regras que não as teóricas. Foucault privilegia em sua análise este segundo nível, partindo de que a criação e a

transformação dos espaços de reclusão da loucura, não se deveram basicamente ao avanço do conhecimento médico, mas a fatores políticos, econômicos e sociais. É num lugar anterior ao conhecimento, que se pode encontrar a verdade sobre a loucura. Em outras palavras, "o nascimento da psiquiatria só pode ser elucidado a partir do tipo de intervenção que a caracteriza" (MACHADO, 1982, p. 79). É no gesto que separa a loucura da Razão, e não no avanço do conhecimento médico, que se deve procurar as origens da psiquiatria. Assim, a constituição desta é explicada menos pelas teorias médicas do que pela prática asilar. As transformações sociais que originaram o hospício é que possibilitaram a patologização da loucura.

Da arqueologia foucaultina interessam ainda a esta dissertação dois aspectos, essenciais à abordagem adotada aqui. O primeiro é a recusa da idéia de progresso para explicar a constituição dos saberes sobre o homem na modernidade. Trata-se de não pensar a trajetória desses saberes como um caminho que vai da ilusão às certezas científicas. Adotando uma perspectiva diferente da epistemológica, Foucault não privilegia a questão da cientificidade dos discursos. O campo próprio da sua análise é o dos saberes, que não se confundem nem são redutíveis ao discurso científico: "Os saberes são independentes das ciências, isto é, se encontram em outros tipos de discursos: mas toda ciência se encontra no campo do saber e pode ser analisada como tal" (MACHADO, 1982, p. 172). Anulando a questão da cientificidade, Foucault vai abolir simultaneamente em sua análise, a atualidade da ciência como critério de julgamento sobre um saber do passado.

O segundo aspecto é a posição oposta que a arqueologia procura

ocupar face ao método histórico tradicional. Diferentemente deste, seu objetivo é enfatizar a singularidade dos acontecimentos. O método foucaultiano busca descontinuidades onde só se enxergam desenvolvimentos contínuos, procura as recorrências que desmascaram o anunciado progresso do presente. Além disso, Foucault faz duas críticas à história tradicional: a primeira quanto ao seu empirismo — ela está interessada em indivíduos, obras e assim por diante. A segunda é que ela possui uma concepção humanista, da qual a imagem de Pinel desacorrentando os loucos é um ícone. Foucault denuncia ainda que a história tradicional funciona como uma memória social, opondo a tudo isto sua própria concepção de história. Ele não pretende contar os fatos como realmente aconteceram, mas reconstituir unidades que o discurso fragmentou para torná-las invisíveis. Seu objetivo é problematizar aquilo que se apresenta como evidente em si mesmo. Onde a história tradicional vê quebras para recompor continuidades, o método foucaultiano reconhece diferenças a serem exploradas (DELAPORTE, 1994, p. 141-142).

Assim é que, ao tomar a cronificação — esta experiência drástica da loucura —, como categoria de análise, o que se pretende evidenciar é que, para tentar compreender os mecanismos que vêm regendo as reformas psiquiátricas no Brasil, talvez seja preciso adotar a perspectiva que delas se pode ter a partir das margens deste sistema, num lugar aquém ao conhecimento. A opção metodológica utilizada por este trabalho encontra portanto sua razão de ser, em que a cronificação, com sua insubmissão tanto à psiquiatria brasileira quanto aos seus projetos reformistas, aponta as contradições destes, justamente em sua faceta mais nobre — seus propósitos ético-clínicos.

A escolha do tema desta dissertação, surgiu a partir da nossa atividade como psicólogo no Hospital Estadual Psiquiátrico, localizado em Jurujuba, Niterói. Esta experiência transcorreu entre janeiro de 1991 e julho de 1993, na Longa Permanência Feminina — uma enfermaria para pacientes crônicas. Além do trabalho propriamente dito, de atendimento às pacientes do setor, muito cedo se tornou clara a necessidade de buscar um referencial teórico, que ajudasse a entender a razão de ser daquela realidade tão desrazoável.

O cotidiano institucional do Jurujuba então, e desde alguns anos, era de transformação. Procurava-se fazer do hospital — que até cinco ou seis anos antes havia sido pouco mais do que um depósito de pacientes —, uma unidade de saúde dinâmica, que priorizasse formas de assistência mais ágeis e eficazes do que o tradicional asilamento. Durante décadas (sua inauguração data de 1952), o Jurujuba foi visto como uma espécie de sucursal do Inferno, mesmo para quem lá trabalhava. Recursos originalmente terapêuticos, como por exemplo o eletrochoque, eram freqüentemente usados como substitutos de medicação psiquiátrica, as quais muitas vezes não existiam no hospital, segundo o relato de antigos funcionários. Esta rotina degradada, na qual a presença dos mais variados maus-tratos se aliava à inexistência de qualquer tratamento, tornou a internação em Jurujuba um verdadeiro anátema, um sinônimo de pena de morte, ainda que se conseguisse sobreviver. Relatório de 1961, por exemplo, declarava que o hospital “não podia manter tantos doentes naquele exíguo espaço” (RESENDE, 1987, p. 54).

Era esse então o panorama que se procurava modificar, o que vinha acontecendo efetivamente. Este processo, no entanto, não se desenrolava sem

traumas ou contradições. A mais flagrante destas, talvez fosse a que se relacionava com os pacientes crônicos, que haviam se constituído ao longo dos anos, no contingente mais numeroso dentre os internados. Qualquer mudança institucional, portanto, teria necessariamente que promover o enfrentamento desta questão. A maneira escolhida, de acordo com a direção médica do hospital (comunicação pessoal, abril, 1991), foi a remoção da maior parte desses pacientes para colônias psiquiátricas como Carmo, Vargem Alegre, Rio Bonito e Paracambi, de modo a reduzir consideravelmente o número de leitos no Jurujuba. Esta operação de enxugamento é que permitiria a mudança no perfil de atendimento, fazendo o Jurujuba passar de depósito humano a hospital psiquiátrico, voltado ao atendimento de pacientes em primeiros surtos.

Procedimento adequado, portanto, e consonante às tendências atuais em saúde mental. Para quem estava chegando naquele momento, contudo, e pensava em trabalhar com a chamada "população residual", foi chocante constatar a falta de cuidado e de um pensamento clínico minimamente elaborado, que norteassem a atitude do hospital para com os pacientes crônicos. Entretanto, logo aprendemos que aquele procedimento não constituía uma exceção, mas a regra, no que se refere às reformas psiquiátricas no Brasil. E mais — que o problema dos crônicos era muito antigo, remontando ao próprio início da psiquiatria em nosso país, e que muitas das soluções e novidades propostas atualmente já eram moeda corrente na assistência psiquiátrica da virada do século. Era como se tudo se repetisse com uma insistência e ao mesmo tempo uma inconsistência de pasmar.

Assim, não seria desejável traçar mais uma história da psiquiatria no

Brasil, sem que o reformismo e a cronificação desempenhassem papéis centrais na trama. A associação dos dois temas nunca foi feita na historiografia oficial, e a própria questão da cronificação, por si só absolutamente crucial, jamais motivou um estudo específico ou aprofundado, seja do ponto de vista histórico, seja do clínico-psiquiátrico. O silêncio, aliás, parece ser o apanágio da cronificação. Dela nada se fala, nada se escreve, “e no entanto, ela se move”. E faz mover, nem que seja contra si mesmo, um edifício teórico-prático de dimensões imensas, ainda que vazio por dentro. Aparentemente, existe uma contradição nisto, mas na verdade não. Pois embora o tema da cronificação seja atualmente um autêntico tabu no meio da saúde mental, de tal modo que só é mencionado entre aspas, ou como algo que pertence ao passado, ele continua incomodamente presente no dia-a-dia da psiquiatria, mesmo quando já foi banido do moderno hospital psiquiátrico.

O silêncio assume então, não apenas a forma de um vazio conceitual, no campo da produção teórica, mas também a de um apagamento histórico, no que se refere à existência mesma dos pacientes crônicos. A respeito, por exemplo, do processo de diminuição do número de internos em Jurujuba, que foi mencionado anteriormente, de 800 para 120, a direção médica do hospital informou ainda (comunicação pessoal, abril, 1991), que “alguns” haviam sido mandados para outros estabelecimentos, e “outros” morrido. Uma redução de 85% foi definida desta maneira. Exceção? Pergunte-se então em outros hospitais que passaram por uma transformação semelhante, o que foi feito dos seus pacientes crônicos. E no entanto, tudo isso aconteceu com uma naturalidade absoluta, como a única forma possível de gerir qualquer reforma no

campo da assistência psiquiátrica. Entretanto, como diz Cecília Coimbra, “a memória é rebelde”, e insiste em deixar rastros, dentre os quais justamente o silêncio é o mais eloqüente. Silêncio a partir do qual foi pensado este trabalho, que consiste essencialmente na tentativa de ocupação de um espaço, que no entanto apenas aparentemente está vazio, já que repleto de vidas e história. É do resgate de uma pequena parte disto que foi ocultado, que este trabalho vai se ocupar. É da hegemonia de um silêncio que se vai falar.

Esta opção cria desde logo uma dificuldade: como falar de algo que vem sendo tão meticulosamente calado há tanto tempo? Que fio condutor seguir, no meio de um emaranhado que muitas vezes leva a nada? Com quais referências bibliográficas contar, uma vez que acadêmica ou literariamente, esse tema parece nunca ter cativado qualquer autor? Nesse sentido, foi preciso constituir como alavanca para o trabalho, o que até então se colocava como um obstáculo. Assim, aos poucos foi possível descobrir, nas lacunas que se apresentavam, um indicativo do caminho a percorrer. A história dos pacientes crônicos na verdade é profusa, desde que lida nas entrelinhas e desvãos da historiografia oficial. Esta se coloca face àquela como o relato de uma impotência, como o retrato envergonhado de algo que, não podendo ser apagado completamente, precisa ser escondido.

Tornou-se necessário, a partir dessa constatação, estabelecer uma estratégia de pesquisa que abrisse a possibilidade de visualizar melhor a questão da cronificação. O caminho escolhido foi o de eleger um contraponto à este tema, a partir de uma hipótese preliminar: a de que não é cabível pensar a cronificação, na história da psiquiatria brasileira, sem relacioná-la ao reformismo psiquiátrico.

Somente a combinação destes dois temas permite um estudo reflexivo sobre ambos. Isto porque eles compõem, ora um, ora outro, a figura e o fundo de uma mesma questão: os limites e possibilidades da assistência psiquiátrica, a partir de um recorte ético-clínico.

Dado esse passo inicial, é preciso reafirmar a historicidade do reformismo psiquiátrico. Porque, na historiografia oficial do movimento, há definições que vinculam a noção de reforma tão-somente ao momento atual (ver, por exemplo: AMARANTE e outros, 1995, p. 91 e DELGADO, 1992, p. 42). Despojando, entretanto, as reformas psiquiátricas do seu caráter histórico, o que se consegue é esquecer, por exemplo, que os pacientes crônicos são hoje ainda, como antes, o maior obstáculo à sua implementação. Talvez por isso não sejam sequer mencionados na lei Paulo Delgado, muito embora constituam a parcela majoritária de pacientes internados.

Outra questão delicada é o que se pode entender sobre a noção de crônico. Na verdade, a conceituação de cronicidade é uma das questões cruciais deste trabalho. Porque não existe, a rigor, uma conceituação consistente de cronificação na literatura psiquiátrica. É em outro campo de conhecimento que vai ser encontrado um conceito de cronicidade, que há muitos anos tornou-se hegemônico: a antipsiquiatria. Para a antipsiquiatria, a cronificação é resultante de períodos prolongados de internação, com a conseqüente quebra dos vínculos familiares e sociais. A partir disto, se desenvolveria uma forma de vida em tudo dependente da instituição psiquiátrica. A cronificação, portanto, não seria decorrente de um processo evolutivo da doença mental, estando relacionada às condições de isolamento social às quais os pacientes psiquiátricos são

submetidos no asilamento. Por trás deste entendimento, no entanto, não está apenas o fato da antipsiquiatria adotar uma atitude de contestação à psiquiatria e suas práticas. Ao lado desta motivação ideológica, também há um objetivo prático sendo perseguido, que é conferir novamente ao conceito de cronificação uma operatividade, que no campo da psiquiatria já foi perdida há muito tempo.

De fato, a conceituação psiquiátrica de cronificação gerou uma prática institucional de separação e isolamento ainda mais radical que o hospício: as colônias psiquiátricas. Estas se converteram rapidamente em verdadeiros guetos psiquiátricos, que há décadas viram se esgotar sua suposta eficácia, e por extensão sua credibilidade. Assim, uma conceituação renovada sobre a cronificação tem muitas utilidades: além de servir de instrumento a uma crítica feroz à psiquiatria tradicional, abre uma perspectiva ainda não explorada no campo teórico, possibilitando a criação de um novo leque de medidas interventivas. Cronificação passa a ser sinônimo de internação psiquiátrica de longa duração. Um caso de iatrogenia, portanto.

Esta é uma virada teórica decisiva na assistência psiquiátrica moderna, e que ocorre num momento em que diversas variáveis se cruzam e articulam, ajudando a dar credibilidade e a fortalecer a concepção antipsiquiátrica da cronificação. O cenário do pós-guerra, quando novas correntes do reformismo psiquiátrico surgem — como a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas —, aponta de um modo geral para um fortalecimento da democracia e seus valores, ainda que apenas formalmente na grande maioria dos casos. As atrocidades cometidas durante o conflito contra populações indefesas, por seu turno, guardavam incômodas semelhanças, antes insuspeitadas, com situações

habituais vividas em tempos de paz, dentre as quais o tratamento dispensado aos doentes mentais talvez fosse o maior exemplo. Para transformar essa realidade, buscou-se aplicar no campo da psiquiatria uma democratização dos métodos de tratamento, a partir da qual valores como liberdade e auto-determinação fossem assegurados aos pacientes. As internações psiquiátricas começaram a ser questionadas, embora não ainda em si mesmas, e sim pela forma como aconteciam, com o esquecimento do seu potencial terapêutico.

Dava seus primeiros passos uma psiquiatria renovada, e chamada de social, em oposição à velha psiquiatria dos manicômios. No entanto, o fato é que desde seus primórdios, na passagem do século XVIII para o XIX, a psiquiatria se constitui como uma forma — a primeira —, de medicina social (BIRMAN, 1978, p. 38). As condições históricas que atuaram no surgimento da doença mental, são um dos pilares sobre os quais se assentou o alienismo, forma inicial da psiquiatria. Outro desses pilares foi a aceitação integral do encargo social com relação ao louco, caracterizado pelo assistencialismo. Mas a filantropia não era a única modalidade do alienismo. Havia também uma corrente organicista no alienismo, a qual buscava uma aproximação da chamada medicina mental com as demais especialidades médicas, para assim alcançar um estatuto de cientificidade. Estabeleceu-se desde muito cedo, então, uma disputa entre uma psiquiatria que se volta para o assistencialismo, e uma outra, cujo objetivo é tratar a doença mental pontual e organicamente. Embora este combate tenha sido cada vez mais favorável ao organicismo, foi à velha tradição asilar e assistencialista que quase sempre se precisou recorrer, para prover a administração cotidiana da doença mental. Assim, quando no pós-guerra se inicia

uma contestação às formas clássicas do asilamento, e esse movimento adota o nome de psiquiatria social, parece existir aí um equívoco histórico, ou uma impropriedade semântica.

Enquanto isso, alheia a essa disputa, a realidade dos pacientes crônicos permanecia como sempre havia sido. E embora se possa afirmar que a psiquiatria social tenha produzido um efeito de contaminação no restante da psiquiatria, no sentido por exemplo de questionar a autoridade absoluta dos médicos, ou a utilidade das internações longas, é forçoso reconhecer igualmente que mesmo nas sociedades ditas democráticas, a situação da maioria dos pacientes crônicos continuou abjeta. Por outro lado, no campo do organicismo, novos recursos foram incorporados ao arsenal terapêutico, como a lobotomia e o eletrochoque (na década de 30), e os psicofármacos (nos anos 50). Pela criação da lobotomia, o português Egas Muniz chegou a receber o prêmio Nobel de medicina, o que não deixa de ser emblemático quanto ao modo organicista de conceber a doença mental. Por esse meio, tornou-se possível "curar" pacientes agressivos, agitados, anti-sociais enfim, ainda que ao preço de torná-los verdadeiros vegetais humanos. A própria radicalidade desse procedimento (o que inclui suas implicações éticas), restringia contudo seu uso, tornando pouco viável a sua massificação — o que não quer dizer que não tenha sido largamente empregado. Quanto ao eletrochoque, sua utilização foi ainda mais intensa, servindo tanto para tratar quadros depressivos e catatônicos, quanto para punir pacientes insubmissos. Mas esses métodos — formas intermediárias entre o tratamento e a tortura, como é típico em psiquiatria —, representaram meras aproximações a um meio genuinamente médico de abordar a doença mental.

Com o advento dos neurolépticos, a psiquiatria acreditou atingir esse objetivo. Por se tratar de um meio terapêutico amplamente utilizável e de razoável eficácia, tornou-se possível pensar, a partir do seu aparecimento, num programa de altas hospitalares e num atendimento ambulatorial em larga escala, que desafogassem os asilos lotados de crônicos. E mais do que isso: com este novo recurso ao seu alcance, o organicismo conseguia também um poderoso reforço em sua defesa contra os ataques da psiquiatria social. A questão que se colocava era que, com o uso dos psicofármacos, talvez não fosse necessário transformar a instituição psiquiátrica, mas sim promover o seu aperfeiçoamento, aproximando-a do ideal médico. Entretanto, há um ponto de contato entre esta posição e a defendida pela psiquiatria social: para ambas, o fim das internações de longa permanência é fundamental. Nada de crônicos, portanto.

Muito embora com abordagens distintas, tanto a psiquiatria organicista quanto a social, tentam uma redefinição de funções para o velho hospital psiquiátrico. No primeiro caso, o que se busca é a remedicalização do espaço asilar, a partir do fato de que, face ao excessivo número de pacientes fora de possibilidades terapêuticas, os hospitais psiquiátricos haviam sido convertidos, na sua quase totalidade, em meros depósitos humanos. Era necessário, portanto, fazê-los voltar às suas verdadeiras atribuições: tratar e curar, o que seria possível com as novas medicações. Para a psiquiatria social, o que se questionava era precisamente a hegemonia do discurso médico sobre a doença mental, e por extensão as possibilidades terapêuticas do hospital psiquiátrico tradicional, o qual, todavia, possuía um potencial de cura que poderia ser resgatado mediante algumas transformações. Na realidade, os hospitais haviam

mudado muito pouco, desde o tempo em que se chamavam hospícios, e quando Pinel e Esquirol lançaram as bases para o tratamento da doença mental, centrando-o na figura do médico. A mudança proposta pela psiquiatria social teria de passar então, necessariamente, por uma crítica às relações de poder travestidas de relações terapêuticas.

Tanto num caso como no outro, contudo, os pacientes crônicos eram um sério problema a ser resolvido, porque em sua maioria não apresentavam alteração significativa de quadro, seja com o uso dos neurolépticos, seja como resultado das renovadas relações terapêuticas implementadas pela psiquiatria social. Frente a um saber que pretendia impor-se pelo seu cientificismo, a permanência dos crônicos, além de constituir um obstáculo à plena realização de objetivos do hospital psiquiátrico, ainda era vista como uma triste lembrança da pré-história da psiquiatria. E se é verdade que a psiquiatria social, pela sua própria natureza conceitual, teria mesmo que ser um pouco mais tolerante para com os crônicos, não é menos verdade que estes, também neste caso, apontavam para o limite das suas possibilidades terapêuticas. Além, é claro, de carrearem recursos que poderiam ser investidos em pacientes com melhor prognóstico clínico. Desse modo, a atitude com relação aos crônicos, embora tenha apresentado variações, de um modo geral caracterizou-se pelo abandono, ao mesmo tempo em que se passou a acreditar que, com os novos métodos, nunca mais existiriam pacientes assim, os remanescentes constituindo o resíduo de uma época já ultrapassada.

No Brasil também, como no resto do mundo, essas duas correntes se digladiam há anos. Aqui, entretanto, esta disputa ganhou matizes próprios,

graças às peculiaridades não só da nossa assistência psiquiátrica, mas também — ou principalmente —, ao papel que historicamente a sociedade brasileira confiou à psiquiatria. Por isso, talvez mais do que na sua matriz europeia, no alienismo brasileiro as correntes assistencial e organicista se distinguiram pouco uma da outra, quer no campo teórico, quer no prático. Este fato, no entanto, não pode ser explicado meramente pela notória falta de originalidade doutrinária da psiquiatria brasileira, mas igualmente por sua insofismável característica de subordinar os meios utilizados aos fins que procura alcançar. Nesse sentido, o ecletismo teórico mais ou menos involuntário, que tradicionalmente orientou a prática alienista no Brasil, e que se tornou uma de suas marcas registradas, teve a dupla utilidade de estabelecer um saber psiquiátrico brasileiro, ainda que incipiente, ao mesmo tempo em que ajudava a conquistar para este, um lugar no concerto das mudanças cruciais pelas quais passava o país, na última década do século XIX e nas primeiras do XX. Ressalvada esta peculiaridade, o percurso histórico da psiquiatria brasileira seguiu, em linhas gerais, e com os atrasos de praxe, os rumos tomados pela psiquiatria europeia. E isto desde a criação do Hospício de Pedro II, em meados do século XIX. Tratava-se então de, obedecendo uma tradição iniciada formalmente na França, com Pinel e Esquirol, considerar a loucura como uma doença — a alienação mental —, e consagrar um local específico e apropriado ao seu tratamento — o hospício. Foi assim também que aconteceu com a totalidade das iniciativas reformistas que se seguiram à inauguração do Pedro II. Dessa forma, o surgimento do modelo das colônias psiquiátricas, ao final do século XIX, e o movimento pela higiene mental,

nos anos 20-30, são demonstrações exemplares da sintonia que a psiquiatria brasileira mantinha com as fontes do pensamento psiquiátrico.

A partir dos anos 40, entretanto, esta afinação deixou de acontecer. Alheio às mudanças que se processavam na Europa e nos Estados Unidos, o modelo assistencial brasileiro permaneceu preponderantemente asilar (RESENDE, 1987, p. 55). Até mesmo iniciativas que não eram novas, como o atendimento ambulatorial — mas que por sua simplicidade, economia de recursos e relativa eficácia, era notoriamente superior às internações —, não foram incentivadas, prevalecendo o asilamento praticamente como o único recurso “terapêutico”. E muito embora tenham existido algumas experiências “inspiradas no preventivismo, ou nos modelos das comunidades terapêuticas, na psicoterapia institucional e no setor” (AMARANTE e outros, 1995, p. 93), não passaram de tentativas isoladas, e algumas vezes privadas, não sendo representantes de uma nova política assistencial. É precisamente com a reforma atual (de que a lei Paulo Delgado é mais consequência do que causa), que a psiquiatria no Brasil retoma de maneira forte sua vinculação com o que se passa em outros países, notadamente europeus, e muito especialmente a Itália.

Foi no final dos anos 70 que o cenário psiquiátrico brasileiro, que repousava há muito num marasmo quase absoluto, foi agitado por sucessivas denúncias de maus-tratos a pacientes psiquiátricos em diversos hospitais do país. Foi constatado o que já se sabia: que o tipo de assistência prestado aos doentes mentais no Brasil, estava muito abaixo do tolerável, mesmo se considerando nossa longa tradição nesse *métier*. Ao mesmo tempo, na Itália florescia uma reforma que preconizava nada menos que a extinção dos hospitais

psiquiátricos. Uma distância considerável para o que acontecia aqui. Entretanto, foi esse o modelo adotado pelo movimento em favor da reforma psiquiátrica atual. Este processo foi alavancado inicialmente pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que congregava principalmente profissionais de diversas categorias profissionais, oriundos da rede psiquiátrica pública, das universidades e outros centros de formação, e assim por diante. A proposta foi, nos seus anos iniciais, melhorar as condições de assistência nos hospitais psiquiátricos. Porém, estes, dentre públicos e privados, continuaram ocupando espaço na imprensa, com sucessivas denúncias de superlotação, maus-tratos, abandono, ausência de tratamento e mortes. A crítica à internação em si mesma, que até então ainda não era uma preocupação clara do MTSM, tornou-se uma bandeira de luta principalmente a partir de 1987, quando acontece a adesão integral do movimento às idéias de Basaglia e da nova psiquiatria italiana. Dez anos depois, sem que os objetivos iniciais houvessem sido alcançados, o alvo passou a ser a internação psiquiátrica em si mesma, o que deu ao movimento o seu *slogan*: "Por uma sociedade sem manicômios". Daí resulta a proposta da lei Paulo Delgado, em 1989, cujo objetivo principal é a extinção paulatina dos hospitais psiquiátricos, e sua substituição por novos serviços de atenção que não privilegiem as internações.

Tal como no poema, contudo, havia uma pedra no meio do caminho: os crônicos. Como extinguir os hospitais psiquiátricos, ainda que paulatinamente, se um número tão grande de pacientes acabaram tendo neles seu único lar? E isto, é claro, não por opção, mas pelos desmandos de uma psiquiatria que, se agora era execrada, durante muito tempo reinou soberana e incontestada. Erros

do passado, que precisam ser corrigidos. Mas o que fazer com o que restou deste passado? Esta é uma questão que retorna inapelavelmente a cada reforma. A atual trouxe ao cenário psiquiátrico brasileiro a figura da ressocialização. Uma grande parte dos crônicos foi simplesmente abandonada por seus parentes, sem que tenha restado ao menos um indício do seu paradeiro. Este foi o resultado de uma política assistencial que reservou aos hospícios o papel de depósito da escória social. Em outros casos, os familiares são localizáveis, mas muitas vezes não é possível convencê-los a aceitar os pacientes de volta. E talvez não seja mesmo razoável que essas famílias entendam a lógica de uma psiquiatria que, após décadas de uma prática de internações maciças e perpétuas, agora descobriu que não deve mais se ocupar desses pacientes. Neste impasse, as possibilidades mais naturais e imediatas da ressocialização ficam severamente abaladas. A alternativa de fazer os pacientes passarem a exercer uma atividade laborativa, que lhes faculte uma reinserção social pela via do trabalho, e ao mesmo tempo o acesso ao auto-sustento, além de não ser propriamente uma novidade, na grande maioria dos casos se mostra uma pretensão excessiva. Não havendo muito a ser feito no elo final da corrente, resta todavia a convicção de que no seu começo, seja possível evitar que novas cronificações aconteçam.

É importante destacar, por outro lado, que essas tentativas de ressocialização muitas vezes foram pensadas sob o signo de uma negação quase absoluta da situação clínica dos pacientes, já que a cronificação foi reduzida a um mero problema social, para o qual a proibição das internações de longa duração numa extremidade, e a marcha do tempo, na outra, dariam a

solução. Por outro lado, um malabarismo conceitual que iguala cronificação a remissão de sintomas, transformou o próprio problema em solução. Pedro Gabriel Delgado, por exemplo, figura exponencial do movimento reformista atual, em debate sobre a lei Paulo Delgado (Hospital Pinel, junho, 1991), afirmou que 60% dos pacientes crônicos poderia ser “desinstitucionalizada imediatamente”, caso ela fosse aprovada. É visível como a conceituação de paciente crônico, ao longo da história da psiquiatria no Brasil, tem sido plástica o suficiente para permitir a mais completa hipocrisia quanto ao destino dessas pessoas, seja no sentido de sancionar internações perpétuas, seja no de livrar o Estado, quiçá a própria psiquiatria brasileira, do peso que elas passaram a representar.

CAPÍTULO I

CRONIFICAÇÃO, UM CONCEITO PROBLEMÁTICO

Nos dicionários de psiquiatria, quando mencionada, a cronificação em regra aparece associada à idéia de temporalidade. "De longa duração" é o que geralmente consta no verbete "crônico". Nos manuais, o tratamento que a expressão recebe não é menos singelo ou problemático, chegando mesmo a denotar perplexidade, como por exemplo em Bleuler:

Os estados crônicos são pouco suscetíveis de melhora, só que não sabe o que é crônico. Há doentes (...) que são capazes de melhorar de modo chocante após dez ou vinte anos" (BLEULER, 1928, p. 328).

Outro autor clássico, Kraepelin, ao formular o conceito fundamental de demência precoce, "... inspirou-se principalmente no aspecto mais importante da evolução das doenças mentais para a clínica alemã do século XIX: a separação entre os curáveis e os incuráveis" (ALONSO-FERNANDEZ, 1979, p. 310).

Na atualidade, um dos mais prestigiosos autores do campo institucionalista — Jean Oury —, partindo do referencial teórico psicanalítico, propõe que não há psicoses agudas, mas apenas crônicas, a psicose sendo algo que possui constitutivamente um curso crônico, não no sentido de uma piora ou um embotamento, mas sim de que vai acompanhar o sujeito pelo resto da vida (Danielle Roulot, comunicação pessoal, 1991).

Nas entrelinhas dessas tentativas de conceituação do que é crônico, o que se apresenta é a questão da curabilidade ou não da loucura. A opção pela

curabilidade, está claro, constitui a própria razão de ser do saber psiquiátrico. Entretanto, para sustentar esta radical novidade que a psiquiatria trouxe, representada pela possibilidade de se curar o louco, alguns pré-requisitos foram essenciais. Em primeiro lugar, o reconhecimento da loucura como uma doença. Foucault demonstrou magistralmente o processo de aprisionamento da loucura pela medicina, e a conseqüente perda de sua potência criadora e disruptiva, ao passar de alteridade absoluta a mero quadro patológico, desviante da normalidade.

Histoire de la folie é um marco da historiografia sobre a loucura. Depois desta obra monumental, por sua coragem e erudição, já não foi mais possível pensar a chamada doença mental como um fenômeno atemporal, mas sim como o resultado de um processo histórico, através do qual a loucura foi integrada à "ordem da Razão" (Machado, 1982, p. 58). Assim também, a constituição do saber psiquiátrico deixa de ser considerada como a história de uma ciência que se aproxima cada vez mais da essência da loucura, desvelando suas causas e estabelecendo terapias mais e mais eficazes. Para Foucault, não é possível pensar a trajetória da psiquiatria como uma linha que conduz da ilusão à racionalidade, dos erros do passado às certezas científicas do presente. Bem ao contrário, as teorias sobre a loucura são consideradas o inverso de um conhecimento, de vez que atribuem a ela uma falsa natureza:

Antes do século XIII, a loucura não era sistematicamente internada, e era essencialmente considerada como uma forma de erro ou ilusão. Ainda no começo da idade clássica, a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo; podia viver no meio delas e só seria separada no caso de tomar formas estranhas

ou perigosas. Nestas condições, compreende-se a impossibilidade do espaço artificial do hospital em ser um lugar privilegiado, onde a loucura podia e devia explodir na sua verdade. Os lugares reconhecidos como terapêuticos eram primeiramente a natureza, pois que era a forma visível da verdade; tinha nela mesma o poder de dissipar o erro, de fazer sumir as quimeras. As prescrições dadas pelos médicos eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo vão e superficial da cidade. Esquirol ainda considerou isso quando, ao fazer os planos de um hospital psiquiátrico, recomendava que cada cela fosse aberta para a vista de um jardim. (...) A prática do internamento, no começo do século XIX, coincidiu com o momento em que a loucura é percebida menos em relação ao erro do que em relação à conduta regular e normal. Momento em que aparece não mais como julgamento perturbado, mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre". (FOUCAULT, 1979, p. 120-121)

Até então o louco era considerado como radicalmente diverso do não-louco (BIRMAN, 1978, p. 36). A partir de agora, será visto como um desviante do novo ordenamento social, ao qual interessará a inclusão do maior número possível de personagens. Neste cenário, o lugar que caberá ao louco será o de um tipo muito especial de doente, um alienado mental. Fechava-se um ciclo. A loucura, transformada em alienação mental — porque louco é aquele que está alienado do mundo das normas sociais —, adquire o estatuto triste e pobre de doença, a ser apartada, estudada, classificada em suas várias espécies e finalmente curada. A cura do louco é a sua recuperação para uma ordem social que criou a loucura como doença.

Para devolver o louco à normalidade, vão ser criados métodos de tratamento, que terão na própria eficácia com que alcancem seus objetivos, seu critério de validação. Conhecia-se o efeito, mas não a causa da alineação mental. Entretanto, o que importava neste momento era a cura, traduzida por uma

readaptação do louco à ordem social. Caberá ao médico-chefe dos asilos, denominado alienista, estipular não só as terapêuticas a serem utilizadas, mas principalmente — pela inexistência de uma conceituação a respeito —, dizer quando foi atingida a cura:

O grande médico de asilo — seja ele Leuret, Charcot ou Kraepelin — é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e pode submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente. Todas as técnicas ou procedimentos efetuados nos asilos do século XIX — Isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico —, tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o "Mestre da Loucura"; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquela que a domina, a acalma e a absorve depois de a ter sabiamente desencadeado. (FOUCAULT, 1979, p. 122)

O célebre gesto de Pinel, desacorrentando os loucos em Bicêtre, ao mesmo tempo fundando miticamente a psiquiatria, não significou verdadeiramente uma libertação, e muito menos foi tão inopinado como pode parecer à primeira vista. Bem ao contrário, foi gestado por longo tempo, e expressou a radicalização do processo de patologização da loucura. Sobre a crença de que era necessário curar os loucos, foi erigido um enorme aparato teórico-prático para, por uma estratégia terapeutizante, alcançar o controle social da loucura.

No entanto, o discurso médico sobre a loucura era profundamente frágil, repleto de contradições e vazios, embora preservando a idéia de cura como o ponto principal. Não obstante o discurso sobre a loucura fosse, cada vez mais, inchado por uma profusão de descrições clínicas, classificações, etiologias e métodos terapêuticos, o que se percebe é que ele se constituiu como um saber essencialmente pragmático. O que vai motivar, organizar e mesmo se sobrepor à toda produção teórica é a noção de cura. O principal discípulo de Pinel, Esquirol, decepcionado com a dificuldade em se demonstrar a existência de uma etiologia orgânica para a loucura, afirmava que não era necessário conhecer a sua natureza para curá-la:

Felizmente este conhecimento não é indispensável para a cura dos alienados. Estudemos as causas, os caracteres, o curso, as formas terminais da loucura; esforcemo-nos para bem apreciar a influência que os agentes físicos, intelectuais e morais exercem sobre esta doença, e encontraremos os meios próprios para combatê-la. (apud BIRMAN, 1978, p. 62)

Segundo Gauchet e Swain (1980, p. 302), foi Pinel quem abriu caminho para a idéia de tratar o louco, ao recusar simultaneamente as duas explicações clássicas para a loucura à sua época: uma concepção psiquista, para a qual haveria uma inclinação da alma para o mal; e uma concepção anatomista, que dizia ser a loucura o produto de uma lesão cerebral — ambas as hipóteses apontando para a incurabilidade. É a um defeito no funcionamento da mente que Pinel vai atribuir a causa da loucura. Ele acreditou na curabilidade do louco a partir das conclusões a que chegou, através de estudos anátomo-patológicos, de que o tecido cerebral não era afetado pela loucura, e portanto era a mente que

devia estar perturbada funcionalmente, o que abria a perspectiva de tratamento. Pinel era adepto de uma concepção da mente que a tomava como uma manifestação da atividade do cérebro, não se reduzindo a este, no entanto. Assim, a loucura era explicada como uma desorganização que se instalava na mente, a partir de causas que poderiam ser físicas (pancadas na cabeça, ou estados orgânicos, como gravidez e febres), hereditárias e morais (BERCHERIE, 1989, p. 39).

As causas morais eram consideradas por Pinel as mais importantes, tanto quantitativa quanto qualitativamente. Por moral podemos entender tudo aquilo que se remete ao campo do humano, a forma como o homem se constitui enquanto tal, e as relações que ele estabelece em sociedade. É possível afirmar que para o alienismo, a dimensão própria do humano é o campo moral, expressa na adequação — maior ou menor —, entre homem e meio social. A importância desta noção é tão marcante no pensamento alienista, que mesmo aspectos fundamentais da personalidade, como a afetividade e a inteligência, ainda que compusessem a sintomatologia da alienação, quando transtornados, permaneciam de alguma forma subsumidos ao campo moral.

Por extensão lógica à idéia de curabilidade da loucura, era preciso estabelecer uma terapêutica. A partir da sua experiência atendendo alienados que haviam passado pelas formas de tratamento usuais à época — sangrias, purgativos, e assim por diante —, os quais não raro redundavam na morte dos pacientes, Pinel retomou a idéia hipocrática de entender a doença como "uma reação do organismo contra a ação de causas que perturbam seu equilíbrio" (BERCHERIE, 1989, p. 40). Através dos ataques, ou crises, os elementos nocivos

causadores do mal seriam expelidos. Ao médico caberia o papel de auxiliar o doente no ciclo da doença, abstendo-se de intervenções muito drásticas. Neste sentido, e até mesmo pela absoluta falta de outras possibilidades interventivas, os métodos tradicionais acabaram sendo utilizados por Pinel, embora com a moderação que a escola hipocrática preceituava. Mas já não se tratava então, de um mero ativismo terapêutico, e sim da aplicação prática de uma teoria médica.

A afirmação da loucura como doença moral, entretanto, vai exigir a criação de uma forma de tratamento coerente com esta explicação. Pinel vai então sistematizar o chamado tratamento moral. Segundo Birman,

O tratamento moral era formulado como um conjunto de medidas morais, que atuassem de modo direto sobre o espírito do alienado, primariamente sobre sua produção mental. (...) Com o objetivo de dominar e dirigir as paixões dos alienados, bem como de modificar a organização de seus pensamentos e crenças em uma direção estabelecida pelo psiquiatra, o tratamento moral teria ainda outros campos de existência e realização. Desse modo, ele incluiria toda a organização asilar, todos os procedimentos de ocupação do tempo e do espaço do alienado, e mesmo as distrações pré-estabelecidas pela rotina asilar. Tudo o que se passasse no interior do espaço asilar deveria ser terapêutico, não havendo atividades espontâneas ou arbitrarias. (1978, p. 356)

Assim, o próprio asilo era considerado terapêutico, pois se por um lado isolava o doente do meio social, que passou a ser visto como a origem dos seus males (CASTEL, 1978, p. 114), por outro possibilitava, mediante sua organização espacial e disciplinar, a assimilação pelo alienado de uma conduta normal. Pode-se considerar o tratamento moral como o exemplo máximo do otimismo terapêutico que caracterizou o alienismo em seus inícios. Este sistema,

contudo, não demoraria a apresentar fissuras.

Foi, no dizer de Castel (1978, p. 258), "por um golpe de força" que o alienismo elaborou sua concepção psicogênica da loucura. De fato, a chamada medicina mental surge na contra-corrente do pensamento médico mais reputado à época: a anatomia patológica. O alienismo, ao contrário, vai fundar a sua clínica sobre a tradição da medicina clássica, mais voltada para as manifestações das doenças do que para as suas causas. Pinel havia concebido a clínica psiquiátrica, baseando-a na observação e na análise dos aspectos visíveis das doenças mentais. Sua crença era que os sintomas guardassem uma relação, mesmo que aproximada, com a essência da doença, de tal modo que a partir daí fosse possível obter um meio prático e eficaz de tratá-la. Para o sistema explicativo elaborado por Pinel, o conhecimento sobre a doença mental fornecido pela anatomia patológica não tinha muita relevância: uma lesão no cérebro, por exemplo, era visto por ele mais como resultado que como causa da alienação: "Seria equivocado considerar a alienação mental (...) perdendo-se em nebulosas discussões sobre a sede do intelecto e a natureza das lesões, assunto obscuro e impenetrável" (Pinel, citado por PESSOTTI, 1994, p. 145). Como explicar a opção de Pinel, que marcaria tão caracteristicamente o campo da psiquiatria até os dias de hoje? Birman (1978, p. 31), aponta o curioso paradoxo da medicina mental, que "... transforma a loucura numa enfermidade (a alienação mental), mas não adequa sua racionalidade teórica à nova racionalidade anátomo-patológica".

A contradição era apenas aparente, contudo. Pois, se por um lado os conhecimentos da anatomia patológica não conseguiam dar conta do

fenômeno da doença mental, por outro lado a escolha pelo modelo da medicina clássica, parecia orientada "menos pela cientificidade do que por sua pertinência na codificação de uma problemática social" (CASTEL, 1978, p. 101).

Ao longo do século XIX, duas escolas disputaram a supremacia da explicação para a natureza da alienação mental: uma escola psicológica, que preconizava uma etiologia moral, como acontecimentos traumáticos, a influência do meio familiar e assim por diante; e uma escola somatista, que supunha uma lesão orgânica, especialmente no cérebro. Ocorre que, se é verdade que a escola somatista se alinhava ideologicamente ao pensamento médico mais avançado, também é fato que ela não se mostrava capaz de demonstrar a causa orgânica da doença mental, o que fortalecia as teorias defendidas pela escola psicológica. Esta oferecia uma explicação razoável para a loucura, e de difícil refutação ao seu tempo — e que mesmo ainda hoje pode ser vista como moderna, já que em última análise toma a loucura como um fato da Cultura (BIRMAN, 1978). Além disso, propunha uma abordagem terapêutica (o tratamento moral), coerente com a explicação etiológica, e que possuía uma plasticidade que a tornava tão indicada para o interior do asilo, quanto seria mais tarde para os movimentos de prevenção às doenças mentais.

O alienismo conseguiu operar assim, uma síntese entre uma especialidade médica que se pretendia científica, e o cumprimento de um mandato social: o controle e a normalização de populações desviantes. Seu sucesso, e ao mesmo tempo sua condição de possibilidade, estão fortemente vinculados a um determinado contexto social e político, o que explica em parte os ataques que passou a sofrer, a partir da metade do século XIX. O sistema

proposto pelo alienismo terminou por se revelar rígido demais, face a uma estrutura social em acelerada transformação. As críticas internas ao alienismo não eram menores, por outro lado. Começava-se a cogitar se não seria possível lidar com a loucura em outras instituições, nas quais o já então anacrônico isolamento total dos pacientes pudesse ser flexibilizado, sem abrir mão da essência do sistema (CASTEL, 1978, p. 254). O acúmulo de pacientes sobre os quais aparentemente nada era possível fazer, por seu turno, começava a tornar os hospícios perigosamente semelhantes aos antigos hospitais gerais dos séculos XVII e XVIII, nos quais os loucos viviam misturados a diversos outros tipos de desviantes, como prostitutas, pervertidos, feiticeiros, etc.

A partir destas críticas, começa a ficar difícil a sustentação do modelo assistencial elaborado pelo alienismo. Impunha-se a necessidade de repensar os asilos, no sentido de torná-los espaços verdadeiramente médicos. A excessiva filantropia do alienismo, aliada à perda de um referencial médico que norteasse as internações, fizeram o hospício se transformar em um depósito humano:

Mas a fim de reconstruir grupos suscetíveis de serem tratados à parte, é necessário começar por transportar um certo número deles para outro lugar. É preciso desembaraçar o asilo dos crônicos, dos senis, dos indigentes que nele se introduzem, dos epiléticos, dos alcoólatras, dos alienados criminosos, etc. Portanto, dissociar, enfim, a medicina científica da assistência, só guardando os verdadeiros doentes que, então, poderão receber tratamento intensivo. (CASTEL, 1978, p. 265)

Outra possibilidade que começa a se delinear é a desvinculação, até então impensável, entre a psiquiatria e os hospícios, investindo numa estratégia de

prevenção que teria no médico seu elemento-chave:

Trata-se menos de curar do que prevenir, avaliar os perigos, despistar anomalias, testar aptidões. Também não se trata de agir sobre o indivíduo, mas de modificar o meio através de programas de higiene que não são necessariamente medicalizados. A função médica se dissemina. O especialista é, ao mesmo tempo, menos visível e presente em toda parte. (CASTEL, 1978, p. 268)

Importante inflexão, que no entanto vai exigir mudanças, não só no plano institucional mas também no teórico. Na indiferenciação quase absoluta em que os hospícios haviam se transformado, o conceito mesmo de alienação mental corria o perigo de se perder, assim como a possibilidade de se efetivar um tratamento passou a ser considerada inviável. O esforço em prol de uma remodelização teria de passar, por conseguinte, necessariamente por um esvaziamento dos manicômios, que livres dos "não-valores sociais" (CASTEL, 1978, p. 77), poderiam se dedicar aos verdadeiros doentes. Era preciso que a própria concepção de doença mental se modificasse. O passo inicial foi caminhar de uma "sintomatologia, simples fenomenologia descritiva, para uma semiologia, através da qual a doença adquire um sentido subjacente às suas manifestações exteriores, e ao mesmo tempo um potencial evolutivo" (CASTEL, 1978, p. 258).

O passo seguinte foi associar esta mudança a uma causa objetiva. Isso aconteceu através da elaboração da etiologia das degenerescências, proposta por Morel. Com Morel, a psiquiatria consegue associar com relativo êxito as escolas psicológica e somática (AMARANTE, 1982, p. 78). Sua teoria propunha que as doenças mentais seriam "desvios maléficos de um tipo primitivo" (BERCHERIE, 1989, p. 109). O que caracterizaria fundamentalmente

este tipo primitivo seria a aceitação da lei moral. A doença subvertia esta ordem, fazendo do homem um escravo de seus instintos. Essa degenerescência, ademais, uma vez iniciada, seria transmissível pela hereditariedade e agravada a cada geração.

A idéia de degeneração já estava presente nas próprias concepções de Pinel e Esquirol, como uma das explicações possíveis para a causa da loucura. Mas foi em Morel que ela encontrou uma formulação acabada. O desenvolvimento do conceito de degenerescência, por outro lado, acarretou um abalo no entendimento tradicional da alienação mental. A idéia de um tipo de loucura que fosse inata era subsidiária em Pinel e Esquirol, mas com Morel ela é colocada como referência central entre as etiologias. Porém, mais do que isso: atribui-se à alienação mental uma base concreta, que seria uma lesão no cérebro provocada pela degeneração.

A partir da teoria das degenerescências, Magnan desenvolve o conceito de constituição, para o qual "a predisposição para a doença torna-se um aspecto patente" (AMARANTE, 1982, p. 80). A atuação do alienismo não precisava mais ficar restrita ao manicômio, uma vez que a loucura se encontrava disseminada potencialmente no meio social, cabendo à ciência psiquiátrica ir ao seu encontro. É chegada a hora de se propor uma universalização do tratamento moral, a partir de então visto como "profilaxia preservadora", visando a "moralização das massas" (AMARANTE, 1982, p. 80). Muito embora a teoria das degenerescências tenha mantido os preceitos do tratamento moral, e acrescentado a ele um caráter eugenista, através do qual se pudesse evitar a progressão do mal (BERCHERIE, 1989, p. 118), o fato é que a partir do seu

surgimento desenvolveu-se um pessimismo terapêutico, que fez os hospícios passarem a ser identificados como os lugares por excelência da incurabilidade (CASTEL, 1978, p. 265).

Os textos do século XIX (...) de notável importância doutrinária para sua época, mostram um panorama de total desorientação da teoria médica no campo da etiologia e, conseqüentemente, da terapêutica da loucura. Neste panorama destaca-se uma arraigada prevenção organicista, que se reflete, dada a falta de suporte anatômico, na busca de comprometimentos de funções orgânicas (...) como presumida evidência de algum processo orgânico primário responsável por tais disfunções. (PESSOTTI, 1994, p. 201)

Este é um momento decisivo na história da psiquiatria, não só no campo assistencial, mas, principalmente, no teórico. Desde Pinel se buscava uma sistematização do conhecimento psiquiátrico. Praticamente cada tratadista tinha sua própria concepção acerca do que era a alienação mental, não sendo pacífica sequer a denominação dos diferentes quadros patológicos. Neste cenário complexo surge a figura de Kraepelin, que num formidável esforço de síntese, vai lançar as bases da psiquiatria moderna.

Mediante um "golpe de gênio", nas palavras do seu discípulo Adolf Meyer (citado por MEYER-GROSS, 1969, p. 251), Kraepelin reuniu vários quadros clínicos que possuíam em comum o início na juventude e um desfecho desfavorável, sob o nome de demência precoce. Estes quadros haviam sido vistos até então como diversas doenças diferentes entre si, mas apresentando em comum a peculiaridade de serem consideradas incuráveis.

O impacto psiquiátrico da nascente entidade adquire proporções gigantescas. Entre outros motivos, por

abarcam mais da metade dos pacientes crônicos internados nos hospitais psiquiátricos. (ALONSO-FERNANDEZ, 1979, p. 309)

No entanto, conforme já foi mencionado em outra parte, ao criar o conceito de demência precoce, Kraepelin se inspirou na divisão que a clínica psiquiátrica alemã fazia, entre doentes curáveis e incuráveis:

Todos os alienistas alemães admitiram mais ou menos positivamente a possibilidade de distinguir duas classes entre os alienados: os curáveis e os incuráveis; todos consagraram em princípio a necessidade de instituir, seja nos asilos, seja em outros serviços, uma separação completa e real entre estas duas classes de alienados. (Parchappe, 1853, citado por ALONSO-FERNANDEZ, 1979, p. 310)

Aproximadamente dez anos após o surgimento do conceito de demência precoce, Bleuler introduziu o de esquizofrenia, no qual em parte confirmava e em parte contestava a criação de Kraepelin. Do ponto de vista da descrição clínica da doença, nada havia a acrescentar, e mesmo até os dias de hoje ela não foi superada (MEYER-GROSS, 1969, p. 251). Mas a denominação do quadro feita por Kraepelin fora equivocada, no entendimento de Bleuler, uma vez que nem sempre evoluía para uma demência, ou tinha seu início na idade jovem. A pretensão principal de Bleuler era estabelecer uma classificação que privilegiasse não a evolução da doença, mas a etiologia. Nesse sentido, procurou descobrir um transtorno primário, que fosse comum a todos os quadros enfeixados sob o título de demência precoce.

Kraepelin, em sua definição de demência precoce, se prendia ao critério evolutivo (...) e destaca principalmente a precocidade do começo e a cronicidade do curso.

Bleuler recolhe as peculiaridades do quadro clínico transversal, referindo que o transtorno primário comum a todos os esquizofrênicos é a dissociação das funções psíquicas, originando um sistema de funções independentes, que comprometem a unidade da personalidade. O vocábulo esquizofrenia, cunhado por Bleuler, significa etimologicamente mente cindida, dissociada, desagregada. (ALONSO-FERNANDEZ, 1979, p. 310)

Bleuler, na verdade, utiliza o termo "esquizofrenias", no plural, porque em que pese ele tenha tentado estabelecer uma unidade etiológica que aproximasse todos os quadros, jamais teve certeza de haver alcançado seu objetivo. O campo das esquizofrenias terminou por se constituir em algo muito mais amplo que o da demência precoce, abarcando todos estes e mais alguns que remitiavam completamente, daí se depreendendo que, para Bleuler, a incurabilidade não era o único destino possível para a entidade clínica que criara (ALONSO-FERNANDEZ, 1979, p. 311). Bem ao contrário, sua crença na possibilidade da cura fazia com que estimulasse, à falta de outros recursos, a utilização de métodos terapêuticos que visassem sustentar ou recuperar o contato dos pacientes com a realidade. Uma resurgência do velho e surrado tratamento moral? De todo modo, a nosografia e as descrições clínicas formuladas por Kraepelin e Bleuler tornaram-se pacíficas na literatura psiquiátrica, tendo sofrido até os nossos dias apenas modificações cosméticas.

Um dos fundadores da corrente psicodinâmica na psiquiatria alemã, Bleuler aplicou os recentes conceitos psicanalíticos aos sintomas da esquizofrenia. Os quadros patológicos, que muitas vezes pareciam não possuir uma explicação possível, ou então serem produto de alguma lesão cerebral, passaram a apresentar um sentido inconsciente, que poderia ser compreendido

pelo psiquiatra. Paralelamente, durante o século XIX, o termo psicose havia surgido na literatura psiquiátrica alemã designando várias doenças mentais para as quais, originariamente, não era cogitada outra etiologia que não a orgânica. A evolução do conceito, contudo, aconteceu passo a passo com a separação que acabou se estabelecendo, no campo das doenças mentais, entre as que apresentavam uma causa material e as que apresentavam uma causa funcional. Destas últimas, percorrendo um caminho conceitual próprio, a psicanálise passou a se ocupar (LAPLANCHE & PONTALIS, 1983, p. 502).

Na clínica psiquiátrica, o conceito de psicose abrange uma grande variedade de doenças, desde as que possuem uma etiologia manifestamente orgânica — como a paralisia geral progressiva —, até outros cuja etiologia permanece desconhecida — como a esquizofrenia —, mas que também são tratados essencialmente por uma via farmacológica. Já a psicanálise restringiu sua atenção a quadros específicos, acessíveis, ao seu método de investigação, tais como as perversões, as neuroses e as psicoses, afecções estas com sintomatologia e etiologia meramente psíquicas, no seu entendimento. O campo das psicoses, entretanto, ainda é objeto de muitas disputas conceituais, que partem basicamente da questão etiológica. Psicanálise e psiquiatria continuam tendo na assistência à loucura um ponto de contato, que talvez não seja possível desfazer. A psiquiatria, tendo encontrado nos neurolépticos o caminho para o seu encontro tão aguardado com a medicina, consagrou sua vocação organicista. Todavia, parece pouco provável que ela possa vir a restabelecer uma clínica eminentemente sua, sem ter de apelar às teorias psicanalíticas para alcançar uma compreensão dos sintomas psicóticos (BERCHERIE, 1989, p. 22). Veja-se o

que diz, neste sentido, um dos manuais psiquiátricos mais utilizados atualmente:

Introduzidos no começo dos anos 50, os medicamentos antipsicóticos revolucionam o tratamento da esquizofrenia. (...) Estes, entretanto, tratam os sintomas da doença, não sendo uma cura para a esquizofrenia. A reabilitação e adaptação implicam que as deficiências específicas do paciente devem ser levadas em conta no planejamento das estratégias de tratamento. (KAPLAN, 1993, p. 361)

O recurso à medicação psiquiátrica, por outro lado, já de há muito incorporou-se ao arsenal terapêutico dos psicanalistas, no que concerne ao atendimento de grande parte dos pacientes psicóticos.

Ainda com referência a Kraepelin e Bleuler, é preciso reconhecer que talvez o aspecto mais notável que distingue suas concepções — afinal tão coincidentes —, seja o que remete à questão da curabilidade ou não das psicoses:

Kraepelin organizou os pacientes com doença mental graves em três grupos de diagnóstico: demência precoce, psicose maniaco-depressiva e paranóia. A descrição feita por Kraepelin da demência precoce enfatiza um curso de terminação crônica, além de incluir fenômenos clínicos como alucinações e delírios. Kraepelin relatou que aproximadamente 4% de seus pacientes tinham recuperações completas e 13% apresentavam remissões significativas. (...) Bleuler criou o termo "esquizofrenia", que significa divisão da consciência, em referência a um cisma teórico entre pensamento, emoção e comportamento. (...) A definição de Bleuler da esquizofrenia diferia da Kraepelin, no sentido de que Bleuler não acreditava ser a deterioração um sintoma necessário do transtorno. (ALONSO-FERNANDEZ, 1979, p. 340)

O eixo central da nosografia kraepeliana, como foi visto, privilegiava a incurabilidade. Neste sentido, podemos pensá-la como a expressão máxima, no

campo teórico, do pessimismo terapêutico que sucedeu a época áurea do alienismo, quando o tratamento e a cura das doenças mentais pareciam ao alcance da mão. O que teria feito este cenário mudar de maneira tão radical? É mais razoável acreditar que tudo aconteceu a partir da prática psiquiátrica cotidiana nos hospícios. A situação era que a quantidade de incuráveis estava sempre crescendo. O tratamento moral, único recurso terapêutico, e razão mesma do alienismo, já havia demonstrado sua incapacidade na resolução de um grande número de casos. A proposta de Morel, de estender para fora dos muros do hospício a influência dos alienistas, marca o início de uma estratégia de mudança de papéis e atribuições. Não interessava mais à medicina mental uma ligação tão íntima com o asilo, ou com quem ele ainda contivesse.

A transformação do fundamento teórico da doença mental irá, desse modo, produzir um duplo efeito em contraste mútuo. Por um lado, os prognósticos pessimistas comandados por uma etiologia orgânica, o aumento do número de incuráveis, o aparecimento dos ineducáveis, irão fechar a noite asilar sobre si mesma. Enormes "morredouros" onde a referência médica se torna cada vez mais paródia. Por outro lado, abre-se um campo infinito de intervenções: prevenção, profilaxia, despistagem... o médico oferece seus serviços e se multiplica, quer estar presente em todas as linhas de frente onde emerge um risco de desordem. (CASTEL, 1978, p. 265)

Sendo assim, parece que não apenas os interesses estratégicos do alienismo, mas suas próprias concepções clínicas sofreram um deslocamento, a partir de uma experiência institucional que apontava francamente para a frustração quase completa dos objetivos terapêuticos originais. É precisamente neste contexto institucional desanimador que surge a noção de cronificação.

Não deixa de ser curioso o fato de que, muito embora todos os tratadistas desde Esquirol incluam em suas classificações quadros clínicos denominados como crônicos, jamais se tenha procurado conceituar o que significa este estado. No entanto, é possível perceber nas entrelinhas daquelas descrições clínicas, referências indiretas a partir das quais se torna possível fazer um esboço do que se pretendia alcançar através da designação "crônico". O que se nota é que, intimamente ligado à idéia de cronicidade, encontra-se a de temporalidade, como aliás indica a própria etimologia do termo. Uma doença de curso crônico, portanto, significaria de longo prazo. Mas não existe necessariamente, nas descrições que indicam este sentido, uma explicitação de como isso se processa em cada quadro, como ficam os sintomas, qual o prognóstico clínico, e assim por diante. Há outro entendimento possível, a partir de outras descrições. O sentido de cronicidade estaria relacionado aí a uma deterioração da mente, à demência. Este foi o sentido de cronificação no modelo clínico kraepeliano. Existe ainda um terceiro tipo de cronicidade, mencionada já por Pinel com relação à mania, e que também está atrelada à idéia de tempo, porém se manifestando através de crises periódicas. Permeando todas estas noções, nos deparamos com a incurabilidade, verdadeiro fantasma para um saber que foi fundado precisamente sobre a possibilidade de curar a doença mental.

Tem-se então que as primeiras tentativas de conceituação para a cronicidade são contemporâneas de um momento na história da psiquiatria, no qual, para bem e para mal, o asilo era a única opção de tratamento para as doenças mentais. Neste contexto asilar, face a uma demanda sempre crescente por novas internações, os pacientes crônicos — qualquer que fosse a sua

conceituação —, passam a ser vistos por um viés mais pragmático, como aqueles que fazem dos hospícios estruturas pouco funcionais, ou mesmo inviáveis. Além, é claro, de denunciarem permanentemente, com sua simples existência, a fragilidade do sistema conceitual e do aparato terapêutico do alienismo.

O alienismo vai procurar neste momento reafirmar seus objetivos originais. Se as boas intenções terapêuticas fracassaram, foi menos pelos erros do próprio alienismo do que pelo cometimento que lhe havia sido imposto, de acolher nos hospícios toda sorte de não-valores sociais (CASTEL, 1978, p. 255). Entretanto, como a face assistencialista do alienismo ainda fosse a sua marca mais forte, foi criada outra forma de atendimento, acessória ao próprio hospício, e de certa forma aquilo que possibilitaria a este continuar existindo. É assim que surgem as colônias psiquiátricas.

Mas o dispositivo institucional, assim adaptado, permanece o instrumento adequado para a terapêutica da alienação mental. Nestas mesmas bases pode-se assim estabelecer distinções mais flexíveis, como por exemplo entre a loucura recente e a que tende a se tornar crônica. (...)Prolongar o asilo através de colônias agrícolas, e até mesmo de colocação em famílias — cuja idéia também começa a aparecer — é permanecer fiel ao espírito do sistema. (CASTEL, 1978, p. 257)

Mais do que um novo recurso terapêutico, contudo, as colônias vão se tornar a cloaca do alienismo. Uma válvula de escape, que vai permitir a esta máquina de triturar vidas continuar funcionando. O mecanismo é simples: consiste em se mandar para longe o rebotalho dos tratamentos realizados nos hospícios, sem que ao menos seja preciso manter uma estrutura hospitalar para

cuidar destes restos. Ao contrário, uma das virtudes apontadas nas colônias seria justamente a sua pouca ou nenhuma medicalização. A diferença "clínica" entre pacientes agudos e crônicos fica ainda mais nítida, graças a esta divisão institucional na assistência, se não conceitualmente, ao menos quanto ao seu destino.

O recurso às colônias foi exitoso, na medida em que conseguiu manter intacto, ainda por décadas, um sistema que desde meados do século XIX vinha recebendo críticas de todos os lados. Trata-se, entretanto, de um arranjo frágil. As colônias meramente adiam a necessidade de uma mudança mais radical na assistência psiquiátrica, que na verdade já vinha sendo arquitetada há algum tempo. Ao organicismo interessava uma redefinição do papel do alienismo, no sentido de circunscrever suas atribuições ao puro diagnóstico e tratamento da doença mental. Através de uma atividade mais técnica e menos filantrópica, seria possível obter não apenas uma eficácia na cura, mas também a reafirmação da competência absoluta da psiquiatria quanto às doenças mentais.

A imprudência do alienismo, aceitando encargos sobre as doenças mentais que em nada se relacionavam à pura prática médica, havia transformado o ato terapêutico da internação numa fonte inesgotável de falsos doentes, dentre os quais os crônicos eram o maior exemplo. Assim, é como quadro iatrogênico que a cronificação vai alcançar mais uma tentativa de conceituação no discurso psiquiátrico organicista. Um equívoco plenamente evitável. Segundo esta concepção, a cronificação é efeito de um ato médico, justificável em sua origem, mas que foi desvirtuado por erros de um assistencialismo desregrado. Mantenha-se portanto a internação, apenas com o cuidado de preservar seu

valor médico. Isto é conseguido através de uma progressiva diminuição do tempo de internação, o que a partir dos neurolépticos tornou-se cada vez mais possível. Esta é uma peculiaridade da psiquiatria: surgem novos meios terapêuticos, mudam as teorias, sucedem-se as reformas, mas no limite o apelo à internação, ao aspecto puramente coativo da intervenção psiquiátrica, permanece inescapável.

E na realidade é apenas recentemente, a partir do surgimento da antipsiquiatria, que esse arranjo começa a ser questionado em sua própria raiz, na sua fundamentação política. O alvo é o poder médico.

Em todo caso, me parece que todos os grandes abalos que sacudiram a psiquiatria, desde o fim do século XIX, essencialmente colocaram em questão o poder médico. Seu poder e o efeito que produzia sobre o doente, mais ainda que se saber e a verdade que dizia sobre a doença. (...) Todas as grandes reformas, não só da prática mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder; são tentativas de deslocar a relação, mascarar-la, eliminá-la e anulá-la. No fundo, o conjunto da psiquiatria é atravessado pela antipsiquiatria, se por isto se entende tudo aquilo que recoloca em questão o papel do psiquiatra, antigamente encarregado de produzir a verdade da doença no espaço asilar. (FOUCAULT, 1984, p. 124)

Antes da autêntica mudança no paradigma psiquiátrico que a antipsiquiatria encarna, no entanto, aconteceram ao longo do século XX diversas tentativas de transformação do modelo asilar, sempre perseguindo o objetivo de "descronificar" pacientes, ou pelo menos impedir novas cronificações. O alvo já era então a internação, mas o objetivo destas tentativas ainda era restituir a ela o seu potencial terapêutico. Assim é que na década de 20, Simon cria a terapêutica ativa, ou praxiterapia (hoje, Terapia Ocupacional), que retoma a crença de que

através do trabalho, e da sociabilidade à qual ele dá acesso, seria viável garantir uma chance de recuperação aos pacientes. E, por extensão, à própria internação psiquiátrica. Outras tentativas foram as de Sullivan, na década de 30, e Menninger, na década de 40, enfatizando o trabalho com grupos de pacientes, nos quais, mediante o compartilhamento de experiências, a ressocialização se tornaria possível. Estas experiências abrem caminho para o surgimento das chamadas comunidades terapêuticas, onde o enfoque era também o trabalho com grupos, só que organizados como uma comunidade, sendo que nesta os papéis de "quem cuida" e "quem é cuidado" não estariam submetidos à rígida hierarquia asilar, considerada como cronificadora. Ainda na década de 40, surge a psicoterapia institucional. Também nesta proposta, o que está em pauta é a recuperação do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico. A inovação que a psicoterapia institucional traz, conforme o próprio nome indica, é a constatação de que, embora útil, a instituição psiquiátrica possui aspectos potencialmente doentios, os quais precisam permanentemente ser discutidos por médicos e pacientes, de maneira não-hierarquizada, como meio de evitar a segregação e a cronificação. Todas estas experiências, entretanto, não conseguem ocultar sua identificação com as velhas concepções do alienismo, sendo-lhes portanto impossível a questão da exclusão social, o que vai ser tentado em toda a sua radicalidade pela Antipsiquiatria.

A antipsiquiatria coloca a própria psiquiatria no centro das etiologias da doença mental. São Laing, Basaglia e outros, comandando uma autêntica revolução pasteuriana no campo psiquiátrico. Trilhando um caminho inimaginável, a psiquiatria encontra finalmente, na desconstrução de suas

práticas mais características, seu tão almejado ponto de contato com a medicina. Mas é apenas uma balança. Após este momento, ela perderá o seu encanto antigo. Assim é que questões como cidadania e direitos civis, até então mais afeitas ao campo jurídico, passam cada vez mais a fazer parte do discurso psiquiátrico, faltando pouco ao que parece para serem incorporados à própria clínica.

A antipsiquiatria conseguiu produzir um efeito de contaminação, com variados graus de intensidade, sobre a psiquiatria como um todo, mesmo os setores mais conservadores. Entre os setores ditos progressistas, sua influência foi absorvida de maneira variável, em função das peculiaridades de cada grupo ou corrente, havendo em comum entre todos, contudo, uma atitude crítica à internação. Para estas abordagens, a cronificação, enquanto quadro propriamente clínico, simplesmente não existe. Os pacientes internados que são assim identificados — já que não existe a rigor um diagnóstico de cronicidade —, são realmente o produto do abandono social a que foram relegados, pela ignorância ou desídia das antigas práticas psiquiátricas. A cronificação não é mais vista como o curso provável e natural de várias doenças mentais, mas como o exemplo mais grotesco da iatrogenia do asilamento.

É sob a denominação de "população residual" que os crônicos passam a ser conhecidos, como se sinalizando sua relação com uma outra época, cujos efeitos não se repetirão. Vedando-se as internações de longa permanência, evitando o abandono familiar e promovendo atendimento eficiente nas crises iniciais, o perigo da cronificação estará conjurado, desta vez para

sempre. Quanto aos crônicos remanescentes, são mantidos em instâncias de acolhimento pouco medicalizadas, enquanto se aguarda que passem de resíduo a pó, levando consigo — quem sabe —, a lembrança de um tempo em que a assistência psiquiátrica era tão primitiva.

Ainda hoje em dia é tentada, entretanto, na literatura psiquiátrica tradicional, organicista, uma conceituação para a cronificação:

Tipo residual: de acordo com o DSM III-R, esta categoria deve ser usada quando houve pelo menos um episódio de esquizofrenia, mas o quadro clínico que ocasionou a avaliação ou admissão em atendimento clínico apresenta-se sem sintomas psicóticos notáveis, embora os sinais da doença persistam. (KAPLAN, 1993, p. 358)

Além disso, os dados estatísticos do organicismo chocam-se frontalmente com os dos movimentos antipsiquiátricos.

A esquizofrenia nem sempre apresenta um curso deteriorante. Uma variedade de fatores está associada ao bom ou mau prognóstico. A extensão das taxas de recuperação na literatura é de 10 a 60%, e um estimativa razoável é de que 20 a 30% são capazes de levar vidas quase normais, continuando a experimentar sintomas moderados, e 40 a 60% permanecem significativamente comprometidos por sua doença, por toda a vida. (KAPLAN, 1993, p. 354)

Tomando por base o critério da curabilidade, fica evidente como é arbitrária, ou mesmo ilógica, a separação dos pacientes em grupos ou denominações distintas, fato que terá implicações muitas vezes definitivas sobre seus destinos, tanto institucional quanto existencialmente falando:

... pensamos que devemos distinguir dentre as doenças mentais as psicoses agudas e as crônicas. Porém, isto não acarreta uma oposição entre formas curáveis e

incuráveis — o que seria propriamente absurdo —, já que certas formas agudas são rebeldes às terapêuticas, e as formas crônicas podem ser influenciadas beneficemente pelos tratamentos. (EY, 1994, p. 221)

Parece pouco provável que se consiga chegar a um conceito satisfatório sobre a cronificação. Duzentos anos de psiquiatria e trinta de antipsiquiatria não o conseguiram. Chegar até lá talvez equivalha a compreender a própria loucura, o que Pinel já dizia não ser possível. Horroriza a onipotência curativa da psiquiatria a simples possibilidade de que talvez não haja o que fazer com alguns dos doentes mentais. Afinal, ela foi constituída justamente sobre o dogma da curabilidade do louco. E mesmo quando se trata de relativizar, ou até negar completamente a idéia de doença mental, é sobre isso que não existe que se faz necessário mais uma vez teorizar, ainda que apenas para decretar sua não-existência.

CAPÍTULO II

A LOUCURA E SEUS LUGARES

A assistência aos loucos no Brasil tem o seu divisor de águas na fundação do Hospício de Pedro II, em meados do século XIX. Até então, não existia no país um local especialmente destinado ao acolhimento dos doentes mentais (RUSSO, 1992, p. 7). Foi a partir da criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que um grupo de médicos começou a pressionar as autoridades públicas, através da imprensa, no sentido de que se constituísse um estabelecimento apropriado ao acolhimento dos insanos. O pleito desses médicos se baseava, de um lado, nas péssimas condições em que os loucos viviam nas Santas Casas da Misericórdia —, isto quando não ficavam perambulando pelas ruas, abandonados à própria sorte. Por outro lado, o que se propunha era que, uma vez sabendo-se que os loucos eram doentes, lhes fosse dado um tratamento adequado — o que só seria possível num lugar especialmente destinado a este fim (COSTA, 1981, p. 21).

Este é, portanto, um momento em que os médicos tratam não só de se organizar enquanto categoria profissional, propondo um controle mais rigoroso da atribuição do título de médico, quanto de consolidar sua influência — como arautos da modernidade —, sobre a sociedade brasileira, recém-saída de uma tutela colonial, buscando, neste sentido, se afirmar enquanto nação. Esta afirmação, se de um lado implicava na afirmação concomitante de uma unidade e de uma nacionalidade, por outro lado colocava o problema da identidade de um povo multiracial, heterogêneo, disperso numa área demasiado extensa, razoavelmente indisciplinado e, do ponto de vista do Estado, desorganizado. O discurso médico volta-se para essa questão, propondo dispositivos de esquadramento, classificação e

controle da população. O hospício era um deles.
(RUSSO, 1992, p. 8)

Nessa mesma época, começaram a surgir também no Brasil as primeiras produções teóricas abordando o tema da loucura. Isto, somado ao movimento em prol da criação do nosso primeiro hospício, demonstra a progressiva difusão na sociedade brasileira, de um pensamento que propunha a medicalização da loucura (já tornada alienação mental). No entanto, essas produções se caracterizam principalmente pela "repetição do saber estrangeiro", cujos conceitos são "retomados e simplificados", afora o fato de serem assumidamente desvinculados de uma prática clínica (MACHADO e outros, 1978, p. 383).

Criado por decreto imperial em 1841, mas inaugurado somente em 1852, o Hospício de Pedro II veio colocar o Brasil na modernidade da assistência psiquiátrica. Ao menos formalmente, uma vez que na prática a administração do estabelecimento foi entregue à Santa Casa. Além do mais, durante seus primeiros anos de funcionamento, existia apenas um médico no hospício: o diretor-clínico (MACHADO, 1978, p. 438). Entretanto, as suas atribuições se restringiam ao atendimento dos pacientes nas intercorrências clínicas. De fato, não houve no Pedro II qualquer forma específica de tratamento da loucura, ao longo de muitos anos. A função do estabelecimento era basicamente de abrigo e custódia, embora houvessem oficinas de trabalho para os internos, as quais ao que parece não possuíam qualquer função terapêutica, mas apenas laborativa. Somente em 1881 sua direção geral foi entregue a um médico, fato que não por coincidência coincidiu com a criação da primeira cadeira sobre doenças mentais na Escola Médica do Rio de Janeiro (MEDEIROS, 1977, p. 21). Mas mesmo a

partir disto, o número de médicos em serviço no hospício era pequeno, face à quantidade de pacientes internados — nunca menos de trezentos (MACHADO e outros, 1978, p. 457). Os serviços de enfermagem, por outro lado, permaneceram aos cuidados das religiosas da Santa Casa, o que ensejou uma permanente disputa pelo poder.

Por algum tempo, o Pedro II foi a única referência para o tratamento da loucura em todo o território nacional, e para lá acorreram loucos dos quatro cantos do Império. Entretanto, é impróprio falar em tratamento naqueles anos iniciais, pelas razões já mencionadas. De fato, não havia preocupação em tratar os doentes, mas meramente de retirá-los do convívio social, embora o pretexto para isso fosse de ordem médica. A psiquiatria brasileira nascia assim cumprindo fielmente seu mandato social (MEDEIROS, 1977, p. 61). Desde o seu reconhecimento como doentes, os cuidados para com os loucos se tornaram alvo do interesse público. Convencionou-se considerar natural que o Estado detivesse essa competência, daí a crença em que estatutos, normas e leis poderiam dar conta do problema que a loucura representava. Neste sentido, a associação da medicina com o poder público, dava a este o pretexto necessário ao controle social do louco, e àquela o respaldo legal de que necessitava, para se afirmar como a única detentora de um saber legítimo sobre a loucura.

O Hospício da Praia Vermelha era a resposta das autoridades aos reclamos da classe médica, a materialização do sonho de medicalizar a loucura. Mas esta pretensão estava relativamente dissociada da realidade, na medida em que sequer existiam psiquiatras no Brasil então. Quando o Pedro II ainda estava em construção, a Santa Casa enviou à Europa o Dr. Antônio José Pereira das

Neves, para que aprendesse nos hospícios de lá, os modos de curar os alienados. Um mês após a inauguração do hospício, ele foi nomeado diretor-médico, ficando contudo pouco mais de trinta dias no cargo, sendo afastado por desídia e substituído pelo Dr. Manoel José Barbosa, convidado a ocupar o cargo por residir próximo ao Pedro II. Ao primeiro psiquiatra brasileiro vagamente digno deste nome, optou-se por uma alternativa literalmente doméstica. Este episódio talvez dê a medida da tibieza com que se movia entre nós o processo — inexorável entretanto —, de medicalização da loucura.

Quanto ao próprio hospício, ia bem. Desde que ficou decidida a construção de um estabelecimento especial para o acolhimento dos loucos, o modelo adotado foi o do hospício, tal como havia sido concebido em linhas gerais pelo alienismo francês: um espaço planejado prioritariamente para o fim a que se propunha, fechado, distante dos centros urbanos e próximo da natureza, onde os pacientes, permanentemente vigiados por enfermeiros, ficassem separados por sexo, idade e diagnóstico. Além destas, havia também uma divisão que tomava por base a origem social do interno: se era pensionista, indigente, militar e assim por diante. Segundo Esquirol, caso fossem seguidas aquelas especificações arquitetônicas, o hospício em si mesmo seria um instrumento de cura, por restaurar no alienado a ordem mental, a partir da inculcação da ordem espacial e disciplinar do asilo. O Pedro II fora construído em consonância aos preceitos esquirolianos, faltando-lhe então portanto somente um efetivo comando médico.

O manicômio, projetado para receber 350 pacientes, foi inaugurado com 144, mas apenas dois anos depois estava superlotado. Equívocos de uma

assistência centralizadora, sem dúvida alguma, mas também um indicativo de algumas incoerências cruciais, a mais flagrante delas relativa à capacidade de efetivamente curar os pacientes. Porque, se o hospício superlota, pode-se pensar que isto se deve a um fatalismo demográfico. Mas a superlotação também chama a atenção para o fato de que não havia ali qualquer forma de tratamento, o que vai fortalecer a posição dos médicos, em seu permanente combate por uma administração laica do Pedro II. Isto, no entanto, ainda tardaria a se concretizar. Enquanto isso, toda e qualquer falha no atendimento prestado aos doentes, poderia continuar sendo creditado à duplicidade de comando entre os médicos e as religiosas, consagrada nos estatutos do hospício.

Mas os limites para o tratamento e a cura do louco, de alguma forma já estavam esboçados desde os primeiros anos de funcionamento do hospício, pois seu regimento interno estabelecia que ele havia sido criado para atender apenas aos curáveis, sendo vetada a admissão de "imbecis, idiotas, epiléticos ou paralíticos dementes, que se reputam incuráveis e podem viver inofensivos no seio da família" (MACHADO e outros, 1978, p. 474). Não obstante, relatos médicos da época indicam que a população do hospício era composta por 2/3 de incuráveis. É preciso que se observe que desde Esquirol, se constituíra uma corrente no alienismo, que acreditava haver dois tipos genéricos de loucura: uma causada por fatores hereditários ou orgânicos, e que seria incurável; e outra, curável, cuja ordem estaria ligada a uma disfunção da mente (BERCHERIE, 1985, p. 55). A esta última muitos autores chamaram de loucura propriamente dita. Dessa forma, o alienismo brasileiro também nisto parece ter seguido a

influência de Esquirol.

Esta opção comportava ao menos um inconveniente, no entanto. Antes da tomada de poder pelos médicos, da administração do Pedro II, a abundância de incuráveis era explicada pela ignorância ou incompetência com que se faziam as internações, ao arrepio do próprio regimento interno. Entretanto, mesmo mais tarde, quando o hospício já se encontrava sob direção médica, os incuráveis continuaram a constituir a maior parte da população internada. A justificativa para que isto acontecesse se estendia ao período anterior: uma espécie de herança das antigas práticas. Mas excetuados os incuráveis que haviam permanecido, e os chamados casos sociais (pobres, velhos abandonados, etc.), havia uma parcela de internos que era "propriamente louca" e incurável. Para efeitos práticos, estes pacientes serão igualados aos demais sob a denominação de "crônicos", numa indiferenciação que ocultava o fracasso das pretensões terapêuticas alienistas. De qualquer modo, é virtualmente impossível pensar a gênese da noção de cronificação, dissociando-a da prática asilar. Os crônicos fazem sua aparição no discurso psiquiátrico brasileiro como um resto, que vai demarcar um paradoxo da estrutura assistencial: uma instância de tratamento que não trata nem produz conhecimento médico digno de valor (MEDEIROS, 1977, p. 9).

No plano da produção teórica da psiquiatria brasileira da época, a questão da cronificação curiosamente quase não é mencionada, muito embora já houvesse há tempos se tornado um sério problema institucional. É no plano das práticas que o assunto vai aparecer com uma certa constância, em artigos na imprensa, relatórios da direção do hospício e assim por diante. Por esses meios,

"uma elite médica que se instala, ao mesmo tempo, dentro e fora do Estado" (MACHADO e outros, 1978, p. 491), procura mobilizar a opinião pública e o governo, visando a implementação de reformas na assistência aos doentes mentais, que vão desde a laicização dos serviços de enfermagem, até a criação de instâncias específicas para o atendimento de pacientes crônicos (MACHADO e outros, 1978, p. 475). A quantidade de incuráveis, entretanto, por mais transtornos que causasse, não era vista como o problema principal do hospício, já que estes em última análise poderiam ser removidos. Mas a divisão de poder com a Santa Casa era intolerável. Como a loucura se constituía numa questão de ordem pública, era preciso que o Estado tomasse inteiramente para si o encargo de cuidá-la. Começa então uma luta pela estatização da assistência psiquiátrica.

Mas, o que é fundamental, quando se trata do louco qualquer oposição à sua proteção e tratamento deve ser ultrapassada: daí a necessidade de recorrência ao Estado, que deve tornar superior à família, às confrarias, a qualquer estabelecimento popular, instâncias que podem fazer do louco objeto de arbitrariedades; o Estado deve poder seqüestrar o louco, aliená-lo de seus direitos, em nome da defesa coletiva e da liberdade individual pela psiquiatria (MACHADO, 1978, p. 488).

Nesta discussão, a própria questão da curabilidade do doente mental passa a ser um dos argumentos invocados em favor da estatização. Apenas a intercessão do Estado permitiria que se colocasse um ponto final nas internações arbitrárias de doentes mentais. Era preciso que o próprio Estado, como representante da vontade coletiva, se encarregasse diretamente da assistência psiquiátrica, contando para isso, naturalmente, com o assessoramento neutro e científico da medicina. Assim, seria finalmente possível,

de um lado, evitar que alienados curáveis — que representavam um ônus aos cofres públicos —, continuassem a ser acolhidos no hospício; e de outro, que fosse privilegiada a internação de doentes recém-caídos na alienação, e supostamente portanto com chances de cura. Além disso, não sendo feito pelo próprio Estado, o seqüestro do louco —, ainda que com intenções terapêuticas —, constituía uma arbitrariedade. A internação, por outro lado, desde que inteiramente balizada pelo saber psiquiátrico, facultava ao alienado um tratamento, que nada mais era do que uma "disciplinarização fundada na ciência" (MACHADO, 1978, p. 489). A cura, portanto, se traduzia numa normalização que permitia o retorno à vida em sociedade. A psiquiatria se tornava assim a guardiã da cidadania do louco.

O que estava em jogo nessa disputa de poder, era a própria afirmação da psiquiatria como autêntica e única detentora de um saber legítimo sobre a loucura. Na passagem do Império para a República, este combate, que se iniciara mesmo antes da criação do Pedro II, ainda estava sendo travado. Diversos episódios dessa época, ilustram como o alienismo foi contestado pela Justiça e pela Igreja, esta última na pessoa da Santa Casa. A medicina procura então, de maneiras diversificadas, afirmar a sua competência. Esta empreitada se dá em três planos: no jurídico, através da luta pela promulgação de uma lei que regulasse a assistência aos alienados, consagrando o poder médico; no institucional, pela remodelização da assistência; no teórico, pela introdução do pensamento kraepeliano, o que vai acontecer num momento um pouco posterior.

Até a República, segundo Teixeira Brandão, que não teme se considerar o Pinel brasileiro, não há medicalização do hospício nem do louco. Crítica que, indignada e inquieta diante de uma realidade adversa, é uma constante nos setores mais avançados da intelectualidade médica. Na luta pela constituição do hospício ela já aparecia, tomando por alvo o tratamento dos loucos na Santa Casa. E, em grande parte, ainda hoje é repetida fundamentando novas propostas de administração da loucura. (MACHADO e outros, 1978, p. 490)

Com o advento da República, vários daqueles pleitos médicos foram atendidos. Até então, os únicos documentos reguladores da assistência aos doentes mentais no Brasil eram os próprios estatutos dos hospícios, na Capital e nas províncias, mas que possuíam força de lei, reconhecidos que eram por decreto imperial. Já se pensava numa legislação centralizadora, que cobrisse todo o território nacional. Isto demonstra como ainda era frágil a penetração do pensamento médico, no campo da administração da loucura. De fato, sequer havia sido reconhecida a exclusiva competência da medicina sobre o louco. Os estatutos do Pedro II, por exemplo, conferiam ao médico do hospício um papel secundário na internação dos doentes, face ao juiz, ao chefe de polícia, à família e até mesmo ao provedor da Santa Casa (MACHADO e outros, 1978, p. 478). Esta situação, naturalmente, vinha sendo desde sempre objeto de inúmeras críticas por parte da classe médica, ansiosa por garantir aos alienados um tratamento "científico".

Os alienistas haviam divisado no movimento republicano, a oportunidade pela qual tanto aguardavam. A separação entre Igreja e Estado, que com certeza seria uma das conseqüências da República, poderia permitir que finalmente a Santa Casa deixasse a administração do hospício da Praia

Vermelha. E, de fato, um dos primeiros atos do novo governo foi uma reforma psiquiátrica, começando pela estatização do Pedro II, que passou a se chamar Hospício Nacional de Alienados. Logo em seguida, foi criada a Assistência Médico-Legal a Alienados, que era composta pelo hospício e pelas primeiras colônias agrícolas para os pacientes incuráveis. O hospício continuaria a funcionar como referência para as admissões, mas nele só poderiam permanecer internados os doentes pensionistas, enquanto para as colônias iriam os indigentes (MEDEIROS, 1977, p. 111). Critério estranhamente pouco médico, tendo em vista os motivos alegados para a reforma...

Há muito tempo, os alienistas demonstravam o desejo de especializar a assistência aos doentes mentais, solicitando das autoridades a criação de estabelecimentos apropriados ao abrigo dos incuráveis. Na ausência destas medidas, que ao menos o próprio hospício fosse reformado, para que fosse possível "assegurar uma separação efetiva entre curáveis e incuráveis" (ENGEL, 1995, p. 331). Ao mesmo tempo, era tentada uma maior responsabilização das famílias pelos crônicos que não oferecessem perigo, mas o sucesso desta iniciativa era mínimo, e continuavam a ser internados no hospício vários tipos de incuráveis. Os alienados recentes, por seu turno, continuavam a cronificar. As transformações alcançadas através da primeira reforma republicana, ao contrário do que era esperado, não conseguiram assegurar um novo padrão de eficiência aos serviços assistenciais:

Havia um consenso entre os alienistas, a respeito das causas determinantes deste quadro. Em primeiro lugar, o velho problema da superlotação. Embora Teixeira Brandão — primeiro diretor da Assistência aos

Alienados —, considerasse uma prova de eficiência da gestão estatal do hospício, o enorme aumento do número de internações que havia acontecido, este fato fazia com que o trabalho fosse muito dificultado. Em segundo lugar, o não menos antigo problema da exigüidade e da baixa remuneração de médicos e enfermeiros qualificados para o serviço. Começa uma pressão no sentido de ampliar as colônias já existentes, bem como criar outras. Isto só viria a acontecer, no entanto, em 1911 e 1923, quando foram inauguradas respectivamente as colônias do Engenho de Dentro e de Jacarepaguá, sendo que para esta última foram transferidos os pacientes das colônias da Ilha do Governador, encerrando uma provisoriedade que durou trinta anos.

O sistema das colônias, entretanto, longe de se contrapor ao modelo asilar, na verdade o reforça. Mediante o pretendido esvaziamento do hospício, este poderia finalmente se tornar um espaço plenamente medicalizado, um lugar de cura. De mais a mais, permanecia ainda muito forte, no alienismo brasileiro, a crença em que somente através do isolamento era possível tratar vários (se não a totalidade), dos casos de alienação mental. Ao que parece, apenas os crônicos não eram "medicalizáveis". Mas as propostas de mudança na assistência jamais foram completamente atendidas, o que se de um lado gerou uma monótona repetição de queixas às autoridades, por outro deu aos alienistas uma excelente justificativa para os seus fracassos.

Em 1903, Juliano Moreira, foi nomeado diretor do Hospício e da Assistência aos Alienados. Sua administração, que se prolongou por quase trinta anos, caracterizou-se como um período de consolidação de tendências já delineadas na psiquiatria brasileira, bem como de inovações importantes.

A primeira foi a introdução entre nós da doutrina kraepeliana, então a grande novidade da psiquiatria mundial. Um traço peculiar do alienismo brasileiro, como talvez não pudesse deixar de ser, foi a sua absoluta dependência das fontes teóricas estrangeiras, notadamente européias. A grande variedade de influências doutrinárias redundou num ecletismo, que no entanto privilegiou de modo incontestável a escola de Morel e seus desenvolvimentos. Isto talvez explique a aceitação que tiveram posteriormente as idéias de Kraepelin (AMARANTE, 1982, p. 85). Neste cenário, a produção teórica do alienismo brasileiro é marcada pela

... ênfase nos estigmas físicos e psíquicos como indícios inequívocos da degeneração —, e, por extensão, da doença mental de um modo geral —, e a obsessão pela hereditariedade considerada como o primeiro e mais importante foco originário — e, portanto, propagador —, da alienação mental. (ENGEL, 1995, p. 199)

Juliano Moreira vai alterar este quadro, ao procurar filiar a psiquiatria brasileira a uma única e atualizada matriz teórica, e ao mesmo tempo introduzir mudanças na assistência aos doentes mentais, a partir da mesma orientação;

Até Juliano Moreira, a psiquiatria brasileira tinha-se limitado a reproduzir o discurso teórico da psiquiatria francesa e a seguir a prática ditada pelo pessoal leigo ou religioso, encarregado da administração dos hospitais. Juliano e seus discípulos tentaram transformar esta situação, inaugurando uma psiquiatria cujos fundamentos teóricos, práticos e institucionais constituíram um sistema coerente. (COSTA, 1980, p. 23)

No plano teórico, Juliano vai introduzir o conceito kraepeliano de

anormalidade, ampliando os domínios da doença mental, que passa a incluir vários quadros considerados até então como normais. Para proceder a discriminação, muitas vezes sutil, entre o que é normal e o que é patológico, torna-se imprescindível a figura de um perito: o psiquiatra. Mas, se a partir desta formulação teórica, o campo da atuação da psiquiatria se sofisticava, e ao mesmo tempo se expande, era preciso igualmente que o seu *modus operandi* fosse modificado. Até então, o traço característico do alienismo vinha sendo a sua identificação com o espaço asilar. Nas palavras de Jane Russo, "aqui, como na Europa, não foi a psiquiatria que criou o hospício, mas o contrário" (1992, p. 8). A partir das teorias de Morel, entretanto, este panorama começou a mudar. Localizando na aparente normalidade uma morbidez latente, Morel e seus seguidores propuseram uma ampliação da área de atuação da psiquiatria para além dos muros do hospício, onde ela se encontrava confinada junto com os incuráveis. A nosografia de Kraepelin (PORTOCARRERO, 1980, p. 162), reafirma esta tendência expansiva, e com este espírito ela é incorporada ao cenário psiquiátrico brasileiro.

As teorias de Morel e Magnan já vinham sendo divulgadas no Brasil há alguns anos, principalmente por Teixeira Brandão, figura mais representativa da psiquiatria brasileira do fim do Império e começo da República. Isto preparou o terreno para a penetração das teorias kraepelianas, através de Juliano Moreira. As novas elaborações exigiam, além da ampliação do papel conferido ao psiquiatra, uma transformação na assistência, de modo que esta pudesse cumprir as novas funções para as quais estava sendo chamada. Em primeiro lugar, era preciso segmentar a assistência, especializando-a: criar instâncias de

atendimento distintas do hospício, e voltadas para tipos específicos de doenças mentais. Desta forma, o sistema de colônias para pacientes crônicos encontra um novo incentivo, mas agora com pretensões ampliadas. Assim é que se procura implantar nas colônias, à guisa de terapêutica — mas também como um meio de auto-sustentação para os doentes —, o trabalho agrícola (RESENDE, 1987, p. 47). Além disso, nas colônias buscava-se colocar em prática a chamada "ilusão de liberdade", permitindo aos pacientes uma amplitude de movimentos que no hospício era impossível, e que se acreditava pudesse ser terapêutica para os quadros de cronicidade.

As colônias surgem no cenário da assistência psiquiátrica brasileira, de duas formas: como um complemento aos hospícios já existentes, ou ainda como a única ou a mais importante opção assistencial. No primeiro caso, as colônias seriam os locais para onde seriam enviados os crônicos que lotavam os asilos (como, por exemplo, no Rio de Janeiro); no segundo caso, a pretensão era que as colônias atendessem aos alienados desde o início da doença, acompanhando-os até a cura ou eventual cronificação (RESENDE, 1987, p. 53). Esta última modalidade foi introduzida em São Paulo, com a criação do hospício-colônia de Juqueri, em 1898, por Franco da Rocha. Na prática, o Juqueri repetia o esquema tradicional da assistência, pois próximo do hospício (local de tratamento), existiam colônias destinadas aos crônicos. A diferença estava em que os estabelecimentos não ficavam longe uns dos outros — como na Capital —, mas próximos entre si e igualmente distantes do perímetro urbano. A outra peculiaridade do Juqueri foi a tentativa de introdução da chamada assistência hetero-familiar, uma novidade também originária da psiquiatria alemã.

Diferentemente do que havia acontecido no Rio de Janeiro, entretanto, em São Paulo o hospício já nasceu sob administração estadual, e com um modelo assistencial diferenciado. Não obstante, os problemas que enfrentava eram os mesmos do hospício da Praia Vermelha: superlotação, altos índices de cronificação, falta de afirmação do saber médico.

Os pacientes indicados para essa nova abordagem eram aqueles que já haviam passado pelo hospício, e após o tratamento demonstrado possibilidade de voltar à sociedade, ainda que não imediata ou independentemente. Isto é, crônicos inofensivos. Nas colônias, estes pacientes seriam alojados em pequenos grupos, em casas onde residissem com um enfermeiro ou outro funcionário idôneo, famílias selecionadas para este fim, ou mesmo parentes dos próprios doentes, os quais seriam remunerados por este trabalho. O tratamento moral não precisava mais ficar restrito ao hospício, ou sob encargo único do alienista. Bem ao contrário, ele deveria expandir suas fronteiras e multiplicar seus operadores para continuar existindo, e com eficiência ampliada. Desta forma, poderia ser realizado tanto pelo especialista quanto por "qualquer um que seja suscetível de reproduzir os ensinamentos da Psiquiatria, não mais como um saber técnico distante, mas como um aprendizado sobre a vida, um conhecimento sobre o cotidiano" (AMARANTE, 1982, p. 99). O controle sobre a normalidade passa a ser uma tarefa compartilhada por várias instâncias sociais, sob a chancela da psiquiatria:

... a assistência hetero-familiar revelar-se-ia como uma estratégia fundamental da psiquiatria no sentido de comprometer o conjunto da sociedade com o tratamento não apenas da loucura, mas da anormalidade, categoria

muito mais abrangente, que neste momento consolidava-se como o principal alvo da intervenção social e política do psiquiatra. (ENGEL, 1995, p. 435)

Porém, a assistência hetero-familiar terminou por se constituir em apenas mais um recurso da velha modalidade asilar de assistência. Ao invés de buscar uma efetiva reintegração do doente mental à sociedade, preferiu trilhar o caminho inverso, trazendo a sociedade (ou um seu simulacro), para dentro do asilo. Mas mesmo os recursos destinados à remuneração das famílias e funcionários, ou à eventual recolocação efetiva de ex-pacientes na sociedade, foram escasseando até serem completamente suprimidos (RESENDE, 1987, p. 52).

No Rio de Janeiro, o sistema de colônias implantado por Teixeira Brandão, foi pioneiro no país e na América Latina. No entanto, a precariedade foi a marca principal das primeiras colônias, as da Ilha do Governador, criadas em 1893. Além do Estado nem mesmo ser o proprietário dos terrenos onde se elas se localizavam, estes eram impróprios ao cultivo, tornando inócua a idéia de oferecerem uma alternativa de tratamento e ressocialização através do trabalho agrícola. Afora isto, seus prédios haviam sido reaproveitados dos asilos de mendigos que ali funcionavam anteriormente, sendo inadequados ao novo uso, ou mesmo estando em péssimo estado de conservação (AMARANTE, 1982, p. 117). Somente a partir de 1911, com a criação da Colônia do Engenho de Dentro — para onde foram levadas as pacientes crônicas do Hospício Nacional —, é que vai ser tentada a experiência da assistência familiar. Esta vai ser estendida à Colônia de Jacarepaguá, para onde foram removidos os crônicos

que estavam nas colônias da Ilha. Entretanto, estas experiências repetem o fracasso do Juqueri.

Além da criação e especialização das colônias para crônicos, Juliano também propôs estabelecimentos semelhantes para alcoólatras, epiléticos e assim por diante (os quais, no entanto, jamais se tornaram realidade), bem como um manicômio judiciário para alienados criminosos, este inaugurado em 1921. "O hospício produz e reproduz as loucuras; multiplicam-se os asilos, multiplicam-se as loucuras; para cada loucura, um asilo" (AMARANTE, 1982, p. 94). Mas esta segmentação da assistência também atende a outro velho objetivo alienista: a remedicalização do hospício. Assim como as colônias encontravam sua justificativa teórica na clássica divisão kraepeliana entre curáveis e incuráveis, também ao asilo era necessário subdividir-se, a partir de agora segundo critérios estritamente clínicos, e não apenas pelo sexo ou pelo comportamento dos pacientes (agitados, imundos, incômodos, etc.), como até então (MACHADO e outros, 1978, p. 455). Era preciso aproximar o asilo do hospital, a psiquiatria da medicina. Assim, acreditam todos, estaria garantida a eficiência nos atendimentos, evitando novas cronificações.

Embora as colônias tenham sido criadas utilizando-se um biombo ético-clínico, o fato é que não demoraram a mostrar sua verdadeira face. Declaradamente, elas deveriam oferecer aos crônicos uma assistência pouco medicalizada, com trabalho agrícola e assistência familiar, tudo de acordo com o melhor modelo europeu e pensado criteriosamente para aquela clientela (MEDEIROS, 1977, p. 20). Mas a realidade se mostrou menos afável. Muito cedo, as colônias se viram atulhadas de "alienados que vinham do Asilo de

Mendicidade, do Hospício Nacional e de outros estados" (MEDEIROS, 1977, p. 112). A saída seria construir mais colônias, de modo a atender uma demanda que não cessava de crescer. Criava-se assim um circuito que, na expressão de Castel, iria tragar milhares de "existências desesperadas" (1978, p. 247).

Fracassadas as intenções terapêuticas das colônias, restou-lhes assumir o cumprimento do antigo mandato psiquiátrico: a pura exclusão dos loucos, agora mais do que nunca considerados incuráveis e condenados inexoravelmente ao abandono. Prevalecia a máxima: "Primeiro se trata; se o tratamento não funciona, se exclui pura e simplesmente" (MACHADO, 1978, p. 76). Muitas colônias foram construídas a grandes distâncias do perímetro urbano, sob a alegação de que era preciso oferecer contato com a natureza aos pacientes. Além da própria política de assistência, também o isolamento em que se encontravam as colônias dificultava (ou impedia), qualquer possibilidade de interferência delas mesmas, com relação aos critérios de internação. Isto contribuiu para que, à população "legitimamente psiquiátrica", se agregasse um sem-número de "casos sociais". Aparentemente, pouco havia mudado desde a época em que a medicina reivindicava para si a tutela sobre a loucura.

No campo jurídico, após muitas lutas, finalmente foi aprovada em 1903 a primeira lei geral sobre a assistência a alienados no Brasil, fruto do empenho de Juliano, pouco tempo antes nomeado diretor da Assistência, e de Teixeira Brandão, então cumprindo mandato de deputado federal. Esta lei, no entanto, sofreu muitas críticas, mesmo no meio alienista. Embora sob vários aspectos já houvesse nascido defasada, pois literalmente copiava vários artigos da legislação francesa de 1838 (I), talvez o maior problema da lei brasileira

estivesse no fato que, efetivamente, ela não possuía abrangência nacional. O princípio federativo consagrado na Constituição de 1891, praticamente impediu que a aplicação da nova lei se tornasse obrigatória em todo o país. E seus autores de maneira alguma desconheciam isto, tanto assim que foram previstos dispositivos casuísticos na lei, voltados exclusivamente para a situação da assistência no Rio de Janeiro. Mas este fato se relaciona também com o panorama geral da assistência no país, um terreno pantanoso no qual ainda havia muito a ser definido. Além disso, a lei não distinguia expressamente o médico como o profissional competente para administrar os hospícios, o que era uma falha espantosa, considerando a luta histórica do alienismo brasileiro.

Reforma e modernizada, a experiência republicana da reclusão adquiriria, sem dúvida, um perfil mais sofisticado do que o caracterizara o Hospício de Pedro II. Mas, por mais significativas e incontestáveis que tenham sido as conquistas dos psiquiatras com o advento da República, ampliando e consolidando as bases políticas e sociais da sua atuação, o projeto de medicalização da loucura que empunhariam como bandeira era ainda, em suas linhas gerais, muito próximo do elaborado pelos alienistas do século XIX. (ENGEL, 1995, p. 444)

Esta ambivalência vai se tornar um traço típico da psiquiatria brasileira nas décadas seguintes. Em que pese os psiquiatras haverem conseguido alcançar, ainda nos primeiros anos do século XIX, quase tudo o que demandavam há tempos — uma lei geral de assistência a alienados, o reconhecimento da psiquiatria como uma especialidade médica autônoma, a criação de novos estabelecimentos assistenciais e a reforma dos antigos, e assim por diante —, seus desenvolvimentos teóricos e a sua prática ainda não haviam conseguido demarcar uma área específica de atuação (COSTA, 1980, p. 24).

De fato, o que imperava era uma certa confusão entre aquilo que pertencia ao campo próprio da psiquiatria, e o que dizia respeito exclusivamente ao campo cultural ou social. Era como se estas duas dimensões estivessem irremediavelmente ligadas, cabendo à psiquiatria a interpretação e a terapêutica do social, sempre sob um prisma moralista e biologizante. Ao que parece, apesar de todas as suas conquistas (ou graças à autoridade que estas lhe haviam supostamente assegurado), a psiquiatria relutava em renunciar ao encargo social que desde o seu nascimento a caracterizava.

Foi neste contexto ideológico que surgiu a Liga Brasileira de Higiene Mental. Fundada em 1923, ela congregava vários seguidores de Juliano Moreira, e tinha como objetivo "melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos" (COSTA, 1980, p. 27). Muito cedo, no entanto, este objetivo inicial é abandonado, e o interesse da entidade se volta para temas como a prevenção das doenças mentais e a eugenia. Até então, estes objetivos só haviam tido aplicação no interior dos estabelecimentos de assistência. A Liga vai ser a porta-voz de uma mudança de enfoque sobre esta questão, ao propor a participação de psiquiatras em programas de prevenção, a serem desenvolvidos junto às escolas, fábricas e famílias. Em conformidade com esta proposta, acontece uma transformação radical não só da prática psiquiátrica, mas também uma tentativa de redefinição conceitual da própria psiquiatria. Ocorre uma inversão de papéis que faz do higienismo, até então um campo de atuação da psiquiatria, um corpo de conhecimentos "que contém e orienta a prática

psiquiátrica" (COSTA, 1980, p. 29).

Durante o seu período inicial, entretanto, a Liga permaneceu fiel à orientação psiquiátrica tradicional, mantendo o organicismo de Kraepelin como sua principal referência teórica. As teorias de Kraepelin interessavam duplamente ao ideário da Liga: de um lado, por serem facilmente articuláveis às concepções eugenistas sobre hereditariedade psíquica; de outro, por gozarem de um prestígio científico que podia torná-las uma espécie de salvo conduto involuntário, para qualquer ideologia que nelas se respaldasse. As ações da LBHM estavam articuladas à prevenção das doenças mentais, não só através de atividades editoriais (a revista *Arquivos Brasileiros de Higiene Mental*), pedagógicas (escola de Enfermagem), e de pesquisa (laboratório de Psicologia), mas também assistenciais, por meio de um ambulatório criado na Colônia do Engenho de Dentro, que oferecia um serviço de "aconselhamento genético a título de prevenção de distúrbios mentais" (RESENDE, 1987, p. 54). Nesta etapa, a eugenia ainda era apenas um meio de evitar a disseminação de doenças mentais pela hereditariedade. Funcionando como higiene psíquica, a eugenia preocupa-se apenas com os indivíduos. Mas esta postura logo se deslocará, no sentido de entendê-la como higiene social, não mais relacionada com indivíduos, mas com raças. A eugenia deixa de ser profilaxia da doença mental e se torna profilaxia da raça.

Apesar da sua tentativa de desvinculação tanto do hospício quanto da própria psiquiatria, os eugenistas acabaram por acrescentar uma justificativa para a superlotação dos asilos. A explicação estava nos "antecedentes da nacionalidade" (MEDEIROS, 1977, p. 53): a formação do nosso povo, da "raça

brasileira", havia sido desfavorecida pela mistura de tipos inferiores. Assim, somaram-se aos europeus degenerados, os negros e os índios embrutecidos pelo álcool que os havia submetido durante a colonização. Este quadro era agravado pela incidência de doenças como a tuberculose, a sífilis, o alcoolismo crônico e alienação mental, num crescendo sem fim. Por esta razão, o hospício não era mais que um tênue paliativo, uma meia-solução, que só fazia receber mais e mais doentes sem tratamento possível. O enfoque não deveria mais ser tentar curar o que era incurável, mas prevenir o aparecimento das doenças mentais. Embora a Liga Brasileira de Higiene Mental, em função do seu radicalismo e da precariedade de sustentação científica dos seus objetivos, tenha acabado se tornando anacrônica, o fato é que durante vários anos chegou a congregar em seus quadros a nata da psiquiatria brasileira. É de se pensar portanto, se algumas das suas concepções, que puderam vicejar com facilidade, graças ao contexto sócio-cultural dos anos 20-30, de alguma forma não deixaram raízes no imaginário psiquiátrico brasileiro, reforçando, por exemplo, um franco desprezo aos pacientes crônicos, que continua existindo até hoje.

Com o fracasso da solução "redentora" das colônias já nítido, a assistência aos doentes mentais ficou quase completamente restrita ao antigo modelo asilar. Hospícios e colônias funcionavam basicamente com depósitos de pacientes. Embora tenha permanecido o velho ideal de medicalizar o hospício, e mesmo novos métodos fossem incorporados ao arsenal terapêutico psiquiátrico (dentre estes, a lobotomia e o eletrochoque), a função do psiquiatra continuava a ser basicamente custodiar os pacientes.

Durante a década de 30, ainda pela via da reforma da assistência,

Ulisses Pernambucano, no Recife, tenta organizar uma rede de serviços que compreendia ambulatório, hospital aberto, assistência social para pacientes egressos, praxiterapia. A ênfase era sobre o diagnóstico precoce, as internações de curta permanência e o tratamento de pacientes agudos. Para os crônicos, previa-se colônias com assistência hetero-familiar, nos moldes já experimentados em São Paulo e no Rio de Janeiro. A iniciativa de Ulisses, entretanto, não conseguiu ir adiante.

Outra modalidade assistencial que foi pensada, se não como uma alternativa, ao menos como uma possibilidade de reduzir o número de internações, foram os ambulatórios. Desde Teixeira Brandão se cogitava o estabelecimento de um então denominado "serviço de consultas externas", concebido meramente como uma forma de evitar internações desnecessárias. Mas esta experiência não teve êxito. Somente em 1912 foi criado um outro ambulatório, este com funcionamento regular, com o que se teria conseguido evitar o aumento do número de pacientes crônicos internados, segundo relatório da direção do hospício. Apesar deste anunciado sucesso, só em 1921 o serviço seria estendido a outra unidade da assistência, a Colônia do Engenho de Dentro (que não obstante já existia há dez anos). Ali foi aberto outro ambulatório, conhecido também conhecido como Instituto de Profilaxia Mental. Conforme se pode depreender, este serviço, além de desempenhar atividades semelhantes ao ambulatório da Praia Vermelha, também tinha fortes pretensões eugenistas. O diretor da colônia então era Gustavo Riedel, que dois anos depois fundaria a LBHM. Seu objetivo não era apenas impedir o agravamento dos quadros de doença mental, mas também, e principalmente, detectar casos

potencialmente perigosos à sociedade, e interná-los imediatamente. Esta mudança dos objetivos iniciais do ambulatório, antecipa uma tendência que se tornaria hegemônica na psiquiatria brasileira dos anos seguintes.

Apenas em 1931 seria criado outro ambulatório público, na reforma empreendida por Ulisses Pernambucano. Este serviço, no entanto, tinha uma feição propriamente psiquiátrica, visando o atendimento de pacientes egressos. Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), que estimulou, embora timidamente, a abertura de ambulatórios psiquiátricos não vinculados necessariamente a serviços de internação. Nesta época, entretanto, já existiam ambulatórios mantidos pelos governos estaduais em alguns estados, mas sempre em número inferior ao necessário. Além disso, nem todos tinham funcionamento regular. A atuação do SNDM em seus anos iniciais, por outro lado, objetivou principalmente a construção de novas unidades de internação, visando cobrir todo o território nacional (MEDEIROS, 1977, p. 23). O resultado foi a manutenção de um modelo essencialmente asilar, no qual as internações acontecem em estabelecimentos com condições infra-humanas de acolhimento, na grande maioria dos casos.

A psiquiatria brasileira, ao que parece, continuava praticamente no mesmo ponto em que se encontrava quando Teixeira Brandão fez suas primeiras críticas. Uma mudança pelo menos havia ocorrido: em 1945, o Código Brasileiro de Saúde condenou o uso das expressões como hospício, asilo, retiro e outras, para designar os estabelecimentos de internação psiquiátrica, recomendando o nome hospital. Da mesma forma, aboliu, na linguagem médica, os termos doido, louco, alienado e demais, considerados pejorativos e estigmatizantes. O título de

alienista também foi proscrito, e substituído pelo de psiquiatra (MEDEIROS, 1977, p. 75). O problema estava resolvido. Descobria-se finalmente que a doença mental, no Brasil, era uma questão semântica. No mundo real, contudo, os problemas continuavam a se acumular, e o panorama da assistência era simplesmente caótico, com tendência a piorar. O SNDM passou a firmar convênios com os estados, de modo a ampliar a rede assistencial, com a criação de novos hospitais, o que continuou acontecendo até meados dos anos 50. Estes hospitais, na verdade, eram colônias, e esta insistência num modelo que já provara há vários anos seu completo fracasso constituía um autêntico enigma, talvez só explicável pelo fato de que a exclusão continuava a ser "a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira" (RESENDE, 1987, p. 36). Esta, no mesmo sentido, ainda demonstrava um quase completo desconhecimento com relação às novidades da prática psiquiátrica do pós-guerra.

Após um longo período de estagnação, o modelo psiquiátrico brasileiro começa a ser questionado a partir da década de 70. Os macro-estabelecimentos públicos (o Juqueri chegou a ter 15 mil pacientes), passaram a ser considerados inviáveis economicamente, além de ineficazes quanto à recuperação dos doentes. As mudanças sociais, por outro lado, não mais permitiam que os hospícios continuassem a desempenhar tão cruamente o papel de instância de exclusão social: agora era preciso ao menos vestir e dar camas para essa "população residual" (MEDEIROS, 1977, p. 55). No *front* interno, por sua vez, a influência ainda que tardia da psicoterapia institucional, e depois da antipsiquiatria, se fez sentir desde numa certa democratização das condições de atendimento, até numa relativização ou mesmo contestação da necessidade das

internações psiquiátricas.

Enquanto isso, com a criação do INPS, a rede privada de assistência psiquiátrica conheceu uma enorme expansão, à custa de uma política de convênios com a Previdência Social. As casas de saúde, como sabidamente sempre preferiam ser chamados os hospícios particulares, tinham há vários anos uma presença forte e até mesmo tradicional (a Dr. Eiras é contemporânea ao Pedro II), no campo das internações psiquiátricas. Até esse momento, elas se voltavam ao atendimento da parcela mais abastada da sociedade, cabendo à rede pública os pacientes das classes pobres. A partir dos convênios com a previdência pública, este quadro se altera, e as clínicas particulares passam a atender contingentes cada vez maiores de pacientes, em condições de abrigo e tratamento em tudo idênticas ao pior modelo público. É literalmente criada uma demanda por serviços psiquiátricos, que são convenientemente centrados nas internações, melhor remuneradas pela Previdência do que outras formas de atendimento. Com isso, é estimulado o surgimento de novas macro-estruturas, que passam a constituir uma autêntica "indústria da loucura".

CAPÍTULO III

REFORMA OU RUPTURA, OS CAMINHOS DA MUDANÇA INSTITUCIONAL

A conceituação de reforma psiquiátrica não é pacífica. Basicamente, existem dois entendimentos possíveis para o tema, os quais se excluem mutuamente. Segundo o entendimento de alguns autores (BIRMAN & COSTA, 1994, p. 41-81), no primeiro caso o conceito de reforma está articulado à idéia de recuperação da instituição psiquiátrica. Isto se daria num contexto de crise da psiquiatria tradicional, tanto no campo teórico quanto no prático, cujo resultado mais notável foi a mudança do seu objeto, que anteriormente era o tratamento da doença mental, e passa a ser a promoção da saúde mental. Simultaneamente, surgem práticas psiquiátricas diferentes da puramente asilar, que vão procurar dar conta deste novo objeto. Entretanto, as chamadas "novas psiquiatrias" continuam sustentando a crença "na instituição psiquiátrica enquanto *locus* de tratamento e na psiquiatria enquanto saber competente" (AMARANTE e outros, 1995, p. 22). No segundo caso, a noção de reforma está associada à crítica dos pressupostos da instituição psiquiátrica.

Assim é que num primeiro momento, a partir dos anos 20, surgem vários movimentos, dentre os quais os mais notáveis foram a terapêutica ativa, de Simon (cuja importância está não apenas no fato de haver sido o primeiro, mas principalmente por ter estabelecido um princípio que depois seria adotado por todas as demais iniciativas, e que é a implicação do paciente em seu próprio tratamento); os trabalhos com grupos de Sullivan e Menninger, nos anos 30 e 40 deslocando a ênfase nos tratamentos, do plano individual para o coletivo; as

comunidades terapêuticas, a partir dos anos 40, com as quais se tenciona implicar ao menos uma parcela da sociedade na estratégia de tratamento, visando facilitar a ressocialização dos pacientes; a psicoterapia institucional, no pós-guerra, que parte do pressuposto de que a instituição psiquiátrica, para cumprir com eficácia o papel que lhe compete, também pode e deve ser ela mesma, objeto de uma "terapia" mediante a qual serão questionados em caráter permanente o poder médico, a hierarquização dos papéis institucionais, e a própria segregação dos pacientes.

Num momento posterior, a partir da década de 60, vão acontecer as experiências da psiquiatria de setor (na França), e da psiquiatria comunitária (nos Estados Unidos). Estas se caracterizam pela expansão dos serviços psiquiátricos para além dos limites do hospital. Já não se trata mais de fazer a comunidade para dentro das instituições, mas ir ao seu encontro: o acento, que anteriormente estava colocado na cura, agora é posto na prevenção. Esta mudança (ou correção) de rumo, que se desenvolve ao longo destes dois momentos, na realidade é uma tentativa de conquistar, com estratégias diversificadas, um espaço mais amplo para a psiquiatria, e que é o próprio espaço social. A psiquiatria percebe que só conseguiria sobreviver, encontrando outros mecanismos de legitimação, se escapasse do gueto que diligentemente havia construído para si mesma. A posição de exterioridade com relação ao restante da sociedade não lhe interessa mais: na verdade, era um fardo incômodo este, representando por tantos sonhos desfeitos, um exército de crônicos que não parava de crescer e para o qual só a morte parecia ser solução, um encargo social amplamente ambicionado mas que se tornara pesado demais,

métodos de tratamento falidos. Tudo isto sintetizado numa palavra: asilamento. Mas a interioridade que a psiquiatria vai então tentar alcançar, é a bem dizer uma capilaridade, uma penetração em todos os desvãos sociais: o novo objetivo, de promoção da saúde mental, impõe que a terapêutica não esteja mais em indivíduos, mas na coletividade. Contudo, esta nova terapêutica é ainda uma forma de tratamento moral. O que se persegue aqui também é uma adaptação social. O ovo desta serpente já era visível nas aplicações práticas da teoria da degenerescência, mas o asilo era então ainda considerado uma peça-chave na engrenagem profilática. O que a psiquiatria busca agora é a sua disseminação pelo social.

As críticas ao modelo assistencial asilar, no entanto, já eram muito antigas quando essas novas experiências se iniciaram (CASTEL, 1978, p. 260). De fato, desde por volta de 1860, o dispositivo alienista vinha sofrendo ataques variados, tanto leigos como do próprio meio médico. Os primeiros se caracterizavam essencialmente pelo seu juridicismo, as críticas tendo por alvo a legalidade das internações. E é justamente daí que surge um questionamento à prática psiquiátrica que ecoa ainda hoje:

Coisa estranha: permitiu-se à medicina alienista fazer uma lei e não se cuidou de perguntar-lhe se ela possuía uma ciência. (...) O que é, definitivamente, a lei dos alienados? Nada mais do que a terapêutica alienista elevada à dignidade de instituição; julgando-se a terapêutica, julga-se também a lei. (CASTEL 1978, p. 253)

Outro gênero de críticas vinha do interior do próprio alienismo. Morel é uma das vozes que se levantam contra a superlotação e a pouca medicalização

dos serviços:

Não somente estamos assoberbados pelos alienados, como também por categorias de enfermos que poderiam ser tratados em hospitais comuns. (...) Os idiotas, os imbecis, os cretinos, os epiléticos, em outras palavras, uma multidão de não-valores sociais tendem a fluir para os asilos, onde se imobilizam e tomam o lugar dos verdadeiros doentes. (CASTEL 1978, p. 255)

Trata-se então, de fazer o hospício voltar a ser um espaço verdadeiramente médico, não só através de uma seleção mais rigorosa dos pacientes, aceitando apenas aqueles que poderiam ser curados, mas também descartar os crônicos que existiam nos hospícios, enviando-os para as colônias, que são criadas para acabar com o problema da superlotação. Além disso, fazer o alienismo sair dos limites dos muros do hospício, desenvolvendo na comunidade ações de profilaxia das doenças mentais, cujo substrato havia sido dado pela teoria das degenerescências. A forma dessas ações vai se inspirar no modelo médico de combate às doenças infecto-contagiosas, especialmente a tuberculose. Desta maneira, seria possível atacar doenças sociais como o alcoolismo. Estas propostas indicam uma quebra na unidade original do alienismo. A partir daí, se estabelece uma dicotomia entre uma psiquiatria organicista, que procura uma proximidade com a medicina, e uma psiquiatria que vai preservar a tradição assistencial alienista. Esta divisão, no entanto, não exprime toda a complexidade do novo arranjo. As duas tendências vão se atravessar muitas vezes, de diferentes modos. Assim, por exemplo, a terapêutica adotada pelo organicismo, para levar adiante sua ação profilática, nada mais será do que o tratamento moral adaptado às massas. Do mesmo modo, vai ser ao

asilamento que o organicismo recorrerá sempre que o seu cientificismo não conseguir fazer frente ao paroxismo da doença mental.

Mas o hospício, ainda que sob a nova denominação de hospital psiquiátrico, estava ao que parece condenado a desaparecer. Mesmo reformado, ele permanecia demasiadamente semelhante ao antigo hospício. A incidência das doenças mentais, bem como os índices de cronificação, continuavam altos como sempre, e isto apesar do imenso arsenal terapêutico à disposição. A solução, afinal, parecia mesmo ser o abandono da idéia de um estabelecimento especial para o tratamento da doença mental. Não mais o hospital psiquiátrico, mas a própria sociedade, deveria ser a partir de então o local preferencial da atividade psiquiátrica.

O organicismo havia se firmado como o modelo de modernização da medicina mental, com o cisma do alienismo. E permaneceu muito tempo nesta posição, até o aparecimento de uma outra possibilidade. A psiquiatria de setor — que surge na França do pós-guerra, e torna-se a política oficial de assistência na década de 60 —, vai encarnar um segundo modelo possível, ao reafirmar a especificidade da psiquiatria com relação à medicina. Por este motivo, é apontado por alguns autores como uma tentativa de recuperação da velha tradição alienista (CASTEL, 1978, p. 71). Na verdade, a psiquiatria de setor também adota uma postura crítica com relação ao asilo, defendendo sua transformação. Sua proposta consiste em levar a assistência psiquiátrica até a comunidade, muito embora não abra mão do hospital para efetivar as internações que se fizerem necessárias. Estas são consideradas etapas transitórias do

tratamento, cuja parte mais importante vai ocorrer na própria comunidade. A intenção é evitar o isolamento e a conseqüente cronificação. Para a psiquiatria de setor, o hospital não deveria ser deixado de lado, mas precisaria ter suas funções redefinidas. Com este propósito, eles vão ser divididos de tal forma que para cada comunidade atendida, corresponda uma divisão. A idéia era facilitar a adequação entre paciente, meio hospitalar e equipe terapêutica, a fim de possibilitar que o tratamento continuasse, sem solução de continuidade, quando o paciente retornasse à sua comunidade.

Mas então já é o próprio objeto da psiquiatria que começa a ser reconceituado, por extensão lógica a esta mudança no enfoque da sua atuação, deixando de ser a doença para se tornar a saúde mental. Esta se define basicamente em termos adaptativos:

Não mais se trata de curar um doente, mas de adaptá-lo num grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais. E, para sermos mais precisos, o critério de cura e de alta hospitalar deixa de ser a redução de certas produções delirantes ou alucinatórias, para tornar-se a adaptação social de um enfermo num grupo. (BIRMAN & COSTA, 1994, p. 52)

Não é mais a cura das enfermidades mentais, mas a sua prevenção, o objetivo a ser perseguido. Deste modo, a psiquiatria incorpora ao seu acervo teórico vários conceitos de saúde pública, dos quais o mais importante é o de história natural da enfermidade, que vai estabelecer as etapas de desenvolvimento das doenças e as formas de intervenção respectivas, denominadas prevenção primária, secundária e terciária. No caso específico das doenças mentais, os níveis secundário (diagnóstico e tratamento precoce), e

terciário (ressocialização do paciente), não constituía propriamente uma novidade, porque já existiam no sistema psiquiátrico tradicional. A inovação estaria no nível primário (determinação das condições de formação da doença mental), já que não se tratava mais, prioritariamente, de atuar sobre a enfermidade já instaurada. A ênfase da atuação terapêutica vai ser colocada neste nível de intervenção, deixando aos demais um papel acessório.

Dos termos em que havia sido inicialmente formulada — como adaptação aos grupos no hospital, constituindo esta adaptação um critério para a cura —, a saúde mental se traduz, para a psiquiatria preventiva, na capacidade de adaptação aos grupos sociais. A não-adaptação é considerada um indício possível de doença, orientando a ação preventiva da psiquiatria.

Além disso, com a noção de crise, a psiquiatria preventiva promove uma aproximação conceitual entre doença mental e distúrbio emocional, possibilitando a sua extensão a diversas situações até então consideradas normais, enquanto na assistência curativa é preciso esperar que o doente busque o serviço, o que muitas vezes acontece quando já é tarde demais. O preventivismo vai descobrir na comunidade, através de um esquadramento de hábitos, quais indivíduos são suscetíveis de adoecer. A banalização do conceito de doença mental, que é reduzida a mera inadaptação social, faz com que ela seja pensada como um tipo de desvio ou marginalidade, cuja descoberta precoce permitiria construir uma sociedade melhor. Da doença à saúde mental, da cura à prevenção, eis a reviravolta que se opera no objeto e no campo de atuação da psiquiatria.

Tem-se então que a psicoterapia institucional e as comunidades

terapêuticas, foram movimentos que visaram principalmente reformar o espaço asilar. Já a psiquiatria de setor e a preventiva (ou comunitária), procuraram formas alternativas ao hospital psiquiátrico. Todas estas correntes, entretanto, têm em comum o fato de não romperem com o paradigma da psiquiatria. Daí a interpretação de alguns autores (AMARANTE, 1995, p. 92), de que estas transformações comporiam mais propriamente o cenário de uma "psiquiatria reformada", uma vez que são meramente tentativas de recuperação da função terapêutica da instituição psiquiátrica. A ruptura com o modelo psiquiátrico aconteceria apenas com o advento da antipsiquiatria.

A antipsiquiatria surge na década de 60, na Inglaterra, inicialmente através dos trabalhos de Laing e Cooper. As suas primeiras formulações são questionamentos quanto à esquizofrenia. A escolha deste quadro se explica não apenas por se tratar de um conceito central dentro da psiquiatria, mas também porque justamente nestes casos o seu fracasso é mais evidente, deixando às claras a função puramente tutelar das instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1995, p. 45). Pela primeira vez é posta em dúvida a crença, antiga como a própria psiquiatria — e que na verdade é sua própria razão de ser —, de que a loucura é uma doença. O objetivo da antipsiquiatria, em conseqüência, é romper com o modelo assistencial estruturado sobre a suposta competência que o saber psiquiátrico deteria, com relação à compreensão e do tratamento da doença mental.

Entretanto, é na Itália, com Basaglia e seus seguidores, que a antipsiquiatria começa a se estruturar como um corpo teórico coerente, conseguindo mesmo inspirar uma reforma do modelo assistencial italiano que, se

não chega a incorporar integralmente os conceitos antipsiquiátricos, representa um avanço inegável com relação ao que existia anteriormente. Assim, é proibida a recuperação dos antigos hospitais e a construção de novos, os direitos civis dos pacientes são restituídos, e novos serviços são criados em substituição aos manicômios. E embora durante algum tempo algumas "contra-reformas" tenham sido tentadas, a chamada lei Basaglia atualmente já conseguiu se afirmar como uma iniciativa eficaz, no sentido de operar a desmontagem do modelo psiquiátrico tradicional. Ao longo da década de 60, Basaglia desenvolveu sua prática psiquiátrica numa comunidade terapêutica que havia implantado. Esta experiência, somada ao que observara durante a sua permanência nos Estados Unidos, a respeito da psiquiatria preventiva, o levou a crer que os modelos comunitários não eram o caminho para uma transformação efetiva da instituição psiquiátrica. Concluiu também que os hospitais psiquiátricos não iriam desaparecer espontaneamente, a partir da pura criação de serviços alternativos, conforme se imaginava que aconteceria (ROTELLI & AMARANTE, 1992, p. 43).

A partir de 1971, começa em Trieste sua experiência de desmonte do modelo psiquiátrico asilar, que vai incluir não só o fim do tratamento desumano aos pacientes e a retirada de muros e grades, mas também o oferecimento de serviços substitutivos ao manicômio.

E ainda a "negação da instituição" não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mais uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social. (ROTELLI & AMARANTE, 1992, p. 44)

Desinstitucionalização é ao mesmo tempo a palavra de ordem e o conceito fundamental do pensamento antipsiquiátrico. Todavia, desinstitucionalizar não se confunde com desospitalizar, ou seja, não se trata simplesmente de extinguir os hospitais psiquiátricos, mas compreender instituição como um conjunto de práticas e saberes que produzem modos específicos de apreensão e relacionamento com a história e a sociedade. Trata-se, no caso específico da instituição psiquiátrica, de um questionamento quanto aos saberes e práticas que as constituem e/ou possibilitam sua existência. A partir daí, é possível desnaturalizar o conceito de doença mental, vendo-o como uma produção histórica que surge do cruzamento de diversos saberes, dentre os quais a Medicina e o Direito são apenas os mais visíveis. O paradigma psiquiátrico clássico, que faz da loucura uma doença, e desta um objeto a ser isolado e tratado medicamente, havia sido abalado severamente.

Basaglia esteve no Brasil em três ocasiões, todas na década de 70. A época da sua última visita (1979), coincidentemente também registra o aparecimento de diversas denúncias acerca da assistência psiquiátrica em nosso país, e por extensão sobre a política nacional de saúde mental. No ano anterior havia sido criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, formado principalmente por integrantes da rede pública de assistência psiquiátrica, mas também de outras entidades com interesse na área da saúde mental. Inicialmente, o objetivo do MTSM é questionar o modelo psiquiátrico oficial, com críticas ao caráter hospitalocêntrico e privatizante da assistência e em conseqüência, o encaminhamento de propostas de mudança deste cenário. Diferentemente dos projetos antecedentes, que visavam transformações de

caráter técnico, o MTSM propõe um questionamento ao próprio saber psiquiátrico, estabelecendo então um ponto de contato inicial com as idéias de Basaglia.

Ao longo da década de 80, o MTSM se firmou como a iniciativa mais importante a favor da transformação na assistência psiquiátrica no Brasil, encaminhando diversas propostas neste sentido, seja se apresentando para debates sobre o tema em foros diversos, seja organizando seus próprios eventos, seja ainda procurando manter presente na mídia a idéia de que era necessária uma mudança, e convidando o restante da sociedade a participar deste processo. Contudo, afora aquela aproximação inicial com Basaglia, o movimento mantinha distância do pensamento antipsiquiátrico, adotando uma atitude mais próxima da mera transformação institucional. No seu 2º Congresso, entretanto, realizado em 1987, esta postura é criticada fortemente, e acusada de conservadorismo. A partir de então, o MTSM muda de rota, adota a psiquiatria italiana como modelo a ser seguido, e o pensamento basagliano como referencial teórico principal. Neste novo contexto, o próprio MTSM troca de nome, o movimento passando a se chamar "Por Uma Sociedade Sem Manicômios", refletindo sua adesão ao ideário antipsiquiátrico, e adotando uma linha de ação de viés desinstitucionalizante, isto é, de questionamento da institucionalização da doença e do doente mental. A não-institucionalização, aliás, foi desde o começo um traço marcante do MTSM. Mas agora que outros personagens, como as associações de usuários e de seus parentes, começavam a se somar à luta por transformações na assistência psiquiátrica, era preciso deixar visível o caráter aberto do movimento, estimulando a participação de outros

segmentos sociais.

Também a partir de 1987, começam a surgir as primeiras experiências que procuram concretizar uma forma de assistência diferenciada com relação ao modelo tradicional. A idéia central era criar alternativas à internação psiquiátrica, reservando esta apenas para as situações em que não houvesse outro recurso, e mesmo assim sob condições estritas quanto a local, prazo e condições de assistência. Outra idéia forte é o respeito aos direitos dos pacientes, cuja não-observância sempre foi um dos *a priori* das práticas psiquiátricas, se não mesmo um de seus sustentáculos mais importantes. Com este espírito, naquele mesmo ano é criado em São Paulo o CAPs (Centro de Atenção Psicossocial Professor Luís Cerqueira), que logo se torna uma referência para outras iniciativas. Em 1989, a Prefeitura de Santos (SP) intervém na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico particular, após uma série de denúncias de maus-tratos aos pacientes. Isto permite que pela primeira vez no Brasil, seja criada uma assistência psiquiátrica sem hospício. O Anchieta tem suas funções redefinidas, de modo a funcionar como um espaço de acolhimento. Além disso, são criados vários Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPs), nos quais se procura oferecer um atendimento multiprofissional e pouco medicalizado, de portas abertas, funcionamento em regime de hospital-dia, nos quais a implicação, mas também a liberdade dos pacientes, são peças-chaves no tratamento.

O projeto de lei nº 3657, do deputado Paulo Delgado, é também apresentado do Congresso em 1989. Em seus três artigos, procura regulamentar os direitos dos doentes mentais e a extinção progressiva dos hospitais

psiquiátricos públicos, com sua substituição por outras instâncias de atendimento. A chamada lei Paulo Delgado, na verdade, é o estuário de uma década de reivindicações em torno da questão da reforma psiquiátrica, mas principalmente dos novos rumos que o movimento reformista havia tomado a partir de 1987. Na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, ficou claro que dificilmente a reforma aconteceria, seja pela via de uma transformação na assistência, seja pela participação do movimento nos órgãos de formulação da política nacional de saúde mental. Passam a ser privilegiadas, na nova estratégia, as iniciativas regionais e municipais, que visassem a implantação de formas assistenciais alternativas. Outro fato significativo que ocorreu na mesma época, foi a Conferência Sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região, realizada na Venezuela em 1990, sob o patrocínio das Organizações Panamericana e Mundial de Saúde. O documento final do encontro, a chamada declaração de Caracas (da qual o Brasil é signatário), confirma como recomendável a busca por uma reestruturação da assistência psiquiátrica em bases diferentes do modelo tradicional. Embora este documento não possua um caráter nem mesmo normativo, ele é considerado importante por conferir legitimidade a movimentos e iniciativas que já vinham acontecendo, mesmo em antecedência à mudança na legislação. A lei Paulo Delgado, então, mesmo antes de aprovada, começa a produzir efeitos. O mais evidente é o de contribuir, através das polêmicas e dos debates que suscita, para que a questão da assistência psiquiátrica no Brasil, apesar de tudo, não seja apenas uma preocupação somente dos "trabalhadores de saúde mental", mas alcance a

sociedade como um todo.

Reforma ou ruptura, a questão inicial do movimento reformista brasileiro parece então ser de identidade. Não apenas no campo da psiquiatria, o termo reforma sempre esteve associado a transformações superficiais. Desta maneira, a auto-proclamada ação disruptiva do atual movimento, que no entanto se intitula reformista, não chegou a alcançar sua própria designação. Não há dúvida, por outro lado, que se a escolha por esta denominação foi fruto de uma decisão consciente, e política, existe aí não só uma contradição (AMARANTE e outros, 1995, p. 91), mas também um equívoco. Talvez fosse o caso, à semelhança do que é feito pelo pensamento antipsiquiátrico com outros conceitos — como doença mental e cronificação — , de utilizar o termo reforma entre aspas. E embora sempre se possa afirmar que "... não há nada mais redutor do que o conceito" (AMARANTE & ROTELLI, 1992, p. 52), a importância deste não pode também ser colocada entre aspas. Não por coincidência, é justamente no campo conceitual que têm acontecido alguns embates importantes, desta e de qualquer reforma. Isto talvez explique a necessidade das aspas, ou ainda da reformulação de antigos conceitos, para que se conformem com a nova realidade institucional que se pretende construir.

No entanto, conceitos e práticas nem sempre mantêm uma relação de reciprocidade, especialmente no campo da psiquiatria. Assim, confiar a uma reformulação conceitual a responsabilidade, ainda que parcial, de produzir efeitos no campo das práticas psiquiátricas, talvez seja temerário. Por outro lado, os conceitos têm funcionado o mais das vezes, no âmbito das reformas

psiquiátricas brasileiras, como uma espécie de vitrine, que não deixa que se observe a parte dos fundos do negócio. O campo conceitual então, passa a desempenhar um papel verdadeiramente importante, na razão direta do ocultamento que produza. Esta constatação, contudo, não é fácil, nem imediata. É preciso, em primeiro lugar, o abandono das veleidades de progresso com as quais se reveste qualquer nova iniciativa em psiquiatria. E na verdade, é justamente aí que os conceitos mostram a sua utilidade: eles ajudam a fazer crer, graças à sua cientificidade (ainda que apenas aparente), que o percurso da psiquiatria é uma linha que conduz do engano à racionalidade. A "cura" da psiquiatria, deste modo, seria o seu progresso. Em segundo lugar, é necessário que se adote uma perspectiva diferente da habitual — ao invés do ponto de vista da vitrine, o dos fundos, — de modo a observar como teoria e prática se articulam. É justamente aí, nos fundos, que os crônicos habitam. É deste lugar, aonde a história não chega, que é possível falar do reformismo psiquiátrico com veracidade.

Psiquiatria e reformismo se confundem. A idéia de reforma é inerente à própria constituição da psiquiatria. A criação de um estabelecimento especial para o tratamentos dos alienados mentais, a rigor já configura uma reforma, com relação à assistência que se prestava antes aos loucos, em lugares não planejados para este fim e desprovidos de cuidados médicos. A inauguração do Hospício de Pedro II, supostamente fruto do avanço conceitual que identifica na loucura uma doença — num país como o Brasil, que nesta época, e por muito tempo ainda, não possuiria um único psiquiatra —, talvez seja melhor compreendida a partir da necessidade que a jovem nação tinha de

esquadrinhar, classificar e controlar sua população, tão heterogênea e dispersa, como uma forma de afirmar sua unidade e a própria nacionalidade. Assim é que se delegou à medicina, pelo menos formalmente, o papel de gestora deste desvio social que era a loucura.

E embora a psiquiatria só tenha entrado no hospício trinta anos após a inauguração deste, muito tempo antes já se apelava a um critério médico para orientar as internações, que deveriam excluir os chamados incuráveis. Só que efetivamente não havia tratamento algum no hospício. Como local de deposição de uma parte da escória social, continuou cabendo ao Pedro II receber quase sem barreiras os que para ele acorriam, os que sobravam indo parar nos asilos de mendicidade, onde havia uma grande quantidade de "psiquiatrizáveis", já que a internação no hospício não estava na prática subordinada ao parecer médico.

Este cenário, no qual os critérios de internação eram balizados por categorias médicas profundamente articuladas à ordem social e/ou moral (como furioso, imundo, depravado, etc.), iria mudar — acreditava-se —, quando o hospício pudesse ter uma orientação verdadeiramente técnica. A República viabiliza uma segunda reforma psiquiátrica, cujo objetivo principal era exatamente a medicalização do hospício. A ausência de uma direção médica havia desvirtuado as funções deste, que de instância de tratamento se convertera num depósito humano. Era preciso portanto instaurar no hospício o primado do conhecimento médico, o que garantiria a existência não só de tratamento, mas também de critérios mais rigorosos de internação, aceitando-se apenas pacientes curáveis. Mas este projeto encontrava na presença dos crônicos um obstáculo,

e sem sua remoção a remodelação do hospício não seria possível. As chamadas colônias psiquiátricas surgem, para resolver o problema da superlotação. Porém, mesmo este recurso tinha limitações: logo, também as colônias ficam superlotadas. A propalada remodelação do hospício afinal não havia conseguido impedir que as cronificações continuassem a acontecer. E embora a primeira menção aos crônicos na literatura psiquiátrica brasileira, tenha sido feita na tese inaugural sobre alienação mental da Academia Nacional de Medicina, só agora esta noção ganhava operatividade, ao justificar a criação do sistema de colônias.

A importância desta reforma está em que ela formaliza uma cisão na assistência, entre os que devem e os que não devem receber tratamento. Estabelece-se assim um modelo de relação com os pacientes crônicos, uma atitude que será repetida em todas as reformas posteriores, e que vai mesmo ser incorporada à administração cotidiana da doença mental. Cria-se um circuito, uma linha de montagem, cujo produto final e principal é a cronificação, que mandada para longe permite o ingresso de mais matéria-prima, e assim sucessivamente. O fundamento teórico desta prática era uma conceituação de cronicidade que estava fortemente atrelada ao critério médico de incurabilidade elaborado pela teoria das degenerescências. Mas se a justificativa tinha esta conotação técnica, "clínica", o que se constitui a partir daí, é uma ética com relação aos crônicos orientada por um acentuado darwinismo social. De qualquer forma, a criação das primeiras colônias, minimamente possibilitou que o hospício, agora estatizado e com uma direção médica, sustentasse sua fachada

terapêutica durante mais alguns anos.

Entretanto, uma questão mais abrangente do que a medicalização do hospício, começara a ser objeto de preocupação pelo reformismo: o estatuto legal do doente mental. A reforma do ensino médico de 1881 havia criado a cadeira de psiquiatria, que foi ocupada pelo titular de medicina legal, o qual também era diretor do Hospício. A vinculação entre as duas especialidades médicas, contudo, não foi meramente casual, permitindo entrever qual o lugar que, à época, se acreditava caber à psiquiatria. Além disso, ambas as disciplinas estavam envolvidas numa guerra com a Justiça, a respeito dos limites dentro dos quais os indivíduos eram responsáveis por seus atos. A medicina legal e a psiquiatria defendiam que esta definição só poderia se dar a partir de um referencial médico. A Justiça lutava pela manutenção de suas antigas e até então incontestadas prerrogativas nesta área. Esta questão não era importante apenas para as partes envolvidas, mas também para o próprio Estado que tinha acabado de se constituir. Uma nova noção de cidadania precisava ser construída, depois de mudanças cruciais como a passagem do regime monarquista para o republicano, a abolição da escravatura, a abertura do país à imigração estrangeira. Neste contexto, a situação do doente mental enquanto sujeito de direitos, mas principalmente uma ameaça potencial à ordem pública, como não poderia deixar de ser, acaba também sendo tematizada, transformando-se mesmo em objeto de disputa entre instâncias que ambicionavam manter, conquistar ou ampliar, o seu quinhão de competências na nova ordem social.

Esta definição de papéis é um dos motes da campanha que o reformismo empreende, a partir da República no sentido de que o novo governo

promulgasse uma lei que reorganizasse a assistência dos doentes mentais, consagrando a competência da psiquiatria. Esta lei surge apenas em 1903, um período em que a reorganização do espaço social estava sendo delegada ao saber médico pelo Poder Público. Dentro deste mesmo princípio, competiria à psiquiatria reordenar o espaço asilar. Apesar das colônias, o hospício havia voltado a apresentar os mesmos e antigos problemas de superlotação, ausência de tratamento, etc.:

Em resumo, o hospício e as colônias não cumpriam adequadamente o papel de tratar a doença mental — seja no sentido de recuperar os curáveis; seja no sentido de promover a melhora dos crônicos ou incuráveis; seja, ainda, no sentido de isolar, de forma segura, os alienados considerados extremamente perigosos para si próprios, para os seus companheiros de infortúnio e para a sociedade de um modo geral e, nem mesmo, de contribuir para os avanços do conhecimento no campo da psiquiatria. (ENGEL, 1995, p. 398)

Este estado de coisas era explicado de várias maneiras: a indefinição quanto à competência da psiquiatria no tocante aos loucos criminosos; a pouca quantidade e a má remuneração dos médicos e enfermeiros; a precariedade e a inadequação de instalações, tanto das colônias quanto do próprio hospício; e finalmente o corte de verbas imposto pelo governo republicano anterior, e que havia prejudicado a assistência aos doentes mentais. A nova legislação vai se preocupar até mesmo com este último aspecto, prevendo medidas especificamente voltadas do hospício, como dotação de pessoal, de recursos e assim por diante. Mas curiosamente a lei não consagra o psiquiatra como o único profissional capacitado para dirigir os asilos, o que sem dúvida enseja muitas especulações. Talvez a psiquiatria brasileira ainda não

tivesse conseguido, afinal, o reconhecimento da sua capacidade de administrar a loucura, face aos flagrantes fracassos que acumulava há dezenas de anos. Pode-se mesmo dizer que havia uma percepção social desta ineficácia, da qual os relatos de Lima Barreto a respeito do hospício, talvez sejam o exemplo máximo em termos literários. A psiquiatria, por outro lado, não aceitava a culpa de suas próprias limitações, e muito embora houvesse uma crítica interna às condições em que era prestada a assistência, a responsabilização invariavelmente terminava por caber a outros, quer seja a Santa Casa, quer seja o governo, e assim sucessivamente. Incompetente ou não, a gestão desta autêntica *no man's land* que é a loucura, teria mesmo que ficar ao encargo da psiquiatria, seguindo uma tendência inexorável. A confirmação desta legitimidade um tanto frágil, no entanto, vai ser buscada nas novas teorias psiquiátricas.

A partir do início do século, começa a ser introduzida na psiquiatria brasileira a teoria de Kraepelin, que vai fundamentar cientificamente uma série de iniciativas no plano da assistência, dentre as quais se destaca a retomada vigorosa — e agora embasada clinicamente —, do sistema de colônias. Mas o importante aqui — já que na prática as colônias continuaram a ser meros depósitos humanos —, foi a tentativa de introdução nelas, da chamada assistência hetero-familiar. Pela primeira vez, se pensava em implicar as famílias na recuperação, ou pelo menos no acolhimento dos doentes. Entretanto, ainda era hegemônica a percepção social de que os doentes mentais deveriam preferencialmente permanecer nos asilos. Por outro lado, a própria psiquiatria parecia também acreditar nisto, daí talvez a tibieza com que a iniciativa foi

levada adiante, até o momento da desistência. Este episódio, porém, é rico em significados a respeito da relação da sociedade com o doente mental, e da fragilidade das leis e projetos face aos costumes instituídos. A psiquiatria da época preferiu acreditar, no entanto, que também este insucesso se deveu à escassez de recursos. Exemplo disto foi o fato de que a assistência familiar se restringia a trazer as famílias dos pacientes para morar com eles nas colônias, ao invés de promover o seu acolhimento na própria comunidade.

Uma outra medida muito significativa da lei de 1903, foi a restrição das internações compulsórias apenas aos casos em que os doentes mentais fossem perigosos para si mesmos ou para a sociedade. Esta providência visava fundamentalmente impedir ou dificultar a superlotação do hospício, e deixa claro como muitas categorias psiquiátricas estavam ainda grandemente identificadas a uma percepção social da loucura. E isto no contexto de uma remedicalização do hospício, da entrada de uma teoria psiquiátrica "científica", e assim por diante. Mais uma vez na história da psiquiatria brasileira, o campo conceitual prestava reverência ao senso comum e aos costumes.

Mas as teorias de Kraepelin ainda iriam fundamentar pelo menos mais uma iniciativa importante no cenário psiquiátrico brasileiro. Foi em torno, e a partir das idéias kraepelianas, que se constituiu a Liga Brasileira de Higiene Mental. Esta ONG *avant la lettre* congregava em seus quadros a nata da psiquiatria brasileira. Seus objetivos, que inicialmente se relacionavam com a melhoria das condições de assistência aos doentes mentais, rapidamente passam a se identificar com as questões atinentes à profilaxia das doenças mentais. A linha de atuação da LBHM vai se desenvolver tanto numa frente

assistencial, através de um ambulatório de profilaxia mental, quanto através de um trabalho doutrinário, mediante publicações e eventos, com os quais tentará difundir o seu credo eugenista. Este, como seria de se esperar, apresentava fortes cores racistas, mal disfarçadas por um verniz de cientificidade.

A LBHM, contudo, tinha ambições maiores do que uma mera atuação não-governamental. Até mesmo porque, a começar do seu fundador, Gustavo Riedel, muitos dos seus membros pertenciam à assistência pública aos doentes mentais, à Universidade, e assim por diante. Ou seja, a LBHM possuía, ainda que em caráter não-oficial, uma penetração nada modesta no corpo do Estado. Em pelo menos um exemplo importante, isto fica bastante claro: o ambulatório que a Liga mantinha, para a profilaxia das doenças mentais, funcionava na Colônia do Engenho de Dentro. Curioso arranjo assistencial, que une no mesmo espaço físico, o fim da linha do aparato psiquiátrico, a uma estrutura que supostamente iria evitar que os novos pacientes tivessem aquele destino. Entretanto, as próprias idéias que a Liga defendia a obrigavam a querer mais. Afinal de contas, uma profilaxia das doenças mentais seria mais efetiva na medida em que se expandisse, atingindo cada desvão da sociedade. Para que isto pudesse acontecer, todavia, era indispensável a presença e a autoridade do Estado.

Proposta pelo psiquiatra Afrânio Peixoto (*membro da LBHM*), a reforma da assistência aos psicopatas, aprovada em janeiro de 1924, é vista pelos deputados que compunham a comissão de saúde pública da Câmara como uma questão científica, social e patriótica, sendo, pois, plenamente justificada pela necessidade urgente de, por um lado, viabilizar o funcionamento regular dos serviços de profilaxia mental, conferindo-lhes novas bases legais... (ENGEL, 1995, p. 425)

A própria denominação da Assistência a Alienados é alterada, passando a se chamar Assistência a Psicopatas, termo mais abrangente, e portanto mais em conformidade ao ideário preventivista da LBHM. Esta nova abrangência conceitual, seria o pretexto científico para incluir entre os objetivos da nova assistência, não só o atendimento aos indivíduos portadores de perturbações mentais, mas também o estudo de questões relativas à higiene mental. Sempre visando, naturalmente, incrementar a nunca esquecida profilaxia das doenças mentais. O preventivismo se consolida como a ideologia psiquiátrica dominante nas décadas de 20 e 30, e tendo sido plantado em solo propício, deitou raízes profundas no imaginário da psiquiatria brasileira.

Não obstante esta nova orientação preventivista, a assistência psiquiátrica brasileira manteve uma tendência, que havia sido iniciada a partir da sua encampação pelo Estado, com a República. Isto é, o número de internações, apesar do anunciado rigor com que as admissões seriam controladas, cresceu vertiginosamente. Mesmo porque tinham sido criados outros estabelecimentos além do Hospício Nacional — como as Colônias do Engenho de Dentro e de Jacarepaguá, e ainda o Manicômio Judiciário —, que ao contrário do inicialmente planejado, terminaram por representar efetivamente um aumento do número de leitos para internação. O surgimento de novas categorias psiquiátricas, como a da anormalidade por exemplo, possibilitou que a faixa de doentes potenciais fosse muito ampliada, "obrigando" a intervenção psiquiátrica, a qual via de regra significava internação. Desta forma, mesmo estabelecimentos cuja atividade deveria ser profilática, como os ambulatórios de higiene mental, acabaram por se converter em portas de entrada para o asilo. Estes, por sua vez, continuaram a

ser essencialmente locais em que a ausência de tratamento e o abandono eram o cenário mais freqüente. O papel social da psiquiatria brasileira, em que pese os seus avanços científicos, continuava a ser o de tutelar os doentes mentais.

Como nos tempos do hospício de Pedro II, a maior parte da população internada no Hospital Nacional de Alienados, nas colônias da Ilha do Governador e, depois, do Engenho de Dentro e de Jacarepaguá e no Manicômio Judiciário era essencialmente constituída por aqueles que jamais conseguiriam liberdade e pelo contingente significativo dos que eram eternamente reinternados. Categorias que possuíam como traço comum o estigma da cronicidade ou da incurabilidade. Reformada e modernizada, a experiência republicana da reclusão adquiriria, sem dúvida, um perfil mais sofisticado do que o que caracterizava o Hospício de Pedro II. Mas, por mais significativas e incontestáveis, que tenham sido as conquistas dos psiquiatras com o advento da República, ampliando e consolidando as bases políticas e sociais de sua atuação, o projeto de medicalização da loucura que empunhavam como bandeira era ainda, em suas linhas gerais, muito próximo do elaborado e difundido pelos alienistas do século XIX. (ENGEL, 1995, p. 444)

Em termos conceituais, mesmo após a disseminação das novas teorias, nossa psiquiatria continuaria creditando a aspectos do meio social um lugar destacado, ao lado da hereditariedade, dentre as etiologias das doenças mentais. Todo o credo científico do organicismo não era suficiente, para evitar que conceitos como o da anormalidade fossem entendidos por nossos psiquiatras, não apenas como fruto da hereditariedade, mas também como produto de uma desordem social. Desta maneira, fatores como a miséria, a educação, os costumes, as relações familiares e de trabalho, eram considerados como causas possíveis das doenças mentais. Arvorando-se em decodificadora da nossa realidade social, a psiquiatria brasileira conseguia na melhor das hipóteses

transplantar, para um discurso que se pretendia científico, várias categorias do senso comum. Este fenômeno, entretanto, não se deveu à ingenuidade nem ao colonialismo da nossa psiquiatria, mas principalmente a um encontro de interesses entre um saber que ainda buscava seu reconhecimento, e uma determinada ordem política, à qual interessava se utilizar deste mesmo saber, para efetivar o esquadramento e o controle da sociedade. O saber médico, pautado nos cânones da neutralidade científica, possuía ainda a mística de ser um agente da modernidade, o que lhe conferia todos os atributos necessários para ser incumbido de resolver alguns problemas sociais que interessavam mais de perto ao Estado. Na sua área específica de atuação, a psiquiatria brasileira desempenhou o seu mandato, promovendo uma espécie de antropofagia (no sentido oswaldiano do termo) conceitual, que fundiu conceitos psiquiátricos de matriz européia, com preconceitos sociais que iam do racismo à xenofobia, passando pela misoginia, os quais, se não eram tipicamente nacionais, ao menos campeavam à solta por aqui.

O mais interessante é que, ao longo da República Velha, as questões sociais ainda não haviam se tornado um objetivo prioritário para o Poder Público, sendo consideradas mais propriamente "um caso de polícia", nas palavras de Washington Luís, talvez não por coincidência o último presidente do período. Mesmo a primeira Constituição da República não possuía qualquer dispositivo, que obrigasse o Estado a oferecer assistência médica à população. Os doentes mentais eram a única exceção, em função da sua periculosidade. Contudo, desde as campanhas sanitaristas de Oswaldo Cruz, a questão da Saúde Pública havia se convertido numa área de interesse para o Estado, dentro

do objetivo de conferir ao país uma imagem de modernidade, que não se coadunava com a existência da varíola, da tuberculose, da peste bubônica e, quem sabe, da doença mental também...

O novo governo surgido com a Revolução de 30, pretendia encarnar também um novo Estado, com práticas políticas e sociais que o distinguíssem da antiga ordem, dos chamados "carcomidos". No campo da assistência aos doentes mentais, é promulgado um decreto em 1934, que é a legislação mais abrangente já feita no Brasil sobre o tema, não tendo inclusive sido revogada até os nossos dias. Sua importância, entretanto é mais de forma que de conteúdo, já que este não trazia nenhuma grande inovação significativa. Esta foi, de fato, a primeira lei nacional de assistência psiquiátrica em nosso país. O federalismo ferrenho da Constituição de 1891, impedia a existência efetiva de uma lei de alcance nacional nesta área, o que só se tornou possível na nova ordem política. Torna-se natural a idéia, já existente desde Teixeira Brandão, de que cabe prioritariamente ao Estado o cuidado ao doente mental, seja através da edição de leis ou da assistência propriamente dita. Esta estatolatria é uma das muitas pragas que vicejam até hoje no campo da psiquiatria (ou da antipsiquiatria).

Seguindo esta mesma tendência, em 1941 é criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), que sucedeu o antigo Serviço de Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. Por este motivo, sua atuação inicial foi mais efetiva junto aos hospitais e colônias localizados na Capital, com destaque para a criação do Centro Psiquiátrico Nacional (depois, Pedro II), com a transferência do Hospital da Praia Vermelha para as instalações da Colônia do

Engenho de Dentro. Com isto, resolviam-se dois problemas de uma só penada: mudava-se um hospício, que estava situado incomodamente numa área da cidade que se tornava nobre, ao mesmo tempo em que se eliminava uma colônia localizada numa região já urbanizada demais para comportá-la. Além disso, o SNDM se notabilizou, nos anos seguintes, por estimular a criação de colônias psiquiátricas em todos os estados, bem como a ampliação dos hospitais já existentes.

Dentro desse modelo, os antigos e aparentemente insuperáveis problemas que perseguiram a psiquiatria (ou eram perseguidos por ela), tais como a superlotação, o grande tempo médio de internação, os altos índices de cronificação e mortalidade, além da falta de verbas e de pessoal, lembravam em tudo os tempos do Pedro II. Este panorama permaneceu assim, estagnado, ao longo das décadas de 40, 50, 60 e 70. Uma novidade deste período, mas que não pode ser classificada como boa, foi a extensão da assistência psiquiátrica a parcelas cada vez maiores da população, através dos institutos de previdência de diversas categorias profissionais. O atendimento — normalmente, internação —, acontecia em clínicas psiquiátricas particulares. Isto se deveu em parte dos péssimos serviços prestados pela assistência pública, incapaz sequer de oferecer condições minimamente dignas de hospedagem, já que tratamento não havia mesmo. Paradoxalmente, nesta mesma época a Organização Mundial de Saúde baixara uma resolução, recomendando aos governos das nações que a compunham (dentre os quais o Brasil), que investissem em programas visando a saúde mental, como uma maneira de baixar custos de produção e amenizar desajustes sociais. Entretanto, essa nova tendência privatista trouxe mais

problemas do que soluções, para o já difícil panorama psiquiátrico brasileiro, já que na prática se traduziu num aumento do número de internações. Mas o pior ainda estava por vir, e chegou através da fusão daqueles institutos, para que se criasse o INPS, em 1966. A partir daí, o pouco controle que existia sobre as internações perdeu-se quase por completo, o que resultou num aumento em progressão geométrica da quantidade de pacientes internados (mais por critérios financeiros do que clínicos): era a tristemente célebre "indústria da loucura". Após muitas tentativas fracassadas, a psiquiatria brasileira finalmente havia conseguido tornar o doente mental um ser produtivo.

No entanto, mesmo para os padrões brasileiros, esse quadro era escandaloso demais. Assim, a partir do início dos anos 70, o aumento do número de leitos psiquiátricos começa a ser combatido. Em 1973, um grupo técnico designado pelo INPS elabora o chamado Manual de Serviços para a Assistência Psiquiátrica, com o qual se buscava frear o crescimento das internações, utilizando os princípios da psiquiatria comunitária. Este documento, entretanto, jamais foi implementado. No ano anterior, o SNDM passara a ser denominado DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), o que demonstra a crença das autoridades de que a solução para os impasses da assistência psiquiátrica brasileira estaria no modelo preventivista. Somente a partir de 1977, as corporações e entidades psiquiátricas, além de várias organizações preocupadas com a saúde pública, começam a protestar contra o estado de coisas da assistência psiquiátrica brasileira.

O início do fim da ditadura militar, é tradicionalmente considerado como um dos fatores que deflagraram o processo — ainda em curso —,

da atual reforma psiquiátrica. Esta procura se definir por oposição aos movimentos anteriores, com os quais não se assemelharia. A premissa é a de que, diferentemente das reformas anteriores — meras tentativas de reafirmação da eficácia terapêutica da instituição psiquiátrica —, o movimento atual teria como proposta a ruptura com o chamado paradigma da psiquiatria, que vê a loucura como doença, muitas vezes orgânica, que deve ser tratada segundo um modelo médico, em estabelecimento próprio a este fim.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entendimento de que é preciso reformar a psiquiatria no Brasil é tão antigo quanto o próprio surgimento desta. Atualmente, face ao quadro de horrores ou simples abandono, que constitui o cotidiano de uma boa parte dos nossos estabelecimentos psiquiátricos, fica claro porque ainda hoje aquela tendência secular se impõe como uma necessidade.

Fazer uma reforma, no entanto, talvez não seja o mais difícil, tanto que já aconteceram várias delas. Por maiores que sejam as dificuldades materiais encontradas para a implementação de uma reforma psiquiátrica — a atual ou qualquer outra —, o verdadeiro obstáculo parece estar relacionado aos campos ético e político. As reformas, até aqui, têm-se esquecido especialmente daquela primeira dimensão, mais preocupadas quem sabe em afirmar, a cada época, o seu papel de representantes da modernidade psiquiátrica.

Essa particularidade, apesar de presente em todas as reformas, não é facilmente visível de imediato. Porque a primeira bandeira que é levantada em todas as reformas, de modo a justificar sua necessidade, é precisamente a que se relaciona com o cuidado aos pacientes. A história do reformismo psiquiátrico no Brasil, contudo, mostra que não é exatamente por este caminho que as mudanças se processam. Ao contrário, as reformas tradicionalmente privilegiaram uma minoria de pacientes — os "curáveis", ou "agudos" —, aos quais são dispensados os melhores esforços, permanecendo todos os demais — os "incuráveis", ou "crônicos" —, sob as mais variadas alegações,

entregues à própria sorte.

O que faz acreditar que agora possa vir a ser diferente? A certeza que possuímos nos avanços da psiquiatria brasileira? É preciso reconhecer que a atitude para com os crônicos, por parte do reformismo psiquiátrico brasileiro, sempre foi muito pouco cuidadosa. Isto, entretanto, muitas vezes fica encoberto, ao serem mostrados, na vitrine dos movimentos reformistas, as ditas inovações, sejam estas as colônias, os clorpromazínicos, ou os hospitais-dia. No caso da reforma atual, ao se constatar a inexistência de um planejamento voltado para os crônicos (os quais, não obstante, compõem a maioria dos internados), a praticamente nula produção teórica acerca desses pacientes, ou ainda ao se perceber que a própria lei Paulo Delgado nem ao menos os menciona, talvez seja forçoso refletir um pouco.

Como "não há reforma se não há obstáculos a superar" (e) "o que parece periférico pode constituir um núcleo duro que estrutura o edifício" (DELGADO, 1992, p. 24), torna-se necessário pensar se a cidadania do louco pode ser tomada como o principal problema operacional a ser enfrentado pela reforma atual, sem que se leve em consideração os matizes que a loucura possui. Não resta a menor dúvida de que a questão da cidadania é fundamental, não somente para o movimento reformista, mas para a sociedade como um todo, se esta se pretende democrática. Sem que se mude a legislação, abrindo a possibilidade de existir e ser reconhecida uma "cidadania tresloucada" (BIRMAN, 1992, p. 71-91), evidentemente nenhuma alteração substantiva da assistência psiquiátrica poderá ocorrer. Todavia, e quanto àqueles a quem as reformas psiquiátricas sempre negaram, não apenas o direito à cidadania, mas muitas

vezes à própria existência?

Os crônicos, ocupando o papel de “pacientes que derrubam a psiquiatria” (DELGADO, 1992, p. 112), têm sido, assumam-se ou não, a principal motivação para as reformas psiquiátricas brasileiras, e ao mesmo tempo seu maior obstáculo. Em outros tempos, politicamente menos corretos, era muito simples a solução: bastava mandá-los para alguma colônia psiquiátrica, onde terminavam os seus dias. Quem se importava? Suas próprias famílias muitas vezes os haviam abandonado... Até muito, muito pouco tempo, este recurso ainda foi amplamente utilizado, mesmo nos grandes centros, à revelia da “reforma psiquiátrica que reivindica a cidadania do louco” (DELGADO, 1992, p. 29).

Essa ética com relação aos crônicos encontrou seu apogeu numa reformulação do conceito de cronificação, a partir da qual a mesma foi convertida em mero problema social, sem considerar as quase sempre imensas e variadas dificuldades que esses pacientes apresentam, após anos de “tratamento” com uma psiquiatria que um dia já foi também reformista. Atualmente, quando ao menos pretensamente não é mais possível, como antes, o recurso às colônias, é aos conceitos que se apela no sentido de retirar, agora do campo de significação da psiquiatria brasileira, a própria idéia de crônico.

Nesse sentido, por exemplo, parece sintomático o silêncio da lei Paulo Delgado a respeito desses pacientes. Do mesmo modo, a já alentada produção teórica, bem como a historiografia do movimento reformista, praticamente não fazem menção aos crônicos, que paradoxalmente constituem a maioria dos internados. Como entender este silêncio? Como um indicativo de que, mesmo para uma reforma psiquiátrica-cidadã, o crônico não venha a se

tornar um sujeito de direitos? Esta trama, paralela à reforma que pretende transformar a assistência psiquiátrica no Brasil, mostra como é possível subsistir, mesmo sob as luzes da racionalidade antipsiquiátrica, uma área de sombra que se assemelha demasiadamente ao que já foi visto em outras reformas.

A diferença, e ao mesmo tempo a originalidade da reforma atual, é que ela poderá contar, pela primeira vez na história da psiquiatria brasileira, com um aparato normativo que na prática impedirá — o que é ótimo —, que se abandone um paciente no hospício, como foi habitual por décadas. Contudo, a essência da reforma talvez esteja quase toda contida neste legalismo. A expectativa é que seja erguida uma muralha contra a cronificação, uma vez que esta seria resultante do asilamento. Resta saber se por trás dessa barreira a assistência psiquiátrica, por outros caminhos, não continuará ensejando formas diferentes de cronicidade. Fala-se em ruptura, em quebra do paradigma psiquiátrico. Mas a busca por uma eficácia terapêutica, balizada de um lado pelo organicismo e de outro pela psicanálise, desmente aquela suposição, indicando como ainda permanece vital a questão de dar conta do fenômeno da loucura.

Ao longo do percurso histórico narrado neste trabalho, o que se nota é que quase nunca houve, por parte do reformismo psiquiátrico brasileiro, uma preocupação legítima com os pacientes crônicos. À exceção de uma ou outra iniciativa isolada — e aqui louve-se a obra ainda não devidamente compreendida nem valorizada da Dra. Nise da Silveira —, os crônicos só foram “importantes” na medida em que obstaculizaram as reformas. Hoje em dia, o consenso em torno de uma concepção antipsiquiátrica da cronificação quer fazer crer que, com a implantação de um novo modelo assistencial que não privilegie

as internações, não vão mais existir crônicos. O que, além de uma atitude otimista, constitui uma autêntica profilaxia conceitual, um apagamento preventivo do próprio estatuto de existência destes pacientes.

No entanto, uma reforma psiquiátrica que não contemple, de fato e de direito, a todos os pacientes, talvez não se distinga das demais, e sob este aspecto fique mesmo inferiorizada — ao menos formalmente — com relação às que a antecederam. A reforma atual se depara com o impositivo ético de incluir os crônicos sem abrir mão do combate ao “manicomialismo”, uma das bandeiras do movimento. Uma contradição porém que ainda se apresenta neste processo, é que a continuidade de macro-estruturas psiquiátricas privadas, mantidas pela Previdência Social, é o que em parte viabiliza hoje em dia o resgate do “potencial terapêutico” de hospitais menores, tornando-os ao menos em tese aptos a evitar que novos pacientes cronifiquem.

Quanto à dimensão propriamente clínica da reforma atual, é perceptível que ela tem cortejado, em que pese o seu credo antipsiquiátrico, tecnologias de atendimento cada vez mais sofisticadas, e em associações até então impensadas, visando a máxima eficiência do ato terapêutico. Cresce a cada dia, por exemplo, a quantidade de um novo tipo de profissional da saúde mental, que é psiquiatra organicista por opção, psicanalista por formação e antipsiquiatra por convicção. Desta maneira, são a especialização da assistência e a remedicalização do hospital psiquiátrico, que se mantêm como uma tendência forte no cenário psiquiátrico brasileiro.

No plano institucional, por outro lado, a reorganização da assistência, reafirmando a clássica separação entre “agudos” e “crônicos”,

demonstra que a reforma psiquiátrica no Brasil talvez continue a ter numa dimensão administrativa o seu *locus* por excelência, o discurso ético-clínico sendo utilizado como um recurso para, como talvez dissesse Foucault, um puro controle de corpos. De qualquer forma, isto só pode ser vislumbrado em toda a sua inteireza do lugar onde se encontram os pacientes crônicos.

Não há qualquer espaço para se cogitar, nas teorizações reformistas, a perspectiva de virem a surgir outros crônicos, a partir da implantação do novo modelo assistencial. O lugar pensado então pela reforma para os crônicos remanescentes, virá pela via da ressocialização. No entanto, uma ressocialização que não considere os limites e peculiaridades desses pacientes, teria o mesmo feitio da ideologia que os encerrou no manicômio. Esta não é uma questão fácil, mas que se torna ainda mais difícil quando não se pensa sobre ela. Em outras reformas, conforme foi visto neste trabalho, o que se fez foi criar estabelecimentos que declaradamente respeitavam a singularidade dos crônicos — as colônias —, mas que na verdade não eram mais do que hospícios com outra fachada. O resultado obtido assim não foi a conquista de mais espaço social para os demais loucos; não foi, enfim, transformar as antigas práticas de exclusão, mas bem ao contrário, reafirmá-las.

Por outro lado, é preciso considerar seriamente a possibilidade de que, em oposição às atuais expectativas do movimento reformista, continue existindo um determinado percentual de pacientes, que encontrem numa forma de cronificação o destino para as suas carreiras psiquiátricas. Porque, a rigor, não é ainda possível, mesmo com o fim das internações de longa duração para os novos pacientes, ou ainda a gradual extinção dos hospitais psiquiátricos

prevista na lei Paulo Delgado, garantir que o fantasma da cronificação deixe de assombrar a psiquiatria brasileira. Os "crônicos de ambulatório", para citar um exemplo, há algum tempo prefiguram problemas com os quais eventualmente a reforma, já institucionalizada, tenha de se haver daqui a algum tempo. Por tudo isso, a extinção *a priori* da cronificação pode vir a se constituir numa providência tão ousada quanto inócua. Neste sentido, mostra-se essencial o desenvolvimento de outros estudos, que contemplem a questão da cronificação no âmbito da reforma atual. Trata-se de um problema cuja solução exige mais do que palavras de ordem. Isto é o que demonstra e ensina a história das reformas psiquiátricas no Brasil.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO-FERNANDEZ, Francisco. Fundamentos de la psiquiatria atual. Madrid: Ed. Paz Montalvo, 1979.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.
- _____. Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil [Tese de mestrado]. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1982.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP, 1995.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho & ROTELLI, Franco. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: AMARANTE, Paulo & BEZERRA JR., Benilton (Orgs.). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Relume- Dumará, 1992.
- BASAGLIA, Franco. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.
- _____. A instituição negada. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.
- BERCHERIE, Paul. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar, 1989.
- BIRMAN, Joel. A psiquiatria como discurso da Moralidade. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho & BEZERRA JR., Benilton (Orgs.). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel & COSTA, Jurandir Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho & BEZERRA JR., Benilton (Orgs.). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará, 1992.

BLEULER, Eugen. Tratado de Psiquiatria. Madrid: Ed. Calpe, 1924.

CAVALCANTI, Maria Tavares, FIGUEIREDO, Ana Cristina, SILVA FILHO, João Ferreira da (Orgs.). Por uma assistência psiquiátrica em transformação Cadernos do IPUB. Rio de Janeiro, UFRJ, n. 3. 1996.

CASTEL, Robert. A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1987.

_____. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

CASTEL, Françoise, CASTEL, Robert e LOVELL, Anne. La sociedad psiquiátrica avanzada: el modelo norteamericano. Barcelona: Ed. Anagrama, 1980.

CHAVES, Ernani. Foucault e a psicanálise. Rio de Janeiro: Ed. Forense-Universitária, 1988.

COSTA, Jurandir Freire. História da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1981.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. O espelho do mundo: Juqueri, a história de uma asilo. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

DELAPORTE, François. The history of medicine according to Foucault. In: GOLDSTEIN, Jan (Org.). Foucault and the writing of history. Cambridge: Blackwell Ed., 1994.

DELGADO, Paulo. Projeto de lei nº 3657. Brasília, Congresso Nacional, 1989.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Te Corá, 1992.

DELGADO, Pedro Gabriel, VENANCIO, Ana Teresa e LEAL, Erotildes Maria (Orgs.) O campo da atenção psicossocial: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Te Corá, 1997.

ENGEL, Magali Gouveia. A loucura na cidade do Rio de Janeiro: idéias e vivências (1830-1930) [Tese de doutorado]. Campinas: Unicamp, 1995.

EY, Henri. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu, 1990.

FOUCAULT, Michel. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Ed. Forense-Universitária, 1986.

_____. As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1985.

_____. Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro: Ed. Tempo Brasileiro, 1984.

_____. História da loucura. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1983.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

_____. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Ed. Forense-Universitária, 1977.

FURTADO, Tania Regina e VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Orgs.) Saúde mental e desinstitucionalização: reinventando serviços. Cadernos do IPUB. Rio de Janeiro, UFRJ, n. 7. 1997.

GINZBURG, Carlo. Mitos, emblemas e sinais. Rio de Janeiro: Ed. Companhia das Letras, 1990.

KAPLAN, Harold. Compêndio de psiquiatria. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1993.

LANCETTI, Antonio (Org.). Saúde e loucura. São Paulo: Ed. Hucitec, 1989.

_____. Saúde mental e cidadania. São Paulo: Ed. Madacarú, 1990.

_____. Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 1992.

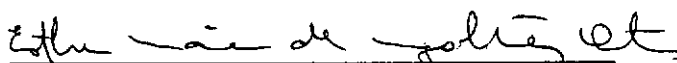
LAPASSADE, Georges. Socioanálisis y potencial humano. Barcelona: Ed. Gedisa, 1980.

LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, Jean-Baptiste. Vocabulário de psicanálise. Lisboa: Ed. Martins Fontes, 1983.

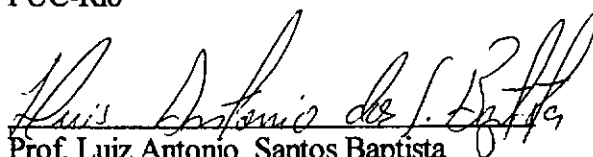
MACHADO, Roberto e outros. A danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

- MACHADO, Roberto e outros. Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Foucault. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1982.
- MEDEIROS, Tácito Augusto. Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil [Tese de mestrado]. Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ, 1977.
- MEYER-GRÖSS, W. Psiquiatria clínica. Rio de Janeiro: Ed. Mestre Jou, 1969.
- NICÁCIO, Fernanda (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Ed. Hucitec, 1990.
- PELBART, Peter Pál. Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1989.
- PESSOTTI, Isaiás. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.
- _____. O século dos manicômios. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996.
- PORTOCARRERO, Vera. Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria [Tese de mestrado]. Rio de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica, 1980.
- RESENDE, Heitor. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário & TUNDIS, Silvério Almeida (Orgs.). Cidadania e loucura: política de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 1987.
- RUSSO, Jane Araújo & SILVA FILHO, João Ferreira da (Orgs.). Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1992.
- SWAIN, Gladys & GAUCHET, Marcel. La pratique de l'esprit humaine: l'institution asilaire et la revolution democratique. Paris: Ed. Gallimard, 1980.

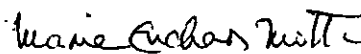
Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pelo aluno Lélío Fernando Martins intitulada, "Pacientes crônicos e reforma psiquiátrica no Brasil", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:



Profª. Esther Maria de M. Arantes (Orientadora)
PUC-Rio



Prof. Luiz Antonio Santos Baptista
UFF



Profª. Maria Euchares de Senna Motta
PUC-Rio

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, ..P.1..D.7./1998.



Prof. Jurgen Heye
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas