MARDÔNIO PARENTE DE MENEZES

E PSIQUIATRA É MÉDICO?
A psiquiatria na Atenção Psicossocial e seu dilema entre luto, liberdade e renegação

ASSIS

2008

MARDÔNIO PARENTE DE MENEZES

E PSIQUIATRA É MÉDICO?
A psiquiatria na Atenção Psicossocial e seu dilema entre luto, liberdade e renegação

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista Para a obtenção do título de mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Prof. Dr. Silvio Yasui

ASSIS

2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

Menezes, Mardônio Parente de
M543e E psiquiatra é médico? A psiquiatria na atenção psicossocial e seu dilema entre luto, liberdade e renegação / Mardônio Parente de Menezes. Assis, 2008
125 f.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.

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

CDD 362.21
616.89

Este trabalho vai para Alexsandra,
pelo carinho, pelo amor e
pela compreensão
com que me tem acompanhado
mas, principalmente,
por te-me acolhido de volta
quando eu não sabia para onde ir.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que, em momentos de crise, procuraram-me como psiquiatra, com a certeza de lhes dever tudo o que aprendi em minha caminhada profissional. Devo-lhes ainda gratidão, sobretudo, pela lucidez com que sempre aceitaram minha insanidade e pelo perdão que me deram quando eu não soube aceitar a sua loucura.

Aos meus pais que, muito cedo, ensinaram-me a liberdade, a coragem de ousar e o sentido de respeito pelo outro, tão necessários no cotidiano da boa prática psiquiátrica. Agradeço-lhes, ainda, o amor incondicional, a compreensão e o apoio com que me acompanharam e me acompanham em cada etapa da vida. Foi agarrado às suas mãos que dei os primeiros passos rumo à fantástica busca pelo ser humano.

A Denise Ramos Costa e Renato Rezende, pelo doce acolhimento que me deram quando decidi trocar as areias das praias cearenses pelas barrancas - hoje afogadas - do rio Tocantins. Sem eles e sem nossas conversas-de-beira-de-rio meu mundo seria, de alguma forma, menos colorido.

A Astério, Cristiano e Carlos Brasileiro, que – durante minhas ausências - tantas vezes seguraram as pontas do serviço. Sem eles, este trabalho seria impossível.

A Valcirlei, Luzia e Fernando que me acolheram tão calorosamente em Loanda, em meio a seus familiares, como se um deles eu fosse, logo quando eu vinha sofrendo da necessária mas dolorosa solidão acadêmica.

À professora Rocineide Ferreira (Neide) pelo incentivo, pelo exemplo de seriedade profissional e pelas conversas a respeito dos imbricados caminhos da Academia.

À professora Irenides Teixeira, companheira de olhares e outros delitos fotográficos, pela paciência de escutar “angústias mestrandas” pelo telefone.

Ao Prof. Dr. Silvio Yasui, pela sabedoria (mais nipônica que brasileira) ao me orientar pelos caminhos que me levaram a este trabalho e, principalmente, pela ousadia (mais brasileira que nipônica) de me desorientar justo quando isso foi preciso.

“Pode ser e pode não ser”

Montaigne

“Doutor, eu estou sem poesia até para lavar prato”.

Dona M., usuária do CAPS de Porto Nacional.

RESUMO

As críticas ao hospital psiquiátrico nasceram com o próprio hospital. Contudo, foi a partir da Segunda Guerra Mundial que tais críticas se reverteram em outros caminhos para a atenção aos portadores de transtornos psiquiátricos. No Brasil, sob influência de várias experiências ocorridas fora do país, surgem diversas propostas inovadoras no campo da atenção à saúde mental. A partir daí, multiplicam-se no país ambulatórios de psicologia e psiquiatria, hospitais-dia, residências terapêuticas e diversos núcleos/centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS). Transformados em política pública, os centros de Atenção Psicossocial se espalham pelo país, preconizando um atendimento ambulatorial, interdisciplinar e de orientação territorial, com ações tanto individuais como em grupo. Diante dessa realidade, o psiquiatra permanece frente a um grave impasse. Geralmente formado sob os auspícios de um grande hospital, o psiquiatra que se propõe a trabalhar a partir da ótica psicossocial e imerso em uma pequena cidade, vê-se exposto às diversas contradições e ilogicidades do discurso psiquiátrico tradicional. As variadas comunidades locais e seus saberes são uma freqüente ameaça ao saber psiquiátrico medicamente constituído. Respostas, antes fáceis no interior do hospital, têm variadas implicações na dinâmica do território e adquirem uma complexidade para a qual, em geral, o psiquiatra não se encontra preparado. Diante disso, o presente trabalho tenta discutir, a partir de diversas situações concretas - vividas no cotidiano da Atenção Psicossocial da pequena cidade de Porto Nacional, no Tocantins - a dissonância entre essas duas espécies de psiquiatria: a tradicional (afinada com a biologia, com a normatividade e com a instituição psiquiátrica) e a psicossocial (que se volta para respostas localmente construídas, que entra em crise e que se afina com o homem em uma dimensão muito além do seu corpo). Paralelamente, é ainda objetivo deste estudo apontar as limitações da psiquiatria tradicional em dar respostas adequadas à complexidade da existência humana, assim como demonstrar que é apenas consciente de suas inconsistências que a psiquiatria poderá se constituir como uma disciplina a mais, entre tantas outras, que poderá falar de forma legítima sobre o homem, são ou louco.

Palavras-chave: saúde mental; atenção psicossocial; psiquiatria comunitária; serviços de saúde mental.

ABSTRACT

The critics to the psychiatric hospital came from the own hospital itself. Although it was from the second war that such critics went to another ways to the attention to the carrier of psychiatric disorder. In Brazil under the influence of several experiences which ones happened out of the country, several innovative proposals appear relating to the mental health. From that point, there were many psychology and psychotherapy clinical settings, day hospital, therapeutic rooms and Centre of Psychosocial Attention. (NAPS/CAPS). These ones became Public Political ones around all the country starting an Interdisciplinary Territorial Medical Supporting Centre giving both individual and group supporting. From that reality, there is a difficult situation for the psychiatrist from which one is difficult or impossible to find a good solution. Usually these psychiatrists are trained under the responsibility of a big hospital and when he (the psychiatrist) starts working from this psychosocial point and immerses in a small city , the psychiatrist is among of varies contradictions and illogicalities from the traditional psychiatric language. The local and varieties communities and their own knowledge are a frequency threat in relation to the psychiatric knowledge that it has been formed. So answers which were easy to have inside the hospital, now these answers have varied implications in the dynamic of the territory and they obtain complexity which in general, the psychiatrist is not ready for. In this way, the current study tries to argue from several concrete situations which were happened day by day at Centre of Psychosocial Attention (CAPS) in the small town of Porto Nacional – TO - the dissonancy between these two kinds of therapy : the traditional psychiatry (in accordance with Biology, with the normative and the psychiatric institution) and the psychosocial one (which gives attention to the locally formed answers , which one is in crisis and it is in accordance with the man in a dimension beyond his body). In parallel, it is also an aim of this present study to show the limitation of traditional psychiatry about giving adequate answers to the complexity of the human being and thus how to demonstrate that it is only by being aware of its inconsistencies that the psychiatry will be able to constitute as one more subject, among so many others, which one will be able to talk in a legitimate way about the healthy or insane man.

Key-words- : mental health, psychosocial attention, community psychiatry, services of mental health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO ---------- 08
A PSIQUIATRIA: LUTO, LIBERDADE E RENEGAÇÃO---------- 17
A FORMAÇÃO---------- 31
OUTROS CAMINHOS---------- 51
O TOCANTINS---------- 64
A OFICINA DE FOTOGRAFIA: UMA DISCUSSÃO SOBRE O OLHAR------ 100
A GUISA DE CONCLUSÃO---------- 109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS---------- 119

1. INTRODUÇÃO

Sua coroa é de ouro,
O meu chapéu é de palha.
A sua cota é de malha,
O meu gibão é de couro.

(O rei e o palhaço; Antônio Nóbrega e Bráulio Tavares)

- Pai, vou fazer psiquiatria!
- O quê?
- Vou fazer psiquiatria.
- Deixa de conversa, rapaz!
- Por quê?
- E psiquiatra é médico?

Era assim que eu entrava em minha carreira.

Era com essa pergunta incômoda e, mais tarde eu saberia, extremamente pertinente, que me iniciava pelos caminhos ambíguos do saber psiquiátrico. De alguma forma, primeiramente como erva daninha no jardim florido de meu ideal de psiquiatria e depois como árvore sólida e profundamente enraizada, embora em solo instável, essa questão agarrou-se a meu espírito de maneira irreversível.

Erva daninha, uma vez que maculava minha visão neófita desse saber que se me apresentava possível. Árvore enraizada e sólida já que, crescendo em solo cambiante, fornece-me, hoje, abrigo e sombra para o oscilante que-fazer cotidiano da psiquiatria.

Solo cambiante, instabilidade, ambigüidade e contradições que nascem com a psiquiatria e são constituintes mesmas de seu discurso.

Sobre a psiquiatria e sua ambigüidade, Birman (1978, p.30) afirma:

> Os conflitos internos deste saber, as contradições entre seus conceitos básicos, os choques entre a representação teórica e a prática asilar, não se devem a uma imaturidade metodológica a serem solucionados com o uso de procedimentos lógico-formais ou com a aquisição de conhecimentos que a Psiquiatria contemporânea forneceria, mas o conjunto de suas ambigüidades são o próprio saber psiquiátrico e sua revelação no tempo originário. Interrogar o discurso nascente corresponde a interrogá-lo também na sua atualidade.

Tais ambigüidades e ilogicidades, tais conflitos acima referidos, como fundantes da psiquiatria, como era de se esperar, aparecem já no próprio asilo, daí a sua conseqüente necessidade de se reformar e as diversas tentativas de levar tal reforma a efeito, como veremos mais adiante neste trabalho. Contudo, dentro dos muros e sob o teto do hospital psiquiátrico, quando tais conflitos não parecem resolvidos, parecem perder a sua força, abafados pelo hermetismo da própria instituição asilar. É nesse ambiente que se observa um encobrimento, embora precário, das ilogicidades do discurso psiquiátrico. Nascida da tradição asilar, é no asilo que a psiquiatria encontra abrigo contra as lacunas de seu próprio saber, assim como mascara as gritantes contradições do sistema que representa.

Referindo-se a esse aparente silêncio e a essa presumida calmaria institucional, Basaglia (1985, p. 313) comenta:

> Quando se analisa uma realidade institucional estática e fixa em seus esquemas fechados, muitos elementos, freqüentemente os mais essenciais, escapam à análise encobertos por um rótulo que raramente corresponde à realidade.

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

Em geral formado em grandes centros e sob os auspícios de um hospital, o psiquiatra de pequenos centros onde o hospital psiquiátrico não é uma realidade – ou por simples motivo de sua inexistência ou pela ideologia do próprio serviço - depara-se cotidianamente com situações que reacendem os paradoxos fundadores do discurso da psiquiatria.

Abrigado pelo hospital durante sua formação, o psiquiatra no território se vê exposto e vê exposto seu saber às intempéries da realidade territorial. É exatamente desse incômodo que nasce este trabalho.

A grande pergunta que permeia o presente trabalho é: seria possível, em meio à crise, diante de tantas contradições, lacunas e ambigüidades, determinar-se um lugar para o exercício da psiquiatria, dentro de uma realidade territorial, distante do hospital psiquiátrico? Por outra: como um saber que nasce asilar e normatizador pode se prestar para a Atenção Psicossocial? Ainda: existe um lugar específico, uma pátria para essa medicina dentro da Atenção Básica de Saúde? Ou de forma mais simples e direta: e psiquiatra é médico?

A banalidade da última questão, surgida a partir de um diálogo entre pai e filho, talvez seja a força motriz deste trabalho e a estrada pela qual se tentará caminhar.

Há, pelo menos, dois aspectos relevantes que imediatamente se mostram ao se contemplar tal situação de diálogo. O primeiro deles é a situação familiar e, conseqüentemente, subjetiva e autobiográfica em que ela se dá. O segundo é sua explícita e ululante cotidianidade.

Como, então, poder-se-á erigir edifício sério e científico, a partir de alicerces cuja argamassa é fabricada a partir do subjetivo e do cotidiano?

Para Santos (2006, p.83), todo conhecimento é autoconhecimento:

> A ciência não descobre, cria, e o acto criativo protagonizado por cada cientista e pela comunidade científica no seu conjunto tem de se conhecer intimamente antes que conheça o que com ele se conhece do real. Os pressupostos metafísicos, os sistemas de crenças, os juízos de valor não estão antes nem depois da explicação científica da natureza ou da sociedade. São parte integrante dessa mesma explicação.

Partindo do particular, do pessoal e do local, a ciência também poderá se pretender universal. Partindo do próprio terreiro, podem-se vislumbrar os horizontes e as imensidades do mundo.

Quem poderia, por outro lado, contestar a força do banal e das perguntas que nos jogam à cara nossa empáfia e nossa erudição vazia?

Santos (2006, p. 15) alerta para a necessidade do retorno às coisas singelas e à capacidade de formulação de perguntas simples, quando do enfrentamento de crises e períodos de transição:

> Tal como noutros períodos de transição, difíceis de entender e de percorrer, é necessário voltar às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples, perguntas que, como Einstein costumava dizer, só uma criança pode fazer mas que, depois de feitas, são capazes de trazer uma luz nova à nossa perplexidade.

Foi a partir de um fato cotidiano que Roland Barthes fez um doce e profundo livro sobre fotografia que tem a propriedade de nos fazer perguntar, ao término de sua leitura, se o que realmente fundamenta seu texto é a fotografia ou o amor. Algo o inquietava já sobre a questão e sobre a própria ontologia do fotográfico, mas foi a partir de um retrato de sua mãe, com cinco anos de idade, morta recentemente, que o autor concebeu *A câmara clara.*

> Sozinho no apartamento em que ela há pouco tinha morrido, eu ia assim olhando sob a lâmpada, uma a uma, essas fotos de minha mãe, pouco a pouco remontando com ela o tempo, procurando a verdade da face que eu tinha amado. E a descobri (BARTHES, 1984, p. 101).

A partir daí, Roland Barthes jorra poesia e profundidade, mostrando-nos o poder revelador do cotidiano e do pessoal.

É o mesmo autor que, preso entre a linguagem expressiva e a linguagem crítica, não se sentindo à vontade em nenhum desses lugares, propõe o seguinte movimento para justificar seu procedimento metodológico: "...eu tentaria formular, a partir de alguns movimentos pessoais, o traço fundamental, o universal..." (BARTHES, 1984, p. 19).

Longe, muito longe de fazer uma comparação entre o presente trabalho e uma obra com o peso de *A câmara clara*, é a idéia de partir do pessoal e do particular, do subjetivo por assim dizer, e ir em direção ao universal e ao todo (ao científico?) que estará presente em todo o corpo deste trabalho.

A partir do que foi dito acima, pode-se já vislumbrar, de antemão, que aqui se fará a opção metodológica pelo ensaio.

Quando concebido a partir da lógica cartesiana, o método mais parece um conjunto de procedimentos eficazes para se alcançar um resultado previamente conhecido. Contudo, diante da complexidade do presente estudo, tal concepção se afasta em muito do que aqui se pretende. Admitindo-se a realidade como algo em constante transformação (idéia que está presente nas entrelinhas desta obra) o método aqui proposto deverá admitir flexibilidades, de forma a acolher acasos, imperfeições e incertezas.

Está aqui posta a oposição entre programa e estratégia:

> O programa constitui uma organização predeterminada da ação. A estratégia encontra recursos, faz contornos, realiza investimentos e desvios. O programa efetua a repetição do mesmo no mesmo, ou seja, necessita de condições estáveis para sua execução. A estratégia é aberta, evolutiva, enfrenta o imprevisto, o novo. O programa não improvisa nem inova, mas a estratégia sim. O programa só pode experimentar uma dose fraca e superficial de risco e de obstáculos em seu desenvolvimento. Para alcançar seus fins, a estratégia se desdobra em situações aleatórias, utiliza o risco, o obstáculo, a diversidade. O programa tolera apenas uma dose fraca e superficial de erros em seu funcionamento. A estratégia tira proveito de seus erros. O programa necessita de um controle e de um vigilância. A estratégia não necessita só deles, mas também, a todo o momento, de concorrência, iniciativa, decisão e reflexão (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003, p. 29).

É dessa forma, concebendo o método cartesiano como um programa e encarando o método do ensaio como uma estratégia, que opto pelo segundo.

É difícil que se fale de ensaio sem que sejamos remetidos à figura de Montaigne e a sua obra prima *Os ensaios,* pois antes dele se o termo *essai* se referia à tentativa ou à experiência, foi depois de Montaigne que o termo passou também a denotar uma forma de se filosofar (VASCONCELLOS, 2002). Ainda, para a mesma autora, em *Os ensaios*, não são as coisas e o mundo que se dão a revelar, mas o que se revela é a forma com que Montaigne ajuizava sobre as coisas e o mundo. É o próprio autor quem diz, no início de sua obra:

> Está aqui um livro de boa-fé, leitor. Desde o início ele te adverte que não me propus nenhum fim que não doméstico e privado. Nele não levei em consideração teu serviço, nem minha glória. Minhas forças não são capazes de um tal intento. Voltei-o ao benefício particular de meus parentes e amigos; para que, ao me perderem (do que correm o risco dentro em breve), possam reencontrar nele alguns vestígios de minhas tendências e humores, e que por esse meio mantenham mais íntegro e mais vivo o conhecimento que tiveram de mim. Se fosse para buscar favor do mundo, eu me paramentaria melhor e me apresentaria em uma postura estudada. Quero que me vejam aqui em minha maneira simples, natural e habitual, sem apuro e artifício: pois é a mim que pinto (MONTAIGNE, 2002, p. 3-4).

Ao lado desse aspecto nitidamente pessoal, para Vasconcellos (2002), o ensaísta assume a transitoriedade e o movimento como parte fundamental de sua maneira de ajuizar sobre as coisas.

> Os Ensaios, portanto, refletem o procedimento de um homem ante a realidade insuperável do devir, em meio a um mundo que "balança sem cessar", como uma "gangorra perene". Ao pintar o quadro da inconstância e do movimento perpétuo, regido por essa deusa instável, a fortuna, o que faz Montaigne é aceitar a realidade da contingência, realidade que confere às ações humanas um sentido propriamente moral. Pois, admitido como campo do possível, o mundo torna-se cenário das escolhas, das decisões ponderadas, e obriga Montaigne, a todo instante, a atualizar-se de acordo com a transformação (VASCONCELLOS, 2002, p. XV).

Eis a transitoriedade e o movimento, em forma de sentença, constante na epígrafe deste trabalho, escrita por Montaigne, provavelmente entre os anos de 1575 e 1580, em uma viga de sua biblioteca: "Pode ser e pode não ser".

Morin, Ciurana e Motta (2003), citados acima, defendem o ensaio como um método apropriado à ciência moderna:

> Entre a *pincelada* e a palavra, o ensaio não é um caminho improvisado ou arbitrário, mas a estratégia de uma demarche aberta que não dissimula sua própria errância, mas que não renuncia a captar a verdade fugaz de sua experiência.
> O sentido e o valor do ensaio decorrem da proximidade do vivente, do caráter genuíno 'morno, imperfeito e provisório' da própria vida. Essa condição lhe confere sua forma única e torna manifesta sua especificidade, assim como o princípio que o fundamenta (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003, p. 19, grifo dos autores).

Dessa forma, pessoalidade e transitoriedade, subjetividade e movimento, farão necessariamente parte das reflexões que se seguem.

É fácil antever a inquietação que a pergunta que norteia este trabalho (E psiquiatra é médico?) pode gerar. Falar dessa inquietação é admitir a ferida narcísica que ela me proporciona. É admiti-la, ainda, como seta disparada em minha direção. Para encerrar, por hora, as referências a Barthes, gostaria de tomar desse autor dois outros conceitos, originalmente propostos para a relação entre uma imagem fotográfica e seu espectador.

A transposição de conceitos, se polêmica, não parece improdutiva. Luz (2004), sobre a transposição de conceitos de uma disciplina a outra (no caso da autora, ela se refere a conceitos da medicina aplicados às ciências humanas) fala dos efeitos produtivos que tal movimento pode gerar e não considera esta tentativa, de nenhuma forma, infértil. Afinal, como veremos mais à frente, é essa mesma transposição de conceitos que permite a tão pretendida diluição das barreiras disciplinares, características de nossa época.

Tomo a liberdade de aproximar campos tão diversos do saber, na medida em que os conceitos a que me referirei podem explicar, em nós, espectadores do mundo, a ação do aparentemente banal e do cotidiano.

Refiro-me aos conceitos de *studium* e *punctum*. Para Barthes (1984), enquanto o *studium* descreveria o interesse do observador por uma fotografia, levando em conta sua cultura e seu saber polido, o *punctum* seria o movimento, por assim dizer selvagem, quase que independente de quem olha, que a fotografia faria em direção ao observador. Assim, o *punctum* é a seta, é aquilo que fere (metáfora feliz para a minha citada ferida narcísica).

> Coisa estranha: o gesto virtuoso que se apossa das fotos "cultas" (investidas por um simples *studium*) é um gesto preguiçoso (folhear, olhar rápida e indolentemente, demorar e apressar-se); ao contrário, a leitura do *punctum* [...] é ao mesmo tempo curta e ativa, encolhida como uma fera (BARTHES, 1984, p. 77, grifo do autor).

Sobre o *studium*, Barthes nos explica:

> [...]visivelmente, é uma vastidão, ele tem a extensão de um campo, que percebo com bastante familiaridade em função de meu saber, de minha cultura; esse campo pode ser mais ou menos estilizado, mais ou menos bem-sucedido [...] mas remete sempre a uma informação clássica (BARTHES, 1984, p. 44-45).

> O *studium* é um campo muito vasto de desejo indolente, do interesse diversificado, do gosto inconseqüente: *gosto* / *não gosto*, *I like* /*I don't*. O *studium* é da ordem do *to like*, e não da ordem do *to love*; mobiliza um meio-desejo, um meio querer; é a mesma espécie de interesse vago, uniforme, irresponsável, que temos por pessoas, espetáculos, roupas, livros que consideramos "distintos" (BARTHES, 1984, p. 47-48, grifo do autor).

Já sobre o *punctum*,

> O segundo elemento vem quebrar (ou escandir) o *studium*. Dessa vez, não sou eu que vou buscá-lo (como invisto com minha consciência soberana o campo do *studium*), é ele que parte da cena, como uma flecha, e vem me transpassar. Em latim existe uma palavra para designar essa ferida, essa picada, essa marca feita por um instrumento pontudo [...] (BARTHES, 1984, p.46, grifo do autor).

Dessa forma, é sangrando, ferido, perfurado pelo *punctum*, propiciado pela familiaridade de um diálogo, que me disponho a escrever este trabalho.

Seria de se questionar, contudo, a validade de escrever sobre tal tema. Que impacto tais palavras trariam para a medicina como um todo e, em particular, para a psiquiatria? Construída sobre um discurso extremamente hermético e que segue leis muito próprias, a medicina absorverá tais palavras a partir da lógica de seu próprio discurso. É fácil antever, portanto, que o que aqui será dito pouco ou nada ecoará dentro do campo médico. Tal campo, afinal, permanece quase intacto, apesar de tudo que se escreve sobre o tema, indiferente ao que dele é falado (CLAVREUL, 1983).

Insisto, ainda, pela necessidade de escrevê-lo. Afinal, os textos nem sempre almejam a um resultado prático, visível e aplicável. O exercício do pensamento crítico sobre minha própria prática me bastará e se, a partir disso, alguém que venha a ler este texto, possa repensar sua própria prática, então este trabalho terá superado qualquer expectativa que tenho dele.

Fazendo um apanhado de minha caminhada metodológica, ao longo do texto, mostro como nasceu a psiquiatria hoje hegemônica (que a partir de agora chamo de tradicional, já que, a rigor, como veremos, não houve, ao longo da história, uma mudança paradigmática no

saber psiquiátrico desde seu nascimento). Tento, ainda, discutir alguns preceitos nos quais se baseia essa disciplina. Contraponho, a essa psiquiatria, uma outra, voltada para o território, que se baseia em preceitos diferentes da psiquiatria tradicional, como veremos adiante, e a que chamarei de psiquiatria psicossocial. Uso situações pessoais e concretas, vividas no hospital psiquiátrico e no território, para discutir, a partir de tais situações, a ótica da psiquiatria tradicional em contraposição à ótica da psiquiatria psicossocial. Baseado no que se entende historicamente como medicina, passo a questionar a exatidão do uso do termo "médico" para a designação do psiquiatra da Atenção Psicossocial. Por último, sugiro que é só a partir de uma lógica não baseada na lesão do corpo e não geográfica - portanto, a partir de uma lógica não-médica - e somente a partir de um ajuste metafórico e a partir da lógica do cuidado é que se pode designar tal profissional como médico.

Mostrar por onde não se caminha é, de alguma forma, também indicar a estrada pela qual se vai. É importante que se ressalte que, apesar de as diversas histórias aqui apresentadas serem riquíssimas em material psicanalítico, não será por este prisma que elas serão analisadas. Não serão, por outro lado, estudos de caso no sentido metodológico do termo e, por isso, apenas alguns aspectos da história, os que me sirvam para as reflexões propostas aqui, serão abordados. Ressalto, ainda, que ao se falar de psiquiatria, para efeitos desse trabalho, pode-se considerar tanto seu conjunto de enunciados (psiquiatria como discurso) quanto seu conjunto de saberes e práticas, articuladas por tal discurso (psiquiatria como instituição).

Além da presente *Introdução*, o texto em questão tem seu corpo constituído por outras seis seções.

Em *A psiquiatria: luto, liberdade e renegação,* começo por tentar contextualizar, ainda que brevemente, o nascimento da medicina mental, na Europa, no final do século XVIII, e suas diversas tentativas de se manter dentro dos limites da lógica médica, mesmo quando tal lógica era lesional e geográfica (características da anatomopatologia). Em seguida, ofereço um relato sucinto sobre as diversas experiências reformistas que atingiram em maior ou menor grau a psiquiatria. Chego, em seguida, à Reforma Psiquiátrica Brasileira e à Atenção Psicossocial, hoje uma realidade como política pública no Brasil. É ainda neste tópico que tento analisar, baseado nos paradigmas do luto, da liberdade e da renegação, as possíveis posturas do psiquiatra atual.

No tópico intitulado *A formação,* forneço uma descrição, baseada em minha própria vivência, de como se dá, em geral, a formação de um psiquiatra. Baseado em fatos ocorridos durante a minha residência de psiquiatria, tento discutir diversas características das

instituições totais, locais onde funciona, ainda hoje, a maioria das residências médicas em psiquiatria no Brasil. O conjunto de relações entre equipe e internos, a manipulação dos corpos, a teia densa do discurso da psiquiatria - que promove uma invalidação dos internos e de suas falas - são abordados nesta seção.

No capítulo intitulado *Outros caminhos*, descrevo meus primeiros contatos com o exercício da psiquiatria em Icapuí, uma pequena cidade do litoral cearense, assim como os primeiros questionamentos que podem assaltar um psiquiatra em formação, quando o mesmo se depara com uma realidade territorial, muito distante da realidade do hospital em que, em geral, é formado.

O tópico seguinte, *O Tocantins,* descreve o aprofundamento de minha vivência como profissional de uma pequena cidade, através de minha experiência como psiquiatra de um Centro de Atenção Psicossocial no interior do Brasil, no município de Porto Nacional, localizado a cerca de 64 quilômetros de Palmas, a capital do estado do Tocantins. Nessa parte do trabalho, para situar o leitor em uma realidade em geral distante da sua, contextualizo historicamente o Tocantins, o estado mais jovem do país, assim como Porto Nacional, um velho município do antigo norte goiano. A partir de experiências vividas aí, tento dar pinceladas sobre a dinâmica daquela comunidade, assim como tento expor as diversas situações em que a psiquiatria, em realidades como essa, é chamada a se colocar. Defendo, nesse tópico, a necessidade do engajamento do profissional na dinâmica de um território para que o mesmo possa exercer uma psiquiatria não colonizadora e definitivamente afinada com a Atenção Psicossocial.

Na seção *A oficina de fotografia: uma discussão sobre o olhar*, descrevo a experiência de uma oficina terapêutica, ocorrida no Centro de Atenção Psicossocial de Porto Nacional. A partir do relato desta atividade, proponho uma mirada teórica sobre o uso da fotografia como meio terapêutico para usuários da Atenção Psicossocial. É ainda neste tópico que faço um questionamento sobre as próprias oficinas como um todo e proponho que uma visão alternativa sobre elas, desvinculada de um projeto estritamente terapêutico, pode também dar conta da complexidade de tais procedimentos.

Por fim, na seção intitulada *A guisa de conclusão*, como o nome sugere, reúno alguns conceitos abordados ao longo do estudo para, em seguida, tentar responder alguns questionamentos que apareceram ao longo do corpo do trabalho.

2. A PSIQUIATRIA: LUTO, LIBERDADE E RENEGAÇÃO

Sua justiça é no foro,
Minha lei é o consenso.
O seu reinado é imenso,
Minha casa é meu país.
Você é preso ao que diz,
Eu digo tudo o que penso.

(O rei e o palhaço; Antônio Nóbrega e Bráulio Tavares)

A ferida propiciada pela pergunta que dá título a este trabalho nos remete à própria história da produção dos discursos psiquiátricos que, principalmente no final do século XVIII e início do século XIX, insistiam, apesar da mudez da anatomia patológica, em fundamentar a psiquiatria como um saber médico.

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

O sistema mercantilista, predominante na época, recebia sérias críticas de filósofos afinados com as idéias de Locke. Voltaire, Rousseau e os enciclopedistas eram os responsáveis principais pela divulgação das idéias liberais, assimiladas pelo Iluminismo. Propunha-se, assim, uma mudança do mercantilismo rumo ao liberalismo econômico, idéia que era sustentada pela experiência da Revolução Industrial inglesa (ROSEN, 1994).

É nesse cadinho que vive Philipe Pinel, tido como fundador da psiquiatria. Estudioso das idéias de Locke, Pinel formou-se em Toulouse, fez pós-graduação em Montpellier e foi professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Paris. Com o seu *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*, onde propõe uma detalhada classificação das doenças psiquiátricas, Pinel ganha prestígio acadêmico suficiente para realizar mudanças substanciais na assistência às doenças mentais. Imbuído dos lemas da Revolução Francesa (liberdade, igualdade e fraternidade), o médico institui nos hospitais de Bicêtre e La Salpetrière, o seu tratamento moral, não sem antes, em uma mítica atitude, desacorrentar seus pacientes (FIGUEIREDO, 1988). Uma das grandes contribuições de Pinel, ainda segundo Figueiredo (1988), foi postular que, na alienação mental, não havia a perda da razão, mas um erro de julgamento, aproximando, de alguma forma, a alienação mental da própria razão.

O tratamento moral de Pinel, apesar da grande revolução que representou, a rigor, não era uma novidade. Pessotti (1996) mostra que tal abordagem das doenças mentais nos remete, pelo menos, aos idos anos do século XII d. C., à Escola de Salerno e a um de seus grandes mestres, Bartolomeu de Salerno. É ainda o mesmo autor que admite a possibilidade de encontrarmos pistas do tratamento moral na obra de Areteu da Capadócia, nos séculos II a III d. C. (PESSOTTI, 1996).

Contudo, foi com Pinel que o tratamento moral ganhou efetivamente um arcabouço médico-teórico que o justificasse (baseado, sobretudo, no erro de julgamento e não na perda da razão). Apesar de Pinel admitir a possibilidade de a loucura ser causada por alterações físicas, em seu *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*, deixava claras as suas idéias sobre a primazia da causalidade moral no caso das doenças mentais (BIRMAN, 1978). Assim, Pinel se expressa em seu *Tratado*:

> Aprendi que a alienação mental é causada, em alguns casos, por lesões orgânicas ou por uma disposição hereditária, mas, mais freqüentemente, por afetos morais muito mais profundos e contrastados [...] Seja qual for a acepção que se dê ao termo, é certo, todavia, que as paixões estão entre as causas mais comuns de doença; a alienação mental oferece inúmeros exemplos [...](PINEL apud PESSOTTI, 1996, p. 93).

É importante que se frise que, à época, a psiquiatria buscava (e ainda busca) um substrato teórico coerente para suas ações. Dessa forma, era de fundamental importância o estabelecimento de um *a priori* que justificasse suas intervenções. Essa busca se caracterizou pelo intenso debate ocorrido entre duas escolas: a escola somaticista (que defendia uma causa somática para a doença mental) e a escola psicologicista (que era partidária dos desvios "mentais", "psíquicos", "morais" como base da alienação mental). Aqui, Birman (1978) nos mostra a grande fragilidade conceitual da escola somaticista, já que, embora defendesse a lesão orgânica como fundamento da doença mental, persistia em prescrever os tratamentos morais como sendo os de eleição. Para o mesmo autor,

> Curiosamente a Medicina mental aparece como uma disciplina médica, que transformou a loucura numa enfermidade, mas contraditoriamente a sua racionalidade teórica e sua prática clínica não se adequaram na nova racionalidade anátomo-patológica, fundamento da Clínica. Isto é, a doença mental propriamente dita não se enquadrou nas explicações lesionais, que se tornaram os princípios racionais que começaram a se estender para o conjunto de enfermidades tratadas pela Medicina somática (BIRMAN, 1978, p. 31).

Estão aí, delineadas as bases desse novo saber: a psiquiatria. Da mesma forma, tentou-se esboçar o ambiente que a originou.

Antes propriamente de se tecerem comentários sobre o lugar da psiquiatria dentro de um território, sentido deste trabalho, é de fundamental importância um pequeno mas significativo parêntese.

As críticas ao hospital psiquiátrico nasceram, como já foi dito, juntamente com o próprio aparecimento do hospital (AMARANTE, 1998). Não foram poucas as tentativas de reforma do ambiente hospitalar ao longo desses mais de duzentos anos.

Foi, entretanto, o advento da II Grande Guerra que propiciou a retomada contundente de diversas propostas de intervenção dirigidas ao hospital psiquiátrico, assim como de diversos autores que, há tempos, propunham reformas ao ambiente hospitalar. É assim que se observa, principalmente no período pós-guerra, a revalorização dos trabalhos de Simon, Menninger e Sullivan, concebidos nas primeiras décadas do século XX, por exemplo (BIRMAN; COSTA, 1994).

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

Não é em vão a elaboração, em 1942, por exemplo, do plano Beveridge, na Inglaterra, que representava o ápice de um movimento que tem seu marco inicial na implantação do primeiro seguro saúde na Alemanha bismarkiana de 1883 e no *Sozialstaat* alemão. Os princípios do plano Beveridge, segundo Mshira, citado por Boschetti (2003), seriam:

> 1) responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado nível de emprego; prestação pública de serviços sociais universais, como educação, *segurança social,* assistência médica e habitação; e um conjunto de serviços sociais pessoais; 2) universalidade dos serviços sociais; e 3) implantação de uma "rede de segurança" de serviços de assistência (BOSCHETTI, 2003).

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

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

É sobre esse pano de fundo que surgem tanto as comunidades terapêuticas, na Inglaterra, a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor francesas, assim como a chamada psiquiatria preventiva ou psiquiatria comunitária americana (AMARANTE, 1998). E é principalmente em relação a esta última que se deve fazer uma ressalva.

Em comum, entre essas correntes, havia principalmente o conceito de promoção da saúde mental (a saúde mental como uma potencialidade a ser atingida) e a idéia de doença mental como incapacidade de integração e adaptação a determinado grupo, seja ele a própria comunidade, o grupo terapêutico, a oficina de trabalho ou outro. Contudo, enquanto as comunidades terapêuticas e a própria psicoterapia institucional visavam à reformulação do hospital psiquiátrico, foram a psiquiatria preventiva e a psiquiatria de setor que representaram, de fato, um direcionamento da psiquiatria para o ambiente comunitário, extra-hospitalar (BIRMAN; COSTA, 1994).

Apesar desse direcionamento da atenção psiquiátrica para o espaço social, de nenhuma forma, a psiquiatria preventiva, cujo principal autor foi Caplan, visava ao rompimento com os cânones tradicionais do saber psiquiátrico. Antes, reforçava o poder normatizador do discurso da psiquiatria, na medida em que expandia os tentáculos desse saber para os interstícios sociais, criando a categoria de grupos e/ou atitudes de risco relativos ao desenvolvimento de doenças mentais. Para Tenório (2002), usando algumas palavras do próprio Caplan,

> Caplan deixa ver o caráter declaradamente eugenista da psiquiatria preventiva, ao afirmar sua esperança de que o aumento do conhecimento dos fatores cromossômicos nos permita "intervir eugenicamente para modificar padrões genéticos numa população e, assim, aperfeiçoar a dotação constitucional fundamental de seus membros"

É ainda a perspectiva terapêutica - terapêutica preferentemente instituída de forma precoce, antes mesmo da eclosão da doença - que orienta a psiquiatria preventiva. Sob essa ótica, em uma espécie de reinauguração do higienismo oitocentista, a psiquiatria, como promotora do bem-estar, deveria esquadrinhar moralmente o espaço social, a fim de identificar os comportamentos desviantes (BIRMAN; COSTA, 1994).

Para encerrar este parêntese, já não tão curto quanto prescreve o bom senso, é importante que se diga que não é a essa psiquiatria que este texto se refere quando comenta que uma psiquiatria de orientação territorial se vê freqüentemente exposta às próprias

ambigüidades do saber psiquiátrico. Embora a psiquiatria preventiva tenha nascido, como acima comentado, de um momento de crise da atenção psiquiátrica e embora, efetivamente, ela corresponda a uma ruptura com a forma de atenção psiquiátrica antes hegemônica, ela não pretende questionar o discurso fundador da psiquiatria em seus alicerces. Antes, ao contrário, como comentado acima, revigora-o.

Aliás, não é outra a observação que Basaglia (1985, p. 105) faz sobre diversas tentativas "subversivas" de reforma da atenção psiquiátrica e da instituição:

> Mas o poder subversivo de tais métodos de trabalho permanece no interior de uma estrutura psicopatológica onde, em vez de colocar em discussão a objetalização à qual se relega o doente, segue-se analisando os vários modos de objetalidade: mantém-se, portanto, no interior de um sistema que aceita cada uma de suas contradições como um fato inelutável.

Uma prática psiquiátrica que se sentiria como que navegando por mares revoltos, quando na realidade territorial, precisaria romper e promover uma fissura no próprio discurso psiquiátrico. Essa não é a realidade da psiquiatria preventiva, embora também tenha uma orientação para o espaço social.

A psiquiatria aqui em jogo, aquela que pretende romper com a lógica hegemônica da medicina, afina-se à Atenção Psicossocial, proposta que guarda relação mais próxima da psiquiatria basagliana, assim definida:

> Uma psiquiatria, portanto, que não quer somente negar-se enquanto não-ciência, mas quer afirmar-se como anticiência (se por ciência se entende uma ideologia que se encontra sempre a confirmar os valores da classe dominante) através da passagem necessária de uma posição simplesmente contra-referencial para uma dialética. Somente na crise e na crítica interna permanente será, talvez, possível encontrar a garantia ao seu não colocar-se como ciência resolutiva (BASAGLIA et al, 1994, p. 12).

Pelos motivos citados acima e pela imprecisão e confusão que poderiam ser geradas com o uso de termos como comunidade ou psiquiatria comunitária, para querer se referir à psiquiatria da Atenção Psicossocial, uso o conceito de território, assim como o entende Milton Santos (2002, p. 84):

> O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que abriga, não importa o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo

> que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente, levando, também, à fusão entre o local, o global invasor e o nacional sem defesa (no caso do Brasil).

Desta forma, o território seria algo vivo e dinâmico em que tanto os aspectos físicos quantos os aspectos político, jurídico, econômico, etc. e o próprio fator tempo seriam de fundamental importância para sua compreensão. Dessa forma, afastando-se do conceito de território como o entende a ciência política (com base no Estado) ou como o entende a geografia mais tradicional (com base nos acidentes geográficos), Milton Santos introduz aspectos fundamentais para quem pensa a saúde: as pessoas, suas relações, a cultura, a história, as instituições, os atravessamentos do poder e outros muitos atores que, em determinado espaço e em determinado tempo, atuam: "No começo da história havia a natureza. Vem o homem, se instala e começa a agregar novas coisas. Ele produz o território, dessa forma" (SANTOS, 2002, p. 70).

A partir do momento em que se insere a dimensão do tempo no conceito de território (tradicionalmente visto de forma estática e perene), passamos a entender tal conceito de forma viva e dinâmica. O território não é constituído apenas por sua materialidade física, assim como também não o é apenas por tradições culturais. Antes, há um imbricado e complexo jogo em que, a todo instante, surgem novos participantes, outras regras e novos conjuntos de força que o atravessam.

> O território não é somente permanência, perenidade, não é apenas tradição cultural. É também mutação, produção e modificação intensa, norteadas pela lógica do capitalismo globalizado que intervém dissipando e desintegrando as fronteiras entre o local e o global, modificando relações [...] (YASUI, 2006, p. 119).

É por evidenciar esse jogo complexo de relações e por expor essa idéia de movimento que o conceito de território passará a ser usado. Esclarecida a possível imprecisão, fecho parênteses.

Fazer psiquiatria, em geral, não é o que se pretende quando se entra em uma faculdade de medicina. Escolher este caminho representa, quase sempre, uma espécie de luto.

O luto não é uma invenção psicanalítica. As pessoas se enlutavam mesmo antes da psicanálise. Contudo, embora não seja objetivo deste trabalho entrar em aprofundamentos psicanalíticos sobre o luto, a visão da psicanálise, pelo que ela percebe do trabalho de luto, merece ser registrada. Para Chemama, o luto é:

> Estado de perda de um ente querido, acompanhado de aflição e dor moral, que pode provocar uma verdadeira reação depressiva, necessitando um trabalho intrapsíquico, dito "trabalho de luto" (S. Freud) para ser superado (Chemama, 2002, p. 128).

Já para Laplanche e Pontalis (1979, p. 662), o trabalho de luto seria um: "Processo intrapsíquico, consecutivo à perda de um objeto de afeição, e pelo qual o indivíduo consegue progressivamente desapegar-se dele".

Ao se decidir por fazer psiquiatria, como dito acima, passa-se por um luto. Luto no sentido em que se tem de lidar com a fantasia de boa parte das pessoas, inclusive de outros médicos, que associam a essência da práxis do médico ao ato da cirurgia (dizia meu pai, acompanhado de um coro maior do que eu poderia antes supor: "Médico mesmo tem que abrir barriga"). Luto de suas próprias crenças do que seja medicina. Enfim, um luto de papéis.

Compartilha-se, ao se entrar em uma faculdade de medicina, como era de se esperar, dessa idéia comum do que seja um médico e, portanto, decidir "não abrir barriga", em geral, não é uma decisão tranqüila para quem pretendeu, um dia, ser médico. Entre outras, é dessa imagem que se tem que se desfazer o estudante que opta por ser psiquiatra e é essa a perda que tem de ser elaborada.

Poucas cenas na medicina encarnam tão bem quanto o ato cirúrgico a dominação exercida pelo médico em relação ao doente. Na cirurgia, o doente é só passividade e o fato de o mesmo, em geral, permanecer anestesiado só incrementa e confirma essa situação. É possível que um médico clínico, não psiquiatra, também tenha de se desfazer dessa imagem. Contudo, enquanto ele tem a organicidade para o apoiar, o psiquiatra não a tem. Assim, decidir não "abrir barriga" é desistir um pouco dessa possibilidade de exercício do poder. E, paralelamente, desistir da organicidade, para a psiquiatria, é aplicar o golpe de misericórdia nessa idéia do que é ser médico. Não é sempre, contudo, que o psiquiatra desiste dessa organicidade e a passividade do doente se dará em outro nível. Veremos mais adiante que a maneira com que se dará a percepção dessas questões tem um forte poder de determinar a forma como se exerce a psiquiatria.

Considerando que, segundo Foucault (2003), a cirurgia só foi realmente incorporada à clínica no final da época clássica e início do século XIX, com o advento do modelo anatomoclínico, e considerando que, ainda no século XX, as "Escolas de Medicina e Cirurgia" davam o testemunho dessa divisão (LUZ, 2004), não deixa de causar espécie essa inversão que associa a "verdadeira medicina" com o procedimento cirúrgico, prática proibida aos médicos de um outro tempo.

Dessa forma, fazer psiquiatria é, de um jeito ou de outro, perder um poder prometido. Em minha época de faculdade, reinava uma espécie de ditado, um provérbio: "O clínico sabe tudo mas não resolve nada, o cirurgião não sabe nada mas resolve tudo, o psiquiatra não sabe nada e não resolve nada". Luto, portanto, de um saber/poder que se abre, para o estudante, de forma ingênua e maravilhosa quando ele ingressa em uma faculdade de medicina.

No dia seguinte ao dia em que saiu o resultado do vestibular em que fui aprovado, fui abordado por um amigo, que me pediu a opinião sobre um remédio que lhe haviam prescrito. Nesse momento, eu percebi que, socialmente, eu participava agora de uma outra categoria: a de médico. Portanto, é sofrendo com a perda desse saber/poder que se decide pela psiquiatria.

Mas a que espécie de saber se abdica quando se decide pela psiquiatria? O que seria, então, esse nada saber e nada resolver?

Antes, um comentário: como poder médico, entende-se todo o conjunto de proposições normatizadoras e de práticas discursivas que autorizam a medicina a formular enunciados sobre os corpos e mentes humanos, sobre a relação entre os indivíduos, sobre seus comportamentos sexuais, suas doenças, seu sofrimento, sua morte, fazendo da medicina uma disciplina talvez mais social do que a própria sociologia (LUZ, 2004).

Dando-nos uma idéia das implicações das práticas do discurso médico, Foucault (2003, p. 228) nos diz, ao final de seu *O Nascimento da Clínica:*

> Os gestos, as palavras, os olhares médicos tomaram, a partir deste momento, uma densidade filosófica comparável talvez à que tivera antes o pensamento matemático. A importância de Bichat, de Jackson e de Freud na cultura européia não prova que eles eram tanto filósofos quanto médicos, mas que nesta cultura o pensamento médico implica de pleno direito o estatuto filosófico do homem.

Para Clavreul (1983), tal hegemonia instaura uma "ordem médica", chegando a se configurar como uma espécie de crença que, em muito, ultrapassa a crença em qualquer religião. Ainda para o autor:

> Os médicos são seus funcionários, muitas vezes humildes, às vezes gloriosos, mas a Ordem se impõe por ela mesma. Ela está sempre presente em nossa vida, desde nosso nascimento numa maternidade, até nossa morte no hospital, desde os exames pré-natais até a "verificação", na autópsia (Clavreul, 1983, p. 40, grifo do autor).

Para Luz (2004), a racionalidade científica moderna, mãe do modelo médico hegemônico da atualidade, não se contenta em revelar as "verdades últimas" de todas as

coisas, mas se propõe, principalmente, a ordenar o mundo, subjugá-lo e reformá-lo. É nessa relação ortopédica do modelo científico com o mundo que está uma das principais características da racionalidade moderna. Nesse contexto, entende-se o porquê desta proclamada supremacia de quem tudo resolve, embora nada saiba. Afinal, visto que as verdades científicas são sempre temporárias, saber a verdade não é o que mais importa segundo essa racionalidade. Ou, mais claramente, importa saber desde que se tenha a dimensão da transitoriedade desse saber e desde que se chegue a esse saber através do método científico.

> Em outras palavras, é um regime específico de produção de enunciados de verdade, no qual as regras de produção são mais importantes em última instância que sua 'veracidade' enquanto tal (LUZ, 2004, p.60).

Para alguns, contudo, que se enveredam pela psiquiatria, o luto se resolve e surge um movimento rumo a uma espécie de libertação. Um outro universo se abre. Não se necessitaria, por exemplo, passar horas treinando, primeiro em um pedaço de esponja e depois na pele de usuários do serviço público, os diversos e monótonos pontos cirúrgicos. Não seria necessário se ater mais aos intermináveis e empobrecedores *guidelines,* cada vez mais comuns na prática clínica. Poder-se-iam ler *Dom Casmurro*, *Crime e Castigo*, *O Idiota*, *Grande Sertão: Veredas*. Poder-se-ia ler sobre arte, crítica literária, filosofia, política e etc. Enfim, todo um novo universo que, a rigor, interessaria à psiquiatria.

Foi essa nova possibilidade de ser errante que me fascinou. Afinal, como se pode ter uma idéia profunda sobre ciúme, se não se leu *Dom Casmurro*? Como compreender melhor uma mente que se volta para o delito senão lendo *Crime e Castigo*? A partir de minha decisão, não era mais necessário esconder - e aqui confesso muito tranqüilamente: esconder principalmente de mim mesmo - entre os livros ditos médicos, os outros tantos livros não médicos de que sempre gostei.

Logo, contudo, eu veria que esse caminho de libertação não era o mais transitado e percebi que essa visão mais humanística do ser humano, em geral, pouco interessa à psiquiatria na forma em que ela é vista nas escolas de formação. Esse caminho errante era, antes, um desejo meu.

Foi apenas mais tarde, durante a residência, que percebi com clareza o que está por trás dessa postura não liberta. Se por um lado, perde-se um poder médico (no que há de orgânico do termo); por outro, reforçado mesmo pela perda do primeiro, assume-se um poder (médico, de uma outra forma) normatizador e moralizante diante do mundo. É provável que,

nesse segundo movimento, mais do que na biologia, esteja a ligação da psiquiatria com a medicina.

Para Birman (1978, p. 254-255),

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

Acredito que o encaminhamento que se dá ao luto, como comentado acima, não sendo, obviamente, vivido da mesma forma por todos aqueles que se embrenham por psiquiátricos caminhos, tem o poder de determinar o tipo de psiquiatria que se vai exercer. Têm-se, aqui, as figuras do psiquiatra que renega (aquele que sofre a perda do poder médico, não a resolve e ruma a uma postura de não aceitação e de negação mesmo de tal perda) e do psiquiatra liberto (aquele que, sofrendo de mesma perda, consegue ver outras possibilidades além dela e renuncia ao mandato da lógica médica). É a partir desses dois processos que se pode ir em direção a uma psiquiatria amplamente tradicional e comprometida com os cânones primeiros desse saber ou, ao contrário, encaminhar-se rumo a uma psiquiatria antes comprometida com o ser humano em um sentido mais amplo e difuso. Assim, escolhe-se, a depender do processamento que se consegue fazer dessa perda, o lugar onde e a sombra sob a qual se exercerá a psiquiatria.

Mais uma vez, lancemos mão da teoria psicanalítica para esclarecer o que vem a ser a renegação, pois, aqui, tal conceito nos é bastante esclarecedor e oportuno. Para Laplanche e Pontalis (1979, p. 562), *déni* - renegação ou recusa – seria: "[...] modo de defesa que consiste numa recusa pelo indivíduo de reconhecer a realidade de uma percepção traumatizante [...]"

Não encontrando o que pode haver de libertário em se desfazer de sua concepção daquilo que é ser médico, alguns profissionais renegam essa "mancha" que a psiquiatria lhes traz para sua imagem. Assim, ameaçados por sua escolha e na iminência de se perceber como "menos médicos", alguns psiquiatras se aferram ao que lhes resta da idéia do que é medicina e, enquanto não entram nesse mundo pela porta da frente, que é a via da alteração somática, trilham um caminho amplamente normatizador. São renegadores contumazes.

É difícil que se veja outra explicação para a maneira insistente com que os psiquiatras se apegam a uma possível organicidade das doenças mentais, apesar dos duzentos anos de seguida frustração em tal organicidade ser revelada. Visto pelo prisma do somático, não há nenhum motivo para que a psiquiatria persista como uma especialidade médica, já que a lógica lesional – característica da medicina após o advento da anatomopatologia – não se aplica a esse saber.

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

É preciso se fazer notar ainda, devido às tantas ambigüidades da psiquiatria, que o psiquiatra, embora vá mostrar mais afinidade com uma dessas posturas, ocupará, as mais das vezes, um domínio intermediário entre esses dois tipos ideais. Assim, o que mais se vê é que, entre essas duas opções, há um passeio da prática da psiquiatria, a depender tanto da dimensão espacial (onde ela se exerce) como da dimensão temporal (em que situação ela se exerce).

A hipótese que atravessa este trabalho é que, tomados como paradigmáticos esses dois caminhos, o psiquiatra liberto, o que bem vive esse dito luto do poder médico e segue rumo a essa dita libertação, estaria mais apto a exercer a psiquiatria dentro de uma realidade territorial e seguir um caminho mais afim à prática psicossocial.

Na residência, deparei-me, quase sempre, com psiquiatras que não viam lá com bons olhos essa espécie de distanciamento (enriquecedor, em minha opinião) que a psiquiatria encerra em relação à medicina somática. Ao contrário do que se poderia esperar, percebi que as coisas quase sempre se davam de uma outra forma. O luto, para alguns, como dito acima, pode se transformar em um interessante processo de não aceitação, o que faz com que certos profissionais se apeguem, algumas vezes bem mais do que se apega qualquer médico não psiquiatra, à "organicidade perdida" da psiquiatria. Revestem-se, e essa é uma atitude bem conhecida entre psiquiatras, dessa autoridade que quase lhes foi tomada pela psiquiatria e se agarram, precariamente mas com unhas e dentes, ao poder médico. Todo esse novo campo que se poderia abrir para a psiquiatria como um lugar privilegiado e que representa para mim essa espécie de libertação, de que antes falei, é visto por muitos profissionais de forma completamente ameaçadora e potencialmente letal para a psiquiatria como "ciência médica". Forma-se, então, a personagem do psiquiatra renegador.

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

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

Interessante situação! Não há psiquiatra, hoje em dia, que veja com bons olhos a teoria do criminoso nato, do médico italiano Cesare Lombroso. Romero (2002), falando sobre o processo de medicalização da saúde e sua relação com a exclusão social, nos dá um panorama interessante da medicina brasileira no final do século XIX e início do século XX, época de ouro do eugenismo brasileiro, tempo em que a própria beleza era vista como sinal de ausência de doença. Para a autora:

> Fronte deprimida, maxilares volumosos, arcadas superciliares proeminentes, caninos desenvolvidos, zigomas salientes eram manifestações aparentes que demonstravam a essência dos indivíduos, como também permitiam que se fizessem analogias entre criminosos, macacos, primitivos, loucos e degenerados (ROMERO, 2002, p.86).

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

No discurso psiquiátrico hegemônico de hoje, apesar da resistência da loucura em se revelar geneticamente, Kaplan, Sadock e Grebb (1997, p. 450, grifo nosso) nos revelam:

> Muitas associações entre sítios cromossômicos específicos e esquizofrenia têm sido relatadas na literatura desde a aplicação generalizada de técnicas de biologia molecular. *Mais de metade dos cromossomos foram associados com a esquizofrenia nesses vários relatos*, mas os braços longos dos cromossomos 5, 11, e 18, o braço curto do cromossomo 19 e o cromossomo X têm sido os mais citados. Atualmente, a literatura é melhor resumida

> como indicando uma base genética potencialmente heterogênea para a esquizofrenia.

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

Assim, há uma contradição no discurso psiquiátrico atual. Afinal se a genética pode realmente apontar para o lugar da doença mental (do caráter) e diante do fato de que a genética determina, em grande parte, nossas características antropométricas e nossa aparência física, por que a antropometria e a aparência física não nos poderiam dizer algo sobre nosso caráter e nossa saúde psíquica?

Diante do encurralamento em que se vê, como disse acima, restam ao psiquiatra outras opções e, entre elas, está o pacto não com a neurofisiologia, não com a genética ou com a anatomia patológica, não o pacto com a doença ou com o corpo morto – característico da clínica, segundo Foucault (2003), após o advento da anatomopatologia - mas um pacto com a vida em sua trama instigante e móvel. Há, portanto, o caminho do psiquiatra liberto. Sobre isso, é esclarecedor o seguinte comentário de Agostino Pirella (2001, p. 179), referindo-se a esse movimento de abdicação do poder médico, perpetrado por alguns psiquiatras:

> O psiquiatra que refuta é um homem que toma consciência da contradição permanente, mas oculta, da ideologia médica, segundo a qual uma pessoa transformada contra a vontade em objeto deve ser considerada "um doente como qualquer outro". O psiquiatra, portanto, tende a refutar ao mesmo tempo o mandato social e a ideologia médica que mascara seus aspectos degradantes.

Visto, contudo, que a característica mesma do objeto, com o qual se compromete essa dita postura liberta, é cambiante, móvel e não se deixa facilmente apreender, como se daria esse pacto e em que, exatamente, consistiria esse caminho? É na discussão dessa possibilidade e desse lugar metamorfósico que está um dos sentidos deste trabalho.

Tal pacto, infelizmente ou não, resulta em um distanciamento radical, em nível epistemológico mesmo, da medicina entendida a partir de sua lógica hegemônica.

Para Luz (2004), com a transformação da medicina em uma ciência das doenças, tirando da morte sua própria razão de existir, os conceitos de vida e cura se transformam em questões metafísicas e supérfluas à ciência médica.

Assim, nota-se que essa postura representa um caminho, uma trilha de abdicação do poder a que originalmente se arroga a psiquiatria.

Detendo-me um pouco na tentativa do resgate de poder constantemente ameaçado pela própria característica da psiquiatria, algumas observações são pertinentes. Não é um apanágio da psiquiatria do Ceará, onde me formei e fiz minha residência, a extrema divisão que grassava ali entre os psiquiatras. O interessante é que não me refiro aqui a uma divisão teórica ou política, mas uma aversão da ordem do pessoal. Havia basicamente três grupos na psiquiatria cearense naquela época (entre 1998 e 2001).

Existia a APC (Associação Psiquiátrica do Ceará), cujo reduto era o hospital onde funcionava a única residência de psiquiatria daquele estado e único hospital psiquiátrico realmente público no Ceará. Os integrantes da APC eram psiquiatras que, além de ligados ao hospital, tinham uma afinidade maior com a psiquiatria dita biológica.

Havia os psiquiatras da Socep (Sociedade Cearense de Psiquiatria), que anteriormente ocupavam a direção do mesmo hospital e a que claramente almejavam retornar (tanto que no ano seguinte à minha saída, efetivamente a Socep "ganhou" a direção daquele hospital). Os psiquiatras dessa sociedade não representavam, de fato, uma ruptura teórica à APC mas representavam uma psiquiatria algo menos ligada à biologia, talvez mais próximos de uma psiquiatria preventiva.

Havia ainda um outro grupo de psiquiatras afinado com a atenção psicossossial, com o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e com os CAPS[1].

À boca pequena, eram os assépticos, os socépticos e os capciosos.

Era assim, desta forma, transpassado por questionamentos, sonhos ingênuos e sentimentos de perda, que eu tentava ingressar no conflituoso mundo da psiquiatria.

[1] CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Para melhor definição, vide capítulo 5 desse trabalho.

3. A FORMAÇÃO

Você vem com a arma erguida,
Eu vou abaixando a guarda.
Você vem vestindo a farda,
Eu de roupa colorida.

(O rei e o palhaço; Antônio Nóbrega e Bráulio Tavares)

Os anos da especialização foram um período recheado de muitas descobertas e repleto de conflitos. Como a maioria das residências hoje no país, a residência que cursei acontecia dentro de um hospital fechado. Fechavam-se pacientes e, como não poderia deixar de ser, encerravam-se também profissionais e idéias.

> Certo número de questões perturbadoras surge para todo aquele que trabalha no campo psiquiátrico e se recusa a conceder sua atenção crítica ao fato de que se encontra prestes a ser entorpecido ou engolfado pelos processos institucionalizantes do treinamento formal e da doutrinação cotidiana no hospital de ensino ou no hospital psiquiátrico (COOPER, 1989).

Voltando à psiquiatria cearense, a apartação comentada acima atingia a especialidade de forma contundente. Se, por exemplo, havia um congresso patrocinado por um dos grupos, os outros dois se recusavam a ir. Durante a formação, os residentes eram meio que paparicados para que se decidissem logo a que grupo iriam pertencer, depois de se tornarem psiquiatras. Triste decisão. Uma vez identificado como participante de qualquer um deles, ganhavam-se inimigos figadais. A relevância desse comentário mora no fato, real e notório, da briga por poderes e cargos. Talvez a especialidade mais dividida à época, naquele estado, era a psiquiatria. E justamente os psiquiatras que deveriam ter vivenciado o luto do poder, não conseguiam se ver sem ele. Bizarra situação: os psiquiatras estão condenados a lutar por um poder que sua própria condição de psiquiatras lhes ameaça roubar.

O hospital em que fiz minha residência tinha, à época, quatro enfermarias com quarenta leitos cada uma, duas enfermarias masculinas e duas femininas. Aquele hospital abrigava, ainda, serviços ambulatoriais especializados (como serviço de transtornos alimentares, o ambulatório de transtornos afetivos, o ambulatório de epilepsia e etc), um hospital-dia e uma emergência psiquiátrica.

Cada enfermaria, abrigando quarenta internos, era assistida por apenas um psiquiatra. Durante o dia, nas enfermarias, ficavam ainda três a quatro técnicos de enfermagem e, durante

a noite, freqüentemente, apenas dois. Assim, o hospital não contemplava sequer o que, hoje, é a exigência mínima do Ministério da Saúde, explicitada no anexo de sua portaria 251/2002, relativa ao PNASH (Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (BRASIL, 2002a).

A citada portaria regulamenta uma série de aspectos relativos à assistência hospitalar em psiquiatria pelo Sistema Único de Saúde. Além de normatizações quanto às diretrizes que o atendimento hospitalar deve seguir, há diversas exigências quanto a aspectos físicos do hospital (estabelecimento de tamanhos mínimos para a sala de curativos e as enfermarias, assim como exigência de espaços de recreação e etc.) e quanto a aspectos que tocam ao número mínimo de profissionais relativamente ao número de internos. A portaria em questão estabelece, entre outras coisas, um número mínimo de quatro técnicos de enfermagem para cada quarenta leitos (exigência que não era contemplada pelo hospital em que cursei minha residência).

Apenas duas das enfermarias tinham leitos sob a responsabilidade de residentes e isso fazia com que esses espaços fossem disputados pelos internos, pois eram considerados "chiques" e de um melhor nível, servindo assim como uma importante forma de controle da população interna, remetendo-nos ao que Goffman (2001) designou de "sistema de enfermarias".

O hospital oferecia cinco vagas, nem sempre completamente preenchidas, para a residência em psiquiatria. Durante o período da formação em que o residente estava na enfermaria, ele ficava responsável por seis interno. Como a residência tinha uma carga horária de oitenta horas semanais (além das oito horas diárias, tínhamos dois plantões de 24 horas na semana), nós realmente vivíamos o hospital e passávamos bem mais tempo nele que em casa. A residência é, no geral, uma época extremamente rica para quem quer se dedicar à clínica, mas não é uma época fácil.

Os plantões na emergência tinham uma característica interessante. Sempre que chegávamos ao plantão, olhávamos o relatório do médico plantonista anterior para saber quantas vagas o hospital tinha naquele momento. Em geral, girava em torno de 3 a 5 vagas. O que acontecia, na grande maioria das vezes, é que essas vagas eram preenchidas com as primeiras 3 a 5 pessoas que chegavam para ser atendidas, o que sempre ocorria nas primeiras horas do plantão. Isso gerava uma aberração: as pessoas que procuravam atendimento depois de preenchidas as vagas sequer eram vistos pelo médico, voltavam da porta do hospital. Portanto, como é de se supor, o plantão, como um todo, quando não havia intercorrências nas enfermarias, era muito "calmo".

É importante que se diga que essa aparente calma não resistia a uma mirada mais atenta. Dentro daquela instituição, como em muitos outros hospitais psiquiátricos, a tranqüilidade, o silêncio, a calma eram conquistados às custas do amordaçamento e do sufocamento das inúmeras crises que se davam no interior das enfermarias. Crises abafadas tanto pela distância física entre as enfermarias e o repouso médico como pela distância, mais etérea e menos geográfica, mais psicológica que física, entre o psiquiatra e as pessoas internadas.

Para ilustrar essa falsa tranqüilidade do plantão, um fato é de interesse. Havia uma situação a que todos os médicos plantonistas tinham verdadeiro horror: eram as intercorrências depois das cinco da manhã e antes das sete horas, quando chegava o próximo médico. A verdade é que, no geral, essas intercorrências eram relacionadas a tentativas de suicídio ou de suicídios efetivados. As crises ocorridas durante o plantão, caladas a duras penas pelos técnicos de enfermagem - que passavam toda a noite trancados na sala de medicação - e amordaçadas com a conivência do médico plantonista, eram evidenciadas, por vezes, pelo dramático, patético e triste espetáculo de um cadáver, encontrado durante a ronda da manhã.

Alguns fatos ocorreram durante aqueles dois anos que podem dar a dimensão do que era aquela residência e aquele ambiente, tidos como uma boa escola. Primeiramente, havia um fato comum a todas as formações em psiquiatria da época. A única disciplina teórica obrigatória era psicofarmacologia. Na base de "tratar é o que interessa, o resto não tem pressa", outro dito comum nas escolas de medicina, invertia-se, por assim dizer, a própria lógica da clínica psiquiátrica. Em outras palavras, é mais importante saber medicar que fazer o diagnóstico. Mas como o primeiro deveria depender do segundo, vemos aí uma espécie de paradoxo curricular. Se é um paradoxo para o currículo, é algo completamente coerente com a lógica da psiquiatria e não só da psiquiatria atual. Birman (1978, p. 61) localiza essa tendência já nos primórdios do discurso psiquiátrico:

> Com efeito, se esse discurso fala de descrição, nosologia, etiologia, formas evolutivas e terminais da alienação mental, se discute os sintomas físicos ou morais, as causas físicas e morais da enfermidade, o que realmente importava para a psiquiatria era a idéia de terapêutica. Era ela que demandava todas as outras justificativas teóricas.

Afinal, a própria psicofarmacologia, em detrimento da clínica, tem "inventado" novos diagnósticos. Eis aí o caso do transtorno de pânico.

Segundo Pereira (1997), a esse respeito, a história do transtorno de pânico é paradigmática, pois marca a ruptura da psiquiatria com a psicanálise, ocorrida nos anos sessenta. Motivada principalmente pela revolução psicofarmacológica, tal ruptura inaugura as abordagens nosográficas operacionais (descritivas) em psiquiatria.

Segundo o mesmo autor, foi baseado principalmente nos trabalhos de Klein que se pôde "isolar" o transtorno de pânico, assim como se o concebe hoje. A partir da constatação de que pessoas ansiosas com ataques agudos e repentinos de ansiedade (característicos do transtorno de pânico) respondiam melhor à imipramina - um antidepressivo da classe dos tricíclicos - do que o faziam as pessoas que portavam um quadro ansioso crônico - em que inexistia essa característica paroxística da ansiedade - Klein propõe um novo enquadre nosográfico dos quadros ansiosos.

> No momento de sua criação, a categoria "transtorno de pânico" reunia sob uma mesma rubrica e desde o ponto de vista clínico os pacientes suscetíveis de controle medicamentoso específico de seus sintomas, com a imipramina. Ou seja, a criação da categoria "Transtorno de Pânico" deu-se antes de qualquer delimitação propriamente psicopatológica do distúrbio (PEREIRA, 1997, p. 14).

Eis aqui a psicofarmacologia expondo uma de suas faces obscuras: a translação de sua posição como mero instrumento de uma intervenção para uma posição de fundadora de saberes, ou ainda, quando menos, para uma posição de agente de transformação epistemológica.

Voltando à instituição de minha residência, lembro que lá vivíamos situações que, olhadas a partir de um ponto de vista externo, beiram o surreal, embora, vistas de dentro, fossem completamente condizentes com o *modus operandi* daquele hospital.

Eis um exemplo disto. Ouviam-se com muita freqüência, pelos corredores, comentários sobre a "mão de ferro" com que o diretor dirigia aquela instituição. Tido como perseguidor, inflexível e ditatorial, a direção não era bem quista pelos funcionários. Para resolver essa situação, o diretor agiu prontamente: elaborou um amplo questionário – que foi aplicado aos que trabalhavam no hospital – para averiguar o nível de satisfação e de motivação de seus funcionários que, diga-se de passagem, revelaram-se bastante altos. O resultado desse trabalho foi apresentado em um congresso científico daquele estado. O que não foi a público, durante sua apresentação foi o modo como tais dados foram colhidos. A entrevistadora, responsável pela entrevista aos funcionários, era filha do diretor, fato amplamente conhecido entre os entrevistados.

Coisas como esta, vistas de fora da instituição, parecem absurdas, mas eram completamente coerentes dentro daquele ambiente controlador, pouco poroso e de limites tão fortemente marcados.

A situação acima nos reporta a um texto de Basaglia (1985, p. 101, grifo do autor) em *A instituição negada*, que após a exposição de diversas situações de violência, vividas em seu cotidiano profissional, arremata:

> Os exemplos poderiam se multiplicar ao infinito, não deixando de lado nenhuma das instituições sobre as quais se organiza nossa sociedade. O que há de comum entre as situações [...] é *a violência exercida por aqueles que empunham a faca contra os que se encontram sob sua lâmina*.[...]Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz *uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro*.

Um dos primeiros internos que acompanhei, durante a residência, era um jovem culto e intenso. Mauro[2] havia sido irmão marista, sendo expulso daquela congregação após seu diagnóstico de transtorno afetivo bipolar (TAB). O rapaz era uma pessoa, no mínimo, *sui-generis*. Internado como estava, ele conseguia amealhar, na época, algo em torno de dez a quinze reais por dia, uma fortuna para quem está dentro de um hospital. O fato era que, a quadra de esportes, onde os internos passavam uma pequena parte de seu dia, comunicava-se, através de uma parede de tijolos vazados, com um corredor, onde se localizava a farmácia do hospital. A fila que se formava em frente àquela farmácia era eminentemente composta por pessoas acompanhadas em ambulatório e por seus familiares. Mauro aproveitava essa oportunidade para, como ele dizia, "enrolar as pessoas com uma conversa". Falando inglês ou francês, discutindo política, saúde, cultura ou divagando sobre filosofia, o paciente aproveitava a dita fila para que seus ouvintes, admirados com a esperteza e sagacidade de um louco, dessem-lhe algum dinheiro. E Mauro entendia muito bem esse jogo. Fazendo questão de impressionar as pessoas com sua condição de, por assim dizer, "um louco inteligente", o homem angariava a simpatia das pessoas, que lhe retribuíam em espécie.

Mauro havia sido criado por uma tia, a quem chamava de mãe. Após mais de um mês de internamento, o rapaz recebeu, através de parentes, a notícia de que essa sua tia havia adoecido. Já idosa e debilitada, ela teve um infarto do coração e foi internada, com um quadro

[2] Para preservar a identidade das pessoas aqui mencionadas, todos os nomes foram trocados.

bastante grave, em um hospital a cerca de um quilômetro e meio do hospital de minha residência, instituição em que Mauro estava internado.

Como eu o estava assistindo durante a internação, o jovem pediu-me para que eu conseguisse um meio a fim de que ele fosse visitar a tia. Solicitou-me um carro do hospital e, caso eu achasse necessário, um técnico de enfermagem que o acompanhasse à visita. Como Mauro estivesse muito melhor e como a mencionada visita era algo realmente significativo para ele, achei por bem tentar arranjar sua ida ao hospital em que estava a tia. Triste hora! Ao saber de meu empenho, a direção convocou uma reunião com todos os residentes e preceptores para "discutir" o que vinha acontecendo.

Não preciso mencionar que Mauro não foi à visita, que eu fui tido como ingênuo ("mas não se preocupe, isso é fruto de sua inexperiência") e que o paciente foi tido como manipulador ("como todos os bipolares"). Hoje, revendo a situação e depois de alguns anos de prática, não acho que faria algo de diferente numa situação como essa, a não ser, possivelmente, o fato de que eu teria dado alta a Mauro muito tempo antes de tudo isso acontecer.

As menções ao comportamento manipulador dos portadores de transtorno afetivo bipolar, abundantes na literatura psiquiátrica, acabam por propiciar todo um sistema de invalidação dessas pessoas e, para Cooper (1989, p. 12),

> Não há técnica de invalidação mais respeitável, ou mesmo sacrossanta, do que a que conta com a bênção da ciência médica. Conquanto sempre com um pouco de mentalidade estreita e de classe alta, a Medicina é tradicionalmente liberal e humana.

Sanches, Assunção e Hetem (2005) demonstram, através de uma revisão da literatura, que os transtornos de personalidade do *cluster B* estão entre as comorbidades mais comuns entre os portadores de TAB. Afirmam, ao final de seu artigo, que as comorbidades, em se tratando desses pacientes, são "mais regra que exceção". Segundo o DSM-IV, o *cluster B* engloba os transtornos da personalidade anti-social, histriônica, narcisista e *borderline* e, ainda segunda aquela classificação, os indivíduos que a portam são "erráticos, dramáticos, emotivos" (APA, 1995).

Moreno, Moreno e Ratzke (2005), concordando com os autores citados no parágrafo anterior, comentam sobre a dificuldade de se fazer o diagnóstico correto em quadros menos típicos do TAB. Diante da dificuldade, através de uma estranha inversão do processo diagnóstico, presenteiam-nos com a seguinte pérola da psiquiatria classificatória:

> Freqüentemente, a hipomania e o transtorno bipolar tipo II podem ser confundidos com transtornos de personalidade, como o anti-social, o narcisista, o histriônico e o *borderline*. O DSM-IV resolve o problema deste diagnóstico diferencial permitindo a comorbidade destes quadros (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005, grifo do autor).

Alcântara et al. (2003) também colocam a freqüente associação entre o diagnóstico de TAB e o diagnóstico de transtorno da personalidade *borderline,* além de propor diversas técnicas para a avaliação diagnóstica correta. Entre essas técnicas, fala da importância da história familiar, da resposta às diferentes medicações (mais uma vez a psicofarmacologia ditando diagnósticos), o estudo do padrão do sono, a avaliação do padrão de comportamento interpessoal e o uso de instrumentos diagnósticos (testes, por exemplo).

Independentemente de sua verdade factual, a visão da psiquiatria em relação ao portador de TAB acaba por permitir todo um conjunto de atitudes que sancionam a lógica de tutela e as diversas outras arbitrariedades cometidas pela psiquiatria em relação a esses indivíduos. Tal visão re-alimenta, dessa forma, revestida de uma cientificidade questionável e que tenta esconder suas próprias origens, o discurso normativo e totalizante da psiquiatria, denunciado por vários autores, como Birman (1978), Basaglia (2005) ou Foucault (1978, 2001).

Joel Birman (1978), em seu *A psiquiatria como discurso da moralidade,* vai identificar a presença dessas diversas incoerências e contradições na formulação primeira do discurso psiquiátrico, assim como a série de procedimentos que a psiquiatria tenta instituir para se afastar do puramente social e se enquadrar na lógica anatomopatológica da medicina somática.

> Regulando o espaço social em todos os seus níveis de funcionamento, a Medicina construiu o seu saber em torno da idéia de normalização. Esta possibilitou todos os outros conceitos, fornecendo a sua ordenação e sua precisão. A Psiquiatria se formou como o ramo da medicina que deveria intervir especificamente no domínio da moralidade, tendo por isso mesmo os seus conceitos construídos em torno da idéia de normatização moral. Eles deveriam justificá-la teoricamente e validá-la como prática científica. A Psiquiatria se articulava no plano da manutenção da Ordem, no nível do político num sentido amplo. Ela desenvolveu a demanda de vigilância moral. Se ela procurou a todo custo fundar-se biologicamente, explicando as suas anomalias com a anatomia patológica, isto se deve a uma necessidade de se ver coerente e homogênea no interior do saber médico. Entretanto, os seus pontos de inserção com a medicina se deram na regulação da vida social, na sua tarefa de *racionalização da moralidade* (BIRMAN, 1978, p. 254-255, grifo do autor).

Ainda, a respeito da visão que tem a psiquiatria sobre o portador de transtorno afetivo bipolar, não se está colocando em questão, como mencionado acima, a validade diagnóstica ou a verdade factual sobre a existência ou não de outras patologias que se associariam a esse diagnóstico. Não é exatamente aí que se põe a questão. É ainda nessa mesma direção que Basaglia (2005) nos alerta sobre a necessidade de se colocar a doença mental "entre parênteses". Ao propor tal exercício, o autor italiano não nega a doença mental em si, mas insiste que, de nenhuma forma, pode-se ter uma real dimensão dela se não se afastam de nossas análises todas as aderências que historicamente se adicionaram ao conceito de doença mental. Se não temos claras as suas possíveis dimensões clínicas, históricas, sociais e etc., arriscamo-nos (e efetivamente é o que vemos de mais comum) a assistir a um processo de infiltração do discurso médico psiquiátrico nos interstícios do social, provocando uma psiquiatrização do cotidiano. Dessa forma, Basaglia (2005, p. 136-137) compara, a partir de nossa realidade social, o negro ao doente mental:

> De fato, se deixarmos a doença como fato real e considerarmos apenas seu aspecto social, podemos definir o doente mental como a presença de um terceiro mundo dentro do mundo ocidental. Que o negro seja negro é indiscutível, assim como é indiscutível que existam as doenças mentais, ainda que os psiquiatras, na verdade, não conheçam nada sobre sua natureza. Mas o que fez do negro o que ele foi até agora tem pouca relação com sua negritude; assim como o que deu ao doente mental a face que ele possui até hoje pouco tem a ver com a doença. A exclusão – como fato social – de que o negro é objeto numa sociedade racista, que precisa explorá-lo para sobreviver, é o que o determina como inferior e selvagem; assim como a exclusão (como fato social) de que o doente mental é objeto em nossa sociedade é que o determina como inferior e perigoso.

Insistindo na recusa de perceber os diversos fatores que atravessam o diagnóstico psiquiátrico, encoberta por um véu de cientificidade, a figura renegadora do psiquiatra mais parece a de um funcionário a serviço dessa lógica de exclusão. Ao contrário, desvencilhar-se do que promulga a psiquiatria tradicional, angustiar-se com o papel que lhe foi socialmente delegado e recusar-se a ser agente de marginalização e invalidação do outro fazem parte da tomada de postura do psiquiatra liberto.

Voltando à minha formação, a reunião excepcional acima não foi a única a que fui convocado. A segunda foi alguma coisa mais grave e cheia de circunstância. Fui convidado para "uma conversa séria" com uma das diretoras do hospital e o diálogo que se segue foi, algo mais ou algo menos, o que aconteceu:

- Mardônio, fiquei muito decepcionada quando visitei, ontem, a enfermaria da residência.

- Por quê, doutora?

- Você estava lá com os pacientes e a gente não distinguia quem era doente quem era residente.

- Doutora, não sei se a senhora percebe o elogio que acaba de me fazer...

Bem, ela entrou, como era de se esperar, em considerações teóricas que justificavam a manutenção de um distanciamento em relação aos internos, a importância do uso de um avental branco e etc.

Preso naquele discurso de quem fala a partir do lugar da autoridade, resolvi encerrar a conversa com algo como:

- Mas, doutora, não leve isso muito em conta. Isso se dá, talvez, por mera ingenuidade minha. Mas eu prometo que algum dia eu vou ser, assim, exatamente como a senhora.

É claro que ela hesitou e me avaliou durante alguns segundos, como se para detectar uma recôndita ironia em minha fala ou para averiguar se eu realmente estava convencido de que ela era um modelo a ser seguido. Acho, sabendo do peso que a vaidade tem para algumas pessoas, ela escolheu a opção mais inverossímil e apostou em minha sinceridade. Encerrou a conversa com um dúbio:

- Pois bem!

Na formação psiquiátrica, desde muito cedo, tenta-se passar para os residentes a necessidade desse afastamento em relação ao doente. É possível se argumentar que isso não seria uma característica apenas da psiquiatria e nem sequer da medicina como um todo. Afinal, a neutralidade do observador e a separação entre quem observa e aquilo que é observado é mesmo uma das premissas da racionalidade científica moderna. É, contudo, de se estranhar a constatação de que parece não haver nenhuma outra especialidade médica que leve isso tão a sério quanto a psiquiatria. Não é assim tão incomum, por exemplo, encontrarmos cirurgiões que operam seus parentes ou amigos. Por outro lado, é extremamente difícil encontrarmos psiquiatras que se proponham a tratar de conhecidos seus. Afinal, o que poderia mudar no tratamento de alguém, existindo ou não tal distanciamento, já que – para psiquiatria tradicional – o remédio irá resolver? É, portanto, curioso que a psiquiatria, ao mesmo tempo que se quer perceber como apenas mais uma especialidade da medicina, promulgue – mais do que qualquer outra especialidade - como fundamental esse afastamento entre médico e paciente.

Seriam os psiquiatras puristas por excelência ou "mais científicos" que seus colegas? Seriam eles os defensores maiores do método, últimos guardiões da neutralidade científica? Não creio.

Ao contrário da psicanálise, por exemplo, que tem uma justificativa para um tal afastamento, a psiquiatria parece não ter um embasamento teórico convincente que justifique tal fato. Debruçando-se de uma maneira médica sobre o comportamento sexual, o desejo, a alegria, a tristeza, o pensamento, a imaginação e etc. – fatos eminentemente humanos e não médicos – o psiquiatra esbarra na fragilidade de seu saber. Diante dessa fragilidade, em uma tentativa de resgate do que é "científico", resta-lhe a neutralidade como último reduto. O fato é que, mesmo o psiquiatra mais renegador parece perceber o quanto a psiquiatria lhe ameaça como médico e, entre outras coisas, o seu afastamento em relação ao paciente parece proteger-lhe. E a psiquiatria, como era de se esperar, reveste-se de "cientificidade" para justificar seu discurso. Exemplo disso é a afirmação de Kaplan, Sadock e Grebb (1997), que relatam que há estudos que mostram que portadores de transtornos psiquiátricos respondem melhor ao tratamento quando o médico, do sexo masculino, veste paletó e gravata. Aqui, como têm denunciado os diversos movimentos identitários (movimentos de gênero, étnicos, raciais e etc.), fica claro que as tão pretendidas universalidade e neutralidade científicas nada mais são, na prática, que a dominação de uma racionalidade masculina, branca e burguesa (VAITSMAN, 1995).

Outros estudos mostram dados ainda mais emblemáticos: médicos norte-americanos tendem a diagnosticar mais freqüentemente esquizofrenia em pessoas negras do que o fazem em relação a pessoas brancas, com o mesmo conjunto de sintomas (STRAKOWSKI; SHELTON; KOLBRENER, 1993); adolescentes afro-americanos internados com o diagnóstico de transtorno bipolar têm duas vezes mais possibilidade de receberem anti-psicóticos que adolescentes caucasianos com o mesmo diagnóstico (DELBELLO; SOUTULLO; STRAKOWSKI, 2000); nos Estados Unidos, pacientes de raça negra são mais freqüentemente submetidos à contenção física, quando internados, do que pacientes caucasianos em uma mesma situação (FLAHERTY; MEAGHER, 1980). Para a psiquiatria, enfim, o poder não é apenas macho ou apenas branco. É macho, branco e muito bem vestido. De paletó e gravata... Ou avental.

Tal tendência tem raízes muito antigas na psiquiatria e, provavelmente, ancora-se na teoria da causação moral da alienação mental. Dessa forma, propondo o tratamento moral, a correção do erro e etc. a psiquiatria considerava de importância fundamental a figura do médico como um exemplo a ser seguido; uma espécie de ideal a ser alcançado pelo doente

(BIRMAN, 1978). Dessa forma, Esquirol, em sua obra *De la manie,* recomenda: "Também o caráter exterior, as qualidades físicas, intelectuais e morais das pessoas que se aproximam dos maníacos, ou que os cuidam, exercem um grande poder sobre estes enfermos" (ESQUIROL apud BIRMAN, 1978, p. 398). É o próprio Birman, na mesma obra, que nos diz, sobre o médico e o diretor do hospital: "Estes deveriam apresentar uma masculinidade evidente, que saltaria aos olhos de imediato, explicitando-se quer pela beleza, quer pela voz e pelos gestos" (BIRMAN, 1978, p. 400).

Portanto, essa impressão de absurdo e de surreal, que meu diálogo com a diretora poderia deixar pairando no ar, dilui-se e se integra aos momentos fundantes do discurso psiquiátrico.

O que quer dizer, portanto, essa série de estudos que mostram as diferenças de tratamento e de percepção que a psiquiatria engendra em torno de brancos e pretos, homens e mulheres, ricos e pobres e etc. senão a própria oposição entre opressores e oprimidos? Essa oposição, denunciada tantas vezes, é, às duras penas, digerida pela psiquiatria a partir da lógica da ciência sem que, no entanto, nos convença. Servindo como uma espécie de intermediário entre o sistema social e o mundo dos excluídos, o profissional acaba por, em nome da técnica, legitimar tal exclusão (GILLI, 1985). É a própria mais valia (no presente caso, sexista, racial e etc.) que, saindo do espaço propriamente de produção, aloja-se no espaço cotidiano da reprodução (SANTOS, 2006).

Uma das pessoas que atendi durante minha residência marcou-me pelo inusitado. Seu nome era Judite. Ao chegar, pela manhã, ao hospital, fui informado de que havia uma nova paciente para mim na enfermaria. Tal informação veio acompanhada de uma outra: ela era muda.

Fui à enfermaria e, antes mesmo de lá chegar, um senhor jovem me abordou e se identificou como sendo o esposo de Judite. Ele queria que eu lhe fornecesse um atestado médico, relatando a internação da esposa, para que o documento fosse levado ao trabalho dela, como justificativa de sua ausência durante o período de sua permanência no hospital. Como eu não a havia sequer visto, pedi para que ele me procurasse mais tarde.

Na enfermaria onde a mulher estava internada, vi que Judite se tratava de uma jovem senhora de cerca de 40 anos, bonita e que, nitidamente, tentava manter um certo distanciamento dos outros internos, o que acabava por lhe conferir um certo ar de superioridade, altivez e, a seu modo, uma certa dignidade.

Em seu prontuário constava a informação de que teria sido seu esposo o responsável por relatar a história da mulher para o médico que a havia internado. Vi ainda que lá havia

uma observação se referindo à mudez de Judite embora ela, segundo o médico que a internou, parecesse "entender o que lhe falavam".

Comecei a conversar com aquela senhora ali mesmo no pátio da enfermaria, sob risinhos cínicos e o descrédito dos técnicos de enfermagem. Convidei-a para entrar no consultório e, para minha surpresa, a mulher começou a falar. E falava de forma surpreendentemente fluente e coerente. De alguma maneira e por algum motivo, ela acreditou que, talvez dessa vez, seria ouvida.

Disse-me que não era muda e nem nunca o tinha sido, mas que vinha se recusando a falar porque estava com muita raiva do esposo. Estava, agora, com mais raiva ainda pelo motivo de o mesmo a ter conduzido ao hospital (era sua primeira internação). Disse-me que o que motivara sua internação era o fato de que ela tinha jogado no lixo os mantimentos de casa: frango, presunto, carne, arroz, leite e etc. Indagada por que motivo ela havia feito aquilo, de forma muito indignada, explicou o que vinha ocorrendo.

A questão era que seu marido e ela (quinze anos de casamento e dois filhos) sempre trabalharam muito: ela em casa, cuidando das crianças e ele como mecânico de automóveis. Os dois tinham conquistado algumas coisas com o esforço conjunto desses 15 anos de união: tinham uma casa própria e um carro. Ultimamente, contudo, seu marido passara a ficar muito distante dela e das crianças, além do fato de que ele não vinha mais conseguindo prover a família de coisas que antes, com esforço, ele abastecia a casa.

Quando o esposo começou a se endividar, a mulher passou a desconfiar de que ele tinha uma amante. Por conta dessa situação, havia um ano que seu casamento, progressivamente, vinha desmoronando. Alguns dias antes da internação, Judite flagrara o marido com a amante. Chorou, reclamou, gritou até que resolveu se desfazer das coisas de casa.

- Já que ele tem dinheiro sobrando para ter uma amante, quis fazer ele gastar dinheiro dentro de casa.

Ao chegar a casa e ao ver os mantimentos no lixo, seu marido disse que a esposa estava louca e a levou para o hospital. Comentei com ela que seu esposo havia me pedido um atestado para o trabalho dela. A mulher me falou, então, que nunca havia trabalhado fora de sua própria casa e achava que o atestado era para ser usado na justiça, a fim de requerer a guarda das crianças.

Sobre as alegadas "esquisitices" e incongruências de determinados atos de um possível paciente, Cooper (1989, p. 47) afirma:

> Atribuições de estranheza, esquisitice, singularidade, maluquice, incongruência ou ausência de sentimentos, atos despropositais, impulsividade ou agressão irrazoável, não representam julgamentos indiscutíveis, absolutos ou até (na experiência clínica ordinária) razoavelmente objetivos acerca do futuro paciente, quando são feitos por outros membros da família. Tais atribuições são altamente funcionais e funcionam em relação ao sistema de necessidades da família, num certo ponto de sua história.

Essa situação reflete um fato muito comum na psiquiatria, principalmente na psiquiatria exercida sob os auspícios de um hospital psiquiátrico. Refiro-me à supremacia da história contada pelo acompanhante em relação à história que o paciente relata.

Com razão ou sem ela, parte-se do pressuposto de que o louco não revela tudo de sua história e que, mesmo que esteja em condições de contá-la, o médico deverá confirmar, junto a um familiar, os dados obtidos com o paciente. Essa postura encontra apoio nos diversos autores que tratam das técnicas de entrevista psiquiátrica.

Para Dalgalarrondo (2000), apesar de "um certo subjetivismo" a que estão sujeitas as informações dos acompanhantes (pai, mãe, esposa e etc), já que eles dariam sua visão do caso e não "a visão correta e absoluta" (palavras do autor citado), existem certos quadros (o autor inclui, aqui, o estado psicótico grave) em que seria de fundamental importância o recolhimento dos dados com uma terceira pessoa.

Para Spode e Fleck (2001), seria de importância capital, nas situações de emergência, a obtenção de uma história suplementar sempre que o paciente venha acompanhado de policiais, outros profissionais, parentes ou amigos.

Kaplan et al. (1995, p. 18-19), em seu livro *Medicina psiquiátrica de emergência,* consideram que: "A obtenção de uma história abrangente do paciente e, se necessário, de fontes informadas, é essencial para se fazer um diagnóstico correto e para formular um plano de tratamento específico e efetivo".

Já para Lobosque (2001, p. 39),

> [...] importa, sim, saber se o paciente tirou a roupa na rua, fugiu de casa, jogou pedra no vizinho ou bateu na mãe; são elementos necessários na avaliação dos riscos e na definição de uma conduta. Geralmente quem nos fornece é a tradicional figura do acompanhante; contudo, a necessidade de investigá-los não pode ser o único fio em nossa lida com o relato, as queixas e os pedidos deste personagem.

Quando estamos de frente a uma situação que envolve, por exemplo, risco iminente de vida, violência contra crianças, abuso sexual, independentemente se estamos diante de alguém

com ou sem diagnóstico psiquiátrico, talvez seja realmente importante uma outra ou ainda várias outras fontes de informação. Contudo, por trás desse ato de confirmar o relato de uma pessoa em sofrimento psíquico, há coisas que, a um olhar atento, são bem mais significantes.

Seguidamente, a psiquiatria tradicional trata a fala do louco, com suas ilogicidades e seus desencontros, como mero material a que se deve ficar atento a fim de se chegar a uma maior acurácia diagnóstica, delegando à pessoa portadora de sofrimento mental, principalmente de caráter psicótico, um lugar tão somente objetal dentro da relação terapêutica. Para Lobosque (2001, p. 50),

> [...] a fala dessas pessoas é colhida a título de ilustração de um desarranjo, utilizável para uma identificação diagnóstica, mas não como material para seu próprio trabalho de cura; supõe-se que aquele que diz coisas tais não tem como responder por elas, não tem como implicar-se no que diz; ainda que possa ser tratado, não tem engajamento possível em seu próprio tratamento.

Sobretudo, nota-se que há, em geral, uma desvalorização da fala de quem está mentalmente adoecido. E essa desvalorização acontece, entre outras coisas, porque a fala do louco não cabe e não é traduzível para uma linguagem lógica e coerente e, eu acrescentaria, para a linguagem do prontuário, que é a própria linguagem da ciência médica. Processo cujo mecanismo não é exclusivo da psiquiatria e cujo preço se mostra extremamente alto para o paciente e sua alteridade:

> Por intermédio da utilização de um vocabulário ao qual o doente não tem acesso, o discurso médico opera *reduzindo o sentido* dos diferentes ditos do sujeito àquilo que é passível de ser inscrito no discurso médico. Operação que visa, portanto, o estabelecimento da *identidade* em detrimento da *alteridade*: o *mesmo* em detrimento do *outro* (JORGE, 1983, p. 18, grifo do autor).

Lembro do desespero de nós, residentes de primeiro ano, quando um interno fornecia uma história desencontrada e sem uma ordem cronológica, uma história, enfim, que não dava para ser "apresentada" e nem se modelava à estrutura do prontuário.

Nogueira-Martins (2001) cita um estudo de Rocco, feito em 1992, que mostra que, dos 120 estudantes de medicina entrevistados pelo pesquisador, 87 se sentiam muito tensos por saberem que a história do paciente tinha de ser colhida; e a tensão provinha, principalmente, porque eles não sabiam como fazê-lo.

Poder-se-ia argumentar que o colhimento "correto" e rigoroso da história clínica de um portador de sofrimento mental seria um momento importante para a própria clínica. Não foi o que Lerner (2006) encontrou, ao estudar um Centro de Atenção Psicossocial, localizado na cidade de São Paulo.

Durante sua pesquisa, o autor concluiu que a atividade de preenchimento de prontuário comumente se transforma em uma atividade cujo fim está nela mesma, ainda que, no nível dos discursos da equipe, exista uma razão clínica para tal. No CAPS estudado pelo autor, essa situação era materializada por uma atividade dos estagiários que se chamava "prontuário" e que consistia, pura e simplesmente, no preenchimento dos mesmos, com dados atuais e corretos.

Assim, na clínica diária, segundo o autor, o motivo pelo qual se colhem dados de uma pessoa, muitas vezes, desvincula-se de um sentido clínico. É ainda Lerner (2006) que denota que, pelo menos no ambiente em que desenvolveu sua pesquisa, essa primazia do dado colhido em relação à própria clínica parece ter a ver com a percepção da ineficácia terapêutica das intervenções propostas pela equipe. É como se, frente à impossibilidade de agir terapeuticamente diante de alguns usuários, a equipe se ocupasse tão somente em entendê-los. Para o pesquisador, tais dados colhidos e tais entendimentos

> [...]parecem compensar o vazio em que o profissional se vê quando de sua insuficiência terapêutica na reversão do quadro, sendo que o reconhecimento da atitude terapêutica do profissional fica restrito a saber o *lugar certo* para o paciente e *entender* o problema que se apresenta [...] (LERNER, 2006, p. 67, grifo do autor).

Ainda relacionado ao colhimento "correto" e "apurado" de dados relativos ao paciente, alguém menos avisado poderia argumentar sobre a necessidade, pelo menos para a psiquiatria, de um diagnóstico bem elaborado e o mais exato possível. Sem questionar o sentido, a necessidade ou mesmo a validade do diagnóstico psiquiátrico, tal argumento, por si só, não se sustentaria e não justificaria, *a priori*, a necessidade de se complementar a história clínica junto a um familiar. É o que mostra o conhecido estudo elaborado por Sandifer et al. (1970), que nos dá a dimensão da importância dos três primeiros minutos de uma entrevista psiquiátrica.

Esse estudo conclui que, no caso de psiquiatras experientes, os minutos iniciais de uma entrevista são decisivos para a formulação da hipótese diagnóstica relativa a um paciente. Assim, numa significativa parte das vezes, o diagnóstico elaborado nos três primeiros minutos de uma entrevista coincide com o diagnóstico ao fim das mesmas entrevistas.

Embora não seja uma realidade para a psiquiatria, os diagnósticos médicos estão cada vez mais dependentes, nos dias de hoje, dos exames laboratoriais. Contudo, mesmo diante dessa realidade, a importância da entrevista médica persiste no discurso da medicina. Para Boltanski (2004), a entrevista se justificaria, sobretudo, para a identificação, por parte do médico, da categoria social a que pertence o doente. A partir dessa identificação, processar-se-ia todo um possível conjunto de manipulações do médico para com o paciente.

> Efetivamente, se a maior parte dos médicos, apressados e cortantes quando se trata de se dobrar às fantasias dos doentes, respondendo às suas perguntas, declara que se deve interrogar cuidadosamente o doente no início da consulta e deixá-lo falar livremente, mesmo se suas palavras não trouxeram informações diretas sobre a doença, isso se dá, pelo menos em parte, porque o interrogatório do médico e a "entrevista dirigida" a que submete o doente, fornecem-lhe as informações indispensáveis para definir o "tipo psicológico", ou seja, social a que pertence o doente (BOLTANSKI, 2004, p. 42).

Considerando que, em nossa sociedade centrada na lógica do capital, o louco perde o poder de barganha, entende-se, dentro da linha de raciocínio do autor acima citado, o sentido de se entrevistar a família. Dessa forma, preserva-se a entrevista e sua função de categorização social ao mesmo tempo em que se mantém a invalidação do discurso do portador de alguma patologia mental.

Há um outro efeito, talvez ainda mais deletério, proveniente do fato de se confirmar a história clínica de uma pessoa com alguém próximo (familiar ou amigo, por exemplo). Esse efeito é o do aparente conluio que se forma entre médico e familiar e/ou entre o médico e o amigo, quase sempre visto com maus olhos pela pessoa atendida.

Considerando que em boa parte das vezes, mesmo que a internação seja a rigor voluntária, o paciente foi, de certa forma, coagido a se internar (e aqui pode haver todo um complexo de ameaças e chantagens para que ele se decida pela internação) e considerando que o agente dessa coação é em geral a família ou um amigo próximo, essa união entre médico e familiar (ou amigo) tem um efeito profundamente desmoralizador para o portador de sofrimento mental. Essa é a opinião de Goffman (2001), quando descreve a fase de pré-paciente (período que vai desde a identificação do indivíduo como possível portador de uma doença mental até o momento de sua internação). Para o autor, o paciente passa a notar que o médico, em quem muitas vezes ele depositava seus últimos resquícios de confiança, nada mais faz que confirmar o discurso da família ou do amigo que o acompanha.

Um outro aspecto da história de Judite nos remete ao isolamento, ao distanciamento e à recusa de se comunicar que Goffman (2001, p. 125) descreve na pessoa internada em uma instituição total:

> Ao entrar no hospital, [o paciente] pode sentir um desejo muito grande de não ser conhecido como pessoa que poderia ser reduzida às condições daquele momento, ou pessoa que se comportou tal como o fez antes do internamento. Conseqüentemente, pode evitar falar com quem quer que seja, pode ficar sozinho sempre que puder, e pode até ficar "fora de contato" ou "maníaco", a fim de evitar a ratificação de qualquer interação que o obrigue a um papel delicadamente recíproco, e lhe mostre o que se tornou aos olhos dos outros.

Dessa forma, a história de Judite parece-me emblemática.

Segundo Lobosque (2001, p. 40), a fim de que se caminhe para uma verdadeira prática psicossocial, é necessário um movimento de revalorização da fala de quem está mentalmente sofrendo:

> A esta palavra, matéria prima do tratamento, cabe-nos cavar-lhe um lugar – quando partimos do princípio de que o sujeito fala, situando a materialidade do seu dizer como alicerce possível de nossa construção.

Anexo ao hospital de minha residência, havia o hospital-dia, a experiência mais próxima de um Centro de Atenção Psicossocial a que realmente tínhamos acesso. Funcionava com muitas limitações, mas era um "algo mais". Lembro-me de que um dos principais problemas do hospital-dia, naqueles anos de 1999 e 2000, era o fato de os funcionários serem os mesmos que trabalhavam nas enfermarias ou, quando não, funcionários que haviam trabalhado por muito tempo nelas.

Um dos servidores chegava a ser caricato. Era um educador físico que havia sido oficial do exército. Era de se ver a disciplina que ele exigia dos usuários durante os exercícios. Já que trabalhava dois turnos, esse educador físico almoçava junto com os usuários, mas trazia seus próprios prato e talheres de casa, pois não tinha "coragem de comer com os do hospital". Em uma das reuniões de equipe, ele mostrou-se extremamente incomodado com o fato de os usuários não comerem de garfo e faca. Discordando, outros membros da equipe ponderaram que a maioria deles tinha muito poucos recursos financeiros e, muitos deles, eram provenientes da zona-rural, realidades em que efetivamente se come de colher e não de garfo e faca. O ex-oficial saiu com uma que realmente revela o espírito ortopédico da instituição:

- Mas eles estão aqui é para serem civilizados e adestrados.

Disse-o exatamente com essas palavras: “civilizados e adestrados”.

Mais uma vez, uma opinião como essa, vista de fora, é quase inadmissível. Mas naquele ambiente institucional é completamente coerente e longe de ser absurda.

Como não sermos remetidos ao discurso foucaultiano da vigilância e da disciplina? Foucault (1987, p. 119) nos fala da descoberta, durante a época clássica, do próprio corpo como alvo do poder e objeto da disciplina e alerta sobre o que isso representa em empobrecimento das possibilidades políticas do uso do corpo.

> O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos[...] A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência).

Assim eram vistos aqueles internos: corpos passivos à espera de uma intervenção. E essa visão parecia perpassar todas as atitudes dos profissionais daquela equipe - sejam médicos, enfermeiros, diretores, psicólogos ou quaisquer outros que dela fizessem parte. O hospital psiquiátrico, a sua forma e de seu jeito, revisita o ato da necropsia e tenta intervir em um corpo que, apenas por acaso, ainda vive. O hospital, a fria mesa de necropsia. O interno, o cadáver inconveniente que, vez e outra, dá sinais de que está vivo.

Todas as histórias e situações relatadas no presente capítulo parecem ter alguma coisa em comum, algo que as une, que é o processo de instrumentalização impetrado pela psiquiatria em relação ao portador de sofrimento psíquico. É importante se salientar que, embora as situações aqui relatadas tenham sido vividas dentro do hospital psiquiátrico, portanto em uma instituição total, não é exatamente isso que as une. A lógica que há nessa forma de encarar a loucura, a lógica de dominação, de invalidação de seu discurso, de coisificação de seus gestos, maneiras e atitudes é o verdadeiro elo que as une. E tal lógica, vista abertamente dentro dos muros do asilo, grassa com vigor fora deles. A instituição, objeto de crítica da Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como da psiquiatria basagliana, é a rigor o conjunto de práticas e de saberes que referendam uma certa ótica autoritária de diversos fenômenos sociais, culturais e etc. Dessa forma, a crítica à instituição, assim como a concebe o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, ultrapassa a dimensão manicomial para se

voltar para o conjunto social de valores que legitimam tal estrutura. Não esqueçamos, aliás, que a instituição psiquiátrica, em vez de apenas semeadora, é fruto dessa mesma lógica e o que a retroalimenta é, entre outras coisas, o que Machado e Lavrador (apud ALVERGA e DIMENSTEIN, 2006) chamam de "desejos de manicômio", que se expressam:

> ...através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele.

Para Alverga e Dimenstein (2006), a reforma psiquiátrica seria:

> ...um processo de desinstitucionalização do social, do nosso apego às forma de vida institucionalizadas, onde é preciso produzir um olhar que abandona o modo de ver próprio da razão, abrir uma via de acesso à escuta qualificada da desrazão, e considerar outras rotas possíveis que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação.

É o momento, talvez, de se fazer a seguinte questão: que tipo de psiquiatra está a se formar dentro das escolas de psiquiatria, onde o tratamento químico tem supremacia sobre a própria clínica psiquiátrica, onde o diagnóstico classificatório tem o poder de traçar destinos e onde tanto silêncios, quanto falas não merecem escuta? O que se pode esperar de profissionais assim "catequizados"? "Pois, por que o médico não reproduziria o que lhe foi ensinado na faculdade e o que mostram todos os livros de medicina: que não há tempo a perder em vãs considerações e que é preciso ir direto ao objetivo?" (ClAVREUL, 1983, p. 41).

Hoje, apoiados pela indústria farmacêutica, depois do rompimento com a psicanálise na década de 60, os psiquiatras estão "ateóricos" e quase nada mais os embasa. Alijados da anatomia patológica, ainda sonhando com a promessa fantástica da neurofisiologia, os psiquiatras agarram-se a sistemas diagnósticos meramente estatísticos, tabulados em grades sintomatológicas, com critérios ocos de embasamento teórico. É bastante significante que um dos principais manuais psiquiátricos mostrem sua proposta estatística já no próprio nome (DSM: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

Resta, portanto, além da estatística, a psicofarmacologia, que, como vimos, não é mera instrumento de intervenção, senão mesmo uma forma de diagnosticar e uma fomentadora de novos "quadros psiquiátricos". Mas a psicofarmacologia não se coloca no mesmo lugar que a teoria psicanalítica ou a teoria fenomenológica que, antes, mal ou bem, tentavam dar base de

sustentação à psiquiatria. A psicofarmacologia não é apenas uma forma ingênua de ver determinada questão ou um prisma pelo qual se olhe a doença mental. Ela é, por natureza, aplicável e não há forma de lançar mão dela senão fazendo alguém usar remédios. Assim, cada vez mais, apoiada pela indústria química, a psiquiatria vem se transformando em uma ciência eminentemente interventora.

As questões acima comentadas roçam apenas muito levemente - quando o fazem - o exercício profissional do psiquiatra renegador. Imune a tudo que transcende a sua visão idealizada da medicina e protegido contra tudo o que poderia fazê-lo perceber que – talvez - não seja tão médico quanto os outros, essa espécie de psiquiatra segue incólume e inabalável com suas crenças na "boa e velha psiquiatria". Por outro lado, essas mesmas questões têm profunda influência no cotidiano do psiquiatra liberto, já que tal profissional se recusa ao papel marginal e marginalizante que lhe delega a sociedade. Esse psiquiatra tirará, de tais questões, as incertezas diárias que alimentarão seu que-fazer profissional.

Voltando à minha formação, era envolto por uma série de questionamentos que eu vivia aquele ambiente hospitalar. Era necessário, de minha parte, um esforço imenso para que aquelas experiências, aquela lógica e aquele modo de ver a psiquiatria não se naturalizassem dentro de mim e não se cristalizassem a ponto de eu não perceber o absurdo delas. Era fundamental, uma questão mesmo de sobrevivência, que eu acreditasse em outros caminhos.

4. OUTROS CAMINHOS

Você disputa corrida,
Eu corro pra relaxar.
Sua marcha é militar,
A minha é de carnaval.
Seu traje é de general,
Eu visto pena e cocar.

(O rei e o palhaço; Antônio Nóbrega e Bráulio Tavares)

Ainda na residência, sem saber muito o que era Saúde Mental, Atenção Básica de Saúde, Atenção Psicossocial e etc., comecei a trabalhar em uma cidade a cerca de 220 Km de Fortaleza, fazendo consultas ambulatoriais de psiquiatria. O município - Icapuí - era visto como exemplo de cidade onde a Atenção Básica de Saúde, assim como a educação, funcionava relativamente bem. Instalado em 20 de janeiro de 1985, Icapuí era, na época, uma cidade com cerca de 15 anos de emancipação e, durante todo esse tempo, com exceção dos primeiros meses, esteve sob a administração do Partido dos Trabalhadores.

Último município do litoral cearense, extremando já com o Rio Grande do Norte, a cidade de Icapuí se apresenta como um grande cinturão distendido à beira-mar, com cerca de 65 quilômetros de comprimento e 15 quilômetros de largura. Na época, a cidade contava com algo em torno de 16.000 habitantes e possuía cinco equipes do Programa de Saúde da Família.

A economia de Icapuí baseava-se, e se baseia ainda hoje, na pesca da lagosta, na exploração do petróleo, em culturas tradicionais (coco, caju, milho e mandioca), na produção de sal, na carcinicultura (criação de camarão em viveiros) e uma ainda incipiente atividade turística (BUSTAMANTE, 2005).

O hospital psiquiátrico mais próximo fica em Mossoró, no Rio Grande do Norte, distante cerca de 70 Km. Mais ou menos à mesma distância, localiza-se o Centro de Atenção Psicossocial mais próximo, o CAPS de Aracati, no Ceará. Icapuí, ainda hoje, guarda uma próxima relação com o estado potiguar, refletida no hábito de seus habitantes procurarem atendimento médico antes em Mossoró que em Aracati (BUSTAMANTE, 2005). A meio caminho entre a hospitalização e a Atenção Psicossocial, Icapuí tinha uma interessante e ambígua relação com o atendimento em saúde mental.

Foi uma experiência muito enriquecedora e não só porque foi meu primeiro contato com a Atenção Básica de Saúde. Icapuí, naquela época, respirava ares de uma cidade muito evoluída.

Realmente, a cidade tinha algo mais e esse algo mais se refletia na vida das pessoas. Prova disso é a coleção de prêmios que o município exibe e que se constitui em real fator de orgulho para seus habitantes: em 1991, Prêmio Criança, Paz e Educação, concedido pelo UNICEF, em reconhecimento à totalidade de crianças na escola; em 1994, Prêmio 100% de Cobertura Vacinal, concedido pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará; em 1996, Prêmio Programa Nacional de Municipalização do Turismo, concedido pela EMBRATUR, por estar entre os dez primeiros municípios a implementarem a municipalização do setor turístico; em 1996, Prêmio de Destaque em Educação, concedido pela Fundação Getúlio Vargas e pela Fundação Ford, em reconhecimento à universalização do ensino no município; em 1999, Prêmio do Projeto Luz, concedido pela Agência de Cooperação Internacional do Japão, pela implantação de estratégias bem sucedidas de humanização no setor saúde (REVISTA DE ICAPUÍ apud BUSTAMANTE, 2005). Enfim, coisas pouco comuns de se verem em uma administração municipal.

Algum tempo antes de eu ingressar no ambulatório daquela cidade, Icapuí havia passado por uma experiência que deixara marcas profundas em seus habitantes. Taumaturgo[3] era um músico icapuiense, muitíssimo popular e que tinha sido diagnosticado como portador de transtorno afetivo bipolar. A comunidade estava acostumada a vê-lo entrar e sair de suas crises.

No dia 12 de novembro de 1997, durante um desses episódios, o músico se engalfinhara com seu irmão, também usuário de serviços de saúde mental. Desesperada, a mãe chamou a polícia para que os dois fossem contidos. Chegando ao local, a polícia atirou na parede, o que fez com que o irmão de Taumaturgo se entregasse rapidamente. Já Taumaturgo, de forma meio desesperada, saiu à rua com três facas de mesa. O delegado, que acompanhava a ação, deu ordem para que seus policiais atirassem, no que foi prontamente atendido. Taumaturgo, que significa aquele que faz milagre, morreu, assim, vítima de um tiro dos policiais. Ele era poeta e, como todo bom poeta, fazia milagres e outras brincadeiras com as palavras:

> Meu coração está cansado de sofrer.
> Quero um novo caminho.
> Quero um novo amanhecer.
> Quero dizer que eu preciso de carinho.
> Que eu não posso viver sozinho.

[3] Como dito acima, todos os nomes deste trabalho foram trocados. Contudo, pela divulgação que o caso de Taumaturgo ganhou na imprensa cearense (tornando-se, assim, de domínio público) e, principalmente, pelo significado de seu nome, mantenho – apenas neste caso - o nome real.

Quero alguém pra me aquecer(TAUMATURGO apud LINS, 1999, p. 207).

Isso consternou os cidadãos daquela localidade por muito tempo e, talvez, tenha sido um dos fatos motivadores para a implantação de um ambulatório de psiquiatria em Icapuí (existente antes mesmo de minha chegada lá).

Taumaturgo é freqüentemente, ainda hoje, lembrado pela população e por artistas locais, como no seguinte trecho, curto mas representativo, de uma peça encenada em comemoração aos quinze anos de emancipação do município: "Taumaturgo, homem morto, poeta eternamente vivo". Trata-se da peça *Icapuí, cidade de luta, estrela do mar ou Icapuí, cidade mulher, magia e histórias: maré de glórias,* de autoria de Júnio Santos e Ray Lima (2000).

Sem saber muito bem que tipo de atuação um psiquiatra poderia ter em um município com aquelas características, comecei o trabalho, que consistia em consultas psiquiátricas três dias ao mês. Muitas coisas reveladoras aconteceram durante aquele período que se estendeu por pouco mais de um ano, até o término de minha residência. Foi ali, pela primeira vez, que tive a noção clara do que era um território. A cidade em sua estrutura física, o tamanho de sua população, seus aspectos econômicos e seus acidentes geográficos eram apenas uma parte do que se percebia ali. Os acontecimentos que marcavam aquelas pessoas, suas histórias, suas vidas, sua percepção de mundo, suas crenças faziam parte de Icapuí tanto quanto qualquer um de seus aspectos propriamente físicos. Ter dimensão dessa realidade fazia uma enorme diferença para quem ali trabalhava com saúde.

Uma das coisas marcantes para mim, em minha pouca experiência, foi o fato de que os esquemas de tratamento que me ensinavam na residência, e que se aplicavam relativamente bem a pessoas internadas, de quase nada me serviam naquela realidade. Os usuários não suportavam sequer doses mínimas da medicação e tinham efeitos colaterais, às vezes graves, com pequenas doses.

Rápido descobri que as doses que eu costumava usar não serviriam para as pessoas dali e, mais rápido ainda, notei que a distância entre médico e paciente, apregoada como necessária e terapêutica em minha escola, era, quando não indesejável, impossível em uma localidade com 16.000 habitantes. Terminado o dia de trabalho, encontravam-se os usuários nos bares, nas praias, na praça.

Até que ponto a distância da relação médico e paciente, apregoada nas escolas de psiquiatria, é natural e desejável entre nós, brasileiros, é algo que ainda está por ser melhor avaliado. Se considerarmos culturas predominantemente rurais, cujas raízes persistem, em

grande parte, protegidas do rápido processo de urbanização que sofre o país, principalmente a partir das primeiras décadas dos novecentos, tal desconhecimento é ainda mais marcante.

Useiros em importar modelos prontos, nós brasileiros acabamos por ignorar o que nos constitui como povo:

> Trouxemos de terras estranhas um sistema complexo e acabado de preceitos, sem saber até que ponto se ajustam às condições da vida brasileira e sem cogitar das mudanças que tais condições lhe imporiam (HOLANDA, 1995, p. 160).

A distância exigida por alguns tipos de relação nunca foi uma prática adotada tão facilmente pelos povos de cultura e colonização ibéricas. Relações comerciais, políticas e etc. estão longe de, entre nós, cumprirem os preceitos de impessoalidade e distanciamento polido. É ainda Holanda (1995, p. 148) que nos fala:

> O desconhecimento de qualquer forma de convívio que não seja ditada por uma ética de fundo emotivo representa um aspecto da vida brasileira que raros estrangeiros chegam a penetrar com facilidade.

Esteja claro que não defendo, com essa observação, uma relação terapêutica simbiótica. Custo, por outro lado, a acreditar em qualquer forma de relação terapêutica, em terras tupiniquins, que insista em ignorar esse traço fundamental constituinte do caráter do brasileiro. As relações, entre nós, sejam elas quais forem, tendem a revisitar as relações familiares, numa espécie de "tendência à intimidade".

Uma ação terapêutica deverá, necessariamente, produzir sentidos, visto que nós, seres humanos, somos seres simbólicos. Como se propiciar a produção de sentidos sobre a doença se não se tem uma ação arraigadamente cultural? Quintana (1999, p. 39), sobre a necessidade do referendo da cultura sobre qualquer processo terapêutico, fala-nos:

> [...]essa produção de sentido que se faz necessária em qualquer processo terapêutico tem que vir ao encontro do universo cultural da população. A reduzida outorga de sentido que restou à medicina oficial vai ao encontro da visão de mundo das classes média e alta, que têm uma tendência ao individualismo e à separação dos aspectos biopsicossocial. Para os grupos populares, essa separação entra em choque com seu universo cultural, no qual existiria uma integração desses três aspectos.

Eu havia aprendido na residência, onde isso era levado a ferro e fogo, que não há nenhuma possibilidade de tratamento, em esquema de ambulatório, para os casos que

precisam de medicação, se o paciente não aceita ser medicado. Isso era um ponto que sequer se discutia na minha escola. Se uma pessoa precisa de medicação, representa alguma espécie de risco para si ou para os outros e não aceita o remédio, era preciso que fosse internada - mesmo contra sua vontade - até que passe a aceitar o tratamento que, nesse caso, era oferecido como um pacote: tudo ou nada.

Em uma cidade grande, tal atitude é completamente plausível visto que, como isso não é uma opinião unânime, o paciente, caso não seja internado, irá encontrar alguma outra forma de assistência ou algum outro profissional. Já em uma cidade pequena, onde se é o único psiquiatra, as coisas não são tão simples.

Comecei a achar muito injusto que o paciente que representasse algum risco (quem não representa?) e não aceitasse ser medicado, fosse sumariamente internado. Muitas vezes, um acordo com a família era possível e medicações no suco, na comida e etc., apesar da violência que isso representava, evitavam as internações que, a meu ver, eram extremamente mais violentas.

Impressionava-me, à época, o fato de as pessoas melhorarem muito prontamente com remédios pouco convencionais. Havia um antidepressivo extremamente popular na cidade e consistia de: um vidro de Biotônico Fontoura, um ovo de pata e uma lata de leite condensado. Era extremamente comum que as pessoas voltassem aos retornos das consultas - bem melhor do que estavam por ocasião de nosso primeiro encontro - para me dizer, em seguida, que não haviam suportado o remédio que eu havia prescrito mas que haviam ficado boas com: Biotônico Fontoura, ovo de pata e leite condensado. Era algo tão simples, tão comum e aparentemente tão eficiente que me custou um grande esforço não prescrever tal remédio.

Comecei a trilhar um caminho que não condizia com os caminhos do saber acadêmico. Com o tempo, percebi que quase nenhum de meus preceptores jamais havia tido a experiência de exercer psiquiatria em pequenos municípios. Isso explicava a distância entre o ensino que eu obtinha na residência e a realidade que eu vivenciava em Icapuí. Dessa forma, sentar na praça ou fazer passeios de jangada com os pacientes, atender embaixo de pés de caju configuravam uma prática psiquiátrica subterrânea e, naquela época para mim, algo vergonhosa. Levou tempo para que eu entendesse que há muitas diferentes psiquiatrias possíveis e que essa forma marginal, subterrânea e, no início, "vergonhosa" de psiquiatria estava, sob muitos aspectos, bem mais de acordo com a lógica psicossocial que, depois, eu viria a abraçar definitivamente. Desse ponto em diante, essa posição marginal seria conscientemente tomada e defendida. Afinava-me, ainda sem saber, ao que Basaglia (2001, p. 132, grifo do autor) havia dito em relação a sua própria marginalidade:

> [...] o *establishment* psiquiátrico define, de maneira extra-oficial, nosso trabalho como privado de seriedade e de respeitabilidade científica. Esse julgamento só pode nos envaidecer, visto que nos associa *finalmente* à falta de seriedade e de respeitabilidade que sempre foram atribuídos ao doente mental e a todos os demais *excluídos*.

Essa ambigüidade em que me encontrava, encurralado entre dois saberes – um deles, tangível, prático, local e o outro, distante, acadêmico e totalizante – à época, era vivenciada com grande sofrimento. Apesar do que me dizia o conhecimento acadêmico, não dava para fechar os olhos à eficácia e à aceitação das pessoas daquele município às diversas práticas terapêuticas populares.

Sobre as práticas populares e a ambigüidade que nos atravessa em relação a elas, Quintana (1999, p. 14) comenta:

> Tais práticas não são valorizadas no mundo acadêmico, sobretudo na área da saúde, não fazem parte daquelas atividades que devem ser levadas a sério, porém, na vida pessoal a situação é outra. É fora das salas de conferências, nos corredores, nos bares, nas conversas informais que elas marcam sua presença. Envergonhamo-nos de nelas acreditar, mas na calada da noite as procuramos aspirando ao impossível.

Na época, enfrentava, em nível pessoal e em minha própria prática clínica, o dilema que, em um outro nível, é o dilema que se dá entre o saber científico e os diversos outros saberes a ele rivais. Dilema que o mesmo autor acima citado julga artificial e "forçado":

> De fato, a análise das relações entre a prática médica e as terapêuticas populares estabelece uma clivagem forçada: do lado da medicina estariam o empírico, a farmacopéia, o racional e o orgânico, entre outros; e do lado das práticas populares, encontraríamos o simbólico, o ritual, o irracional, o psicológico e o social (QUINTANA, 1999, p. 24).

A racionalidade científica moderna tem, efetivamente, relegado a um lugar de esquecimento e mudez os conhecimentos locais. Tudo o que não se inclui em uma forma de conhecimento que visa conhecer para dominar, que não segue portanto os cânones prescritos pela racionalidade e pelo método científicos modernos, é excluído, silenciado, eliminado, configurando o que se chama de epistemologia da cegueira (SANTOS, 2000).

Com sua ação totalitária, a ciência moderna segue matando e menosprezando saberes constituídos localmente, em um cruel processo de epistemicídio – conceito proposto por Santos (1998) que descreve a morte de um conhecimento local em nome de uma ciência

alienígena - que, mundialmente, reforça a subalternização e confirma a apartação social e cultural em que vivem as culturas mais tradicionais e menos urbanizadas. Por outro lado, produzindo tanto conhecimentos como ignorância e sistematicamente fazendo questão de esquecer suas raízes, a ciência moderna tenta se colocar como a-histórica e apolítica:

> O novo exclusivismo epistemológico revelou a mesma capacidade de "destruição criadora" que Schumpeter atribuiu ao capitalismo. No domínio do conhecimento, traduziu-se em dois processos paralelos. Por um lado, a emergência de uma concepção a-histórica do próprio conhecimento científico, feita do esquecimento dos processos históricos de constituição do conhecimento e das posições e correntes que, em cada momento, foram derrotadas ou remetidas para posições marginais em relação às teorias e concepções dominantes [...] Por outro lado, ao incidir sobre outras formas de conhecimento, essa "destruição criadora" se traduziu em epistemicídio. A morte de conhecimentos alternativos acarretou a liquidação ou a subalternização dos grupos sociais cujas práticas assentavam em tais conhecimentos (SANTOS; MENESES; NUNES, 2005, p. 22).

Os epistemicídios são esquecidos em nome de uma história da ciência que faz pura e simplesmente o inventário de seus múltiplos sucessos e alegados êxitos.

Em contraposição a essa citada epistemologia da cegueira, Santos (2000) propõe a epistemologia da visão - uma epistemologia crítica que não reduz o real ao que existe, mas considera todos os outros conhecimentos e realidades locais desprezados pela ciência hegemônica.

Sobre a sensação que me assaltava ao exercer uma psiquiatria pouco afinada com a academia - uma psiquiatria, de alguma forma, escusa - remeto-me, mais uma vez, a Santos (2006, p. 85):

> Hoje, sabemos ou suspeitamos que as nossas trajectórias de vida pessoais e colectivas (enquanto comunidades científicas) e os valores, as crenças e os prejuízos que transportam são a prova íntima do nosso conhecimento, sem o qual as nossas investigações laboratoriais ou de arquivo, os nossos cálculos ou os nossos trabalhos de campo constituiriam um emaranhado de diligências absurdas sem fio nem pavio. No entanto, este saber, suspeitado ou insuspeitado, corre hoje subterraneamente, clandestinamente, nos não-ditos dos nossos trabalhos científicos.

Na cidade de Icapuí, os atendimentos de ambulatório eram descentralizados e eu fazia uma espécie de turnê pelos postos de saúde do município. O posto de saúde da localidade de Redonda, um lindo povoado de pescadores, localizava-se, literalmente, à beira-mar. Atendia-

se em um consultório cuja janela se abria para a imensidão verde do oceano cearense. Algo que beira o paradisíaco. Foi lá que atendi Cesário.

Cesário era um pescador de cerca de 20 anos de idade, filho de pescador, neto de pescador e estava há vários meses tendo alucinações auditivas imperativas. Vozes de pessoas desconhecidas mandavam-lhe fazer isso e aquilo. Como o paciente já havia passado por atendimento psiquiátrico em Fortaleza, tinha uma consciência desconcertante de sua própria doença, o que o fazia sofrer ainda mais.

Em uma de suas consultas, o rapaz revelou-me o que se configurava como uma de suas principais queixas: tinha certeza absoluta de que pessoas do povoado comentavam sobre suas atitudes. Se ele estava na rua, notava olhares atravessados em sua direção e sentia como que se falassem dele. Com meu olhar psiquiátrico, lembro que anotei com todas as letras, em seu prontuário, que aquilo se caracterizava como um "delírio de referência".

Terminado o meu turno de trabalho, fui almoçar em um restaurante ao lado do posto de saúde. Arranjei-me em um lugar próximo a uma mesa, à qual se assentavam três ou quatro pescadores, de forma que, claramente, eu ouvia o que eles falavam. Durante o almoço, Cesário, saindo do posto onde fora atendido minutos antes, passou em frente ao restaurante onde eu estava. Meio que envergonhado, de cabeça baixa, não me cumprimentou. Quando o moço se afastou, ouvi da mesa ao lado:

- Olha aí! Esse cara tá completamente maluco. O pessoal diz que foi por causa de droga.

Foi naquele momento que vi que Cesário não delirava quando se referia a esses comentários. As pessoas realmente falavam dele!

Apesar de todos os cuidados que se pode ter, a psiquiatria, em seu furor classificante, tem essa capacidade de "patologizar" a vida. É Birman (1978, p. 8, grifo do autor), mais uma vez, que nos mostra, já na psiquiatria nascente, esse movimento de psiquiatrização dos diversos espaços do cotidiano:

> A medicina mental, através de sua trama conceitual, procurará encontrar a alienação mental em todos os lugares, gestos, palavras e ações. Há uma evidente ofensiva da Psiquiatria no sentido de fundamentar um conjunto de práticas sociais e morais, de invadir regiões estabelecidas pela Cultura e pela tradição histórica. O objeto da Psiquiatria será hipostasiado, expandindo-se para todos os setores da Sociedade. Movimento de *patologização do espaço social*, que é apenas um aspecto de um movimento mais amplo que então se passava, de *medicalização da Sociedade*.

Enquanto o anonimato de uma cidade grande permite que se diga, com maior possibilidade de acerto, que uma pessoa delira se se vê alvo de comentários nos diversos ambientes que freqüenta, em uma cidade pequena, onde todos efetivamente se conhecem, o mais provável é que essa pessoa realmente seja alvo desses comentários. Mas isso, apesar de teoricamente ser lógico e algo óbvio, precisou ser marcado na minha carne de psiquiatra para que eu o levasse em conta em minha prática cotidiana.

O exercício ético da psiquiatria, principalmente a comprometida com a Atenção Psicossocial, pressupõe um outro exercício, constante e paralelo, da capacidade de autocrítica, coisa nem sempre fácil ou indolor para o profissional. A malha poderosa do discurso da psiquiatria, que explica, categoriza, disciplina e normatiza os indivíduos, incluído aí também o psiquiatra, que se apaga diante de seu saber, se não combatida diariamente e mantida sob vigilância, aflora quando menos se espera, nas coisas mais cotidianas e corriqueiras desta atividade.

É necessária ainda, uma boa dose de criatividade, inventividade e estudo constante para se poder ver nas entrelinhas do "sintoma", o sintoma socialmente construído, ver a doença produzida e não a doença dada. No caso, por exemplo, paradigmático em minha opinião, do delírio de referência, é difícil saber o quanto isso é alimentado e provocado, tanto pela sociedade, como um todo como pela própria psiquiatria. Afinal, mesmo em grandes centros urbanos, o louco não é objeto de comentários? Se por um lado, nesses grandes centros, o louco não é, pessoalmente, alvo de comentários - já que ele se dilui no anonimato da multidão - por outro, a sua loucura é objeto dos muitos "comentários" das diversas instituições: medicina, justiça, religião e etc. Não estaria aí, o fundo de "verdade" por trás do pensamento que delira?

De fato, de forma a referendar a própria exclusão e a segregação, impetradas pela sociedade, em direção ao louco, a psiquiatria - através de seus elaborados esquemas psicopatológicos e apoiada por sua cientificidade metafísica - rotula, explica e, sobretudo, defende-se daquilo que, apesar de ser seu objeto de estudo, é-lhe incompreensível. O diagnóstico passa, então, a ter o estatuto de um julgamento de valor que, transformando-se em rótulo, apenas confirma, agora com o aval da ciência, a marginalidade social delegada ao louco.

Nesta história de Cesário, em particular, é exatamente isto que vemos. Sob o termo *delírio de referência* - termo "asséptico", "científico", "neutro" – escondiam-se os conflitos sociais pelos quais o usuário passava, a realidade contundente da exclusão e o lugar marginal que passou a ocupar dentro daquela comunidade. O susto que tal situação me causou se deu,

principalmente, por causa de minha postura renegadora diante dos diversos fatos que atravessavam o "sintoma" de Cesário. Coragem e liberdade são necessárias para que, de repente, perceba-se o que a postura renegadora não permite intuir. Elaborar falas longe da lógica do sintoma e re-significar tais falas levando em conta as características do próprio território, é um desafio imenso para quem foi treinado para traduzir em esquemas diagnósticos as queixas que lhe chegam. E é a esse desafio que o psiquiatra liberto não se furta.

É por esse motivo que a figura do psiquiatra liberto é muito cara para a Atenção Psicossocial.

Para Basaglia (2001, p. 125, grifo do autor),

> O psiquiatra, em seu diagnóstico, prevalece-se, portanto, de um poder e de uma terminologia técnica para sancionar aquilo que a sociedade já executou, excluindo de si aquele que não se integrou ao jogo do sistema. Mas tal sanção não tem o menor caráter terapêutico, já que se limita a separar o que é normal do que não é, entendida a norma não como um conceito elástico e passível de discussão, mas como algo *fixo e estreitamente ligado aos valores do médico e da sociedade que ele representa...*

Poder-se-ia argumentar que essa invasão do cotidiano e essa infiltração dos interstícios sociais não é um apanágio da medicina, visto que, a cada dia mais, estamos sujeitos a que nossos atos, por banais que pareçam, sejam interpretados a partir de determinada ótica especialista. Boltanski (2004) lembra que, apesar de isso ser uma verdade, nada é tão desesperador quando esse movimento é perpetrado pelo médico, já que isso sujeitaria a manipulações o próprio corpo dos indivíduos.

Como foi visto, encontrava-me entre duas realidades completamente diferentes: a realidade estática do hospital psiquiátrico e a dinâmica viva do território. Essas duas realidades, essas duas espécies de psiquiatria entre as quais me espremia, correspondem, em outro nível, às diferenças existentes entre a postura renegadora e a postura liberta do psiquiatra. Estamos diante dos dois paradigmas apontados por Costa-Rosa (2000) que, por conseqüência, aparecem ao longo de todo este texto: o Paradigma Psicossocial (ou Modo Psicossocial) e o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (ou Modo Asilar).

Para o autor, uma luta de hegemonia, como era de se esperar, atravessa a Atenção em Saúde Mental que hoje se dá e, para uma melhor análise tanto das forças instituintes como das resistências do instituído, propõe como analisadores os dois paradigmas acima citados.

O Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador baseia-se no princípio doença-cura, tem uma compreensão eminentemente orgânica do processo saúde-doença, é hospitalocêntrico, suas ações de cuidado são eminentemente medicamentosas e, em acordo com o Modo Capitalista de Produção, tem uma visão funcionalista da subjetividade, promovendo a adaptação dos indivíduos tidos como "disfuncionais" (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Em contraposição a esse paradigma, o Paradigma Psicossocial promulga uma visão de Saúde Mental como situada no campo da Saúde Coletiva e, por conseqüência, o binômio saúde-doença como resultado da complexidade dos processos sociais; promulga uma abordagem transdisciplinar e intersetorial do sofrimento psíquico – favorecendo a construção de dispositivos territorializados de produção de cuidados, assim como percebe a produção de saúde como indissociável da produção de subjetividade (YASUI; COSTA-ROSA, 2008). Ainda para os autores, o Paradigma Psicossocial

> [...] implica também a superação da racionalidade implícita no modelo médico hegemônico que determina um modo de organização das práticas de saúde, caracterizadas por atividades curativas, individuais, assistencialistas e especializadas. O Paradigma da Produção Social da Saúde (PPSS) pressupõe o planejamento das ações de atenção de modo integral, no trabalho em equipe e nas práticas coletivas de Saúde, superando a atual racionalidade que está adequada a uma prática privada, regida por uma lógica mercadológica (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 8).

Costa-Rosa (2000) propõe quatro parâmetros para a análise das diferentes práticas em saúde mental. São eles: a) Concepções do objeto e dos meios de trabalho; b) Formas da organização institucional; c) Formas do relacionamento com a clientela; d) Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos. A partir desses quatro parâmetros, o autor citado faz uma análise das diferentes práticas atuais de saúde mental tendo como paradigmáticos o Modo Asilar e o Modo Psicossocial. Seguindo a trilha deixada pelo autor, passamos a descrever as gritantes diferenças entre esses dois modos.

Uma análise detalhada do texto em questão foge dos objetivos deste trabalho, contudo é importante que se destaquem algumas características de cada um desses modos já que, como acima comentado, é a mesma contradição - se dando em outro nível – que está por trás das figuras do psiquiatra liberto e do psiquiatra renegador.

Para Costa-Rosa, o primeiro parâmetro – concepções do objeto e dos meios de trabalho – diz respeito "às concepções de saúde-doença-cura e concepções dos meios e instrumentos de seu manuseio" (COSTA-ROSA, 2000, p. 151). No Modo Asilar, haveria uma

ênfase no determinismo orgânico para as queixas psíquicas e, conseqüentemente, uma predileção pela medicação como meio para a supressão de tais queixas. Dessa forma, o destino do tratamento seria, antes de tudo, o organismo, desconsiderando-se por completo a implicação do sujeito em seu processo de adoecimento. O indivíduo seria visto como doente e seria o alvo de toda - ou quase toda - intervenção. Naquilo que tange aos meios de trabalho, o Modo Asilar mostraria, mesmo quando dispõe de equipes multiprofissionais, uma tal divisão de tarefas - e mesmo de objeto (no caso, a clientela) - que em muito se assemelharia a uma linha de montagem, seguindo uma lógica que pressupõe que tudo aquilo que não é trabalho do psiquiatra é secundário e acessório. Para o Modo Psicossocial, ao contrário, a concepção saúde-doença-cura levaria em consideração fatores tanto biológicos, quanto políticos, sociais e culturais, retirando de cena, assim, a supremacia da abordagem medicamentosa para a demanda da clientela. Para esse Modo, apesar de se considerar a dimensão do indivíduo como tal, atribui-se importância fundamental ao sujeito dentro de seu tratamento, levando-se em conta a sua pertinência ao grupo familiar e social. Assim, admitindo que a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual, o Modo Psicossocial considera a família - e outros grupos – como parte fundamental do tratamento. Quanto aos meios de trabalho, em contraposição ao Modo Asilar, o Modo Psicossocial pressupõe um trabalho verdadeiramente interdisciplinar, onde os especialismos não têm lugar e onde há um rico intercâmbio entre as diversas práticas e as variadas visões teórico-técnicas.

O segundo parâmetro analisado por Costa-Rosa (2000) – formas da organização institucional – diz respeito à dinâmica das relações intra-institucionais. Quanto a esse aspecto, no Modo Asilar, vêem-se organogramas verticais ou piramidais, em que o fluxo de poder institucional mostra sentido único, do ápice à base, com uma grande gama de espaços interditados aos usuários e à população como um todo. Associado a isso, nesse Modo, vê-se uma tendência à indiferenciação entre o poder decisório (que se refere à esfera política) e o poder de coordenação (que se refere à esfera teórico-técnica). Em outras palavras, atribui-se o poder de decisão a quem, pelo menos alegadamente, tem maior competência técnica. Tal situação propicia uma estratificação do poder dentro da instituição que acaba por se refletir na relação com a clientela. Já no Modo Psicossocial, o organograma institucional que se observa é horizontal, sem que tenha um sentido único para o fluxo de poder, assim como, aqui, há uma demarcação clara entre as esferas decisória e de coordenação. Neste modo, a própria clientela e a população como um todo, tem participação efetiva no que diz respeito à esfera decisória.

Para Costa-Rosa (idem), o terceiro parâmetro – formas de relacionamento com a clientela – designa as várias formas de troca mútua entre usuários, população e equipe. No Modo Asilar, a relação com a clientela é entendida como espaço de relação entre loucos e normais, entre sãos e doentes, reproduzindo relações intersubjetivas verticais. Para a população em geral, a instituição, no Modo Asilar, é vista como o local depositário de pessoas desviantes e problemáticas, que deverão ser aceitas com o objetivo de serem "reformadas" e devolvidas ao convívio social. No Modo Psicossocial, longe da demarcação entre saudáveis e doentes, ou loucos e normais, a instituição promove um espaço de interlocução, onde têm lugar, práticas horizontalizadas de intersubjetividade. No Modo Psicossocial, ao contrário do *locus* de depositário, a instituição é uma instância privilegiada de escuta da população, assumindo-se como lugar de interlocução e de discriminação das diversas demandas sociais.

Para o autor, o último parâmetro – concepção dos efeitos em termos terapêuticos e éticos – "designa os fins políticos e socioculturais amplos para que concorrem os efeitos de suas práticas" (COSTA-ROSA, 2000, p. 152). Enquanto o Modo Asilar visa a uma adaptação e a uma supressão dos sintomas, o Modo Psicossocial, sem negar a necessidade da supressão sintomática, não tem isso como a meta final do tratamento. Para o autor, o Modo Psicossocial, levando em conta as dimensões subjetiva e sociocultural do homem, visaria ao que ele chama de "reposicionamento subjetivo" diante de seu adoecimento.

Assim, como veremos ao longo do trabalho, esses dois paradigmas, materializados pelo asilo e pela atenção psicossocial, estão representados e encarnados na figura dos dois tipos paradigmáticos de psiquiatras aqui propostos: o que renega e o que se liberta.

Terminada a residência, após um curto período trabalhando em um Centro de Atenção Psicossocial de Morada Nova, no Ceará, decidi por me mudar para o Tocantins. Mudanças são sempre dolorosas. Deixava muita coisa para trás, mas sentia que precisava seguir caminhos diferentes daqueles que se me propunham. Depois de rápidos contatos com a Coordenação de Saúde Mental daquele estado, mudei-me de vez. Assim, concluí a residência em fevereiro de 2001 e, no início de março daquele ano, estava morando em Palmas, capital do estado.

5. O TOCANTINS

Você liga a motosserra,
Eu planto flor no cerrado.
Você só anda calçado,
Eu piso com o pé na terra.

(O rei e o palhaço; Antônio Nóbrega e Bráulio Tavares)

O Tocantins, para olhos cearenses, é um estado de águas. Deparar-se pela primeira vez com o rio que leva o mesmo nome do estado é alguma coisa mágica para quem é acostumado à seca e retorcida paisagem da caatinga. Ainda no caminho, fizeram-me uma pergunta de que não me esqueci. Ao saber que eu era cearense, um companheiro de viagem jocosamente me perguntou:

- Lá no Ceará, vocês criam boi?

- Sim. Lá é bem difícil por causa do clima, mas tem gente que cria, respondi.

- É... Aqui no Tocantins é o boi que cria a gente.

Percebi tanto a veracidade desse fato, como percebi que não é só o boi que cria as pessoas, mas a natureza como um todo em sua pujança acolhedora. O cerrado parece dá ao tocantinense o que a caatinga ameaça tirar do nordestino.

> Sempre que as águas escorriam do cerrado, a gente corria para procurar as areias lavadas da beira do rio, fininhas e macias. Ficava lendo as cartas escritas na areia, até que a enchente do próximo ano nos fazia novos e outras cartas vinham e iam (PEDREIRA, 2007, p. 25).

O Tocantins é o mais jovem estado do país e foi criado a partir da Constituição de 1988. Contudo, a percepção das peculiares características da antiga região norte de Goiás, assim como a própria idéia separatista, nos remontam a um passado de seguramente mais de 250 anos. Nas primeiras décadas do século XVIII, motivados pelos maiores impostos que incidiam sobre as minas do norte da província em relação às minas do sul, os mineradores da região já reivindicavam uma independência mais ampla do centro administrativo de Goiás (CAVALCANTE, 2002). No começo do século XIX, a atual região do estado do Tocantins sofria uma grave crise econômica. Na época, vivia-se a crise da atividade mineradora (primeira e principal atividade econômica da região até então), motivada principalmente pela insatisfação dos mineiros em relação à cobrança do quinto (quinta parte do ouro em pó, antes de ser transformado em barras), do dízimo (10% sobre os produtos e o solo) e da própria

escassez do ouro. A economia da região tocantínea passava, dessa forma, por uma transição da atividade mineradora para a atividade pastoril (OLIVEIRA, 2002).

Motivado pela situação de miséria e pela insatisfação da população da região, D. João VI decreta, em 18 de março de 1809, a separação administrativa da capitania de Goiás. O norte seria administrado pelo desembargador Joaquim Teotônio Segurado, enquanto o sul estaria sob responsabilidade do capitão-general Sampaio (PARENTE, 2003).

Embora os anseios separatistas sejam de há séculos, foi apenas na década de oitenta do século XX que os esforços para a criação de um novo estado surtiram frutos. Para Oliveira (2002, p. 16-17, grifo do autor) tal demora se deveu, entre outras coisas, porque, apenas nessa época, a região alcançou as condições mínimas para a sua independência, quais sejam:

> a) a evolução da densidade demográfica da região [...]; b)a conseqüente posse do coeficiente necessário para o preenchimento das vagas na Assembléia Legislativa Estadual e no Congresso Nacional [...]; c) o fato de, do ponto de vista econômico, a região tocantínea dispor, nesse período, de 5,5 milhões de hectares de terras agricultáveis, dos quais 400 mil irrigáveis; d) o potencial para a geração de 25 mil *megawatts*, para a construção de usinas hidrelétricas; e) estradas pavimentadas; f) duas rodovias federais (Belém – Brasília e Transamazônica); g) solo rico em recursos minerais inexplorados e um crescimento expressivo no setor da agropecuária [...]

Com a minha ida ao Tocantins, deparei-me com uma cultura muito especial: algo parecida com a cultura nordestina, algo semelhante às culturas goiana e mineira, algo próximo da cultura dos estados mais ao norte do país. Fui apresentado a um ambiente que me remetia à literatura de Guimarães Rosa e Graciliano Ramos. História de valentões, de vaqueirice, de brigas pela terra, de garimpeiros, de índios e muitas, muitas histórias de onça. Vi a ligação umbilical que as pessoas nascidas no estado têm com a natureza. Além de água, o tocantinense é terra. Vi, ainda, a distância que há entre o discurso oficial de preservação ambiental e o saber de quem vive e precisa da natureza. E essas duas formas diferentes de encarar a relação do homem com o meio ambiente resultam em alguns conflitos naquele estado. Exemplo disso é a proibição da caça.

Considerando que, não poucas vezes, a caça é a única fonte de carne para quem mora no interior de uma mata, não parece haver sentido, nesse caso e para essa pessoa, a proibição da caça. Se o tocantinense nem sempre preserva o meio ambiente é porque, para se falar de preservação, nos moldes em que hoje se fala, é necessário que se fale de fora desse meio. O tocantinense da zona rural está dentro da natureza e, portanto, o discurso preservacionista hegemônico se torna vazio.

Sobre as diferentes visões de preservação do meio ambiente e sobre os conflitos que delas podem advir, Santos; Meneses; Nunes (2005) alertam para a tendência, cada vez mais comum, do discurso preservacionista corrente privilegiar a dimensão estética da preservação, com a finalidade da criação de "paraísos" para turistas. Os mesmo autores alertam para a necessidade de que a preservação leve em conta o conjunto de representações das sociedades locais.

> As várias vertentes dos conflitos sobre a melhor forma de utilizar e preservar os recursos de uma dada região ou lugar exigem uma pesquisa que não pode ser concebida apenas como sendo de caráter epistemológico sobre o conceito de recurso, ambiente e natureza. Na medida em que as cosmologias de diferentes comunidades organizam e dividem o mundo de maneiras que não obedecem às distinções ocidentais entre o humano e o não humano, a sociedade e a natureza, o cultural e o político, o econômico e o ecológico, essa pesquisa terá de acompanhar o modo como os autores dividem e classificam o mundo e como as suas formas de divisão e de classificação têm efeitos na maneira como intervêm no mundo para transformar ou para conservar [...]. Não será de espantar, assim, que o privilégio da dimensão estética da defesa de uma biodiversidade orientada para a promoção de 'paraísos' para turistas possa ser encarado por aqueles a quem essa concepção é imposta, como uma forma de violência à qual, por vezes, respondem com outras formas de violência (SANTOS; MENESES; NUNES, 2005, p. 66).

No Tocantins, a nova paisagem que se abria diante de mim incluía o interessantíssimo universo etéreo das palavras e expressões tocantinenses, usadas principalmente por pessoas mais idosas e de cultura rural. "Mãe do corpo" para designar útero; "bronze" no lugar de coração; "sangrador" para a região supra-clavicular; "ir aos pés" (ou, ainda melhor, "ir aos pé") para a ação de defecar; "simonte" ou "torrado" para designar rapé; "esmagrecer" no lugar de emagrecer; "correr para o mato" para descrever a atitude de quem sai de si ou perde o juízo; "dor enfarosa" para descrever uma dor surda, mais insistente que intensa; "braticum" para designar arritmias do coração; "cruviana" ou "caruviana" para se referir a uma diminuição da temperatura do clima, frio, vento gelado; "uruvai" ou "aruvai" no lugar de orvalho; "piseiro" para designar uma multidão de pessoas; e muitas outras expressões que representam, para quem chega, uma nova língua e uma outra forma de comunicação.

Forma de comunicação que irá influenciar, em última instância, a própria expressão das diversas doenças. A importância de se inteirar de tal vocabulário está em que, como a doença em si não tem o "exorbitante privilégio de se exprimir sem linguagem", para usar as palavras de Boltanski (2004), as várias categorias de percepção do corpo são determinantes para a forma com que se vai sentir e vivenciar determinada sensação ou sintoma. Ao contrário

das classes populares, as classes que possuem uma certa cultura científica vão acabar por valorizar esses ou aqueles sintomas que são considerados legítimos pela própria ciência médica. Dessa forma, a expressão "legítima" dos sintomas, coerente com o próprio discurso médico, vai exigir um aprendizado prévio.

> Efetivamente, a linguagem que serve para exprimir as sensações doentias e, de maneira geral, para falar da doença, constitui a experiência que os sujeitos sociais têm da doença, ao mesmo tempo que a expressa. Mas, longe de pertencer ao fundo comum da língua, à maneira das taxinomias mórbidas em uso nas sociedades sem escrita, as taxinomias mórbidas e sintomatológicas usadas numa sociedade que possui uma cultura científica, ou seja, as taxinomias cujo conhecimento é o único que permite a identificação, a expressão, e em grande parte, a percepção dos sintomas aos quais os médicos atribuem valor e que de algum modo são providos de uma ficha sinalética, constituem a classe dos sintomas legítimos, são produtos da medicina científica[...] (BOLTANSKI, 2004, p. 121).

Chegando lá, fixei residência na capital. Palmas tinha, naquele momento, cerca de 170.000 habitantes e se assemelhava a um grande canteiro de obras - impressão que ainda hoje, embora em menor grau, tem-se ao visitar a cidade. Portanto, muitas coisas acontecendo e muitas outras ainda por acontecer. Encravada no meio do cerrado, Palmas é uma cidade que preenche os olhos mas nem sempre completa o coração.

Inspirada na arquitetura de Brasília, Palmas é uma cidade construída para carros. Longas distâncias, ruas largas, poucas esquinas e poucos locais de encontro. Na época, com 12 ou 13 anos de existência, a cidade abrigava, e abriga ainda, gente de todos os cantos do país. Junto com perguntas sobre idade, nome, profissão - que pontuam os encontros iniciais entre as pessoas - uma das perguntas que mais freqüentemente se faz ali é: "De onde você é?". E, claro, ninguém é de Palmas.

Uma característica da cidade, que constitui ainda sua identidade, é exatamente a sua não identidade, aproximando Palmas à idéia de não-lugar. O conceito de não-lugar está aqui posto de acordo com o que pensa Augé (1994, p. 36):

> Os não-lugares são tanto as instalações necessárias à circulação acelerada das pessoas e bens (vias expressas, trevos rodoviários, aeroportos...) quanto os próprios meios de transporte e os grandes centros comerciais [...]. Não-lugares por oposição à noção sociológica de lugar, àquela de cultura localizada no tempo e no espaço.

Poucas pessoas têm Palmas como um lugar ideal onde se viver pelo resto da vida. Elas escolhem a cidade para cumprirem um objetivo, às vezes muito claro, que geralmente está

relacionado com o sucesso financeiro. Enfim, quem mora em Palmas, em geral, tem um lugar outro que não a cidade - comumente o lugar onde estão seus parentes - a que pretendem voltar algum dia. É interessante a impressão que, na década de 30, Lévi-Strauss (1996, p.118) teve de Goiânia, localizada a cerca de oitocentos quilômetros de Palmas, e cujo processo de criação guarda muitas semelhanças com o da capital do Tocantins. O autor compara a recém fundada cidade de Goiânia à antiga capital do estado, hoje conhecida como Goiás Velho: "Essa construção sem graça era o contrário de Goiás; nenhuma história, nenhuma duração, nenhum hábito lhe saturara o vazio ou lhe suavizara a rigidez; ali nos sentíamos como numa estação de trem ou num hospital, sempre passageiros, e nunca residentes".

Essa característica faz da capital do estado uma cidade onde o que prevalece é uma espécie de predação. Guiados pelo sonho de um dia retornar ao seu verdadeiro lugar, os moradores de Palmas têm pressa em cumprir seus objetivos – que em geral são da ordem do profissional e do financeiro. Fincar raízes quase nunca é uma opção voluntária e consciente. Dessa maneira, são raras as vezes em que seus habitantes se movem em direção a algo que remeta, ainda que remotamente, à sua fixação na cidade: fazer amizades sólidas, casar com alguém da região, ter filhos, construir casas e etc.

Um dos motivos para essa não fixação e esse não comprometimento com a cidade é, sem dúvida, a fantasia de que, já que Palmas, rápido demais, consolidou-se como uma grande cidade, fácil demais se esvaziará. Algo mais ou menos dentro da lógica do "o que vem fácil, vai fácil". Em Palmas, ouve-se constantemente que, se houvesse uma nova repartição do país (possibilidade real, já que existe um movimento para a divisão estado do Pará), a capital do Tocantins seria imensamente prejudicada, pois boa parte da população se mudaria para o novo estado. É interessante perceber o caráter transitório que a cidade tem na vida das pessoas, isto é, ou eu vou embora ou a cidade se acaba. Das duas formas, a cidade é apenas uma realidade transitória em relação à qual os investimentos pessoais não valem a pena. Essa sensação de transitoriedade nos remete, assim, à comparação entre as cidades européias e as cidades americanas que faz Lévi-Strauss (1996, p. 91):

> Para as cidades européias, a passagem dos séculos constitui uma promoção; para as americanas, a dos anos é uma decadência. Pois não são apenas construídas recentemente; são construídas para se renovarem com a mesma rapidez com que foram erguidas, quer dizer, mal. No momento em que surgem, os novos bairros nem sequer são elementos urbanos: são brilhantes demais, novos demais, alegres demais para tanto, mais se pensaria numa feira, numa exposição internacional construída para poucos meses.

Essa forma de se estar em Palmas guarda uma íntima e intensa relação com a própria forma de colonização brasileira e nos remete imediatamente ao que Holanda (1995) chamou de ética da aventura, em contraponto a uma outra ética, a do trabalho. A partir dos paradigmas do trabalhador e do aventureiro, o autor aborda as diferenças entre a colonização levada a efeito pelos povos ibéricos (portugueses e espanhóis) e a colonização efetuada por outros povos europeus (por exemplo: holandeses e ingleses). Enquanto os primeiros (principalmente os portugueses) seguiam uma colonização baseada na ética da aventura, os últimos apostavam na ética do trabalho. É assim que o autor se expressa em *Raízes do Brasil:*

> Nas formas de vida coletiva podem assinalar-se dois princípios que se combatem e regulam diversamente as atividades dos homens. Esses dois princípios encarnam-se nos tipos do aventureiro e do trabalhador. Já nas sociedades rudimentares manifestam-se eles, segundo sua predominância, na distinção fundamental entre os povos caçadores ou coletores e os povos lavradores. Para uns, o objeto final, a mira de todo o esforço, o ponto de chegada, assume relevância tão capital, que chega a dispensar, por secundários, quase supérfluos, todos os processos intermediários. Seu ideal será colher o fruto sem plantar a árvore [...]
> O trabalhador, ao contrário, é aquele que enxerga primeiro a dificuldade a vencer, não o triunfo a alcançar. O esforço lento, pouco compensador e persistente, que, num entanto, mede as possibilidades de esperdício e sabe tirar o máximo proveito do insignificante, tem sentido bem nítido para ele. Seu campo visual é naturalmente restrito (HOLANDA, 1995, p. 44)

Em Palmas, outra característica interessante de se observar é o fato de que os adolescentes que não nasceram em Palmas, e uma grande parte das mulheres de lá, estão na cidade não por vontade própria, mas por causa do pai ou do esposo. Assim, é comum a história do homem que vem antes "para se estabelecer" e, só depois de um tempo, virem sua esposa e seus filhos. Tempo esse que nem sempre é tão curto. Há famílias que passaram anos sem o pai/esposo antes que pudessem se mudar. Portanto, mulheres e crianças deixam para trás todo um conjunto de laços e relações que, se pudessem optar, não deixariam.

Vê-se, portanto, na cidade, a supremacia da família nuclear em detrimento das outras formas de organização familiar, assim como se observa um conjunto muito pobre de relações intergeracionais. Relações como as entre primos, entre tios e sobrinhos, avós e netos são, se não raras, incomuns e esporádicas. Pais e mães de família não privam de relações com seus irmãos ou seus pais. Isso faz com que as pessoas, além de não criarem raízes, tenham famílias que, não raro, são impermeáveis, pouco porosas e de difícil aproximação.

Decidido a morar em Palmas, passei a trabalhar em Porto Nacional, uma cidade localizada a 64 quilômetros ao sul da capital. Porto Nacional é uma cidade antiga e tradicional

na região. Ao contrário do que ocorre em Palmas, as pessoas dessa cidade têm, como em outras cidades antigas, profundas e históricas raízes locais.

A data do início do povoamento da atual Porto Nacional se perde na história. A cidade foi denominada de Porto Real, depois Porto Imperial e, em seguida, Porto Nacional. É certo que a localidade se desenvolveu basicamente por ser um importante entreposto entre dois pólos mineradores: Bom Jesus do Pontal, à esquerda do Rio Tocantins, e Nossa Senhora do Carmo, à margem direita daquele rio. Com a exaustão das fontes auríferas da região, assim como por um provável ataque de índios a Bom Jesus do Pontal, Porto Real passou, em 1810, a ser sede de julgado (tomando o lugar de Nossa Senhora do Carmo), recebendo uma leva de habitantes tanto de Pontal como do Carmo (OLIVEIRA, 2002). Com a escassez do ouro, daí em diante, Porto Nacional acabou por se configurar como um importante porto fluvial para o comércio entre o norte de Goiás e o estado do Pará (GOMES, 2003).

Segundo Maria de Fátima Oliveira (2002), professora da Universidade Estadual de Goiás, alguns fatores foram de fundamental importância para o desenvolvimento de Porto Nacional e, entre eles, merecem destaque: a localização ribeirinha da cidade, que permitiu um fluxo intenso de mercadorias entre o norte goiano e o Pará; o estabelecimento de religiosos dominicanos na cidade, a partir do ano de 1886 (apenas cinco anos depois da chegada dos dominicanos no Brasil); a imprensa (o primeiro periódico portuense passou a circular no ano de 1891); e, finalmente, o estabelecimento de um médico na cidade ainda no ano de 1899.

Localizada na região central do estado, com 4.450 Km^2 de área, a cidade de Porto Nacional tem 44.991 habitantes, segundo dados do IBGE, referentes ao ano de 2000 e considerando a divisão territorial ocorrida em 2001 (IBGE, 2004). A cidade apresenta um belíssimo complexo arquitetônico de casarões e sobrados, o que lhe valeu o título de Capital Cultural do Tocantins. Vários movimentos de emancipação do antigo norte goiano surgiram a partir de Porto Nacional, com algumas figuras ilustres lembradas, hoje, através dos nomes de ruas e setores da cidade. A economia da cidade se baseia, sobretudo, na pecuária, na agricultura de pequeno porte e, mais recentemente, no plantio extensivo da soja. São de alguma importância, ainda, as atividades de olaria e pesca.

Porto Nacional conta com um campus da Universidade Federal do Tocantins, onde têm lugar os cursos de Biologia, Geografia, História e Letras. Atualmente, desde há cerca de 1 ano, a cidade tem contado com cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Engenharia Civil, Pedagogia e etc. oferecidos por algumas faculdades privadas. Por conta disso, ultimamente, Porto Nacional vem se transformando em uma espécie de cidade universitária.

Há, ainda, uma curiosidade: diz-se que Porto Nacional é a cidade no Brasil em que, proporcionalmente à população, residem mais aviadores. Isso se deve, entre outras coisas, a seu aeroporto, instalado há muitos anos, e a um aeroclube, ambos ainda em funcionamento.

Foi no ano de 2001, época em que comecei a trabalhar em Porto Nacional, que seu Centro de Atenção Psicossocial foi, oficialmente, cadastrado junto ao Ministério da Saúde. A ações sistemáticas de atenção em saúde mental na cidade de Porto Nacional são muito recentes e ocorreram somente a partir do ano de 1999.

É importante que se definam, aqui, alguns conceitos. O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, assim como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), se inserem dentro da Reforma Psiquiátrica no Brasil e se articulam com o movimento mais amplo da Reforma Sanitária brasileira. Após a década de 70, com o recrudescimento dos movimentos sociais, viu-se uma série de ações articuladas, provenientes dos diversos atores sociais, que pretendiam uma reforma ampla da atenção à saúde no Brasil, assim como visavam a uma redemocratização do país (YASUI, 2006).

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, sucedâneo do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, nasce em 1987, durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado na cidade de Bauru. O movimento nasce sob o lema: "Por uma sociedade sem manicômios" e representa a face mais ativa da Reforma Psiquiátrica no Brasil (YASUI, 2006). Ao contrário dos diversos movimentos anteriores, segundo Lobosque (2001), ele surgia como uma real ruptura com o modelo psiquiátrico hegemônico, com a instrumentalização do louco propiciada pela prática psiquiátrica e com o discurso psiquiátrico como único e exclusivo detentor do saber sobre a loucura.

Como vimos anteriormente, a psiquiatria, desde seus primórdios, vem passando por constantes reformas. Afinal, o próprio mito pineliano de fundação da psiquiatria, o desacorrentamento de alienados do Hospital de Bicêtre, já demonstra um claro intento reformista de Pinel. O que, então, há de específico no movimento que chamamos de Reforma Psiquiátrica? Para Delgado (1992), o que há de diferença e de especificidade nesse processo é que, pela primeira vez no país, o próprio estatuto da psiquiatria - como única detentora de saber sobre a loucura - é posto em xeque, suas faces de normatização e controle são denunciadas, assim como é posto em xeque o próprio saber psiquiátrico. Por conta de tal projeto, nitidamente diferente de outras tentativas anteriores de humanização e mudanças meramente cosméticas do hospital psiquiátrico, sem que fosse questionada a psiquiatria, Amarante (1998) aponta para a inadequação do termo "reforma" já que o projeto pretendido não é mais apenas reformista, mas provoca uma fenda na própria idéia de saber psiquiátrico,

no conceito de loucura e etc. Para o autor, a Reforma Psiquiátrica no Brasil surge mais concretamente nos anos finais da década de 70 e é por ele definida como "um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria" (AMARANTE, 1998, p. 87)

Para Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica não deve ser vista como um modelo ou um sistema, já que tais conceitos nos remetem sempre a uma noção estanque e fechada da questão. O autor propõe, ao invés disso, o conceito de processo, introduzindo, assim, a idéia de movimento, transformação e dinamismo. Amarante vai além e propõe que esse processo - por envolver diversos atores sociais, com diferentes, e às vezes conflitantes, interesses, visões de mundo, ideologias, concepções teóricas, éticas, religiosas e etc. – seja visto como um processo social complexo. Ainda para o autor, seriam quatro as principais dimensões desse processo: a dimensão teórico-conceitual, a dimensão técnico-assistencial, a dimensão jurídico-política e a dimensão sociocultural.

A dimensão teórico-conceitual (ou epistêmica), para Amarante (2007) diz respeito ao questionamento dos próprios fundamentos da ciência como detentora da verdade sobre o mundo e, principalmente, da psiquiatria como única detentora do saber sobre a loucura. Negando a neutralidade asséptica a que se arroga a psiquiatria e seguindo a trilha deixada por Basaglia, tal dimensão propõe a colocação da doença mental entre parênteses, o que – como visto em outra seção deste trabalho – permite-se questionar a doença mental, assim como ela hoje se apresenta, como realidade dada.

A dimensão técnico-assistencial, mostrando clara interligação com a dimensão anterior, segundo o autor, diz respeito à transformação dos serviços de saúde mental de locais de recolhimento e exclusão, de locais de assistência a doenças, em locais de produção de vida, subjetividades e cuidado. Desta forma, concebem-se os serviços como dispositivos estratégicos desse processo social complexo que é a Reforma Psiquiátrica.

A dimensão jurídico-política, para Amarante (2007) designa o corpo de mudanças necessárias no conjunto de leis, que insistem em apresentar a loucura de forma indissociável dos conceitos de periculosidade, irracionalidade e incapacidade civil.

Claro está que a legislação reflete o conceito e as representações, apoiados pela psiquiatria, que a sociedade como um todo tem sobre a loucura e é só a partir de uma mudança de tais representações que se pode almejar a uma real ruptura com a maneira atual de se perceber a loucura. Aqui, já estamos na dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, o envolvimento ativo da sociedade nos debates sobre a assistência psiquiátrica, a

loucura, a cidadania, os direitos humanos e etc. é de fundamental importância para se alcançar mudanças neste âmbito (AMARANTE, 2007).

Os centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para retomar, são um dos dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. De acordo com a legislação, eles são serviços eminentemente ambulatoriais de atenção diária a portadores de transtornos psíquicos, que funcionam com equipe de múltiplos profissionais, dentro de uma lógica territorial e com estrutura física independente de qualquer estrutura hospitalar. Têm por função tanto atender, propriamente, os portadores de sofrimento mental, como: supervisionar as unidades psiquiátricas hospitalares referentes a seu território, capacitar a equipe da Atenção Básica de Saúde, realizar e manter atualizado o cadastro de pessoas usuárias de medicações psicotrópicas. Seus atendimentos se dão tanto na forma individual como em grupos, assim como na forma de atendimentos às famílias, ações no território, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas e etc. (BRASIL, 2002b).

É importante que se frise que, apesar do termo "ambulatório" constar na legislação citada, este termo não tem aqui relação com os conhecidos e tradicionais ambulatórios de psicologia e psiquiatria, comuns na lógica preventivista – filha dileta da psiquiatria comunitária, já que – como vimos – a proposta da atenção psicossocial se distancia em muito daquele modelo. É necessário que se note que o termo "ambulatório", na citada legislação, designa simplesmente a idéia de "não internação".

Os CAPS são serviços que tentam oferecer a gama mais variada possível de recursos terapêuticos para portadores de transtornos mentais. Representam uma ampliação de cuidados prestados a essa clientela tanto em intensidade quanto em diversidade desses cuidados. Assumindo-se como responsável por toda e qualquer demanda de saúde mental de seu território, tais serviços buscam trabalhar em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica. A noção de que a doença mental, por sua amplitude e complexidade, não deve ser encarada como um mero conjunto sintomatológico, e sim como uma questão de existência, pauta a clínica desses serviços. Para Tenório (2002), nesses serviços,

> O questionamento dos pressupostos do saber psiquiátrico é colocado não em uma perspectiva externa à psiquiatria, mas no sentido de, internamente ao campo, produzir um novo modo de fazer e conceber a doença mental, seu tratamento e sua cura. A clínica do Caps, portanto, não dispensa a tradição, o saber e os instrumentos da psiquiatria, mas subordina-os a uma nova apreensão do que seja a problemática e do que seja o tratar.

Pela legislação vigente (BRASIL, 2002b), estabelece-se que, em municípios com população entre 20.000 e 70.000 pessoas, pode-se implantar o CAPS I; para municípios cuja população fica entre 70.000 e 200.000 habitantes, pode-se implantar o CAPS II e, para municípios de mais de 200.000 habitantes, destina-se o CAPS III. Essas diferenciações se dão, basicamente, pela intensidade de cuidados prestados em cada serviço, sendo que o último deles, o CAPS III, funcionaria 24 horas por dia. A portaria em questão cria, ainda, os CAPS i (de atendimento voltado para crianças) e os CAPS ad (de atendimento voltado para usuários de álcool e outras drogas).

Voltemos a Porto Nacional. Detectada a total falta de assistência em saúde mental naquele município, um casal de médicos, residentes na cidade há várias décadas, propuseram juntamente com a ONG Comsaúde (Comunidade de Saúde, Desenvolvimento e Educação) e o Conselho Municipal de Saúde daquele município, uma ação para a implantação de um serviço de saúde mental. A proposta envolvia, por uma série de questões pessoais relativas ao casal de médicos citado, um convênio com o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o IPqHCFMUSP (COSTA, 2005).

Dessa forma, no final do ano de 1999, uma equipe daquele instituto - constituída por psiquiatras, psicólogos, residentes de psiquiatria e aprimorandos de psicologia - passou a organizar algumas ações em saúde mental (formação para profissionais da cidade, grupo de adolescentes, grupo de mulheres, além de atendimentos psiquiátricos e psicológicos individuais e etc.). Tal fato acabou por pressionar as autoridades municipais, levando à criação do ambulatório de psiquiatria que, mais tarde, se transformaria em NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) e, depois, em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). O convênio citado também propiciou a contratação de alguns profissionais - sobretudo, psiquiatra e psicólogo - para comporem a equipe do serviço (LIMA et al., 2003).

É interessante, e algo contraditório, fazerem-se notar dois pontos, a partir do breve relato da história do CAPS de Porto Nacional.

O primeiro deles diz respeito ao fato de que um serviço territorial de atenção em saúde mental tenha suas bases vinculadas a um hospital psiquiátrico de tradição decididamente biologicista. Acredito que, por conta disso, foi apenas com o tempo, e depois de alguns conflitos, que o serviço de saúde mental em Porto Nacional criou uma identidade realmente territorial. O peso de uma instituição como a Universidade de São Paulo fazia com que as primeiras ações daquele CAPS fossem definitivamente voltadas para dentro do próprio serviço, reproduzindo uma lógica curativa e individualizante. Se aquela ação por parte do IPqHCFMUSP, representa uma espécie de linha de fuga dentro daquele instituto ou qual o

peso real que a influência desse hospital tem e teve dentro do CAPS de Porto Nacional, é algo ainda por ser avaliado.

Outro fato que chama a atenção é a forma pela qual se deu o nascimento do serviço. Vimos que a Atenção Psicossocial percorreu toda uma estrada de luta - que envolve tanto o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial como, de forma mais abrangente, a própria Reforma Sanitária brasileira – antes de se estabelecer como política pública de saúde. Contudo, desvinculado dessa história, o CAPS de Porto Nacional nasce quase que por capricho de um casal de médicos que, por questões familiares, mantinha contatos com alguns profissionais do IPqHCFMUSP. Dessa forma, o CAPS em questão parece já destinado a uma espécie de alienação de seu próprio que fazer e de seu papel político. Dessa forma, duas frentes de luta, de forma intersticial mas muito precoce, irão permear aquele serviço. Uma delas diz respeito à sua desvinculação da figura onipotente do hospital psiquiátrico. A outra diz respeito ao esforço do serviço para se entender como parte de uma história (que é a história da reforma psiquiátrica) que efetivamente não lhe pertence mas que necessariamente lhe diz respeito.

É possível que, embora de forma menos evidente, esses dois aspectos - a dependência a um grande hospital e a pessoalidade com que o serviço nasceu – ainda permeiem o modo de agir da equipe daquele Centro de Atenção Psicossocial. Talvez o maior exemplo dessa dificuldade de a equipe se distanciar de sua história impregnada de pessoalidade tenha sido a grande dificuldade com que as pessoas que ali trabalham receberam a notícia que dizia respeito à mudança de coordenadora do serviço (a primeira coordenadora durou anos em sua função).

Dessa forma, com um serviço nascido a fórceps, as dificuldades eram muitas. Não havia carro para visitas domiciliares (dependíamos dos carros da Secretaria Municipal de Saúde), não havia material suficiente para as oficinas terapêuticas (uma parte deles provinha de doações de comerciantes da cidade), não existiam computadores ou salas com condicionadores de ar (item indispensável se levarmos em conta os termômetros tocantinenses, que podem atingir 42º - 45º centígrados em meses como agosto e setembro).

Para o poeta da terra:

> Se ao calor o homem não se entrega, seguramente haverá de padecer sem entender onde está, pouco deve conhecer a geografia oculta do povo que aqui teima há mais de um século. Construir identidade cultural onde a cultura é a própria natureza parece estúpido. Tudo bem que possam mostrar aqui também suas culturas, suas crenças, seu jeito, que deixem suas

> marcas... e principalmente que respeitem ou pelo menos aprendam a oração do lugar: Amém, calor! (PEDREIRA, 2007, p. 13).

Sobre o CAPS, havia uma característica que fazia, em minha opinião, uma grande diferença: nenhum dos profissionais havia trabalhado em hospitais psiquiátricos e, com exceção de mim e da psicóloga, nenhum profissional havia antes trabalhado em saúde mental. Se, por um lado, éramos uma equipe inexperiente, por outro, construíamos nosso próprio caminho.

Aqui, claro corre-se um grande perigo. Visto que a instituição não se revela apenas em grades ou muros e visto que o manicômio, em sua forma etérea de controle e tutela, se infiltra em nosso cotidiano, era óbvio que corríamos o risco de que, mal treinados e desantentos, reproduzíssemos a lógica institucional, mesmo longe do hospital psiquiátrico. Cooper (1989), sobre o despreparo geral dos que se dizem habilitados a lidar com o doente mental e sobre a importância das características pessoais de quem pretende lidar com o esse público, fala a partir de sua experiência na implantação de um novo serviço:

> A pequena, mas importante minoria de pessoas admitidas em hospitais psiquiátricos, que efetivamente enlouquece (se desintegra), carece de psiquiatras e enfermeiros que tenham superado suficientemente seu medo, que tenham sido ao menos relativamente honestos com relação à sua própria loucura, e se tornado capazes de sanidade mental, ao preferi-la à normalidade. Do que se carece, eu senti, ao iniciar um novo tipo de situação psiquiátrica, não é de técnicas, nem de um programa, mas do pessoal correto (COOPER, 1989, p. 107).

Talvez por isso, talvez por não termos exatamente respostas prontas, durante muito tempo, o CAPS de Porto Nacional era visto pelos residentes de psiquiatria como um "hospital psiquiátrico que não funcionava bem". E não funcionar bem era: não ter medicações e exames de ponta disponíveis, não ter uma equipe de contenção pronta para agir, não ter um lugar fechado para casos de internação, não ter como fazer intervenções sem a anuência do paciente e etc.

Era de se notar, nos primeiros anos de funcionamento do serviço, o peso que a psiquiatria tradicional, asilar e biologicista tinha naquele Centro de Atenção Psicossocial. Lembro de uma ocasião em que, durante a visita de um psiquiatra do IPqHCFMUSP a Porto Nacional, foi lançada a proposta de se fazer uma sexta-feira cultural no CAPS, aberta à população, numa tentativa de se promover a aproximação das pessoas da cidade com o serviço. Bem, o psiquiatra não viu com bons olhos essa iniciativa já que assim, segundo ele,

corria-se o risco de se ver enfraquecido o "papel terapêutico do serviço". Ele dizia "terapêutico" para se referir a "médico".

De fato, o incômodo dessa relação não era unilateral. Ficava claro que alguns professores da USP viam com muita reserva a ida de residentes para Porto Nacional. Isso, de alguma forma, punha em risco a formação da identidade profissional dos futuros psiquiatras daquela universidade. Durante a comemoração dos 75 anos do Instituto de Psiquiatria, ocasião em que eu e a psicóloga visitamos o IPqHCFMUSP, para falar da experiência de Porto Nacional, esse receio e essa reserva nos ficaram muito claros. Ao falarmos das diferenças entre o papel de um psiquiatra dentro de um hospital e o papel de um psiquiatra na saúde mental de orientação territorial, um dos professores que nos assistia deixou evidente a preocupação sobre esse estágio, afirmou a importância de o psiquiatra ter um "papel médico" em qualquer realidade em que esteja e fez um questionamento sobre se era saudável profissionalmente que os residentes fossem a Porto Nacional.

A identificação imediata de tudo aquilo que se refere à saúde com aquilo que é médico, e unicamente com isso, é parte de um lento mas efetivo processo de medicalização do social - ocorrido a partir do século XVIII e, principalmente, do século XIX (LUZ, 2004) - levado a efeito pela medicina.

Na atualidade, é possível que tal sistema de pensamento represente um dos maiores entraves para se conceberem ações, serviços ou mesmo políticas públicas de saúde que rompam em definitivo com tal modelo médico-centrado. Ora, se estamos diante de um CAPS, que é um serviço que, em seu nascedouro, tenta romper com o discurso médico psiquiátrico tradicional, é no mínimo estranho que certos esquemas de pensamento sejam pura e simplesmente importados do hospital psiquiátrico e, de alguma forma, acochambrados dentro da realidade territorial. O hospital se infiltra, disfarçadamente ou não, entre as brechas da Atenção Psicossocial. A instituição fica à espreita.

Foi com essa ambígua relação com o hospital psiquiátrico e com a psiquiatria tradicional que nasceu o Centro de Atenção Psicossocial de Porto Nacional.

Até o segundo semestre do ano de 2006, aquele CAPS contava com quatro psicólogas, dois médicos clínicos, um psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, uma assistente social e uma professora de educação física, além de pessoal administrativo, artesãos, pessoal responsável pelo serviço de limpeza, cozinheiras, motoristas e vigias. O serviço funcionava das oito da manhã às cinco horas da tarde. Além de atividades em oficina terapêutica (fotografia, bordado, fabricação de velas, pintura em tela, horta), havia atendimentos psicoterápicos individuais e em grupos, grupo de cidadania, consultas médicas

individuais, distribuição de medicamentos e etc. Era também o psiquiatra do CAPS quem dava assistência aos pacientes psiquiátricos internados no hospital geral da cidade (até o segundo semestre de 2006, o hospital de Porto Nacional contava, oficialmente, com dois leitos psiquiátricos). O serviço não conta com sede própria e, durante sua história, já ocupou quatro sedes. Atualmente, funciona em um bairro algo periférico da cidade, o que tem dificultado o acesso de alguns usuários.

A minha relação com a atenção psiquiátrica em uma pequena cidade, antes mesmo de terminar a residência, não me diminuiu a capacidade de me assustar e surpreender. Talvez, isso seja uma característica da Atenção Psicossocial. Se, por um lado, dentro da instituição psiquiátrica, a rigidez das relações, a monotonia dos tratamentos e o marasmo do ambiente hospitalar fazem com que uma certa realidade institucional seja muito semelhante a qualquer outra - levando a uma espécie de pasteurização da atenção psiquiátrica – por outro, a realidade da atenção territorial, por sua própria relação com a liberdade dos sujeitos envolvidos, permanece capaz de surpreender-nos a cada dia.

Atendendo em Porto Nacional, semanalmente, recebia a visita de um membro da família de Osvaldo, um "louco" conhecido na cidade. Seus familiares, invariavelmente, vinham me pedir uma receita para os medicamentos de Osvaldo que, segundo me contavam seus parentes, era extremamente agressivo e se recusava a vir ao serviço.

Em várias ocasiões, prescrevi-lhe a medicação. Contudo, chamava a minha atenção o fato de que embora eu prescrevesse uma quantidade de medicamentos que daria para um mês, invariavelmente a medicação acabava antes de uma semana. Questionados, os familiares me disseram que tinham de manter o homem dormindo, já que o mesmo era muito agitado e agressivo. Após algumas vezes, recusei-me a fazer a receita e disse que eles tinham que trazer Osvaldo, para que eu o examinasse. Assim, conheci o homem.

À expectativa que os irmãos do paciente tinham em relação a ele (de que ele seria violento), o paciente, ao que parece, respondia ficando efetivamente "agitado e agressivo". Isso está de acordo com as observações de Cooper (1989, p. 117):

> A expectativa estabelecida, quando se dá a um paciente grande dose de tranqüilizante, é a de que existe nele um perigo que carece de controle. Pacientes muito sensíveis a tais expectativas com freqüência correspondem a elas com violência, ao menos até que sejam subjugados por uma dose maior do mesmo "tratamento".

Osvaldo, afinal, pareceu-me um sujeito calmo e cordial. Era completamente "normal" até cerca de seus trinta anos, quando foi vítima de um episódio de desmaio. Naquele tempo,

ele era casado. Foi atendido na cidade e ficou bem. Alguns meses depois, a família começou a notar que o homem estava diferente e algo estranho. Na época, durante uma festa na cidade, ele se envolveu em uma briga e atingiu uma pessoa com uma facada. Por esse motivo e pelo fato de a família notar que ele não vinha bem, o Osvaldo foi internado em um hospital psiquiátrico de Goiânia.

A partir daí, a história do usuário é completamente confusa. No início, a família fora visitá-lo algumas vezes mas, pela distância e pela dificuldade de transporte, logo deixaram de vê-lo. A família perdeu o contato com o hospital e nosso usuário passou nove anos internado.

Qual não foi a surpresa da família deste usuário quando, nove anos passados, uma ambulância do hospital parou em frente a casa de seus familiares e deixou o paciente sob os cuidados de seus irmãos. O que ocorria era que o hospital estava em vias de fechar suas portas e nosso usuário não tinha para onde ir.

Desde esse episódio, os irmãos, como que sem saber o que deveriam fazer, vinham sedando o homem pesadamente para que o mesmo não causasse transtornos. Essa situação demorou anos até que o Osvaldo chegasse ao CAPS, ambiente que continua freqüentando.

Aparentemente o usuário sofre do que a medicina chama de Síndrome de Korsakoff, que é um quadro neuropsiquiátrico caracterizado, sobretudo por comprometimento da memória, em vigência de um sensório claro. A síndrome está associada a confabulações (preenchimento das lacunas de memória por informações falsas). Tal fato teve suma importância, como veremos adiante, para a estratégia terapêutica usada pela equipe no tratamento de Osvaldo.

É interessante ver o funcionamento desse usuário dentro do serviço. Nos 5 anos em que o acompanhei, contrariando os relatos prévios da família, nunca houve qualquer menção a alguma atitude agressiva do usuário. Apesar do grande comprometimento de Osvaldo no que tange a sua memória, o usuário se adaptou muito bem a uma atividade que tem ressonância com sua história de vida, que é a horta terapêutica.

Efetivamente, não creio que a família nos enganava quando descrevia o paciente com uma pessoa muito agressiva. O fato é que estamos diante de uma família que, a meu ver, ficou perdida com a situação de ter em casa um membro adoecido, sem que tenha sido preparada para tanto.

O que a psiquiatria tradicional fez por esse homem foi reforçar o mito de sua periculosidade e de sua incapacidade de socialização, invalidando-o como sujeito, a ponto de torná-lo realmente violento na visão de seus familiares. A bem pensar, para a família, esse

sujeito estava morto, antes do fechamento do hospital em que estava internado. Seus vínculos familiares haviam sido quebrados e, em lugar deles, quase nada.

Olhar esse usuário de forma a recuperar, re-significar e reconstruir o que foi perdido com sua internação é um trabalho extremamente difícil e delicado. Para o psiquiatra que esteja envolvido no cuidado desse usuário, tal objetivo só poderá ser alcançado a partir de uma postura libertadora. É possível que muitas coisas fiquem no meio do caminho, sem que possam ser resgatadas. Contudo, na Atenção Psicossocial, é preciso que, diante dessa história de violência e invalidação, de mortificação e segregação, reste algo a ser feito.

Alguma coisa resta do usuário, fora de seu conjunto de sintomas, e isso não poderia ser jamais descoberto dentro de uma instituição total. O fio que liga o usuário de antes da internação e o usuário de depois dela precisa ser descoberto para que não se torne lacuna (prontamente preenchida pela memória adoecida de Osvaldo). Tal fio precisa ser reforçado e esse é um trabalho que jamais poderia ser feito em um serviço que se coloque distante da vida e dos vínculos anteriores deste homem. O psiquiatra renegador, com seu apego às grades diagnósticas e seu desejo de prescrever o medicamento adequado, seria incapaz de ser um facilitador dessa ação de cuidado.

No caso do usuário em questão, o principal fio que se conseguiu fortalecer está intimamente ligado aos costumes de sua gente. Atualmente, com suas confabulações, dentro do serviço Osvaldo ganhou o papel de contador de histórias fantásticas, o que lhe rende alguma admiração e muito carinho por parte de outros usuários. No Tocantins, o contador de histórias, ou mais vulgarmente: o "mentiroso", tem uma importância fundamental na dinâmica das relações. Por "mentiroso", não me refiro à pessoa que conta inverdades para se sobressair ou trapacear mas àquela que conta histórias fantásticas com o intuito, por assim dizer, pura e simplesmente literário.

É difícil dizer a importância do "mentiroso" para aquela cultura. Vejo-o como uma espécie de esteta do absurdo, com um incrível poder aglutinador de pessoas. Câmara Cascudo (2006, p. 14) nos dá um eloqüente relato sobre o assunto, ao descrever suas noites de infância na casa da fazenda:

> Depois da ceia faziam roda para conversar, espairecer, dono da casa, filhos maiores, vaqueiros, amigos, vizinhos. Café e poranduba . Não havia diálogo mas uma exposição. Histórico do dia, assuntos do gado, desaparecimentos de bois, aventuras do campeio, façanhas de um cachorro, queda num grotão, anedotas rápidas, recordações, gente antiga, valentes, tempo da Guerra do Paraguai, cangaceiros, cantadores, furtos de moça, desabafos de chefes, vinganças, crueldades, alegrias, planos para o dia seguinte.

> Todos sabiam contar estórias. Contavam à noite, devagar, com gestos de evocação e lindos desenhos mímicos com as mãos. Com as mãos amarradas não há criatura vivente para contar uma estória.

A importância social dos contadores de história, legítimos depositários de costumes e idéias de uma cultura, pode ser dimensionada pelo seu caráter universal (CASCUDO, 2006).

José Lins do Rego (2006), em seu *Menino de Engenho*, falando de sua infância paraibana de menino sertanejo, nos dá uma dimensão do quê de fantástico e maravilhoso que havia nas mulheres negras que andavam de fazenda em fazenda, a contar histórias. Viviam disso.

Gilberto Freyre (1943) vê nessas mulheres um sucedâneo direto do *akpalô* (fazedor de conto) africano que, como as negras de José Lins do Rego, tinham também existência errante e grande importância como documentos vivos de sua cultura.

Para Lyotard (apude FERRAZ, 2000), a tradição oral se configura como um "tríplice saber", já que os atos de linguagem pertinentes a este tipo de saber são efetuados tanto pelo interlocutor, quanto pelo ouvinte, como pelo terceiro de quem se fala. Para Ferraz (2000, p. 251):

> O narrador, dentro da tradição oral, era aquele que processava as experiências dele próprio e da comunidade, imprimindo-lhes uma consistência e dotando-as de sentido e utilidade [...] Além do mais, a narrativa tem a função de conectar cada um a sua própria experiência, à do outro e à dos antepassados, o que funde, a um só tempo, o pessoal com o coletivo e o presente com o passado.

No estado do Tocantins, um exemplo da importância social do contador de histórias é o que acontece em uma cavalgada anual que parte de Porto Nacional e se dirige para a cidade do Bonfim - destino de peregrinações religiosas daquela região. Nessa cavalgada, é freqüente que vá um "mentiroso" – às vezes pago para isso – a espalhar seus relatos fantásticos e tornar a viagem menos penosa.

Assim, longe da negatividade empobrecedora em que vivia, Osvaldo ocupa atualmente um lugar de sonho e fantasia entre os usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Porto Nacional, entre os quais conseguiu uma audiência fiel. É tido como divertido, criativo e simpático.

Dificilmente, um serviço distanciado da realidade do território em que se insere estaria apto a perceber esse viés repentinamente positivo e acolhedor da história de Osvaldo. Eis uma das diferenças que propicia o olhar territorialmente engajado: onde há negatividade,

subitamente pode aflorar, em uma espécie muito própria de metamorfose, uma potência criadora e vital. As confabulações se transformam em "causos", os delírios em simples histórias absurdas, a doença – antes fator de exclusão – transforma-se de súbito em motivo de aglutinação de pessoas.

Ter um olhar psicossocial sobre a história de Osvaldo, ter uma mirada liberta, inclui não apenas perceber o que o usuário perdeu com sua internação mas, paralelamente a isso e tão importante quanto, é ter consciência do que deixou de ganhar a comunidade que o não acolheu. A rua é tão terapêutica para o louco quanto o louco o é para a rua (FERRAZ, 2000).

Necessariamente, portanto, conclui-se que a figura tradicional do psiquiatra, aquela que renega, não cabe nesse lugar. Afinal, o que há na formação psiquiátrica tradicional que possa encorajar ou mesmo embasar teoricamente o profissional em direção a que o mesmo tenha um olhar diferenciado para a loucura? Assumir o paradigma psicossocial na prática psiquiátrica, é necessariamente sair do centro e abdicar do tradicional papel de médico, o que, como visto, para muitos se configura em perda. Para Lobosque (2001), se a psiquiatria, durante esse descentramento, perde como corporação, enriquece-se como disciplina. É esse "perder para se enriquecer", é esse luto seguido de libertação que moverá o psiquiatra da atenção psicossocial.

Essa espécie de abertura ao saber local, o questionamento e a autocrítica sobre o conceito de doença mental, o questionamento sobre o saber que cada profissional detém sobre a loucura e o preparo de cada um para receber o que subitamente aflora de novo e rico em cada situação cotidiana são partes integrantes, como antes visto, da Atenção Psicossocial. Considerar Osvaldo como parte de um complexo simbólico cultural não é, de forma alguma, negar sua doença ou mesmo sua necessidade de tratamento. Antes, é colocar-se, diante da doença, de uma forma radicalmente diferente da que advoga a psiquiatria tradicional e entender o tratamento como uma estratégia de cuidado complexa, ampla e que tem como objetivo abarcar a complexidade e a amplidão da existência humana.

Para Basaglia (apud VASCON, 2001, p. 28),

> O diagnóstico tem o valor de um juízo discriminatório, o que não significa que procuremos negar o fato de que o doente seja, de alguma forma, um doente. É este o sentido de colocarmos o mal entre parênteses, ou seja, colocar entre parênteses a definição e o rótulo. O importante é tomar consciência daquilo que tal indivíduo representa para mim, de qual é a realidade social em que vive, qual o seu relacionamento com essa realidade.

Para Ferraz (2000), usando conceitos da etnopsiquiatria, a cultura não só prescreve as regras para que alguém seja tido como normal, mas também as formas de se enlouquecer. Como, então, colocar-se diante do problema do adoecimento mental sem que se esteja fortemente vinculado à cultura de determinado lugar? Esse prisma propiciado pela Atenção Psicossocial, conseguido através de seu engajamento territorial e de uma postura liberta, requer uma vigilância constante dos profissionais e precisa ser guardado como a coisa mais valiosa e preciosa deste tipo de atenção. Catequizados na lógica manicomial, não raras vezes, tendemos a ela sem nos apercebermos disso.

Outro de nossos usuários é Cecília, que tem cerca de quarenta e dois anos e mora só. Esta mulher sempre foi uma pessoa tida como muito arredia e está longe de ser considerada "uma paciente exemplar". A usuária comumente insiste em sua alta, questiona o tratamento e, com freqüência, abandona a medicação.

Ceci, como é chamada, casou-se muito jovem e, logo após seu casamento, acompanhando o esposo, mudou-se para São Paulo, cidade em que, ao contrário de seu marido, não tinha sequer um parente ou conhecido.

Em São Paulo, Ceci teve os seus três filhos. Como não tinha emprego, passava o dia em casa cuidando das crianças. A mulher, segundo seu próprio relato, sentia-se extremamente sozinha diante da situação de isolamento em que vivia. Seu esposo, que era evangélico e exercia um cargo importante na igreja que freqüentava, regularmente tinha atritos com a usuária, motivados pelo fato de ela ser católica. Seu casamento começou a degringolar e, logo, nossa usuária estava sofrendo agressões físicas de seu marido.

Seu esposo começou a beber diariamente e, chegando a casa, agredia-a com violência. Cecília se isolou inclusive da família de seu esposo que, sendo evangélica, culpava o catolicismo da paciente pelo mau andamento do relacionamento do casal. Crescia a raiva que a usuária tinha de seu parceiro, principalmente porque ela o achava dissimulado e desonesto: "Era uma pessoa na igreja e outra em casa", como ela diz.

Certo dia, a mulher amamentava seu filho mais novo, em casa, quando seu esposo chegou. Completamente bêbado, reclamou da forma com que a mulher alimentava a criança. Foi a gota d'água. Isso bastou para que a usuária pegasse um machado que tinha em casa e agredisse violentamente seu esposo com um golpe na cabeça. O homem tentou se defender e chegou a ferir a mulher com uma faca. Como estava bêbado e ferido, caiu ao chão. A mulher terminou de matá-lo a golpes de faca.

Imediatamente, a usuária saiu de casa, encaminhou-se para casa dos familiares de seu esposo e relatou o que havia acontecido. Como as pessoas não acreditaram nela, Ceci mesma levou-as a sua casa para que vissem o cadáver de seu esposo.

Por tal fato, a mulher perdeu a guarda de seus filhos - de quem se mantém afastada até hoje - foi presa e passou sete anos na cadeia. Como perceberam que ela tinha atitudes estranhas (falava sozinha, era agressiva, dizia ouvir vozes) decidiram transferi-la para um manicômio judiciário. Lá, Ceci passou mais nove anos internada.

Era de se esperar, com o relato acima, a reserva e a desconfiança, antes relatada, que esta mulher guarda em relação ao mundo que a cerca.

Em determinada ocasião fomos chamados por uma tia de Cecília, sua tutora legal, para uma visita domiciliar. Motivo: a usuária havia parado de tomar a medicação e estava em crise.

Ceci, que na época já freqüentava o CAPS de Porto Nacional, vinha morando só desde que houvera saído do manicômio, visto que não havia encontrado ninguém que se sentisse encorajado a dividir uma habitação com ela. Chegamos eu, a enfermeira e a assistente social em sua casa e, antes mesmo de vê-la, fomos abordados por um indignado vizinho que se mostrava extremamente incomodado com aquela situação. Disse-nos que deveríamos internar a mulher, pois ela era "muito perigosa", que "era uma assassina" e que "lugar de doido é no asilo". Disse-nos ainda que seus filhos estavam sem sair de casa pois andavam amedrontados com a usuária. Perguntamos se ela já havia agredido alguém ali e ele nos respondeu que não. Perguntamos se ela gritava ou tinha alguma outra atitude que lhe tirasse o sossego. Ele foi categórico e disse-nos que não e que verdadeiramente o que o incomodava era o risco em potencial que ela representava.

Esse rápido resumo sobre a conversa entre a equipe do serviço e o vizinho de Cecília nos faz lembrar de quanto a sociedade moderna exclui e rejeita o diferente, aquele que não se adequa. Claude Lévi-Strauss (1996) nos dá uma pista quando propõe dois modelos de sociedade: as que praticam a antropofagia e as que praticam a *antropemia*. As primeiras, através de um canibalismo simbólico, de forma ritualística, propiciam que seus membros acabem por incorporar a si o extraordinário. As últimas, como a sociedade ocidental moderna, vomitam o diferente, aquilo que não se enquadra em seus diversos cânones, e criam diversas instituições para que se efetue essa forma de expulsão.

> [...] ficaríamos tentados a contrapor dois tipos de sociedades: as que praticam a antropofagia, isto é, que enxergam na absorção de certos indivíduos detentores de forças tremendas o único meio de neutralizá-las, e até de se beneficiarem delas; e as que, como a nossa, adotam o que se

> poderia chamar de *antropemia* (do grego *emein*, "vomitar"). Colocadas diantes do mesmo problema, elas escolheram a solução inversa, que consiste em expulsar esses seres tremendos para fora do corpo social, mantendo-os temporária ou definitivamente isolados, sem contato com a humanidade, em estabelecimentos destinados a este fim (LÉVI-STRAUSS, 1996, p. 366, grifo do autor).

A respeito de Ceci, encontramo-la completamente descuidada: cabelos desgrenhados, suja, algo desconfiada e falando sozinha. Mas notamos também que ela conseguia, apesar disso e a despeito de sua crise, manter um certo "funcionamento social": ia comprar coisas na mercearia, conversava com conhecidos, caminhava pelas redondezas de sua casa e etc.

Encetada a conversa, a usuária nos declarou que estava passando muita necessidade, pois seu benefício havia sido cortado. A mulher estava sem água ou energia em casa, não tinha fogão ou filtro e não possuía geladeira. Foi buscar, para que o víssemos, o que ela comeria à noite: tirou de dentro de uma vasilha de plástico barato um pedaço de carne completamente podre, que fez com que todos da equipe ficassem em vias de vomitar.

Estávamos, nós da equipe, muito preocupados com o fato de Ceci não estar tomando sua medicação. Com muito cuidado, fomos nos certificando se a paciente havia parado de tomar seu remédio. Enfim, interrogamos diretamente sobre a medicação.

Esse momento foi um divisor de águas para a visita domiciliar, assim como para nós profissionais que lá estávamos presentes. A usuária ficou extremamente irritada, ameaçava nos bater e acabou por nos expulsar de sua casa, não sem antes nos dizer:

- Vocês acham que eu como remédio, é?

Aquilo foi extremamente chocante para nós da equipe e não porque havíamos sido expulsos, isso acontecia vez ou outra. O que mexeu com a equipe foi aquela pergunta que nos soou de extrema lucidez e nos incomoda até hoje. Qual não era nossa insensibilidade que, diante de fatos como aqueles, denunciadores de extrema miséria, insistíamos em focar nossa ação em convencê-la a ser medicada.

Sem saber, naquele momento, assumíamos um papel que nos foi delegado há muito: o de agentes intermediários da exclusão. Naquele instante, éramos renegadores. Ao insistir pela tomada do remédio, desviando-nos do que realmente importava naquele contexto e naquela situação em que vivia a usuária, investíamo-nos, com nossa ação de técnicos, da função de administradores da violência social e atenuadores de conflitos, fazendo com que a mesma violência excludente se perpetue. Para Basaglia (2001, p. 102, grifo do autor), técnicos como psiquiatras, psicólogos, sociólogos, professores, não raro se prestam a mascarar a face violenta de nossa sociedade:

> O perfeccionismo técnico-especializado consegue com que o rejeitado aceite sua inferioridade social com a mesma eficiência com que antes impunha, de maneira menos insidiosa e refinada, o conceito de diversidade biológica, que sancionava por outra via a inferioridade moral e social do *diferente*. Na realidade os dois sistemas visam a reduzir o conflito entre o excluído e o excludente através da confirmação científica da inferioridade original do primeiro relativamente ao segundo.

Dessa forma, agir na Atenção Psicossocial passa necessariamente, seguindo o caminho deixado pelo autor citado acima, pela tomada de consciência desse mandato social a nós delegados - e que nos transforma também em excluídos - para subseqüentemente podermos negá-lo. Portanto, o profissional da Atenção Psicossocial tem que constantemente lutar para que sua ação não se transforme em mero instrumento para a transformação do louco em objeto dócil da violência de que é vítima. Grande diferença surge aqui, entre o psiquiatra tradicional e o psiquiatra psicossocial, entre renegador e o liberto . Enquanto o segundo tenta tomar consciência de tal situação – inclusive de sua própria situação de excluído, já que o papel que exerce lhe é imposto – e tenta a todo custo negá-la, o primeiro ignora "cientificamente" tal ambivalência e se acomoda no papel de instrumento de segregação e violência.

Exercer a psiquiatria psicossocial, dessa forma, vai muito além do conhecido e tradicional lugar do psiquiatra. Perceber o papel social que lhe é exigido pela sociedade – o de administrador da violência, questionar o estatuto de doença mental como mera entidade mórbida e perceber o aparato ideológico que há por trás dos preceitos "médicos psiquiátricos", entre outras coisas, devem fornecer embasamento teórico para a prática liberta da Atenção Psicossocial. Negar-se, enfim, a uma relação de tutela com o doente mental é parte constituinte do próprio campo psicossocial. Nesse processo de tomada de consciência e de refutação, é preciso que se suporte uma boa dose de tensão, de erros e incertezas:

> É por isso que um tal estado de tensões só pode ser mantido através de uma tomada de posição radical de parte do psiquiatra, uma tomada de posição que vá além do seu papel e que se concretize em uma ação de desmantelamento da hierarquia de valores sobre a qual se funda a psiquiatria tradicional. Isso exige, todavia, que abandonemos nossos papéis para nos arriscarmos pessoalmente, na tentativa de esboçar alguma coisa que, apesar de já trazer em si os germes de erros futuros, nos ajude por enquanto a romper esta situação cristalizada [...] (BASAGLIA, 2001, p.117).

Alguns fatos desse episódio são de se notar e o primeiro deles é a atitude do vizinho em relação a Cecília. Segundo a fala do vizinho, o que o incomodava era o perigo que Cecília

representava, principalmente o perigo de agressão. Não era o que a paciente efetivamente fazia, mas baseado no que ela já tinha feito, o que ela poderia vir a fazer.

Baseava o vizinho sua percepção no fato de Cecília já ter matado alguém. É muito interessante notar que, em Porto Nacional, assim como no sertão nordestino, principalmente entre pessoas mais velhas e em cidades culturalmente mais isoladas da influência civilizadora vinda do litoral, a percepção do assassinato não é a mesma que nas sociedades mais urbanizadas.

No cerne dessa diferença de percepção, segundo o autor nordestino Frederico Pernambucano de Mello (2004, p. 45), estaria o longo isolamento do sertão do Nordeste em relação ao poder da Coroa portuguesa (realidade plenamente condizente, como visto em outra seção deste texto, com a realidade do antigo norte goiano):

> O homem agreste, produto não apenas da pastorícia e dos modos de vida do sertão mas também do desfrute do poder privado ainda pouco ou nada atingido pelas restrições de uma – entre nós, tardia – ordem pública centralizada e eficiente, irá se covertendo em uma figura cada vez mais estranha às zonas arejadas do litoral, ao longo de todo o século XIX.

Quando no século XIX, o longo braço da ordem pública passa a tocar as áreas isoladas do país, isso não irá significar a absorção imediata dos valores litorâneos pelos habitantes dessas regiões, antes livres da ação da lei.

> [...] o sertanejo não vê razões para deixar de amar os bons velhos tempos em que não precisava esperar pela justiça pública para rebater uma afronta, tempos em que a guerra e a vingança privadas se mostravam bem mais simples e fáceis de compreender como procedimentos punitivos. Como mecanismos provedores de uma ordem o seu tanto bárbara mas real. Eficaz. Direta como a lâmina do punhal de que tantas vezes se valeu, aliás (MELLO, 2004, p. 22).

Segundo Freyre (1989), o sertão brasileiro foi sofrer, culturalmente, um impacto real desse processo de "litoralização" apenas nas primeiras décadas do século XX, antes das quais, segundo Mello (2004), essa região brasileira vivia um clima humano muito semelhante ao quinhentismo ou seiscentismo português, trazido pelos primeiros colonizadores.

Na cultura tradicional do nordeste, podendo-se sem dúvida estender essa observação para uma comunidade como Porto Nacional, o homicídio, ao contrário do roubo, nem sempre é inaceitável. O próprio Graciliano Ramos (1970), em seu *Viventes das Alagoas*, nos relata

que, no Nordeste, a vida humana acaba por ter pouco valor e enquanto, sistematicamente, o assassino é absolvido, o ladrão (principalmente de gado), em geral não é julgado; simplesmente matam-no. No cordel de Leandro Gomes de Barros:

> Onde eu estou não se rouba
> Nem se fala em vida alheia
> Porque na minha justiça
> Não vai ninguém pra cadeia:
> Paga logo o que tem feito
> Com o sangue da própria veia! (BARROS apud MELLO, 2004, p. 22).

Há diversos motivos, em sociedades rurais, historicamente isoladas do processo civilizatório, socialmente legitimados para se matar alguém: lavar a honra; vingar-se; defender-se de algum agressor; defender a família ou a propriedade e etc. Por outro lado, é quase um consenso nessas culturas a idéia de que nada justifica o roubo. Nem sequer a fome o justifica pois, nesse caso, existe ainda a possibilidade de se trabalhar para se obter o alimento, já que todos assim o fazem. Numa lógica que inverte os próprios cânones da justiça oficial, o roubo é visto como um crime tremendamente maior que o assassinato. Com as devidas restrições que se devem fazer à análise euclidiana do sertanejo, é de se compreender que Euclides da Cunha (1991) renegue a hipótese de que o sertanejo seja um "degenerado" e defende a hipótese de que tal povo é, pura e simplesmente, um povo "retrógrado".

Em Porto Nacional, há casos de pessoas, sabidamente homicidas, que gozam, ali, de um certo prestígio e têm, hoje, um certo sucesso econômico. São pessoas tidas como trabalhadoras, honestas e boas provedores de suas famílias. Nesse caso, o homicídio em si não as transformou em pessoas perigosas ou a se evitarem.

O que muda, então, em Cecília? Acredito que, claro, há o gênero da paciente – afinal, isso subverte um pouco a lógica da cultura tradicional. A esposa matou o marido e não o contrário. Mas não creio que o gênero seja ainda o principal fator, embora as mulheres tenham sido, historicamente, vítimas privilegiadas de uma lógica social excludente. Lógica apoiada firmemente na medicina (TELLES, 2004). Junta-se a isso o fato de Cecília ser louca. Isso muda tudo! Se há um código que prescreve situações nas quais se é tolerável matar, o louco (nesse caso, a louca) que por definição não segue códigos, teoricamente pode matar a qualquer momento. Assim, a percepção que se tem de um assassino não é a mesma que se tem de um louco que matou. Enquanto o assassino pode ou não ser perigoso, o louco necessariamente o é, pois pode matar em situações não previstas dentro do conjunto de códigos daquela sociedade.

O segundo fato de relevância, no caso de Cecília, é o difícil questionamento sobre qual o momento certo de a psiquiatria intervir. A paciente vivia intimamente sua crise. Não agredia, não incomodava e mantinha um funcionamento social aceitável. Nesse caso, por que a usuária seria motivo de uma intervenção psiquiátrica?

Que a psiquiatria sempre se apresentou, ao longo de sua história, como uma disciplina moralizante e esquadrinhadora, que tem por lógica escarafunchar palmo a palmo, detalhadamente, o espaço social, isso foi longamente evidenciado por autores como Birman (1978), Basaglia (1985), Foucault (1978), Luz (2004) e Romero (2002), todos já citados e comentados neste texto. O que muda, contudo, em municípios pequenos, em relação às grandes cidades, é que o limite entre o que é privado, íntimo e pessoal, facilmente, confunde-se com o que é público. Dessa forma, histórias e dramas pessoais adquirem, em cidades menores, o caráter de coletivos e influenciam, sobremaneira, a dinâmica do território. Ora é alguém que é traído(a) pelo cônjuge, ora é alguém que se casa, ora é alguém que morre, ora alguém que nasce. Quase tudo diz respeito a todos.

Na realidade territorial, é de se notar que a psiquiatria, com muita facilidade, imiscui-se nos fatos e nas situações que, em um centro maior, seriam vividos em sua plena intimidade, diluídas na impessoalidade da cidade grande. Sério perigo! No território, a psiquiatria e sua ação normatizante podem ter um impacto cotidiano, useiro, visível, no que há de mais íntimo nas pessoas que aí vivem.

Não raro, o psiquiatra de uma pequena cidade é chamado a intervir em situações para as quais não está, nem de longe, formado adequadamente e que fogem da alçada típica da psiquiatria de uma grande cidade. Pessoas que correm nuas na rua, filhos que não aceitam a autoridade dos pais, crianças rebeldes na escola, adolescentes grávidas, adolescentes que namoram a revelia dos pais e etc. são situações delegadas à psiquiatria nesses pequenos municípios. Estranhamente, como diz Cooper (1989), os médicos são revestidos de uma espécie de poder mágico de tudo compreender e tudo curar. Embora, efetivamente, a formação médica não envolva magia, esse fato acaba por ser reforçado de diversas maneiras.

Exemplo disso foi o ofício de um juiz que, certa vez, recebi em Porto Nacional, nomeando-me como perito de um processo em que o acusado era um oficial da polícia militar da cidade. O policial, que era casado, havia se envolvido sexualmente com a namorada de um promotor de justiça de uma outra cidade. Quando isso veio à tona, deu-se uma grande confusão, envolvendo várias situações socialmente constrangedoras: discussões em público, envolvimento do nome do promotor, agressões físicas e ameaças. Uma das questões

formuladas pelo juiz, para ser respondida após a perícia, foi a seguinte: "O acusado (*no caso, o oficial de polícia*) tem condições morais para continuar exercendo sua função de policial?".

Quando posta dessa forma - às claras, por escrito e de forma explícita - essa questão da moral para a psiquiatria é, no mínimo, incômoda. Contudo, não se pode esquecer que tal questão é completamente coerente, como dito acima, com o que historicamente se propôs a psiquiatria (BIRMAN, 1978). Apesar do estranhamento que pode causar tal pergunta, ela não é de forma alguma absurda. Eis a psiquiatria tendo que lidar com o seu legado...

Outro fato importante a se destacar na história de Cecília é o tipo de intervenção que lhe propúnhamos. Quando não exercida de forma ética e contextualizada, a psiquiatria pode vir à tona mostrando suas garras através de uma espécie de furor medicalizante. Diante de uma situação de fome, de desespero e miséria, a equipe propunha, se não solucionar, atenuar a situação por via da medicação. O que nos alertou para isso, como um tapa na cara, foi a frase de extrema lucidez: "Vocês acham que eu como remédio, é?".

Não. Nunca achamos, à luz da razão, que o remédio fosse solucionar toda a situação em que vivia a paciente. Talvez a atitude da equipe nascesse da sensação de impotência diante de sua miséria social. Lidar com a previdência social, já que o benefício de Cecília havia sido cortado, ou arrecadar alimentos para paciente era, no primeiro caso, muito difícil e custoso e, no segundo caso, embora bem mais eficiente que o remédio, talvez pouco adequado a uma equipe de técnicos em saúde mental.

Sua angústia e seu sofrimento, seu benefício cortado e sua penúria social, pelo fato de não se inscreverem no discurso médico, pelo fato de não serem sintomas apresentáveis, sofrem imediatamente uma censura, característica da medicina como um todo e repetida, é claro, pela psiquiatria tradicional. É assim que vê Clavreul (1983, p. 38): "A censura que exerce o discurso médico provém de que ele não deixa nenhum lugar para o que não entra na coerência que lhe é própria". A medicina segue, pois, sistematicamente, eliminando do discurso do paciente tudo aquilo que não se articula com seu sistema conceitual, já que não pode resultar em uma prática médica. Dessa forma, o sofrimento de alguém só fará parte de cuidados médicos se tal sofrimento for traduzível em um sintoma: dor, febre, tremor e etc. É dessa maneira que a medicina, ao colher uma história, faz calar o doente, já que apenas o que se inscreve em sua lógica será levado em consideração. Ao doente, arranca, assim, a posse de sua doença.

Pode-se ver com clareza o quanto a medicalização da saúde, nesse caso representada pelo primado da medicação, pode ser um importante fator de exclusão social, como nos alerta Romero (2002). Com a medicação e com nossa postura renegadora, de alguma forma,

referendávamos a situação de penúria vivida por Cecília e, diante de nossa pretensa impotência, acovardávamo-nos e nos escondíamos atrás do remédio. Para nosso socorro, ainda bem que havia a lucidez de Cecília que nos alertava disso, além de nossa liberdade e nossa ousadia de entrarmos em crise.

Por último, mais uma consideração a respeito da história de Cecília. Nesse caso, para mim, ficou claro o quanto uma abordagem psiquiátrica descontextualizada pode ser fomentadora de sintoma. Explico: a agressividade da paciente ficou evidente apenas no momento de nossa intervenção mal feita. Assim, facilmente explicaríamos a atitude da paciente de nos expulsar de sua casa através dos cânones psiquiátricos que descrevem a agressividade como um dos sintomas da doença psicótica.

Remeto-me, nesse ponto, a um comentário fundamental de David Cooper em seu *Psiquiatria e Antipsiquiatria*:

> Às vezes, uma pessoa é fixada na posição em que o único movimento possível, que lhe é dado fazer no jogo interpessoal, é um movimento com a maior propabilidade de ser denominado de "violento" pelos outros (COOPER, 1989, p. 40).

A produção de sintoma foi largamente denunciada por vários autores que se detiveram em analisar as instituições totais – entre eles, Goffman (2001) e Moffatt (1980) - contudo pouco se fala da "patogenicidade" de intervenções médicas, psiquiátricas ou não, fora da instituição. Veja-se o caso de pacientes psiquiátricos que, estando na rua, comportam-se de forma relativamente bem adequada, mas ficam extremamente agitados e desconfiados (sintomas psicóticos, diria a psiquiatria) quando levados ao tratamento sem sua anuência. E aqui, refiro-me a tentativas de tratamento mesmo fora do ambiente hospitalar.

O exercício da psiquiatria liberta, a partir da lógica do território, é recheado de questionamentos éticos. Tratar ou não tratar? Internar ou não internar? O ambiente de um CAPS, é claro, propicia um compartilhamento de tarefas e de responsabilidades que amenizam a angústia do que-fazer cotidiano, mas não a abole. Continuo achando que o trabalho do psiquiatra é um trabalho extremamente solitário e isso se dá por diversos motivos.

O primeiro deles, e talvez o principal, é que o psiquiatra tem uma grande dificuldade de se desvencilhar de seu discurso e de seu lugar de poder. Compartilhar responsabilidades e democratizar discursos é, necessariamente, uma forma de se despir da hegemonia médica, já abalada pela escolha feita pela psiquiatria como carreira. Isso é um entrave claro à efetiva transformação das equipes de saúde mental, de equipes multiprofissionais que em geral são,

em equipes interdisciplinares e, mais ainda, em equipes transdisciplinares, quando um de seus profissionais é médico. Talvez não seja algo isolado e nem um apanágio de Porto Nacional o fato de ser bastante infreqüente a participação de médicos em reuniões de equipe, capacitações, reuniões de planejamento e etc.

Olhando mais de perto o psiquiatra, podemos perceber que, como funcionário e mandatário de uma lógica de segregação social, exclusão e marginalização do doente, esse profissional só poderia se sentir ameaçado, diante de uma realidade que lhe exige a democratização de saberes e práticas e o questionamento de seu mandato social, o que é próprio da realidade psicossocial. Com uma idéia dinástica de seu saber, do qual se considera único e legítimo herdeiro, o médico se fecha e se recolhe diante de situações que possam colocar em xeque sua prática. Afinal, a medicina – hoje, protegida por sua linguagem técnica; antes, abrigada pelo uso do latim – vem histórica e sistematicamente guardando a sete chaves seus segredos.

Perceber o que lhe poderia ameaçar como médico, assumir tal incômodo e, por fim, acreditar que é justamente essa tensão que poderá provocar o aparecimento de algo novo em sua identidade profissional, é um dos desafios do psiquiatra liberto.

É importante, nesse momento, para efeito de esclarecimento que se explicite, ainda que rapidamente, os conceitos de multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

É de se notar, principalmente após a segunda metade do século XX, que o mundo assiste a uma progressiva mutação epistemológica. Segundo Domingues (2004), a tomada de consciência dessa mudança tem levado a diversos autores formularem pelo menos três constatações. A primeira delas diz respeito ao reconhecimento do importante papel da especialização e do surgimento da ciência disciplinar no que toca ao grande avanço científico e tecnológico que hoje presenciamos. A segunda constatação diz respeito à percepção da insuficiência e dos limites do especialista frente à grandiosidade do conhecimento, visto que a ciência, para usar palavras do autor, tem ganhado em profundidade e perdido em largura. A terceira constatação diz respeito à tomada de consciência sobre a inviabilidade de uma ciência disciplinar nos moldes em que, de alguma forma, ainda se tem dado até os dias atuais. Assim, essa última constatação profetiza o fim da especialização, visto que, em qualquer campo do conhecimento, a grande profusão de informações leva a que o especialista não domine sequer sua própria área. Dessa forma, é a partir dessa crise que se pode entender o surgimento dos conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade.

Para Yasui (2006), a equipe multiprofissional se refere a um mero agrupamento de diferentes campos do saber sem que, contudo, haja um diálogo efetivo entre esses diversos campos. Assim, tem-se a situação de diversos profissionais que se debruçam sobre um mesmo objeto a partir de um lugar estanque e sem contato efetivo com profissionais de outra área.

A interdisciplinaridade representa um passo além para as equipes rumo a uma maior integração, intercomunicação e flexibilidade. Para Moser, a interdisciplinaridade:

> [...]consiste em uma abordagem múltipla e paralela de um mesmo objeto ou problema. A abordagem implementada tem recorrido a diferentes disciplinas que intervêm com sua lógica específica para analisar o tópico. Cada disciplina proporciona uma solução com referência à sua própria lógica científica. Mesmo se as soluções possíveis forem específicas a uma disciplina, as confrontações interdisciplinares no estágio final garantem a pertinência ecológica da proposição (MOSER, 2005).

No que tange à transdisciplinaridade, para Passos e Barros (2000), ela ainda é algo a se buscar ardentemente no campo da clínica. Apesar dos efetivos avanços conseguidos nas últimas quatro décadas, fazendo com que se criem espaços de interseção entre diversas disciplinas, para os mesmos autores, persistem ainda fortemente as ditas fronteiras disciplinares. A transdisciplinaridade consistiria, portanto, em uma flexibilização das relações disciplinares a ponto de haver, mesmo, um borramento de tais fronteiras.

Para Domingues *et al*. (2001, p. 17-18, grifo dos autores):

> Por *transdisciplinaridade* [...] entende-se antes de mais nada, ao se pôr em relevo o prefixo *trans* (que, além da acepção de "através" ou de "passar por", encerra os sentidos de "para alem", "passagem", "transição", "mudança", "transformação" etc.), aquelas situações do conhecimento que conduzem à transmutação ou ao traspassamento das disciplinas, à custa de suas aproximações e freqüentações. Pois, além de sugerir a idéia de movimento, da freqüentação das disciplinas e da quebra de barreiras, a transdisciplinaridade permite pensar o cruzamento de especialidades, o trabalho nas interfaces, a superação das fronteiras, a migração de um conceito de um campo de saber para outro, além da própria unificação do conhecimento.

Portanto, a equipe transdisciplinar comporta uma ousada e arriscada situação em que deveria haver um permanente movimento de construção e reconstrução dos diversos papéis, sem que com isso viesse a equipe a cair em um relativismo infrutífero (YASUI, 2006).

Ainda quanto ao estado de solidão em que se exerce o ofício de psiquiatra, existe um segundo motivo para tal situação que, de alguma forma, é uma extensão do primeiro.

Enquanto o primeiro motivo se relaciona com o poder que o psiquiatra atribui a si mesmo, o segundo está posto pelo poder que a equipe atribui ao psiquiatra. É comum, por exemplo, a opinião de que o psiquiatra é o melhor profissional para intervir durante a crise de algum usuário. Se essa não é uma fala explícita da equipe, freqüentemente é a atitude da equipe diante da crise. Portanto, é como se todos soubessem teoricamente a importância das diversas áreas do conhecimento no atendimento ao portador de transtorno mental, mas durante a crise delega-se ao psiquiatra o lugar do saber inquestionável e evidentemente mais eficaz. É claro que há uma retroalimentação entre esses dois motivos. Um dependendo do outro e não vivendo sem o seu equivalente.

O terceiro motivo, causa e efeito dessa solidão, diz respeito à responsabilidade legal que o médico tem em relação ao paciente. Em vários serviços, por exemplo, é reservado ao médico, e só a ele, a assinatura dos documentos necessários para a admissão e para a alta de usuários. Apesar de isso ser uma realidade jurídica, o que vemos é que comumente tal fato está a serviço de uma racionalização que tenta justificar a hegemonia do médico diante de outros profissionais. Não parece, a rigor, que os médicos, como categoria, estejam interessados em abrir mão dessa responsabilidade, mesmo que isso representasse uma diminuição na carga das responsabilidades legais a eles imputadas. Prova disso é a recente mobilização da categoria médica em torno do ato médico, através do Projeto de Lei 7703/2006 (BRASIL, 2006), claro retrocesso no caminho rumo à transdisciplinaridade.

Os questionamentos que assaltam o psiquiatra que atua em uma pequena cidade nascem do fato de que esse tipo de atuação, já que impregnada e indissolúvel das características do próprio território, constrói seu saber ao longo de seu caminho. Guardados os princípios do Paradigma Psicossocial, é o cotidiano de um serviço de Atenção Psicossocial e o próprio cotidiano do território que darão a cara do fazer psiquiátrico naquele dado território. Portanto, como dito acima, ao contrário da psiquiatria tradicional, gerada, pensada e exercida a partir do espaço institucional, onde as regras são claras e raramente questionadas, a psiquiatria territorial se depara com situações novas que jamais se apresentariam no ambiente institucional.

Um dos usuários do CAPS de Porto Nacional foi Jerônimo. Jerônimo chegou àquele Centro de Atenção Psicossocial trazido por sua mãe. O usuário, no momento de sua chegada, estava completamente desconfiado e via a equipe de saúde como um grupo de pessoas potencialmente agressoras. Pedia nossas identificações profissionais e confessou que estava sendo perseguido pela polícia por um ato que teria cometido em seu passado. A culpa que

sentia, assim como seu intenso sofrimento, Jerônimo os trazia estampados no rosto. A mãe desconfiava que Jerônimo pensava em se matar, embora o rapaz não demonstrasse isso.

Apesar de seu quadro extremamente grave, a equipe decidiu não interná-lo. Como a mãe era imensamente compreensível e colaborativa, pareceu-nos aquela a melhor opção, já que o usuário estava em sua terceira ou quarta crise e nunca havia sido internado antes.

Duraram dois dias a passagem de Jerônimo por aquele serviço. No dia seguinte à sua admissão, o rapaz saiu do CAPS sem ser visto e desapareceu na cidade. Naquele dia, praticamente, as atividades do CAPS foram suspensas e uma boa parte da equipe se mobilizou em sua busca. Ao longo de todo o dia, após avisar-se à polícia, à família e etc. a equipe, em vão, esteve em busca do usuário.

No dia seguinte, logo pela manhã, Jerônimo foi encontrado morto no rio, após, provavelmente, ter pulado da ponte que cruza Porto Nacional, ligando as duas margens do caudaloso rio Tocantins. Ainda hoje, após mais de três anos de passado o fato, Jerônimo habita as reuniões clínicas do CAPS.

O que deu errado? Por que não o internamos? Por que não percebemos sua saída do serviço? São tantas as perguntas que nos fazemos e tão poucas respostas temos que ainda sentimos o gostinho da impotência e do fracasso como equipe, a cada vez que falamos do usuário.

Visto à luz de um saber estabelecido e através da ótica da psiquiatria tradicional e renegadora, erramos sobejamente nesse caso. A partir desse ponto de vista, era lógico que o usuário deveria ser internado em uma instituição psiquiátrica para que se evitasse o que veio a acontecer. À luz de uma psiquiatria exercida na lógica do território, ao que parece, as coisas são mais complexas e outras perguntas se impõem: Qual o peso de uma internação psiquiátrica para uma pessoa? Quantas pessoas internaríamos se nos baseássemos na possibilidade de suicídio? Quantas outras deixamos de internar e de forma bem sucedida?

Enfim, há muitas e variadas formas de responder a tais questionamentos. É a isso que me refiro quando cito a construção de um modo de fazer enquanto cotidianamente se o faz. Não há critérios, tabelas ou regrinhas para as intervenções psiquiátricas dentro de uma pequena cidade como existem para a psiquiatria exercida dentro de uma instituição fechada. Diria mesmo que a psiquiatria feita no território é a psiquiatria das não-regrinhas. É, por conta disso, a psiquiatria em crise. A psiquiatria que se recusa a se entregar a soluções simplificadoras e não se dá às respostas plenamente estabelecidas. E, como tudo aquilo que está em vias de se instituir, a psiquiatria territorial sofre crises atrozes e que, se bem vistas, são mesmo os motores propulsores desse saber que ora se estabelece. Daí, a relação imensa

que a psiquiatria forjada no território guarda com a liberdade. Liberdade que se configura não apenas na recusa à institucionalização dos pacientes, mas também na liberdade de se arriscar por novos caminhos e, ainda mais, construir novas estradas antes não trilhadas.

As crises que tal liberdade proporciona se dão nos mais simples acontecimentos cotidianos. Lembro-me das primeiras festas promovidas pelo CAPS de Porto Nacional e (como não fazê-lo?) comparo-as com as festas que tinham lugar no hospital onde fiz minha residência.

Participei apenas de uma dessas festas que aconteceram no hospital, durante meus dois anos de residente. Fiquei tão impressionado com aquilo tudo que decidi não mais participar de nenhuma outra. Primeiro, não era uma festa feita pelos funcionários para os internos e muito menos uma festa feita pelos internos para eles mesmos. Era, antes, um evento promovido pela diretoria com a participação dos internos - que, na realidade, funcionavam mais como figurantes de uma esquete teatral do que como participantes. Nem sequer chegava a ser uma festa *para* os internos, antes era um evento que tinha uma função muito específica de maquiagem de uma lógica que, no dia-a-dia, era a lógica da não festa ou, antes, a lógica não (mani)festa.

Ficava-se, para quem conhecia o hospital pelas entranhas, com uma impressão muitíssimo incômoda. Era uma espécie de macaqueamento de cidadania, um arremedo de alegria, uma pantomima. Percepção cruel, aumentada pelas máscaras, pinturas e enfeites que transformavam os internos em espécies de manequins felizes, propagandistas patéticos da máquina terrível da insânia.

Para Goffman (2001, p. 97), freqüentemente, nas instituições totais as festas adquirem essa insipidez:

> Uma instituição total talvez precise de cerimônias coletivas porque é algo mais do que uma organização formal; no entanto, suas cerimônias são muitas vezes "forçadas" e insípidas, talvez porque seja algo menos do que uma comunidade.

Parece estranho que uma instituição como um hospital psiquiátrico, sendo uma sociedade extremamente dividida, venha a permitir uma situação em que – como acontece nas festas – os papéis entre equipe dirigente e internos sejam momentânea, mas perigosamente trocados. O mesmo autor acima citado alerta para a função da festa (e demais cerimônias) dentro da dinâmica da instituição total e conclui que tais cerimônias, ao contrário do que possa parecer, funcionam justamente como uma espécie de reforço da autoridade: "Exprimir

rebeldia diante das autoridades, num momento em que é adequado fazê-lo, é trocar a conspiração pela expressão" (GOFFMAN, 2001, p. 97).

Como dizia, lembro-me das primeiras festas promovidas pelo CAPS de Porto Nacional. E, como também dizia, lembro das pequenas crises que nos assaltaram diante da organização do primeiro evento que deveria ser aberto a todas as pessoas da cidade. Discutiu-se, por duas semanas inteiras, a conveniência de se vender bebidas alcoólicas durante eventos como aqueles. Debates acalorados tomaram lugar na reunião de equipe e ao longo dos corredores da casa.

Uma boa parte da equipe era contra as bebidas alcoólicas por motivos diversos: desde o uso eleitoreiro que adversários políticos da gestão municipal poderiam fazer do fato, até a justificativa técnica de que - tendo pacientes dependentes de álcool no serviço - não era coerente que vendêssemos tais bebidas.

Havia uma outra parte da equipe, mais liberal, que pensava que, se nossos usuários não são internos (não estando, portanto, sob nossa tutela), se trabalhamos na construção de suas autonomias e se eles têm acesso a bebidas alcoólicas fora do serviço (nos diversos bares da cidade), não teria sentido a restrição ao álcool na festa.

Outra parte da equipe se posicionou de forma ainda mais interessante: "Se não vai ter álcool, eu não vou". Essas últimas pessoas se justificavam dizendo que tranqüilamente poderiam ir a uma festa e não beber, mas jamais iriam a uma festa onde fosse "proibido" beber. Completavam dizendo que uma festa dessas, necessariamente, seria chata.

Resolveu-se, por fim, juntamente com os usuários e depois de calorosos debates que se venderiam bebidas alcoólicas na ocasião. Só a título de informação, com a possível exceção de um ou outro funcionário, ninguém bebeu demais.

É muito interessante o momento da festa em um serviço territorial. Eu poderia comentar o quanto é terapêutica essa troca de papéis ou o quanto é importante, para o bom andamento de um tratamento que leva em conta a lógica do território, essa diluição da hierarquia que uma festa propicia (nenhuma relação com o que acima foi citado, referente às festas em um hospital psiquiátrico). Se assim o fizesse, eu estaria sendo agente de um movimento de enquadramento daquilo que, por essência, não deve ser enquadrado. Gostaria, contudo, de citar um eloqüente comentário de Melman (2001, p. 129) sobre as festas em um Centro de Atenção Psicossocial:

> Parece que as festas podem se constituir em dispositivos capazes de favorecer uma nova abertura "para fora". Uma abertura para "fora de si

> mesmo", para as múltiplas possibilidades existenciais que nos habitam. As pessoas experimentam sair de si, abrindo-se para a metamorfose. As festas desenvolvem zonas intensivas onde as identidades, mais ou menos endurecidas ficam perturbadas . É nesse instante que as pessoas podem arriscar ir além do que se é, para superar-se, para poderem ultrapassar a si mesmo. Festas geram incertezas, idéias desordenadas que esburacam certezas, verdades.

Um pouco mais adiante, o mesmo autor:

> Talvez a força desse tipo de acontecimento ajude a trazer à tona algo que estava encoberto pelo modo cotidiano e repetitivo das interrelações. As festas colocam em xeque valores, percepções, princípios, as divisões de papel, o lugar de cada pessoa no funcionamento das instituições (MELMAN, 2001, p. 129).

Prefiro dizer que acho boas as festas do CAPS porque elas são extremamente divertidas, não porque têm uma função dentro do tratamento. São boas porque eu consigo, como um bom cearense, dançar forró durante uma boa parte da noite sem me preocupar se minha parceira de dança tem ou não um diagnóstico – exatamente como acontece em qualquer festa. São boas porque se ri muito, contam-se histórias, conversa-se sem pretensão e etc. Nada mais que isso e exatamente isso tudo.

Diferentemente das festas, que aconteciam em datas especiais e apenas uma ou duas vezes ao ano, as oficinas terapêuticas aconteciam, como era de se supor, diária e regularmente. Como dito acima, sobre o funcionamento do CAPS de Porto Nacional, havia várias atividades, naquele serviço, desenvolvidas sob a forma de oficinas: fabricação de velas, bordado, horta, fabricação de cestas com jornal, pintura em tela e etc. Para os profissionais oficineiros, em geral, é difícil manter a oficina por muito tempo sem que a mesma caia em uma espécie de automatismo monótono, fazendo com que a atividade seja rejeitada pelos usuários ou, quando não rejeitada, exercida apenas como uma espécie de "obrigação". Talvez esse seja um dos grandes desafios de quem se propõe a trabalhar com essa espécie de atividade. Contudo, pelo menos uma experiência de oficina me foi relevante, durante os cinco anos em que estive trabalhando naquele Centro de Atenção Psicossocial. Esta experiência é assunto do próximo capítulo.

6. A OFICINA DE FOTOGRAFIA: UMA DISCUSSÃO SOBRE O OLHAR

Você quer vencer a guerra,
Eu quero ganhar a paz.
Você busca sempre mais.
Eu só quero o que é meu.
Você se acha europeu,
Eu sou dos canaviais.

(O rei e o palhaço; Antônio Nóbrega e Bráulio Tavares)

Durante os cinco anos em que estive trabalhando no CAPS de Porto Nacional, a oficina de fotografia me foi extremamente gratificante. Gostaria, pois, de relatá-la à parte. O que justifica o presente capítulo.

Antes de comentar sobre a oficina em si, é relevante que se faça um parêntese. Uma coisa que noto, no fazer da psiquiatria quando exercida sob o teto da lógica territorial e, conseqüentemente, engajada a pessoas, é a profunda capacidade que essa prática tem de modificar todas as pessoas envolvidas nesse fazer, incluindo os profissionais.

Embora apreciasse, desde muito, a imagem fotográfica como expressão humana, a oficina de fotografia realizada no CAPS de Porto Nacional mudou definitivamente a minha relação com a fotografia em si. A apreensão da realidade através da imagem fotográfica, mostrou-se a mim como uma potente forma de transformação do mundo e, depois da oficina que mencionei, decidi ingressar em um faculdade de fotografia.

Acredito que apenas uma prática que leva em conta as pessoas e, mais que isso, faz delas a sua própria razão de existir é capaz de nos tocar a ponto de nos fazer seguir caminhos antes não traçados. Agentes transformadores e pessoas transformadas em um só e único processo.

A oficina de fotografia nasceu da idéia de se propiciar aos usuários do CAPS de Porto Nacional uma possibilidade a mais de expressão. Abertas as inscrições para a atividade, recebi cerca de oito usuários interessados em participar dos encontros. Como eu não tinha em mente a forma exata de como se daria a oficina, as primeiras reuniões tinham como objetivo, sobretudo, decidirmos em conjunto como funcionariam nossos encontros.

Uma das primeiras coisas colocadas pelo grupo é que tínhamos que ter um objetivo e fazer com que a oficina não se transformasse em mais uma atividade que os usuários identificavam como aborrecidas e monótonas. Eles se referiam a oficinas, principalmente de trabalhos manuais, em que diziam não ver sentido em fazer “sempre a mesma coisa”. Enfim,

eles pediam por um resultado visível e que os livrasse da malha do discurso terapêutico das atividades oferecidas pelo CAPS. Por conta dessa demanda, logo nos primeiros encontros, ficou decidido que o objetivo da oficina seria, portanto, organizar, ao fim de seis meses, uma exposição fotográfica.

Resolvida a questão do objetivo da oficina, o próximo passo era decidir sobre a temática das imagens que iríamos expor e se, realmente, deveria definir-se *a priori* uma temática. Várias propostas surgiram: desde fotografias cujo tema seria de denúncia social até uma exposição sobre a arquitetura da cidade. Depois de idas e vindas, o grupo acatou a sugestão de um de seus membros, que se referia a relacionar as fotografias feitas com poemas de Mário Quintana. Aqui, deparávamos-nos com dois problemas muito básicos. O primeiro deles é que uma das participantes não era alfabetizada e o segundo era que quase ninguém havia ouvido falar, e muito menos lido, Mário Quintana.

A primeira das dificuldades foi resolvida de forma muito solidária pelo grupo. Com a aceitação da usuária que não era alfabetizada, um outro usuário ficou com a incumbência de ler os textos para ela. A segunda dificuldade foi resolvida com diversos encontros que tinham por finalidade a leitura sobre a vida e a obra do poeta.

Nessa fase da oficina, que levou de cinco a seis encontros, saímos em visita à biblioteca da cidade a fim de escolher textos que nos esclarecessem sobre o poeta gaúcho. Começou aí um mundo de descobertas que duraria todo o ciclo da oficina. Vários dos usuários jamais tinham ido à biblioteca da cidade e não tinham a menor noção de como ela funcionava. A apropriação do espaço urbano iniciou-se com essa peregrinação bibliográfica e foi se aprofundar ao longo das diversas saídas e caminhadas fotográficas realizadas posteriormente.

Terminadas as leituras, o grupo fez um convite a uma professora da Universidade Federal do Tocantins, mestre em Literatura Brasileira, para nos falar sobre o poeta. Inteirada do projeto da oficina, essa professora apostou na idéia, o que resultou em um interessante encontro, por assim dizer, da academia com o saber de nossos usuários. Relatando-me a experiência dessa "aula", a professora a que me referi fez uso da seguinte frase:

- É...Eles participaram muito mais que meus alunos da universidade.

Estávamos diante de um novo problema: apenas metade dos usuários já havia fotografado antes. Já que não encontramos na cidade nenhum fotógrafo para, voluntariamente, passar para os usuários alguns conhecimentos, ainda que rudimentares, de técnica fotográfica, decidi, junto com o enfermeiro do serviço, exercer esse papel. Mais quatro ou cinco encontros foram necessários.

A partir desse ponto, cada usuário escolhia em torno cinco poemas de Quintana, entre aqueles de que mais gostasse, e partíamos para a rua. A oficina, a partir daí, dava-se nas ruas da cidade e uma coisa que caracterizava tais encontros era o ambiente de companheirismo, brincadeiras e contação de "causos" que grassava no grupo. Quase esquecíamos, durante os encontros, o real objetivo que nós mesmos havíamos imposto no início do processo: fotografar para expor.

Terminados os seis meses de oficina, tínhamos material bastante para uma exposição e mais problemas surgiam. Como conseguir espaço para expor? Como conseguir os suportes para as fotos? Como fazer a divulgação? E etc.

Contatamos o SESC de Palmas. Aquela instituição nos forneceu os suportes necessários para as fotos, assim como nos enviou um funcionário de seu departamento de cultura para nos auxiliar na montagem da exposição. O coquetel para a abertura foi feito pela cozinha terapêutica do próprio CAPS e servido pelos usuários dessa oficina. Quanto ao espaço de exposição, conseguimos o salão do centro cultural da cidade. A divulgação ficou por conta das rádios da cidade e do "boca-a-boca".

Problemas resolvidos, marcamos hora e data da exposição, enviamos convites e convidamos, para falar no dia da abertura, um professor de literatura da Universidade Federal do Tocantins, Livre Docente pela UNESP e amante de cinema.

Como esse evento saiu na mídia impressa e na televisão, os usuários ficaram extremamente ansiosos mas, ainda assim, alguns decidiram falar, durante a abertura. Contaram sobre suas experiências com a fotografia, sobre sua história de vida e sobre a história da oficina de que participavam. Foi uma noite, enfim, muito emocionante

Bem, as fotos estiveram expostas por três dias no centro cultural da cidade e, em seguida, foram levadas para a Secretaria de Estado da Saúde, em Palmas. Alguns usuários foram entrevistados pelo Canal Saúde e tiveram suas fotos veiculadas em nível nacional.

Após essa exposição, que foi batizada pelo grupo de *Olhares e Quintanares,* os usuários solicitaram a continuidade da oficina em questão. Hoje, o CAPS dispõe de duas máquinas profissionais analógicas doadas por pessoas da cidade; outras duas máquinas profissionais, também doadas, aguardando conserto; um laboratório fotográfico, com ampliador em preto e branco (P&B), doado por uma ONG de Porto Nacional; e diversos outros pequenos acessórios necessários para a revelação de fotos P&B (termômetros, bandejas, tanques de revelação e etc).

Dessa forma e por causa da colaboração de diversas pessoas daquela cidade, presentemente, o CAPS é capaz de revelar suas próprias fotografias em preto e branco, o que

se configurou como mais uma atividade a ser desenvolvida como oficina. Do laboratório, saíram, além das revelações fotográficas de praxe, vários outros trabalhos interessantíssimos sob a forma de fotogramas[4], usados em outras oficinas de expressão artística. O sucesso da oficina parece evidente não só pelo cumprimento de seu objetivo inicial, ou pela penetração que acabou vindo a ter naquele território, mas sobretudo quando consideramos o número de usuários que a procuram e por ela se interessam.

Às vezes, pergunto-me o que faz com que os usuários se interessem em especial por essa ou aquela oficina. Essa dúvida nasce, muito provavelmente, da pouca formação que os psiquiatras têm para trabalhar com grupos (e é bem possível que essa não seja uma falha apenas da formação de psiquiatras).

Sem querer diminuir de forma alguma a necessidade da orientação terapêutica das diversas oficinas de um Centro de Atenção Psicossocial, acho que, em geral, diminuímos o poder transformador que pode ter a convivência saudável entre as pessoas. Tão importante quanto a produção das imagens, a exposição do resultado dos encontros e as descobertas propiciadas pelas leituras feitas, a oficina de fotografia propiciou uma convivência extremamente agradável entre as pessoas que dela participaram. As saídas fotográficas eram recheadas de risos, histórias e acontecimentos inusitados que acabaram por ficar na memória dos integrantes da oficina. Talvez isso tenha sido a grande diferença para a avaliação positiva que, atualmente, os usuários fazem daquele período.

É algo incômodo falar sobre isso, pois pode soar como uma tentativa de se diminuir a importância da clínica no atendimento psicossocial aos usuários de saúde mental. Contudo, longe de ter essa intenção, apenas gosto de pensar que – talvez por menos técnico e por mais dependente de uma habilidade que não se vincula ao saber acadêmico – tendemos a menosprezar o poder do encontro.

Parece não ser outra a percepção que Lobosque (2001, p. 100) tem das oficinas:

> Todavia [...] há uma dimensão da prática das oficinas em que se trata de tomá-las, muito simplesmente, como uma atividade coletiva, que remete seus participantes, através da produção, à convivência com o social.[...] Há fazeres pensantes – por isto vivos e belos – que não podem, como também não necessitam, inscrever-se no registro da teoria. A arte ilustra isto muito bem – não apenas a arte dos gênios, dos grandes nomes, mas a arte nossa de cada dia, de convívio e trabalho, de vida e dom.

[4] Fotogramas, na definição de Philippe Dubois (1993), são "fotografias obtidas sem aparelho fotográfico, por uma simples ação da luz: no quarto escuro, colocam-se objetos opacos ou translúcidos diretamente sobre o papel sensível, expõe-se o conjunto assim composto a um raio luminoso e revela-se o resultado" (Dubois, 1993, p. 70).

Apesar de me negar a enquadrar as oficinas em geral em algum arcabouço teórico que não a comporte, gostaria de uma última reflexão especificamente sobre a fotografia. Será uma espécie de devaneio que, ao fim, comportará uma proposição.

É possível que não haja ação que materialize com mais eficácia o ato de olhar do que o próprio ato de fotografar. As associações da câmara fotográfica com o próprio olho humano (com pálpebras/obturadores, pupilas/diafragmas, retinas/películas) são uma expressão disso, mas não são a única. Flusser (2002, p. 21) nos remete à comparação da máquina fotográfica ao olho:

> Instrumentos são prolongamentos de órgãos do corpo: dentes, dedos, braços, mãos prolongados. Por serem prolongamentos, alcançam mais longe e fundo a natureza, são mais poderosos e eficientes. Os instrumentos simulam o órgão que prolongam: a enxada, o dente; a flecha, o dedo; o martelo, o punho. São "empíricos". Graças à revolução industrial, passam a recorrer a teorias científicas no curso da sua simulação de órgãos. Passam a ser "técnicos". Tornam-se, destarte, ainda mais poderosos, mas também maiores e mais caros, produzindo obras mais baratas e mais numerosas. Passam a chamar-se "máquinas". Será então, o aparelho fotográfico máquina por simular o olho e recorrer a teorias óticas e químicas, ao fazê-lo?.

Se, por um lado, a tomada fotográfica encarna o próprio ato de olhar, por outro, a fotografia não encarna um olhar qualquer. O olhar fotográfico é um olhar muitíssimo especial. Um olhar que tem suas características muito próprias tanto no ato de leitura de uma dada foto como, principalmente, no próprio ato de tomada da foto, ou seja, no momento do disparo.

Ainda para o mesmo autor (FLUSSER, 2002), as imagens podem ser divididas em imagens técnicas (as que são produzidas por aparelhos, p. e.: a fotografia) e as imagens tradicionais (as que não necessitam de aparelhos para sua produção, p. e.: a pintura). A descrição da imagem técnica de Flusser (2002, p. 13) nos é cara:

> Trata-se de imagem produzida por aparelhos. Aparelhos são produtos da técnica que, por sua vez, é texto científico aplicado. Imagens técnicas são, portanto, produtos indiretos de textos – o que lhes confere posição histórica e ontológica diferente das imagens tradicionais.[...] Historicamente, as imagens tradicionais são pré-históricas; as imagens técnicas são pós-históricas. Ontologicamente, as imagens tradicionais imaginam o mundo; as imagens técnicas imaginam textos que concebem imagens que imaginam o mundo. Essa condição das imagens técnicas é decisiva para seu deciframento.

Ainda para Flusser (2002), diante de uma imagem técnica como a fotografia, somos remetidos, mesmo que equivocadamente, a uma espécie de "janela para o mundo" e não nos

comportamos como se estivéssemos diante de uma imagem tradicional (por exemplo: a pintura). Isso se dá, segundo o autor, pela impressão equivocada de que a fotografia seria, pura e simplesmente, um espelho do mundo real.

> O caráter aparentemente não-simbólico, objetivo, das imagens técnicas faz com que seu observador as olhe como se fossem janelas, e não imagens. O observador confia nas imagens técnicas tanto quanto confia em seus próprios olhos. Quando critica as imagens técnicas (se é que as critica), não o faz enquanto imagens, mas enquanto visões de mundo (FLUSSER, 2002, p. 14).

Contudo, é ao momento do disparo que gostaria de me reportar. Para Dubois (2002), considerando a trilogia sígnica peirciana símbolo/ícone/índice, a fotografia se incluiria no que se pode designar de signo índice. O índice, para Peirce (apud DUBOIS, 2002), é a espécie de signo que guarda uma relação factual, real e material com o seu referente. Assim, dentro dessa lógica, teríamos outros exemplos de signos-índice: uma pegada na areia indicando a passagem de alguém, a fumaça indicando o fogo, as nuvens carregadas indicando chuva e etc.

Considerando que a imagem fotográfica é tão somente a emanação de luz de um corpo que veio a sensibilizar uma película, a única coisa que podemos afirmar com certeza sobre a fotografia, dentro da lógica indicial, é que o objeto fotografado realmente existiu e estava, naquele momento específico, a irradiar seu quinhão de luz. Sobre sua existência atual, nada se pode dizer, já que a fotografia se remete sempre e necessariamente a um tempo pretérito.

> Ver, ver, ver – algo que necessariamente esteve ali (um dia, em algum lugar), que está tanto mais presente imaginariamente quanto se sabe que atualmente desapareceu de fato – e jamais poder tocar, pegar, abraçar, manipular essa própria coisa, definitivamente desvanecida, substituída para sempre por algo metonímico, um simples traço de papel que faz as vezes de única lembrança *palpável.* Frustração ainda mais forte porque o substituto indiciário, ao mesmo tempo que assina a ausência efetiva do referente, se concede, como representação, como um objeto concreto, material, dotado de uma consciência física real (todo o *fetichismo* da imagem fotográfica vem dessa dupla postura: a foto como objeto pode ser tocada, enquadrada, colecionada, encerrada, queimada, rasgada, abraçada, justamente quando nos mostra apenas a ausência). Em fotografia, há sempre apenas uma imagem, separada, tremendo em sua solidão, obsedada por essa intimidade que num instante teve com um real para sempre desaparecido. É essa *obsessão*, feita de distância na proximidade, de auisência na presença, de imaginário no real que nos faz amar as fotografias e lhes proporciona toda a sua *aura: única aparição de um longínquo, por mais próximo que esteja.* (DUBOIS, 2002, p. 313 – 314, grifos do autor).

Preso para sempre no passado, o objeto fotografado se transforma em uma espécie de estátua inerte que nos faz rememorar o que se foi, dando testemunho de que a fotografia é, antes de tudo, um ofício mortuário. Para Dubois (2002), o olhar do fotógrafo reinaugura o mito de Medusa.

Segundo a mitologia grega, Medusa era irmã de Euríale e Esteno. As três eram Górgonas, filhas de divindades marinhas, sendo que as duas últimas, ao contrário de Medusa, eram imortais. Medusa, antes de ser castigada, era linda, resplandecente e sedutora, além de ter cabelos belíssimos. Quando Medusa seduziu Poseidon, teve de se ver com a fúria enciumada de Atena. Dessa forma, motivada pelo ciúme, Atena transformou a Górgona em uma figura monstruosa. Medusa teve seus cabelos transformados em um ninho de serpentes, assim como foi amaldiçoada: dali em diante, todo ser vivo sobre o qual Medusa deitasse seu olhar seria imediatamente transformado em uma estátua de pedra.

Outra interessante associação é a que comumente se faz entre o fotógrafo e o caçador - associação que reforça a relação da fotografia com a morte:

> Quem observar os movimentos de um fotógrafo munido de aparelho (ou de um aparelho munido de fotógrafo) estará observando movimento de caça. O antiqüíssimo gesto do caçador paleolítico que persegue a caça na tundra. Com a diferença de que o fotógrafo não se movimenta em pradaria aberta, mas na floresta densa da cultura (FLUSSER, 2002, p. 29).

Dito o que está acima posto, mais uma observação sobre o olhar. Foucault (1987) nos fala sobre o importante papel que o olhar veio a assumir dentro da sociedade disciplinar, a partir do século XIX. Um olhar vigilante e normatizador, a partir de então, debruça-se sobre o tecido social de forma nunca antes concebida. Tudo está sujeito à observação minuciosa, detalhista e o olhar alcança aí seu apogeu. É o Panóptico de Bentham - concebido inicialmente, nas palavras de seu próprio criador, como uma "casa de inspeção" aplicável aos mais diversos estabelecimentos (presídios, fábricas, escolas, asilos e etc.) - sendo levado a suas últimas conseqüências. É dessa forma que Bentham (2000, p. 17)), filósofo inglês, idealizador do Panóptico, descreve essa perfeita "máquina de ver":

> É óbvio que [...] quanto mais constantemente as pessoas a serem inspecionadas estiverem sob a vista das pessoas que devem inspecioná-las, mais perfeitamente o propósito do estabelecimento terá sido alcançado. A perfeição ideal, se esse fosse o objetivo, exigiria que cada pessoa estivesse realmente nessa condição, durante cada momento do tempo. Sendo isso impossível, a próxima coisa a ser desejada é que, em todo momento, ao ver

> razão para acreditar nisso e ao não ver a possibilidade contrária, ele deveria *pensar* que está nessa condição.

Esse primado da visão não escapou, como era de se esperar, à medicina, que deitava seu olhar tanto no cotidiano social como, principalmente a partir do século XIX, apoiada pela anatomia patológica, espraiava seus olhos sobre o corpo inerte do paciente, vivo ou morto (Foucault, 2003). Assim, a seu jeito, a medicina vai revisitar o acima citado olhar de Medusa.

Ora, com construção dos diversos atores sociais (velhos, crianças, mulheres, prostitutas e etc.) propiciada, segundo Luz (2004), por esse movimento esquadrinhador do espaço social, é possível que o louco, como um desses atores, tenha sido a vítima preferencial do olhar médico. Dessa maneira, a insanidade era delegada ao lugar de erro e morte, sendo o louco alijado, assim, de sua verdade e de sua própria vida. Passando a ocupar o lugar de desviante, objeto a ser excluído do mundo da razão, o louco transforma-se em estátua patética vítima do terrível olhar da psiquiatria.

Voltando à oficina de fotografia, temos a seguinte situação: pessoas anteriormente vítimas de um olhar paralisante (que refletem tal olhar no próprio conjunto de sintomas: pensamentos paranóides, por exemplo), através de uma espécie de bruxaria (que envolve pozinhos, pitadas de luz, aparelhos, laboratórios e etc.) passam, repentinamente, a compartilhar desse fantástico poder de paralisante e mortal do olhar de que antes foi vítima. Como dito bem no começo desse devaneios, não é uma tentativa de explicação sobre o sucesso da oficina de fotografia, mas, ao que parece, a fotografia veio como que para vingar os loucos, premiando-os com uma visão de Górgona.

É difícil prever a implicação que essa suposta "apropriação do olhar" teria em pessoas antes privadas de qualquer forma de poder, incluindo o poder que diz respeito a suas próprias vidas e a seus próprios corpos. Contudo, hoje pensando sobre a trajetória da oficina de fotografia ocorrida naquele Centro de Atenção Psicossocial, arrisco-me a dizer que a perspectiva acima citada - a de que a fotografia, de alguma forma, recupera o poder do olhar e que, dessa maneira, propicia uma certa apropriação do mundo – atravessou todas as atividades desenvolvidas durante aquela oficina.

Atividades como narrar o próprio dia, inventariar problemas ambientais de seu bairro, descrever a própria casa, auto-retratar-se e etc. – sempre através de imagens fotográficas – a meu ver, propiciaram essa tomada de consciência de coisas que antes passavam ao largo da vida daqueles usuários.

Todas as atividades propostas eram seguidas de discussões sobre as imagens produzidas. Ora era um usuário que se sentia enraivecido pela sujeira de sua rua e retratava-a, ora era outro que se revoltava com as filas de espera para uma consulta médica no posto de saúde próximo a sua casa e resolvia fazer algumas fotos daquele serviço de saúde; ora era um participante que narrava seu dia através de imagens e, durante a exposição delas, dava-se conta da monotonia de seu cotidiano; ora era um outro que decidia fotografar uma festa de sua família.

Entre todas as atividades propostas, uma das mais interessantes eram os auto-retratos. Consoante com a idéia de que a pose para o retrato é, sobretudo, a imagem que se quer passar de si mesmo para os outros (BARTHES, 1984), os auto-retratos propiciam, além de uma discussão sobre a máscara que se opta por vestir diante do mundo, o divertido jogo de ser caça e caçador, presa e predador, vítima e algoz de si mesmo a um só tempo e através de um rapidíssimo disparo. O jogo de posar para o mundo e, ao mesmo tempo, posar para si mesmo propicia a construção de uma personagem que não pode ser tão verdadeira a ponto de expor o ator por trás da máscara e não tão fantasiosa a ponto de transformar a máscara em uma pura e simples mentira, na qual o próprio fotografado/fotógrafo não acredite.

Enfim, como antes dizia, é difícil saber que implicação exata tudo isso teria em uma situação em que não se pode perder de vista o plano terapêutico das pessoas que participam de uma atividade como a acima citada. Contudo, é de novos caminhos e invenções, é de sonhos e sustos, é de riscos e transgressões que se constrói o caminho da liberdade, na psiquiatria ou em qualquer outro campo.

7. A GUISA DE CONCLUSÃO

Você vem com a força bruta,
Eu vou com a ginga mansa.
Você vem erguendo a lança,
E eu erguendo a batuta.
Você me traz a cicuta,
Eu lhe dou chá de limão.
Você diz que é capitão,
Eu só sou um mensageiro.
Você é um brigadeiro,
Eu sou só um folgazão.

(O rei e o palhaço; Antônio Nóbrega e Bráulio Tavares)

Concluir um trabalho acadêmico desta espécie é sempre um trabalho sisifino, uma tarefa tão móvel quanto o próprio objeto de que se ocupa o presente texto. Ora se chega a essa conclusão, ora se chega a uma outra; ora se quer ressaltar isso, ora se acha aquilo de importância maior, enfim, concluir é tão temporário que seria o caso de se questionar o real valor de algumas conclusões.

Ao que me parece, é uma exigência acadêmica que se faça alguma coisa que se assemelhe a uma conclusão, mesmo que se admita que tal conclusão seja apenas temporária, precária em sua continuidade no tempo. A academia tem razões que a própria razão...

Mas há um outro lado ainda mais cruel sobre a conclusão. Nós, seres finitos que somos, ao que parece, temos uma necessidade qualquer, muito íntima, de ver a maioria das coisas que começamos de alguma forma acabadas. É como se transferíssemos nossa própria finitude para as empreitadas às quais nos lançamos. Estranho modo de conceber o mundo! Assim, concluir, parece-me, é uma necessidade estética do homem tão premente, que a exigência acadêmica se transforma em mera coadjuvante.

Concluir, enfim, é um trabalho de tecelão. Mesmo nas situações em que, com maestria, conseguiu-se urdir o tecido, sempre ficam pontas de fio, um ou outro nó de que não se agrada, uma ou outra região da trama que poderia ter sido mais tensionada, um delicado fio que se rompeu. O tecelão, na ingrata tarefa de deixar o tecido perfeito, corta pontas, refaz nós, tensiona aqui e ali a trama de sua obra e nota que só atingirá a perfeição se refizer seu trabalho. Às vezes, durante os consertos, pensa que poderia ter usado um fio mais suave, uma costura de outra cor, outro tear. Já é tarde... Contudo, o tecelão não desiste e vai dormir pensando no que poderá fazer no dia seguinte. Sonha com perfeições, com teares fantásticos, com linhas etéreas e, nesse sonho maravilhoso, convence-se de que sua obra só será completa

se alcançar a perfeição e a simplicidade de um único ponto. Um ponto de costura que, conceitualmente, costurasse por inteiro e, ao mesmo tempo, em sua singeleza, fosse a própria síntese de seu trabalho. Sísifo do tear, no dia seguinte acorda e recomeça, em vão, sua busca.

Para efeitos da linguagem escrita, eu diria que esse maravilhoso ponto-síntese seria, talvez, o último ponto; o ponto final. Para quem tece conceitos, o ponto final é, possivelmente, o lugar ideal de junção e articulação dos fios que se romperam ou sobraram ao longo da urdidura do texto. É para lá que, idealmente, devem convergir todos os fios/conceitos da trama tecida ao longo do trabalho. É neste sentido, que me proponho a concluir: sabendo, de antemão, que me faltará habilidade e que, ao fim do trabalho, ficar-me-á a impressão de dever recomeçá-lo.

É importante que se faça, aqui, uma ressalva em relação ao que foi abordado ao longo deste trabalho e dos comentários que se seguem nesta parte do texto. Um profissional da Atenção Psicossocial, principalmente se ele não for um médico, não deixará de notar, ao ler este texto, que durante todo o seu percurso eu privilegiei basicamente apenas uma disciplina – a medicina. Tal leitor poderia se sentir tentado a julgar meu texto como mais um texto em que se privilegia a uniprofissionalidade, algo que se afasta muito da proposta psicossocial. Lembro que é sobre a medicina e, principalmente, sobre a psiquiatria que me propus debruçar, por achar que uma visão mais ampla e questionamentos mais aprofundados sobre as diversas disciplinas do campo da Atenção Psicossocial – apesar de extremamente necessários e importantes - estão além de minhas possibilidades no momento. Dessa forma, falo basicamente da medicina e da psiquiatria apenas, por uma questão de delimitação de objeto e não por uma negação das outras disciplinas.

Ao longo do trabalho presente, tentei demonstrar, a partir das obras de Birman (1978), Foucault (1978), Luz (2004) entre outros, que a medicina como um todo e em especial a psiquiatria, em seu discurso mais originário, apresenta-se moralizante e normativa. Como vimos, para Luz (2004), a imensa preocupação que a medicina irá ter com a normatização dos interstícios da sociedade – de forma a regulamentar usos, costumes, nascimentos, casamentos, mortes e etc. – principalmente a partir dos séculos XVIII e XIX, irá transformá-la em uma disciplina tão ou mais social do que a própria sociologia. No caso da psiquiatria, vemos que seu discurso originário descende do próprio hospital psiquiátrico, instituição por excelência a serviço da normatização.

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

anatomopatologia à antropometria, da antropometria à bioquímica ou à genética, sem contudo, haver uma diferença de ordem conceitual entre eles. Temos hoje, pois, uma psiquiatria que se diz de ponta mas que, conceitualmente, em nada acrescenta à disciplina desde seu berço.

O debate entre a normatização e a lesão do corpo, remontam, como vimos em Birman (1978), à própria dicotomia entre a escola somaticista e a escola psicologicista que, muito fortemente, persistem até hoje. Conseqüentemente, vemos o discurso psiquiátrico adquirir uma posição, desde sua origem, completamente ambígua. Imobilizada em sua função normativa e sonhando com sua entrada no reino da medicina, a psiquiatria e o profissional que a exerce se vê, boa parte das vezes, acuado entre a alma e o corpo, entre a moral e a biologia.

Acho que, nesse momento, não conseguirei me esquivar de responder à pergunta que dá título a esse trabalho: E psiquiatra é médico? Resposta: sim e não. A depender do lugar que se fala, uma e outra resposta estão certas.

A partir da perspectiva moralizante e normativa, a resposta é um altissonante e rotundo "sim". Afinal, para Luz (2004), mais que ao corpo, a medicina – e não só a psiquiatria – refere-se à norma. Por outro lado, a partir da perspectiva somática, baseada seja na anatomopatologia, na antropometria, na bioquímica ou na genética a resposta é um igualmente sonoro "não". A mudez do corpo mentalmente adoecido, apesar de todas as tentativas da psiquiatria dita biológica, permite-nos assim nos expressar. Contudo, para que eu não seja vítima do discurso, conhecido há 200 anos, de que essa dita mudez se deve a uma limitação da própria ciência, não sendo o bastante para se comprovar a ausência desse "corpo adoecido", aceito modificar, temporariamente, minha última resposta para "ainda não", embora note que o "não" se adequaria muito bem a toda a história da psiquiatria, como foi visto ao longo do trabalho.

Note-se que, se aqui parássemos, a situação da psiquiatria e dos psiquiatras seria, quando muito, delicada. Entre a biologia que nada fala e a normatização, nasce a figura renegadora do psiquiatra. Contudo, parece haver algo mais além desse ponto.

Continuando a difícil tarefa de tecelão, volto a tentar dar conta dos fios conceituais que me escaparam. Vimos com Amarante (1998) que, apesar do nascimento asilar da psiquiatria, as críticas a seu modelo de assistência nasceram muito cedo, quase juntamente com o próprio hospital psiquiátrico. Contudo, foi só a partir da Segunda Guerra Mundial que tais críticas se transformaram em práticas que tentaram reformar ou mesmo negar o modelo psiquiátrico. É no bojo de tais críticas que nasce a psiquiatria de orientação psicossocial, como hoje a conhecemos.

Vimos, ao longo do texto, a diferença conceitual entre o que eu chamo propriamente de psiquiatria territorial ou psiquiatria psicossocial e uma outra psiquiatria, também de orientação comunitária, mais especificamente conhecida como psiquiatria preventiva.

No que diz respeito à psiquiatria de orientação psicossocial, uma pergunta que pode ser extraída do texto como um todo é a seguinte: Considerando o nascimento da psiquiatria (asilar, normativa e etc), há lugar para o psiquiatra nessa nova forma de atenção? Essa resposta, antes de ser dada, merece outras considerações.

A psiquiatria engajada à visão de território, ao contrário da psiquiatria tradicional, como vimos, é algo muitíssimo novo no mundo e, particularmente, no Brasil. É de se esperar que muitas questões que tangem a atenção territorial ainda estejam por serem respondidas. Contudo, pelo menos duas características gerais dessa lógica podem ser destacadas e terão impacto sobre a forma de se exercer a psiquiatria. Primeiro: em geral, a psiquiatria territorial, na atual realidade brasileira, é exercida em pequenas cidades. Segundo: o hospital psiquiátrico não é uma realidade, em geral, a se considerar nesse contexto. Dito isso, temos, como visto ao longo do trabalho, um grande problema: a psiquiatria nasceu urbana e, quase sempre, é aprendida em grandes centros vinculados a hospitais psiquiátricos.

Diante dessa realidade, o que tentei mostrar ao longo de todo o trabalho foi que embora não tenha um corpo teórico-clínico rígido, a psiquiatria de orientação psicossocial preza por não tê-lo já que, ao contrário da psiquiatria tradicional, sua ação se dá, guardados os princípios psicossociais, a partir da realidade de cada território. Daí, a opção feita no trabalho de se tecerem comentários a partir de casos concretos ocorridos em minha prática profissional. Tentei demonstrar, ainda que a psiquiatria tradicional, apesar da objetividade e da universalidade a que almeja, está muito longe de dar conta adequadamente da realidade do território. Diversas situações evidenciam que, na realidade territorial, a psiquiatria tradicional, chamada a se colocar, responderia de forma, no mínimo, desastrosa.

Tentando se desvencilhar da psiquiatria tradicional em que foi formado - e que pouco lhe serve - e procurando novos caminhos para as diversas situações, o psiquiatra que vivencia seu cotidiano profissional a partir da lógica psicossocial acaba por ter de inventar, criar e transformar. Dessa forma, em contraposição ao psiquiatra que renega, nasce o psiquiatra liberto.

Retomo a pergunta feita acima, que diz respeito ao lugar da psiquiatria na Atenção Psicossocial. A resposta, como se pode apreender do texto do trabalho, é que há, definitivamente, um lugar no território para o psiquiatra liberto e, com mesma ênfase respondo, não o há para o renegador.

Mas nesse ponto, temos que retomar, por uma questão de lógica argumentativa, à pergunta inicial (E psiquiatra é médico?), visto que tentamos respondê-la a partir da situação do psiquiatra que se vê preso às malhas do discurso psiquiátrico. Para relembrar, as respostas foram: "sim", para a perspectiva normativa e "não" ou "ainda não", para a perspectiva somática. E quanto ao psiquiatra da realidade psicossocial? O que se poderia dizer a respeito?

Antes, devemos avaliar a pergunta. Não é difícil ver aí, embutida em seu sentido e escondida em suas nuances, um aspecto rançoso da lógica da hegemonia médica. Nesse sentido, é como se a pergunta fosse melhor feita nos seguintes termos: E psiquiatra *chega* a ser médico? Para esse novo personagem, o psiquiatra da Atenção Psicossocial, essa pergunta se perde no vazio e não o mobiliza a uma resposta.

Diante de outras coisas a conquistar além de um título, diante da complexidade das relações territoriais e diante de sua tranqüila percepção de insuficiência frente àquele que sofre mentalmente, responderia o psiquiatra liberto - se o mesmo tivesse paciência de fazê-lo: "Não sei e isso me é indiferente".

Contudo, longe do sentido capcioso que tal pergunta pode esconder, talvez haja um outro que mereça ser esmiuçado. Diante do poder que socialmente se atribui ao discurso do médico, diante da hegemonia espúria mas real que se assenta sobre esse saber, interessaria sim saber se aquele psiquiatra que exerce sua atividade afinado com os cânones da Atenção Psicossocial deve se perceber como médico ou se a ele deve ser atribuída tal qualificação.

Argumentar, ainda que de forma acadêmica, é fazer opções. Entre tantos caminhos a seguir, entre tantas escolhas, finalmente opto por acreditar, de forma cabal e contundente, que o psiquiatra liberto, aquele que se vê inserido no território, sim, é médico. Acredito que essa decisão está para além de um simples caminho e se configura, na verdade, como uma postura ética diante da citada questão.

É importante, contudo, uma ressalva. Forjado, como vimos no decorrer do trabalho, no campo da normatização por um lado e no campo do somático pelo outro, o conceito "médico" muito dificilmente se enquadraria na proposta da Atenção Psicossocial. Dessa forma, usar o conceito de médico para a realidade territorial, que em muito se distancia da normatização e do somático, é fazer uma importação do conceito e elaborar uma espécie de tradução, é construir uma proposição metafórica.

Com o surgimento da necessidade de um pensamento transdisciplinar, a tradução de conceitos e sua aplicação a diferentes campos lingüísticos têm sido um desafio para a ciência mais avançada. Traduzir um conceito não é uma atividade ingênua ou inócua e tem efeitos

tanto no campo de origem do conceito como no campo para onde ele migrará. Para Brandão (2005, p. 41):

> A traduzibilidade de um conceito significa submetê-lo a uma operação de passagem de um ambiente lingüístico a outro, conduzi-lo para outro campo, dotá-lo de um sentido novo que não o original, elevá-lo a uma significação mais premente e explorar sua eficácia fora do âmbito de sua gênese, conferir-lhe figuração, visibilidade, espetacularidade, penetração e divulgação para um outro público.

Dessa forma, em contextos diferentes, os conceitos se descolam de seus significantes de forma que apresentam novos significados, de maneira que se mostram melhor e vêm à luz. Para o mesmo autor, nesse processo de tradução entre diferentes campos da língua, a metáfora parece ser um método privilegiado, na medida em que se afasta da sinonímia e da simbologia, processos que, enrijecendo os sentidos, nada acrescentam aos conceitos em sua aventura migratória. Ainda para ele, a metáfora é o único processo que permitiria uma espécie de ampliação do sentido e um enriquecimento dos conceitos. Enfim, a metáfora seria o único processo que, permitindo essa migração, propiciaria uma nova impressão sobre velhos conceitos. Assim se expressa o autor:

> O sinônimo substitui algo com o qual se pretende uma total semelhança. A metáfora aproxima dois entes dando a ver tanto a sua semelhança quanto a sua diferença: ela interpreta e modifica algo, como na tradução, não recobrindo-o inteiramente, mas conferindo-lhe um acréscimo de ser ou um novo atributo, antes oculto. A metáfora também não é símbolo, pois este "representa" totalmente uma coisa em virtude de sua correspondência com ela, enquanto que na relação metafórica enfatizamos um traço de similaridade que "seleciona" e "revela" um aspecto de alguma coisa (BRANDÃO, 2005, p. 46).

A metáfora guarda, em si, uma característica que será muito relevante para a argumentação aqui tecida. Para Mari (2005), todo enunciado metafórico é, necessariamente, um enunciado falso. Quando se diz de uma pessoa que ela é uma cobra, quando se está querendo dizer que ela é má, isso só pode ser entendido de forma metafórica já que, antes de tudo, uma pessoa não pode ser uma cobra. Uma outra característica da metáfora, ainda para o mesmo autor, é que ela só poderá adquirir um estatuto de verdade a partir do uso do que ele chama de um "ajuste metafórico". Para retornar ao enunciado acima: é através da escolha de uma certa característica que se atribui às cobras – a maldade – que posso entender que uma pessoa possa ser chamada de cobra.

Assim, entre todas as características de uma cobra (ser um animal, não ter pés, rastejar, ser de sangue frio, ser um réptil, alimentar-se de pequenos animais, ter um corpo esguio e etc.) eu escolho uma delas para dar sentido a meu enunciado que, de outra forma, seria falso.

Voltando ao trabalho, vimos que o conceito daquilo que é médico foi historicamente, construído a partir de uma perspectiva, ora de normatização, ora baseada no aspecto somático. Contudo, acredito que, embora não predominantes, existem outras características, outras qualidades que podem caracterizar aquilo ou aquele que é médico. Acredito ainda que tais atributos não nos devem passar despercebidos.

Embora Luz (2004) nos alerte, como já comentado neste trabalho, que os conceitos de vida e de saúde se tornaram etéreos demais, metafísicos demais para o modelo médico hegemônico, não podemos esquecer que ainda há, de certa forma, aderido ao conceito de médico esta dimensão que nos remete à vida, ao indivíduo (e não à doença), ao cuidado e à saúde, talvez encarnados modernamente, como salienta a autora citada, pela homeopatia e por outras medicinas ditas alternativas. Dessa forma, é escolhendo este aspecto específico do médico – isto é, um cuidador – e apenas sob uma perspectiva metafórica, que podemos afirmar que o psiquiatra liberto é definitivamente um médico.

Seria o caso de se questionar se tal apego ao conceito de médico não seria, visto o que se discutiu acima, uma espécie camuflada daquele tão falado apego ao poder constantemente ameaçado pelo exercício da psiquiatria. E se assim não for, por que não formular um outro conceito para designar o psiquiatra que desenvolve suas ações na comunidade?

Dois são os motivos pelo qual me apego ao conceito de médico e proponho esse "ajuste metafórico" antes falado. O primeiro deles está de acordo com o princípio que Mari (2005) chama de principio de economia. Segundo o autor, naturalmente, há uma tendência em nós, seres lingüísticos, a importarmos conceitos anteriormente difundidos, mesmo que seus sentidos sejam modificados durante seu translado. Para Mari (2005, p. 103-104):

> [...] parece ser preferível potencializar um conceito, permitindo que ele opere em circunstâncias aproximativas, ainda que os campos de aplicação guardem apenas semelhanças, do que criar um novo conceito, uma nova denominação para operações similares. Essa potencialização, além de materializar uma economia nas denominações, pode tornar a circulação do conceito mais rápida e eficaz [...].

Contudo, há um segundo motivo pelo qual insisto em chamar de médico aquele psiquiatra da Atenção Psicossocial. Importar este conceito para o campo da Atenção Psicossocial, desde que a partir de uma perspectiva conotativa e negando a denotação, assim

como acontece em outras situações metafóricas, é um procedimento que enriquece o próprio conceito de médico. Se há riscos em chamar de médico aquele que se nega à normatividade e se afasta da visão somática, há muitos benefícios potenciais em se usar esse termo já que, retroativamente, a metáfora tem o potencial de modificar o conceito como ele é empregado em sua acepção inicial. Dessa forma, decidir pelo enunciado metafórico é assumir a postura de quem acredita no surgimento de novos sentidos para o termo em questão. Sentidos que ultrapassem o corpo e a norma e que sigam em direção ao cuidado, à vida e à saúde.

Falar sobre cuidado comporta riscos. Poder-se-ia argumentar, e com definitiva propriedade, que mesmo o hospital psiquiátrico mais tradicional e asilar, a sua maneira e dentro de sua lógica, promove ações de cuidado. Dessa forma, precisamos fazer algumas observações sobre o cuidado a que me refiro.

A ação de cuidado em saúde é fundamentalmente, para Merhy (2007), um ato de tutela outorgada.

O autor faz a diferenciação entre tutela outorgada e tutela conquistada. Enquanto a primeira seria uma ação vertical e unidirecional sobre determinados sujeitos, a segunda seria também uma ação vertical, mas que contemplaria as conquistas históricas e cotidianas desses mesmos sujeitos. O autor comentando a importância e legitimidade, em algumas situações, da outorga de tutela, diferencia entretanto – dentro de cada uma dessas formas – um agir castrador de um agir libertador ou autonomizador.

Sobre os processos tutelares castradores, o autor nos fala:

> Aqueles processos tutelares que implicam em uma expropriação dos "autocaminhares" dos diferentes indivíduos ou grupos, na sua dimensão enquanto uma "máquina" desejante, são para mim, independentemente da outorga ou da conquista, castradoras dos desejos e de seus movimentos em produzir percursos que invistam no mundo, para torná-lo e tomá-lo em parte como seu (MERHY, 2007, p. 28).

Já, sobre a tutela autonomizadora, diz-nos:

> A tutela autonomizadora, no seu modo de agenciar uma liberdade a partir de si – aparentemente em movimento paradoxal, no qual da dependência procura-se gerar liberação -, para não se tornar um mero projeto "autocentrado", tem que caminhar, na produção do processo liberador, coetaneamente com a do processo público de estabelecimento de responsabilizações, que se referem ao momento de as máquinas desejantes estarem implicadas com outras, em possíveis processos cooperativos e contratualizados, em um movimento em que o agir vivo de um dispara produção de vida no outro (MERHY, 2007, p. 28 – 29).

Dessa forma, poderíamos diferenciar o cuidado comumente delegado em um hospital psiquiátrico de um outro cuidado, a que o autor chama de autopoiético. Merhy toma emprestado da biologia o conceito de autopoiese, que se refere ao movimento de um ser vivo para se manter vivo. Desta forma, autopoiese seria "o movimento da vida que produz vida".

É esse conceito de autopoiese que deve permanecer no centro do cuidado a que me refiro aqui. Portanto, o médico como cuidador, para efeito do que aqui proponho, seria um agente de potencialização desta dita autopoiese.

Seria, então, esta espécie de cuidado a que me refiro o núcleo da prática psiquiátrica psicossocial? Não creio, já que o cuidado não deveria ser uma característica apenas da psiquiatria, senão de todas as disciplinas que atuam nesse campo.

Entenda-se, aqui, o conceito de núcleo como o entende Campos (2000). Para o autor, enquanto o núcleo designa o espaço disciplinar onde se estabelece uma aglutinação de saberes e práticas que demarcariam a identidade de determinada profissão, o campo seria o espaço em que cada disciplina buscaria em outras o apoio teórico e prático para seu exercício. Ainda para Campos (2000), estes dois espaços, o campo e o núcleo, seriam inter-influenciáveis e, mesmo o núcleo, embora mais delimitado, seria aberto às influências do campo como um todo.

Em serviços territoriais, com o advento das equipes multiprofissionais que visam a uma lógica transdisciplinar, é comum que se observe, como antes foi comentado, um certo borramento das fronteiras disciplinares. Com isso, é freqüente que se veja, como núcleo da prática psiquiátrica, a prescrição de medicamentos. Afinal, respaldado pela lei, é o psiquiatra o profissional que pode medicar.

A lei, contudo, não deve nos bastar como justificativa. Há de se ter uma abordagem teórica sobre a temática. Afinal, há, em outros países, a figura do psicofarmacologista, um profissional não médico, especializado na prescrição de determinadas patologias.

É certo que, diante da formação médica que tem, o psiquiatra deverá ter a psicofarmacologia como parte integrante de seu núcleo disciplinar. O problema, contudo, é quando não se tem mais nada além disso. E esse "além" é algo ainda por se definir.

É necessário, para se pensar o papel desse profissional na Atenção Psicossocial, que se discuta, que se descubra e que se invente aquilo que há de próprio da psiquiatria, para além da psicofarmacologia. Este, talvez, seja o grande desafio para a psiquiatria psicossocial, que acaba por sofrer, junto com outras disciplinas deste campo, de uma crise identitária. Coloco essa questão não com o intuito de respondê-la, mas como uma semente para futuras reflexões.

Para arrematar, ainda que o talento não me tenha permitido fazê-lo com maestria, tentei mostrar ao longo deste trabalho a distância existente entre o saber tradicional da psiquiatria e a psiquiatria da Atenção Psicossocial, esse novo saber que se constrói cotidianamente no exercício constante da relação com as pessoas. Tentei, quando pude, dar respostas mas sobretudo tentei negar as respostas prontas, sabendo que tal tarefa é de fundamental importância para quem se dispõe a trabalhar sob a perspectiva do território.

Tecelão, fico com a certeza de deixar fios soltos e tramas precárias e, qual Sísifo, concluo o presente trabalho com a certeza da necessidade de recomeçá-lo a cada manhã. A cada manhã, contudo, acordarei convicto de ser um novo Sísifo.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGÁFICAS

ALCANTARA, Igor et al. Avanços no diagnóstico do transtorno do humor bipolar. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**., Porto Alegre, v. 25, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 Nov 2006. doi: 10.1590/S0101-81082003000400004.

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface (Botucatu)** , Botucatu, v. 10, n. 20, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jul 2008. doi: 10.1590/S1414-32832006000200003

AMARANTE, P. (coord.) *Loucos pela vida:* a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____ *Saúde mental e atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

APA – American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatísticos de transtornos mentais*. DSM-IV. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

AUGÉ, M. *Não-lugares:* introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Papirus, 1994.

BARTHES, R. *A câmara clara:* nota sobre a fotografia; tradução de Julio Castañon Guimarães. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.

BASAGLIA, F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 11- 40.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. (coord) *A instituição negada:* relato de um hospital psiquiátrico; tradução de Heloisa Jahn. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001, p. 99-133.

_____ O problema da gestão. In: BASAGLIA, F. (coord) *A instituição negada:* relato de um hospital psiquiátrico; tradução de Heloisa Jahn. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001, p. 313-322.

_____ *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*; organização de Paulo Amarante; tradução de Joana Angélica d´Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENTHAM, J. *O panóptico*; organização e tradução de Tomaz Tadeu da Silva. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

BIRMAN, J. *A Psiquiatria como discurso da moralidade.* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

_____ & COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 41-72.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*; tradução de Regina A. Machado; organização de texto de Maria Andréa Loyola Leblond e Regina A. Machado. 3ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 Nov 2006. doi: 10.1590/S0102-71822003000100005.

BRANDÃO, C. A. L. A traduzibilidade dos conceitos: entre o visível e o dizível. In: DOMINGUES, I. (org) *Conhecimento e transdiciplinaridade II:* aspectos metodológicos. Belo Horizonte: UFMG, 2005, p. 41 – 100.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *Portaria nº 251.* Brasília, 2002.

_____ MINISTÉRIO DA SAÚDE/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *Portaria nº 336.* Brasília, 2002.

_____ Projeto de Lei no 7703/2006, apresentado em 21 de dezembro de 2006. Dispõe sobre o exercício da medicina. Disponível em: http://www.camara.gov.br/sileg/integras/432204.doc. Acesso em: 23 jun. 2007.

BUSTAMANTE, A. M. G. *Memória e identidade local em Icapuí, Ceará.* Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Psicossociologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Instituto de Psicologia, Programa EICOS de Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, 2005.

CAMPOS, G. W. S. *O anti-Taylor e o método Paidéia:* a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional. Campinas, 2000. Tese (Livre-docência) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas, Unicamp.

CASCUDO, L. C. *Literatura Oral no Brasil.* 2ª Ed. São Paulo: Global, 2006.

CAVALCANTE, M. do E. S. R. O discurso autonomista do Tocantins: primeiras manifestações. In: GIRALDIN, O. (org) *A (trans)formação histórica do Tocantins.* Goiânia: UFG; Palmas: Unitins, 2002, p. 49 – 88.

CHEMAMA, R. *Dicionário de psicanálise*; trad. Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2002.

CLAVREUL, J. *A ordem médica:* poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

COOPER, D. *Psiquiatria e antipsiquiatria;* tradução de Regina Schnaiderman. 2ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.

COSTA, D. R. *Caracterización del servicio de atención psicosocial, Porto Nacional – Tocantins – Brasil.* Ciudad de La Habana, 2005. 99 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escuela Nacional de Salud Pública.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, Paulo (org.) *Ensaios- subjetividade, saúde mental e sociedade*, Rio de janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168.

CUNHA, E. da. *Os sertões*: campanha de canudos. 35ª Ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; Brasília: 1991.

DALGALARRONDO, P., *Psicopatologia e semiologia dos trantornos mentais.* Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

DELBELLO M.P., SOUTULLO C.A., STRAKOWSKI S.M. Racial differences in treatment of adolescents with bipolar disorder. Am J Psychiatry. 2000; 157(5):837-8.

DELGADO, P.G. *As razões da tutela:* psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil. Rio de Janeiro: Te-Corá, 1992.

DOMINGUES, I. et al. Um novo olhar sobre o conhecimento: a criação do Instituto de Estudos Avançados da UFMG, as pesquisas pesquisas transdisciplinares e os novos paradigmas. In: DOMINGUES, I. (org) *Conhecimento e transdisciplinaridade.* Belo Horizonte: UFMG; IEAT, 2001, p. 13 – 27.

DUBOIS, P. *O ato fotográfico e outros ensaios*; tradução de Marina Appenzeller. Campinas: Papirus, 1993.

FERRAZ, C. F. *Andarilhos da imaginação:* um estudo sobre os loucos de rua. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

FIGUEIREDO, G. *O Príncipe e os insanos*. São Paulo: Cortez, 1988.

FLAHERTY J.A., MEAGHER R. Measuring racial bias in inpatient treatment. Am J Psychiatry. 1980;137(6):679-82.

FLUSSER, V. *Filosofia da caixa preta*: ensaios para uma futura filosofia da fotografia; tradução do autor. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica.* São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____ *Vigiar e punir*: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramalhete. 27ª Ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____ *Os anormais:* curso no Collège de France (1974 – 1975); tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____ *O nascimento da clínica;* tradução de Roberto Machado. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FREYRE, G. *Casa-grande & sensala*. 4ª Ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1943.

FREYRE, G. *Nordeste*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Record, 1989.

GILLI, G. A. Uma entrevista: a negação sociológica. In: BASAGLIA, F. (coord) *A instituição negada:* relato de um hospital psiquiátrico; tradução de Heloisa Jahn. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p. 285 – 303.

GOFFMAN, E. *Manicônios, prisões e conventos.* 7ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

HOLANDA, S. B. *Raízes do Brasil.* 26ª Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 – Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

JORGE, M. A. C. Discurso médico e discurso psicanalítico (Apresentação da edição brasileira). In: CLAVREUL, J. *A ordem médica:* poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983, p. 7 – 25.

KAPLAN, H. I. et al. *Medicina psiquiátrica de emergência;* tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____, SADOCK, B. J. e GREBB, J.A. *Compêndio de Psiquiatria:* ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da psicanálise*. 5ª Ed. Santos: Martins Fontes, 1979.

LERNER, R. *A psicanálise no discurso dos agentes de saúde mental.* São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 2006.

LÉVI-STRAUSS, C. *Tristes trópicos;* tradução de Rosa Freire d´Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

LIMA, Adriane Bacellar Duarte et al. Projeto Porto Nacional (Tocantins): uma proposta de atuação em saúde mental na comunidade. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 30, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832003000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 Mar 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S0101-60832003000300011.

LINS, D. *O dedo no olho:* micropolíticas do cotidiano. São Paulo: Annablume, 1999.

LOBOSQUE, A. M. *Experiências da loucura.* Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUZ, M. T. *Natural, racional, social:* razão médica e racionalidade científica moderna. 2ª Ed. Revista. São Paulo: Hucitec, 2004.

MARI, H. Metáfora, metonímia, denotação e conotação: a propósito da migração de conceitos. In: DOMINGUES, I. (org) *Conhecimento e transdiciplinaridade II:* aspectos metodológicos. Belo Horizonte: UFMG, 2005, p. 101 – 134.

MELLO, F. P. de. *Guerreiros do sol:* violência e banditismo no Nordeste do Brasil. São Paulo: A Girafa, 2004.

MELMAN, J. *Família e doença mental:* repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (org) *A reforma psiquiátrica no cotidiano II.* Campinas: Serviço de Saúde D. Cândido Ferreira/HUCITEC, 2007, p. 25 – 37.

MOFFATT, A. *Psicoterapia do oprimido*: ideologia e técnica da psiquiatria popular. São Paulo: Cortez, 1980.

MONTAIGNE, M. de. *Os ensaios*: livro I. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld; RATZKE, Roberto. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 Nov 2006. doi: 10.1590/S0101-60832005000700007.

MORIN, E.; CIURANA, E. R.; MOTTA, R. D. *Educar na era planetária:* o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana; tradução de Sandra Trabuco Valenzuela; revisão técnica da tradução Edgard de Assis Carvalho. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2003.

MOSER, Gabriel. Psicologia Ambiental e estudos pessoas-ambiente: que tipo de colaboração multidisciplinar?. *Psicol. USP*. [online]. 2005, vol. 16, no. 1-2 [citado 2007-04-21], pp. 131-140. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642005000100015&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0103-6564.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. *Humanização das relações assistenciais:* a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

OLIVEIRA, M. de F. Um Porto no sertão: Cultura e cotidiano em Porto Nacional. In: GIRALDIN, O. (org) *A (trans)formação histórica do Tocantins.* Goiânia: UFG; Palmas: Unitins, 2002, p. 237 – 286.

OLIVEIRA, R. de. A "invenção" do Tocantins. In: GIRALDIN, O. (org) *A (trans)formação histórica do Tocantins.* Goiânia: UFG; Palmas: Unitins, 2002, p. 13 – 47.

PARENTE, T. G. *Fundamentos históricos do Estado do Tocantins.* 2ª Ed. Goiânia: UFG, 2003.

PASSOS, Eduardo e BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2000, vol. 16, no. 1 [citado 2007-04-21], pp. 71-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-3772.

PEDREIRA, C. *Agudas e crônicas.* Porto Nacional: Pote, 2007.

PEREIRA, M. E. C. *Contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico.* São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PESSOTTI, I. *O século dos manicômios*. São Paulo: Ed. 34, 1996.

PIRELLA, A. A negação do hospital psiquiátrico tradicional. In: BASAGLIA, F. (coord) *A instituição negada:* relato de um hospital psiquiátrico; tradução de Heloisa Jahn. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001, p. 175 – 196.

QUINTANA, A. M. *A ciência da benzedura*: mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise. Bauru: EDUSC, 1999.

RAMOS, G. *Viventes das Alagoas*. São Paulo: Martins, 1970.

REGO, J. L. *Menino de engenho.* 84ª Ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2006.

ROMERO, M. *Medicalização da saúde e exclusão social:* São Paulo, 1889 – 1930. Bauru-SP: EDUSC, 2002.

ROSEN, G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Abrasco, 1994.

SANCHES, Rafael F.; ASSUNCAO, Sheila; HETEM, Luiz Alberto B.. Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 Nov 2006. doi: 10.1590/S0101-60832005000700011.

SANDIFER JR, M. G., HORDERN, A., GRENN, L. M. The psychiatric interview: the impact of the first three minutes. *American Journal of Psychiatry* 126:7, 968-973, 1970.

SANTOS, B. de S. *La globalizacion del derecho:* los nuevos caminos de la regulación y la emancipación. Bogotá: ILSA/Universidad Nacional de Colômbia, 1998.

_____ *A crítica da razão indolente:* contra o desperdício da experiência. Porto: Afrontamento, 2000.

_____, MENESES, M. P. G., NUNES, J. A. Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In: SANTOS, B. S. (org.) *Semear outras soluções:* os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005, p. 21 – 121.

_____ *Um discurso sobre as ciências.* 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____ *Pela mão de Alice:* o social e o político na pós-modernidade. 11ª Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, J., LIMA, R. *Icapuí, cidade de luta, estrela do mar ou Icapuí, cidade mulher, magia e histórias: maré de glórias*; peça de teatro, 2000.

SANTOS, M. *O país distorcido:* o Brasil, a globalização e a cidadania; organização, apresentação e notas de Wagner Costa Ribeiro; ensaio de Carlos Walter Porto Gonçalves. São Paulo: Publifolha, 2002.

SPODE, A., FLECK, M. P. A. Avaliação do paciente na emergência. In: KAPCZINSKI, F., QUEVEDO, J., SCHMITT, R., CHACHAMOVICH, E. (org) *Emergências psiquiátricas.* Porto Alegre: Artmed, 2001, p. 17 – 39.

STRAKOWSKI S.M., SHELTON R.C., KOLBRENER M.L. The effects of race and comorbidity on clinical diagnosis in patients with psychosis. J Clin Psychiatry. 1993; 54(3):96-102.

TELLES, N. Escritoras, escritos e escrituras. In: DEL PRIORE, M. (org) *História das mulheres no Brasil.* 7ª Ed. São Paulo: Contexto, 2004.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais*:* história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** , Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jul 2008. doi: 10.1590/S0104-59702002000100003

VAITSMAN, J. Subjetividade e paradigma de conhecimento. *Boletim técnico do SENAC.* 21 (2), maio/agosto, 2-9, 1995.

VASCON, N. Introdução documentária. In: Basaglia, F. (coord) *A instituição negada:* relato de um hospital psiquiátrico; tradução de Heloísa Jahn. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001, p. 13 – 98.

VASCONCELLOS C. À guisa de intrudução. In: MICHEL DE MONTAIGNE. *Os ensaios*: livro I. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002, p. XI – XIX.

YASUI, S. *Rupturas e encontros:* desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro, 2006. 208p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ.

YASUI, S; COSTA-ROSA, A. *A Estratégia Atenção Psicossocial:* desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Unesp-Assis, 2008, mímeo.