

Dilema e Paradoxos do Tratamento Involuntário nos Serviços de Saúde Mental

Involuntary Treatment Dilemma and Paradoxes in Mental Health Services

Ricardo Luiz Narciso Moebus^a

Emerson Elias Merhy^b

Resumo

Este artigo aborda o tratamento involuntário realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enquanto principais representantes dos serviços substitutivos em saúde mental das modelagens assistenciais produzidas a partir do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, diferenciando-o da internação involuntária, apontando a pluralidade, amplitude e alcance destes tratamentos, e problematizando sua ocorrência ao longo da história da psiquiatria, dentro e fora da reforma.

Palavras-chave: Tratamento involuntário, Serviços abertos, Saúde mental

Abstract

This article presents the involuntary treatment in Psychosocial Attention Centers (CAPS), the most important representative of substitutive services in the assistance models created by the Brazilian Psychiatry Reform, distinguishing it to involuntary inpatient, demonstrating its plurality, ampleness and reach, problemizing its occurs during psychiatry's history, within and without the reform.

Keywords: Involuntary treatment, Outpatient services, Mental health

^a Professor da Universidade Federal de Ouro Preto – Minas Gerais, Brasil

^b Professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus de Macaé – Rio de Janeiro, Brasil

Introdução

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

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

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

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

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

Pode-se imaginar, logo de início, objeções exaltadas de que os tratamentos involuntários seriam absolutamente contrários a todos os valores ou princípios que inspiram ou fundamentam as reformas psiquiátricas, em sua pluralidade.

Ou objeções de que um serviço onde exista o tratamento involuntário, já não merece ser considerado como pertinente à reforma psiquiátrica, e que, se

o foi um dia, esta constatação da involuntariedade denuncia sua corrupção, seu desvio, sua adulteração, ou sua cooptação pelas forças reacionárias, pelo eixo manicomial.

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

Porém, contrariando estas objeções, propõe-se neste artigo a difícil e incompleta tarefa de demonstrar que, se, por um lado, a questão do tratamento involuntário permeia toda a história das práticas e saberes em saúde mental, desde o mito fundador da psiquiatria clássica, com Pinel, até as atuais modelagens assistenciais, herdeiras legítimas dos avanços alcançados pelo processo das reformas psiquiátricas, passando pelo mito fundador da própria reforma. Por outro lado, a própria reconfiguração conceitual do tratamento involuntário, de forma ampliada, fragmentada e multifacetada, aponta para a impossibilidade de sua utilização como indicador ou índice de coerência ou pertinência, seja técnica, política, ideológica, seja cultural etc.

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

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

Um Pouco da História da Loucura da Psiquiatria

Convém recordar aqui, sem a pretensão de se realizar um estudo historiográfico da Psiquiatria, alguns pontos da constituição desta, pertinentes à discussão acerca da novidade ou da repetição do tratamento involuntário nos serviços oriundos da reforma psiquiátrica. Ou seja, para proceder a uma avaliação comparativa entre estes dois termos, quais sejam, o modo de operar,

na prática clínica, a realização do tratamento involuntário, pela psiquiatria fora da reforma e no interior desta, é preciso, para começar, esclarecer estes modos a serem comparados.

Neste sentido, é curioso perceber uma diferença evidente nas narrativas dos mitos fundadores da medicina moderna de uma forma geral, e da psiquiatria, em particular. Enquanto a Medicina, prática hegemônica tal como a conhecemos hoje, pretende assentar sua origem em uma mudança nitidamente metodológica, ou epistemológica, a psiquiatria constrói seu mito fundador com uma mudança de atitude.

Por um lado, a Medicina reconhece um passado arqueológico em Hipócrates que, meio milênio antes de Cristo, teria sistematizado o método clínico. Por outro lado, a Medicina, chamada moderna, estabelece sua própria data de nascimento no final do século XVIII, reconhecendo-se positivista e materialista, em um contexto de época de exaltação do cientificismo, de reconhecimento do método da ciência, com seu preceito descritivo de fatos, relações e leis, que constroem a previsibilidade, como o único conhecimento possível, ou válido.

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

Mas essa origem da Psiquiatria constrói seu mito singular com Philippe Pinel (1745-1826), no contexto de uma revolução francesa, em que contam, de maneira mais evidente ou menos dissimulada, não só as posturas, as atitudes, os valores, os fins, mas também os métodos, como salienta a citação seguinte.

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

alienados só são tão intratáveis porque os privamos de ar e liberdade, e eu ousou esperar muito de meios completamente diferentes”¹.

Em 11 de setembro de 1793, Pinel recebe a permissão da Assembleia para libertar os alienados. A princípio teriam sido libertados doze pacientes. Algum tempo depois, duzentos desse hospital de Bicêtre e outros tantos de Salpêtrière. Considera-se que Pinel, desta maneira, demonstra que incorporou plenamente o espírito de seu tempo, de seu momento histórico, apostando na necessária liberdade formulada pelos ideólogos da Revolução Francesa.

Portanto, vale ressaltar que nesse mito original encontramos, como elemento fundamental, divisor de águas, uma nova abordagem do tratamento involuntário, que deveria ser realizado, a partir de então, sem os grilhões, sem as correntes, sem tanta violência, evitando os castigos corporais, tratando-os com ternura, demonstrando interesse por seus males, consolando-os com a esperança de que melhorariam de sorte, como insiste Pinel em 1801, no seu “Tratado Médico-Filosófico Sobre a Alienação Mental ou Mania”, marco inaugural da Psiquiatria clássica ou científica.

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

Em tales casos se seguia antiguamente um método sencillo, y solo Bueno para hacer incurable la manía, que era abandonar al loco en lo interior de su jaula, qual á un ente indomable, cargarle de cadenas, ó tratarle com suma crueldad, como si no quedase mas recurso que él de libertar á la sociedad de él, y esperar la terminacion natural de tan cruel existencia.³

Convém lembrar que é justamente esse projeto de governar ou dominar sem ou com pouca violência, ou em outras palavras, esse projeto da disciplina a partir do conhecimento e do saber, do exercício da sujeição insidiosa, difusa, além da redução da experiência da loucura à doença mental, operada nesse momento de “libertação” dos alienados pela psiquiatria, que Michel Foucault reconhecerá como o grande aprisionamento da loucura na idade clássica.

Ainda assim, é de especial interesse o fato de que a Psiquiatria clássica ou tradicional, à qual irá se opor mais tarde a reforma psiquiátrica, se inaugura

no contexto da revolução burguesa, buscando uma sintonia política com seus valores, sobretudo a liberdade e a moral burguesas, instituindo uma ruptura “revolucionária” humanista com as práticas precedentes, ainda que Pinel tente circunscrever sua contribuição ao campo exclusivamente metodológico.

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

Esquirol compartilha com seu mestre a instauração do método de observação, descrição e classificação que inaugura a clínica psiquiátrica como especialidade médica, e redefine o lugar da loucura como doença mental. Aliás, ressalta-se que com Esquirol o termo alienado vai sendo substituído por enfermo. Contudo, o que sua contribuição na formulação desse campo de saber, ainda incipiente, tem, como interesse especial para este estudo, é o fato de aprofundar decididamente a ideia de que o manicômio é o lugar privilegiado não apenas da construção do saber acerca da loucura, mas também, e, sobretudo, do tratamento, uma vez que favorece o controle e o isolamento.

Esquirol explicita nitidamente o sonho da instituição que possa permitir um controle total sobre os alienados. Uma casa destinada ao tratamento de loucos onde, com menos esforço, se vigia cada vez melhor, com um regulamento ao qual todos estejam sujeitos, que sirva de resposta a todas as objeções, que contribua para a obediência, e onde o médico esteja permanentemente informado sobre seus enfermos, podendo intervir em suas discussões e querelas, conduzindo-os por princípios precisos e positivos; enfim, dirigindo todas as suas ações.⁴

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

Goffman, com sua perspectiva sociológica, debruçado especialmente sobre os hospitais psiquiátricos, insiste no caráter involuntário das internações, no “uso disciplinar de práticas médicas”, no controle da vida, “regulada e

ordenada de acordo com um sistema de disciplina desenvolvido para o controle de grande número de internados involuntários por uma pequena equipe”⁵.

Sendo esse, portanto, o modo de operar o tratamento involuntário fora da reforma psiquiátrica, convém, agora, tentar estabelecer a abordagem no interior desta reforma.

Breves Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica

Sem a pretensão de reconstituir a vasta trajetória da reforma psiquiátrica, vejamos algumas pontuações desse trajeto no intuito de começar a esclarecer os fundamentos das modelagens assistenciais que desde aí surgiram.

E o primeiro desafio é o dimensionamento, inclusive temporal, do que pode ser denominado reforma psiquiátrica.

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

Contudo, para restringir a amplitude do tema ao escopo e interesse deste estudo, e também para tentar escapar da polêmica acerca de seu real início, adotamos a proposta de autores como Amarante⁶, que consideram a reforma psiquiátrica a partir do pós-guerra, da década de quarenta do século XX. Isso significa considerar que do início do século XIX, berço da Psiquiatria, ao pós-guerra referido, houve uma certa continuidade na construção da clínica psiquiátrica, inclusive no que diz respeito ao lugar central e estabelecido do hospital como principal recurso terapêutico, conforme já mencionado acima no tocante a Esquirol.

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

No âmbito da reformulação, da democratização e da transformação da dinâmica institucional asilar, encontramos a experiência das comunidades terapêuticas, com seus tratamentos grupais e participantes, cujo principal representante é Maxwell Jones, que influenciou decisivamente toda a reforma psiquiátrica inglesa.

No entanto, essa democratização do ambiente hospitalar parece não conseguir colocar em questão a involuntariedade do tratamento, muito menos a legitimidade da psiquiatria, parecendo encarar ambas como “naturais”, como explicita a seguinte passagem:

A hospitalização muitas vezes é resultado de alguma crise em que o membro “enfermo” é alijado da sociedade em que vive ou, com menos freqüência, em que procura ele mesmo asilo no hospital. [...] Em nenhuma hipótese a equipe ou o médico renuncia à sua autoridade última, que simplesmente permanece latente e pode ser solicitada quando necessário.⁷

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

Essa psicoterapia institucional, ainda que tenha, em grande medida, restringido sua crítica ao espaço asilar, multiplicou-se e diversificou-se em diversos hospitais franceses, abordando o coletivo dos pacientes e técnicos, em oposição ao modelo tradicional da hierarquia e da verticalidade. Procurou também abrir novos espaços e possibilidades terapêuticas, tais como ateliês, reuniões, festas; espaços, sobretudo, de participação e construção coletiva de novas possibilidades.

Outra iniciativa de reforma psiquiátrica, a partir da contestação do tratamento asilar, foi a chamada psiquiatria de setor francesa, tentando transferir para a comunidade o dispositivo de atendimento aos doentes mentais, dividindo o território em setores, contando cada um deles com equipe multiprofissional, em instituições responsáveis por tratar os pacientes em seu próprio meio social e cultural, antes ou depois da internação psiquiátrica.

Considerada a matriz da política psiquiátrica francesa desde a década de sessenta do século XX, essa psiquiatria de setor passou a ser criticada, ou pelo risco de significar uma extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria, ou porque mantinha um lugar para os hospitais psiquiátricos e não vislumbrava a transformação cultural mais ampla.

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

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

O projeto preventivista, com suas intervenções cada vez mais precoces, acenando com o sonho do controle perfeito, capaz de suspeitar e suspender a doença antes de seu desenvolvimento, prometendo a obsolescência final do hospício psiquiátrico por meio da competência psicológica massificada, acabou acarretando um aumento relevante da demanda ambulatorial e extra-hospitalar, mantendo os usuários “naturais” dos hospitais psiquiátricos, quando não aumentando-os, pela retroalimentação preventivista-asilar.

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

Tendo à frente Ronald Laing e David Cooper, e propondo a “dialética da libertação”, procurando denunciar todas as formas de violência e os sistemas sociais dos quais elas provêm, a antipsiquiatria, afinada com a contracultura,

tentando desvencilhar-se da cultura e dos valores burgueses, termina por elaborar outra referência teórica para a esquizofrenia, conhecida como “a teoria da lógica das comunicações”, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles.

Essa vertente da reforma psiquiátrica considerava que mesmo a procura voluntária pelo tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade; portanto, que todo tratamento psiquiátrico seria inevitavelmente involuntário e deveria ser evitado.

Também uma desinstitucionalização será proposta pela reforma psiquiátrica desenvolvida pela psiquiatria democrática italiana iniciada por Franco Basaglia.

E não é por acaso que essa experiência parece merecer um destaque especial. Se há um mito fundador da reforma psiquiátrica, esse mito é protagonizado por Basaglia, como se pode evidenciar na preciosa citação resgatada por Paulo Amarante:

A primeira vez que entrou neste hospital, e era sempre ele mesmo a contar isso, viu os internos fechados à chave dentro dos pavilhões e nas celas de isolamento, e recordou-se de quando estava na prisão. Então, pensou que deveria usar todo seu poder de diretor para melhorar as condições de vida destas pessoas.⁸

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

Este primeiro contato impõe-lhe uma identificação com a situação dos internos, que é estabelecida a partir de sua própria experiência como objeto da violência quando “partigliano”, que o fez permanecer na prisão até o fim da guerra. Uma fábula vem, de pronto, à mente de Basaglia, e nela permanece como uma referência ao longo de toda a sua trajetória que, por tal importância, vale a pena reproduzi-la:

Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o assim da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o

homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então dá-se conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: “No longo período de domínio absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente”. “Em vez de liberdade ele encontrara o vazio”, porque “junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro”, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida⁸.

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

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

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

Então, o ponto de ruptura está necessariamente mais além da compaixão, ou da igualdade-fraternidade-liberdade, afinal, esses são os valores da revolução burguesa, que inspiraram Pinel. Nesse mais além, Basaglia recorda a fábula que aprendera no cárcere, e, nesta fábula, o homem, mesmo abandonado pela serpente, ainda não detém a liberdade, nem mesmo a vontade. Nem a serpente, nem ninguém, pode doar essa liberdade, pois, liberando-o da escravidão, a serpente só lhe concede o vazio. O agir autonomamente, a capacidade de desejar, o conteúdo humano de sua vida, não estão prontos. Ao homem, fora da dicotomia - que já não está livre e nem está preso - só lhe resta conquistar, construir esse devir possível.

É claro que esse mito fundador aponta a forma como essa vertente da reforma psiquiátrica verá a relação do paciente com o saber psiquiátrico, com o que possa ser chamado de tratamento, ou, de forma mais ampla, com as instituições em todos os níveis.

A experiência basagliana desenvolve a ideia de que a Psiquiatria colocava o homem entre parênteses - para intervir/assistir ao objeto paciente -, negando a possibilidade de interagir com sua existência-sofrimento. Nesse sentido, mesmo com a melhoria, ou com a humanização, ou com gestões comunitárias e democráticas dos manicômios, ainda faltava a fundamental tarefa de discutir e desconstruir as relações de tutela e custódia, e o fundamento da periculosidade social instituídos pelo saber psiquiátrico sobre a loucura, reduzida à doença mental.

É bebendo sobretudo nessa última fonte que se irá constituir o processo de reforma psiquiátrica também no Brasil.

O Tratamento Involuntário nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil

A reforma psiquiátrica brasileira, emerge na década de setenta do século XX, no contexto da luta pela redemocratização do país pelo restabelecimento de um Estado de Direito, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), na sua intercessão com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, desdobrando-se no Movimento da Luta Antimanicomial, ao produzir novos dispositivos de tratamento, já na década de oitenta, com a instituição do CAPS.

Surge o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, em 1987⁹, com esta denominação oriunda do CAPS da Nicarágua sandinista revolucionária, cuja experiência de saúde mental contou com a cooperação internacional italiana¹⁰.

Em 1989 acontece a marcante desconstrução do manicômio Anchieta em Santos, com a estruturação de toda uma rede de dispositivos substitutivos, tendo, entre eles, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), equivalentes ao CAPS. Segue, em 1990, em Campinas, a desconstrução do Hospital Psiquiátrico Dr. Cândido Ferreira. Essas passam a ser referências para toda a

reforma psiquiátrica brasileira e para a construção de uma legislação para a mesma. Desde então, inúmeras outras experiências, com implantação de serviços na linha dos CAPS, ocorrem em todo o Brasil.

A própria política ministerial passa a reconhecer progressivamente, na década de noventa, o CAPS como dispositivo estratégico, a ser incentivado. Em 2004, a Coordenação Nacional de Saúde Mental (MS) promove o 1º Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial. Havia 516 CAPS, na época. “Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica”¹¹ declarava, em documento oficial, o então ministro da saúde e psiquiatra, Humberto Costa.

Esse mesmo documento explicita que o CAPS:

é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida.¹¹

Ao final de 2015 já havia 2241 CAPS em funcionamento em todo o Brasil.¹²

Esses poucos dados acerca dos CAPS já são suficientes para se imaginar que não se trata de uma clínica fácil ou corriqueira, mas, ao contrário, de um enfrentamento cotidiano de momentos críticos, de lida árdua com transtornos mentais severos em seus momentos de desestabilização, piora, desestruturação.

Além disso, muitas vezes, é necessário enfrentar também uma importante polêmica quanto ao lugar da “clínica”, ou do tratamento, no contexto da reforma psiquiátrica.

Por um lado, pode-se considerar que uma práxis verdadeiramente transformadora da relação loucura-razão deveria buscar justamente a superação do paradigma clínico, sendo esse constituído por formas variadas de objetivação, reificação, domesticação, redução, submissão, controle, sujeição ou mesmo desqualificação, negação, extinção da experiência da loucura.

Por outro lado, a reforma psiquiátrica não pode fugir das necessárias práticas de cuidado, de atenção à saúde, dirigidas aos portadores de sofrimento mental. Nesse sentido, a clínica é um “dispositivo” social e historicamente construído e reconhecido, para lidar com e enfrentar tais condições de sofrimento, reconhecidas em menor ou maior grau como adoecimento. Mesmo que passando este a ficar entre parênteses, pois a relação loucura-razão não se encontra, necessariamente, sob o paradigma da doença, na óptica predominante do modelo médico.

Decididamente os CAPS apostam no trabalho clínico, ainda que essa clínica não repouse exclusivamente nos saberes prontos, mas sustente um lugar vazio que possibilite respostas inéditas e persiga não o saber fazer, mas o fazer saber. De todo modo, o tratamento está em jogo, todo o tempo. Resta interrogá-lo se involuntário e como.

Para pensar o acontecimento terapêutico nos CAPS parte-se do princípio da necessidade de uma demanda pelo complexo “paciente-outros”, ainda que certamente modulada pela oferta. A procura por um serviço de saúde mental pode trazer inúmeros pedidos, solicitações, interesses, necessidades, exigências, endereçamentos, expectativas, estratégias etc. Mas é preciso converter esses fatores em uma demanda de tratamento, ou seja, de colocar-se em questão, ou também, de colocar-se em dúvida a propósito do porvir.

E se o paciente não tem demanda de tratamento?

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

Ora, podemos pensar que o exercício da clínica, como tudo o mais que envolve as relações humanas, está relacionado ao poder. Se considerarmos, com Foucault, que em relação ao poder, não há posição de exterioridade possível, que ele está em toda parte, provém de todos os lugares, produz-se a cada instante nos jogos das correlações de força que, em sua desigualdade, induzem continuamente estados de poder¹³.

Porém, parece possível realizar uma práxis clínica que, estando nesse contexto do poder, sem negar a realização do cuidado, ou justamente por

afirmá-la, possa não ser um reforço das posições de submissão ou tutela, mas ao contrário, uma relação que introduz clivagens nessas posições, abrindo-se para novos campos de práticas, como o educacional, a política como acontecer micropolítico, entre outros.

Observando atentamente os tratamentos realizados no cotidiano dos CAPS, pode-se perceber uma complexificação do tema e mesmo da conceituação do tratamento involuntário. Uma vez que, não se trata mais apenas da recusa do paciente ou usuário ao tratamento como um todo, ou a algum procedimento em particular.

Nessa relação, que supomos terapêutica, entre o trabalhador de saúde e o usuário de saúde, na construção e condução de um processo de produção de cuidado, ocorrem discordâncias de variadas ordens e grandezas, com recusas por parte do usuário, de procedimentos e condutas propostos pelo trabalhador, e com recusas por parte do trabalhador, de procedimentos e condutas propostos pelo usuário. Podendo ocorrer discordâncias ainda quanto ao objeto do tratamento, o que necessita ser tratado, e quanto ao seu objetivo, o que se pretende com o mesmo.

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

Considerado assim, o tratamento involuntário não se presta a um papel de indicador ou índice de pertinência à reforma psiquiátrica, pois sua ocorrência é talvez onipresente, inerente ao processo terapêutico; mas, constitui-se em poderoso analisador, revelando, em certa medida, o processo operativo, tecnológico, atuante em dada experiência clínica. O que o coloca em lado oposto dos que o tomam como um imperativo tecno-moral da ação de um trabalhador tido como competente, portanto, como imposição sobrecodificante do ato de cuidar.

Se, por um lado, fica patente a existência do tratamento involuntário nos CAPS, apontando, apenas a princípio, uma possível contradição com a proposta do resgate da cidadania, por outro, percebe-se que esse tratamento

involuntário ocorre em dadas condições de interação entre usuário e trabalhador de saúde completamente distintas daquelas da psiquiatria tradicional.

E essa distinção aparece quando o tratamento involuntário não se sustenta na periculosidade do paciente, na sua tutela, ou na lógica do reconhecimento de um erro ou falha fundamental por parte do paciente, que justificaram as práticas asilares e excludentes.

Na distinção das condições de interação entre usuário e trabalhador de saúde nos CAPS, encontra-se uma abordagem do binômio autonomia/tutela que não se propõe principalista, no sentido da bioética principalista¹⁴, com sua perspectiva normativa da autonomia do paciente, mas que tenta superar a contradição aparente e construir o desafio de uma tutela autonomizadora.

Essa outra abordagem da dialética tutela/autonomia é exemplificada nas contribuições ao debate do trabalho em saúde apresentadas por Merhy.

Merhy¹⁵ propõe uma distinção entre tutela outorgada, aquela concedida pelo Estado, em suas políticas, dirigidas a certos agrupamentos populacionais, e a tutela conquistada pelos agrupamentos, em sua luta cotidiana e histórica pelo acesso a riquezas ou benefícios necessários.

Propõe ainda, que, tanto uma tutela outorgada quanto uma tutela conquistada, podem representar, ou desenvolver, um agir castrador, que despotencializa as “máquinas desejanter”, ou um agir liberador, autonomizante, que as potencializa.

Nesse contexto, ainda que o ato cuidador, no trabalho em saúde, seja necessariamente um ato de tutela outorgada, este, pode, conforme o modelo de intervenção, ter uma ação castradora ou não.

Neste sentido,

pode-se dizer que todo processo de trabalho em saúde produz “atos de saúde”, que perseguem a “produção do cuidado”. E que este, conforme as linhas de interesses que lhe dão sentido, impostas pelos vários atores em ação na sua concretude, permitirá a realização de distintos resultados, mais ou menos comprometidos com os interesses dos usuários, mais ou menos como dispositivos liberadores ou castradores de processos autonomizantes.¹⁵

Merhy reconhece, portanto, a tensa relação tutelar e liberadora, compondo intrinsecamente o ato cuidador, que pode agenciar processos de ganhos de autonomia por quem busca uma tutela outorgada.

E, mais do que isto, Merhy identifica a própria produção de saúde, a partir do trabalho em saúde, com um ganho no grau “de autonomia no modo do usuário andar na sua vida”¹⁵.

Ou seja, isso significa que a dimensão propriamente cuidadora, que pode se apresentar ou não como resultado do trabalho em saúde, está diretamente implicada, relacionada, ao resultado desta equação, constitutiva de todos os atos clínicos, de qualquer trabalhador de saúde, composta pela dimensão tutelar e pelo ganho efetivo de autonomia.

Isso localiza a dialética tutela/autonomia, no epicentro do debate e do entendimento das construções ou produções clínicas.

E mais, reafirma o pressuposto, elucidado em inúmeros textos da obra de Michel Foucault, de que as relações clínicas, enquanto encontros micropolíticos, são necessariamente relações de poder, mas que, apesar disso, ou por isso mesmo, abertas nas possibilidades e potencialidades de seus devires.

Ou seja, onde há uma relação clínica, necessariamente humana, há uma relação de poder, mas não a priori uma relação dominadora ou castradora, podendo, ao contrário, ser uma relação criadora daqueles pontos dispersos de inversão dos vetores de poder, de que falava Foucault referindo-se à interioridade das relações de poder a que estamos todos condenados¹³.

Conclusão

É possível arriscar, a partir das experiências clínicas concretas que acontecem nos CAPS, algumas conclusões preliminares sobre os tratamentos involuntários nos serviços abertos e substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica:

Em primeiro lugar, há uma impossibilidade de se evitar, completamente e em todos os casos, o tratamento involuntário, uma vez que o mesmo está difusamente distribuído ao longo do acontecimento clínico.

Em segundo lugar, há momentos em que a involuntariedade se torna crítica, podendo representar muitas vezes um impedimento ao tratamento, ou um comprometimento de seus resultados. Isso é particularmente verdade nos casos considerados mais graves ou severos, em virtude do comprometimento que representam, sendo essa, justamente, a clientela prioritária dos CAPS.

Em terceiro lugar, a involuntariedade se estabelece no tratamento por uma positividade, por atos que negam o projeto terapêutico, como o uso de psicotrópicos ilícitos; e por uma negatividade, pela recusa de procedimentos, como tomar os medicamentos. O autoextermínio talvez constitua o paradigma exemplar da recusa total de tratamento. Tal situação limite impede definitivamente a continuidade de qualquer diálogo ou interseção ou acontecimento posterior.

Por último, há, no manejo das situações de involuntariedade, uma abertura possível para construção da autonomia do sujeito em questão, ainda que, com intervenções que criem uma tutela temporária, colocando o que houver de involuntário em análise.

Arriscando um pouco mais nas conclusões, pode-se considerar que, para muito além de uma proposta abolicionista, a reforma psiquiátrica, e, portanto, os serviços que dela derivam, tem um compromisso ético fundamental com a produção do cuidado em saúde mental, ou, pode-se dizer, com o que há de possível no tratamento e em suas formas de operar.

Claro que esse tratamento não é visto, em uma positividade ufanista, como a aplicação “fria” e/ou mecânica das tecnologias, da ciência em sua imparcialidade, ou do combate heroico às doenças, ou da salvação, da remissão dos flagelos, ou da ortopedia moral dos degenerados ou viciados, ou do corretivo dos desviados. Ao contrário, é considerado elo da cadeia de relações que constroem a conexão íntima entre o micro e o macro, sustentando ou renovando essa malha interativa de saberes-poderes, compondo a Política, no sentido mais clássico da realização do humano em sua plenitude, ou em sua potência possível.

Ainda assim, ou por isso mesmo, os trabalhadores dos CAPS não podem se furtar ao tratamento propriamente dito, à construção de relações que se garantam terapêuticas. Ora, a dimensão terapêutica dessas relações não se sustenta sobre os pilares da igualdade, da fraternidade, da liberdade, da

bondade e da caridade. Mas, antes, está tal dimensão ligada à equidade, às diferenças, à constituição da subjetividade individual e coletiva, à elucidação da verdade, não metafísica, mas encarnada, pertinente a cada um, ou da sentença do desejo, ou, ainda, nas palavras de Nietzsche, do tornar-se o que se é. Ligada à construção da precariedade possível de laço social, à genuinidade concernente a cada um nesta árdua tarefa de inventar sua forma única de ser um humano, esta corda sobre o abismo¹⁶, por vezes até demasiadamente humano em sua existência-sofrimento. Esse é um terreno arenoso, movediço, mas vale arriscar dizer que não se trata, nesse caso, de formas mais ardilosas e sofisticadas de capturar, mas, antes, de um possível reatar, resgatar e respeitar a dimensão trágica da loucura, sem abandoná-la, condenada, enclausurada em si mesma.

De toda forma, a investigação em torno do tratamento involuntário esclarece sua possibilidade de acontecer de uma maneira não, ou ao menos, não tanto, ou ainda, não somente, disciplinar, desde que estabelecido de uma maneira dialética, dialógica e diacrônica. Dialética, considerando o par indissociável autonomia/tutela. Dialógica, sendo uma via de mão dupla e sem correspondências biunívocas pré-estabelecidas por uma das partes. E diacrônica, enquanto considerando a historiografia, ou mesmo a genealogia, do sujeito em questão. Trata-se aqui da clínica como campo de disputa da biomicropolítica.

Referências bibliográficas

- 1.Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist. Cien. Saúde – Manguinhos 2002; 9(1):25-59.
- 2.Lampedusa GT. O Gattopardo. Rio de Janeiro: Editora Record; 2006.
- 3.Pinel P. Tratado Médico-Filosófico de La Enagenación Mental o Mania. Madrid: Nieva; 1988.
- 4.Esquirol JED. Memorias Sobre La Locura y sus Variedades. Madrid: Dorsa; 1991.

5.Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. 5.ed. São Paulo: Perspectiva; 1996.

6.Amarante P. (coordenador) Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2003.

7.Jones M. A Comunidade Terapêutica. Petrópolis: Vozes; 1972.

8.Amarante P. O Homem e a Serpente: Outras Histórias Para a Loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

9.Goldberg J. Clínica da Psicose: um projeto na rede pública. 2.ed. Rio de Janeiro: Te Corá; 1996.

10.Saraceno B, Asioli F, Tognoni T. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec; 2001.

11.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [acesso em 15 jul 2016]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

12.Portal Brasil. Governo destina R\$ 36,4 mi para ações na área de saúde mental em 20 Estados [Internet]. Brasília; 2015. [acesso em 15 jul 2016]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/10/governo-destina-r-36-4-mi-para-a-saude-mental-em-20-estados>

13.Foucault M. História da Sexualidade 2: O Uso dos Prazeres. Rio de Janeiro: Graal; 1988.

14.Segre M, Leopoldo e Silva L, Schramm FR. O Contexto Histórico, Semântico e Filosófico do Princípio de Autonomia. Revista Bioética 1998; 6(1):389-98.

15. Merhy EE. Realizar no Micro a Luta Macro: o ato de cuidar, um agir tutelar e autonomizador. [Internet] COBREM; 2001. [acesso em 15 jul 2016]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-09.pdf>.

16. Nietzsche F. Obras Completas. São Paulo. Nova Cultural; 1999.
