



# Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária\*

---

Joel Birman  
Jurandir Freire Costa

## Introdução

Este relatório deve tratar do tema da Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. Tema essencialmente prático, convidando atividades de planejamento de Saúde no campo da Psiquiatria.

Entretanto, a questão mesma da Psiquiatria Comunitária é problemática e ambígua na sua construção teórica. Ela levanta em si um número extenso de questões que necessitavam de algum nível de tematização, a fim de que um tema operacional como o nosso pudesse ser trabalhado. Não estamos absolutamente diante de um sistema teórico seguro e consistente que pudéssemos colocar entre parênteses temporariamente, a fim de discutirmos a constituição de uma melhor rede assistencial. Estamos perante um problema que necessita ser tratado teoricamente, pois dele decorrem conseqüências de base sobre a organização de instituições voltadas para a assistência.

Nesta perspectiva, preferimos discutir dois aspectos centrais da questão, a fim de dimensionar o problema que representa a Psiquiatria Comunitária. Sobre esta discussão básica retiramos algumas conclusões parciais sobre a Formação de

---

\* Relatório oficial do 2º Congresso Brasileiro de Psicopatologia Infanto-Juvenil, promovido pela APPIA, abril de 1976, Rio de Janeiro. Publicado originalmente em: Relatório e Resumos do 2º Congresso Brasileiro de Psicopatologia Infanto Juvenil.

Instituições, e esperamos que com isso um debate possa ser aberto sobre este problema fundamental da moderna prática psiquiátrica.

Este relatório terá duas partes fundamentais, nas quais serão tematizados os seguintes pontos:

- 1 - A Saúde Mental como objeto da nova psiquiatria;
- 2 - A comunidade: novo espaço de intervenção da Psiquiatria.

Sabemos que a Psiquiatria Comunitária envolve um conjunto de outros pontos a serem tematizados, de grande importância, como os das Terapias Breves, Terapias de Crise etc. Entretanto, se escolhemos estes para serem aqui problematizados, isto se deve a que os encaramos como os mais fundamentais, para com eles iniciarmos um debate — que esperamos que seja continuado — com a discussão dos outros aspectos da Psiquiatria Comunitária.

### **PRIMEIRA PARTE**

#### ***A saúde mental como objeto da nova psiquiatria.***

A grande característica da psiquiatria atual é o seu estatuto de crise, que se delimita em todos os seus níveis constitutivos:

1) Enquanto Sistema Assistencial, nas suas grandes formas de atenção pública e privada. Transforma-se a categoria da profissão médica, que deixa de ser uma profissão liberal em que o profissional comanda a sua atividade em todos os níveis, sendo esta controlada pela corporação médica, nos planos jurídicos e científicos, para tornar-se uma profissão assalariada. O médico torna-se um profissional em que a prestação de serviços — o ato terapêutico — não se esgota mais no colóquio singular e íntimo com seu paciente. Esta relação é cada vez mais regulada por uma instância supraclínica que estabelece a estrutura fundamental do ato terapêutico, definindo o espaço em que este vai transcorrer, nos seus detalhes e nos seus gestos. Entre o médico e o enfermo intervém um organismo regulador, que paga o médico, define o tempo e a periodicidade das consultas e os recursos que devem ser empregados.

No controle da ação médica, as instituições públicas e privadas disputam as prioridades, sendo que o Estado pode gerir diretamente os recursos no campo da Saúde, ou possibilitar o seu exercício à iniciativa privada.

Se no nível da Medicina Somática são imensas as transformações que isto

acarreta para sua prática, para a Medicina Mental estas mutações subvertem o essencial, já que, fundada na relação discursiva entre um médico e um enfermo, mesmo que se trabalhe com uma Psiquiatria Organicista, esta penetração, no tempo contemporâneo da nossa prática, abala de tal forma a sua estrutura que vai levá-la até a constituição de um novo objeto do saber;

2) Como saber, enquanto disciplina teórica, na medida em que os seus fundamentos são postos em dúvida na sua cientificidade. Podemos captar, na trama íntima desta crise, um fio condutor para nos orientar: o conflito se estabelece, neste nível, entre um saber que definia um objeto que historicamente identificava a psiquiatria como tal, e um novo saber que se estabelece em torno de um novo objeto. Opõem-se aqui um conflito entre a Doença Mental e a Saúde Mental.

Desde o seu surgimento, no final do século XVIII, a psiquiatria se propunha, como disciplina médica, à terapêutica dos distúrbios mentais, sendo que seu campo de cientificidade abrangia o estudo destas doenças e das indicações de sua instrumentalidade curativa.

Entretanto, na modernidade, o seu objeto teórico pretende-se outro: a psiquiatria pretende-se um saber sobre a Saúde Mental, sobre as suas condições de possibilidade, e sobre as formas de instaurá-la originariamente nos indivíduos.

Instaura-se uma mutação radical no campo epistemológico da Medicina Mental, passando de instrumento de cientificidade sobre a Doença Mental, para pretender-se definidor da Saúde Mental. Pode-se, através de um hábil jogo de palavras, subestimar a transformação operada, como efetivamente se faz, ao indicar que quando se queira curar a doença buscava-se a saúde, e que na modernidade, a psiquiatria levou os seus pressupostos à radicalidade. Entretanto, do ponto de vista teórico, transforma-se o discurso psiquiátrico, e do ponto de vista assistencial as suas estruturas se transformam;

3) Finalmente, em virtude mesmo dos conflitos definidos nos níveis anteriores, a crise se estabelece no seu terceiro nível constitutivo: como prática clínica. Controle do espaço terapêutico, pela ativa invasão de Instituições externas, e as transformações operacionais que demandam a mudança de seu objeto, confundem esta prática clínica. O novo objeto opera um conflito entre a nova prática exigida e a prática anterior erigida em função do antigo objeto: o psiquiatra estará numa região nebulosa, onde nem sempre existirá homogeneidade e coerência entre as suas estruturas lógicas-conceituais e os seus instrumentos operacionais de realização terapêutica.

Esta crise em verdade não é nova. Ela se perfila de modo tímido desde o

começo deste século, com a crise da Psiquiatria Fenomenológica na Europa e o surgimento da Psiquiatria Behaviorista americana, que encontrará em A. Meyer o primeiro formulador da enfermidade mental como desadaptação social, como reação a uma situação ambiental conflitiva. Entretanto, a crise se aprofunda, mostrando de modo mais nítido as suas linhas de desenvolvimento e explicação a partir da II Grande Guerra, onde se fundem numa unidade as preocupações dos psiquiatras quanto à sua impotência terapêutica, e as preocupações governamentais geradas pelos altos índices de cronicidade das doenças mentais, com sua conseqüente incapacidade social.

No contexto desta crise surge a Psiquiatria Social como a grande novidade, o medicamento milagroso para os males da teoria e da Instituição psiquiátrica, confundindo-se neste novo segmento histórico, homogeneamente, com a nova arrancada da Medicina Social, sinal de uma mudança mais global que envolve toda a Instituição Médica.

Esta psiquiatria, no que concerne ao estudo da instituição asilar e de alternativas para a mesma (Bastide, 1967), tomará formulações diversas nestes últimos trinta anos. Apresentará subseqüentes soluções que se ultrapassam, reduzindo, na prática, a solução anterior para um plano secundário. Podemos, assim, destacar dois grandes períodos que redimensionam o campo teórico e assistencial da psiquiatria:

1) Processos de crítica à estrutura asilar, na medida em que o asilo passa a ser apontado como o elemento responsável pelo alto índice de doentes crônicos. Esta crítica envolve um longo percurso, gerando-se no interior do hospício até atingir a sua periferia: inicia-se com os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra, E. Unidos) e de Psicoterapia Institucional (França) (Bonnafé, 1957: 28), atingindo o seu extremo com a instauração das Terapias de Família;

2) Num segundo momento, esta Psiquiatria Social torna-se Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (E.U.A.) ou de Setor (França).

Entretanto, apesar da periodização que destaca dois movimentos diversos, propondo-se fins diferentes, realizando-se em espaços também diferentes, esta diversidade é uma ocorrência de superfície, tratando-se de táticas diversas que criam duas formas teórico-conceituais aparentemente dispares, porém, que se identificam num plano profundo e nas suas condições concretas de possibilidade. A mesma estrutura que efetiva uma Psiquiatria Institucional é a que torna possível também uma Psiquiatria Comunitária. O que ambas visam é o mesmo: a promoção da Saúde Mental, sendo esta inferida como um processo de adaptação social.

Nas duas recentes estruturas, a terapêutica da enfermidade passa paulatinamente para um segundo plano, substituída pela promoção da Saúde Mental, ou então equaciona-se o conflito, numa solução de compromisso, pretendendo-se que com a promoção da Saúde Mental realiza-se a verdadeira terapêutica psiquiátrica. Em qualquer das alternativas, contudo, o foco das preocupações teóricas e dos projetos assistenciais mudam de rumo, apontando para novas direções.

Interrogemos a recente História da Psiquiatria nas duas periodizações assinaladas. Acompanhemos a leitura destes movimentos, no deciframento das suas estruturas teóricas, implícitas e explícitas, que estão subjacentes nas transformações das estruturas assistenciais. Através disso podemos determinar o surgimento deste novo objeto, em princípio de modo turvo, forjando-se na obscuridade das práticas, não se cristalizando nas formulações conceituais, mas que progressivamente ganha forma, tornando-se o objeto explícito da nova Psiquiatria. É preciso que esta análise seja acompanhada de correlações com a conjuntura histórica mais global, *a priori* concreto de suas realizações.

### ***I - A Saúde Mental como objeto implícito da estratégia da Psiquiatria Institucional***

→ A II Grande Guerra subverteu a estabilidade socioeconômica a política mundial, principalmente a do Continente europeu. Os Estados Unidos, país indiretamente protegido por não constituir o cenário dos conflitos militares, não sofreu o desgaste imediato que repercutiu em todos os níveis sobre os países europeus. Estes se viram, de um momento para o outro, privado de boa parte de sua mão-de-obra ativa que sustentava o andamento da vida das nacionalidades, lançadas que eram às frentes de batalha, gerando fissuras profundas nas suas estruturas econômicas, que já fragilizadas tinham ainda que manter uma longa guerra, representando um desgaste suplementar ao funcionamento da economia.

Nesta conjuntura, elevou-se absurdamente o custo de vida nos grandes centros europeus e os extermínios provocados pela fome, pelo frio e pelas privações se avolumaram. Só na França, registrou-se a morte de quarenta mil doentes mentais, todos internados em asilos, pela má alimentação e maus cuidados.

Certamente que esta guerra não é a causa primeira de todo este desequilíbrio, mas é o seu ponto final, no qual a solução do desequilíbrio internacional foi jogado, representando uma agudização brutal dos jogos de interesse em luta desde a crise

de 1929. Trata-se de uma guerra para uma nova partilha de poder, em que os E.U.A. emergem como a grande potência mundial.

O Estado, dirigente supremo das vidas no contexto da guerra, quer do ponto de vista político, quer do militar, reforça o seu papel central de gerente das trocas. Todo o excedente dos encargos econômicos reverteu em preocupações a serem mantidas, produzidas e dirigidas pelo Estado. Este se torna não só o grande poder virtual, a síntese do conjunto de poderes que dirigem a vida das nacionalidades, mas o poder concreto que define os rumos de todos os negócios públicos.

No que concerne à Saúde, esta passa a ser um encargo e uma obrigação do Estado, que passa a ser o seu grande gerente. Daí surge o postulado, pretensamente universal, de que todos os homens têm o direito de gozar de boa saúde como um bem básico, e que este produto tem que ser possibilitado pelo Estado. Mudança radical, já que até então os homens tinham assegurado o "direito de viver", e eles passam a adquirir o "direito à saúde".

Tomando o ano de 1942 como ponto de recomeço da História da Medicina atual, já que então se elabora o plano Beveridge na Inglaterra, que será tomado como o modelo de reorganização do sistema da Saúde em vários países, Foucault destaca claramente esta mutação:

"A data deste plano tem um valor simbólico. Em 1942 se estava em plena II Guerra Mundial, que matou 40 milhões de homens. E é em meio a esta guerra que se encontra afirmado, não o direito de viver, mas um direito diferente, mais rico e complexo, o direito à saúde. No momento em que a guerra devasta, uma sociedade se atribui a tarefa explícita de assegurar a seus membros, não somente a vida, mas a vida em boa saúde"(Foucault, 1974:1).

Neste seu novo encargo, o Estado promulga leis que reformulam o perfil assistencial em relação ao doente mental, que passa a ser encarado com um outro olhar. Temos assim, na Inglaterra, o surgimento do National Health Service e o Disableb Persons Act (1944), e a criação da Segurança Social, na França, em 1945.

Nesta nova conjuntura, não era mais possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividades, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios. Passou-se a enxergar como um grande absurdo este montante de desperdício da força de trabalho. As Comunidades Terapêuticas surgiam do impacto causado pelas novas condições de vida.

O asilo passa a ser considerado como o grande responsável pela deterioração dos pacientes, como agente produtor e mantenedor da enfermidade. Um conjunto de críticas que se vinham formulando de modo esparso sobre o contexto asilar são reatualizadas. É importante assinalar que estas críticas, esboços assistemáticos de uma nova percepção sobre a doença mental, já existiam, se bem que de modo marginal e silenciadas, só sendo acordadas e buscadas para fornecerem o sentido das transformações da assistência psiquiátrica quando condições objetivas, do ponto de vista histórico, tornavam-nas possíveis. Podemos assinalar:

1º - Redescobre-se a obra de Hermann Simon (Simon, 1929), criador da Terapêutica Ocupacional, que quando de sua aparição na década de 20, foi objeto de severas críticas e reservas por parte da Psiquiatria européia.

Em 1903, Simon utilizou na construção de um hospital um grande número de pacientes que viviam isolados. Registrou a melhoria que isto produziu nos pacientes, que ao invés de ficarem na passiva posição de doentes, loucos irresponsáveis, tendo que ser cuidados exclusivamente pelos outros, foram colocados na atitude ativa de assumir outros papéis além daquele de enfermo, ao trabalhar e ter ocupações. Desta maneira pode expressar Simon:

"O trabalho do enfermo mental não apenas se revelou proveitoso, como também o ambiente do estabelecimento foi todo transformado, podendo respirar-se ali uma atmosfera de ordem e tranqüilidade, que até então não era habitual"(Simon, 1929).

Apesar das críticas de que foi objeto, a T. Ocupacional foi aceita no asilo como mais uma terapêutica ao lado das outras (?) liberalismo medicamentoso, se bem que assentada na estrutura pesada do asilo. Aceita, mas mantida de modo marginal. E quando as Comunidades Terapêuticas tornaram-se a Verdade da nova prática psiquiátrica, foi transformada no primeiro momento desta prática, como a primeira manifestação de sua essência. Nesta nova cronologia, Simon se torna o primeiro precursor das Comunidades Terapêuticas. Torna-se o ponto de referência fundamental, em torno do qual se constrói o movimento francês de Psicoterapia Institucional, por um grupo de psiquiatras do Hospital de Saint-Alban;

2º - Desta forma, redescobre-se toda uma tradição de realizações de Sullivan, que postulou através da observação de seus pacientes esquizofrênicos, internados, a importância da ação do meio ambiente hospitalar sobre os enfermos, fator este que poderia tornar-se benéfico para seus tratamentos, desde que devidamente

aproveitado e constituído de tal forma que possibilitasse agir nos tipos de relações interpessoais mantidos pelos enfermos.

Com efeito, Sullivan (Sullivan, 1931), desde 1929-1930, no seu serviço para pacientes psicóticos, transforma o seu enfoque terapêutico, voltando-o não mais para o tratamento individual mas para a integração dos pacientes em sistemas grupais, sendo mantido o seu serviço segundo a perspectiva do inter-relacionamento entre grupos. Registrava Sullivan as grandes possibilidades de comunicação que emergia em pacientes que não eram sensibilizados com outras abordagens;

3º - Finalmente, a terceira redescoberta foi a de Menninger. Reencontra-se a Comunidade Terapêutica esforçando-se nos seus primeiros movimentos para tornar-se viva, nos trabalhos da Menninger Clinic, que desde 1936 tratava os doentes internados colocando-os em pequenos grupos, visando com isso a sua ressocialização (Menninger, 1937).

Entretanto, durante o próprio processo de guerra, na própria dinâmica criada por esta situação, a psiquiatria se adapta, moldando-se ao novo contexto de emergência e forjando-se novos instrumentos para lidar com os problemas advindos. Um grande número de soldados mostrava distúrbios mentais no campo de batalha, tendo que abandonar os seus postos pela incapacidade emocional. Eram então internados em hospitais psiquiátricos militares, onde se amontoava um grande número de ex-combatentes, que aí se mantinha por um tempo longo, o que tornava problemática não só a sua manutenção, mas principalmente a situação da frente de guerra, privada de um grande número de homens treinados. Vejamos como esta situação foi contornada, através de duas experiências dignas de nota, na Inglaterra e nos Estados Unidos, que vão constituir uma nova direção para as mudanças do asilo:

1º - A experiência inglesa esteve sob a responsabilidade de Bion e Rickmann. Médicos responsáveis pela direção de um hospital militar que cuidava de cerca de 500 enfermos com diagnóstico de neurose. Limitados pela desproporção numérica entre médicos e enfermos para realização de tratamentos individuais, e tendo também que resolver problemas disciplinares, e regularizar as licenças dos soldados, eles resolveram transformar a estrutura de seu serviço.

Distribuíram, então, o conjunto de internos em pequenos grupos que se caracterizavam como grupos de discussão e de atividades, com o objetivo de retirá-los da inércia. Criavam, simultaneamente, uma reunião diária, uma espécie de assembléia geral, de curta duração, quando o conjunto dos grupos se reunia com

os médicos responsáveis, com o objetivo de dar conta de suas atividades e de integrar o conjunto dos grupos numa dinâmica centralizada.

Através desta nova estrutura de serviço, multiplicou-se a eficácia apesar da carência de médicos, passando os grupos a adquirir uma potencialidade terapêutica, assim como a atividade de trabalho. Com esta experiência do Northfield Hospital, registra Bion (Bion, 1970), foi conseguida uma grande melhoria dos pacientes que assumindo as suas atividades puderam rapidamente retornar aos seus encargos de guerra. Experiência de tão magna importância, pois dela se originariam não só a Comunidade Terapêutica como o movimento das Psicoterapias de Grupo, já que o Dr. Bion vai ser convidado pela Tavistock Clinic para realização de terapias de grupo, devido precisamente a esta experiência singular (Bion, 1970).

2º - A experiência americana esteve sob a direção do Dr. Menninger. Tornando-se responsável pelo serviço psiquiátrico do exército americano, Menninger se viu numa situação semelhante à de Bion e Rickmann, e como eles, estabeleceu como sua estratégia a de reintegrar, o mais rapidamente possível, os doentes internados às frentes de batalha. Para tal, o seu instrumento de trabalho também foi semelhante ao da experiência inglesa, já que procurava integrar os enfermos em nível de pequenos grupos, e a sua integração transformava-se no indicador das altas e das curas.

Da mesma maneira, no pós-guerra, Menninger utilizará a mesma tática, já que os soldados marginalizados da sociedade civil e com dificuldades emocionais serão reintegrados na mesma através de procedimentos grupais.

Forjando-se na guerra, recuperando-se num passado longínquo, através de precursores que se tornam os primeiros arautos de sua verdade, constitui-se o primeiro período da nova psiquiatria. Finda a guerra bélica, reequilibra-se o jogo de forças, efetua-se a partilha das regiões de influência e dos poderes supremos no cenário internacional, o ritmo da vida social turbulento é encarado como estando em permanente estado de guerra, e ao hospital psiquiátrico será demandado um esforço de funcionamento de guerra. Ele deve proporcionar um rápido retorno às atividades sociais, não podendo mais desperdiçar o potencial energético dos alienados.

O novo lema é dinamizar a estrutura hospitalar, criar novas formas e condições de tratamento para uma eficaz recuperação dos pacientes como sujeito da produção. Verifica-se, assim, que um conjunto de sintomas, anteriormente atribuídos à natureza essencial da psicose esquizofrênica, não passava de subprodutos do espaço asilar (Racamier, 1970). Registra-se a existência de síndromes específicas,

caracterizadas por agitação psicomotora e produção delirante, devidas ao relacionamento da equipe com o paciente em questão. Assim, quando havia orientações diversas na equipe, quanto a como lidar com determinado paciente, o que trazia contradições e produzia-se conflito em algum nível, entre os dois médicos responsáveis (o psicoterapeuta e o psiquiatra clínico), ou entre o médico e o enfermeiro, sendo este conflito percebido pelo paciente e gerando este quadro mental que foi denominado de "Síndrome de Stanton e Schwartz" (Stanton, 1954).

Se o hospício é produtor da doença e passível de mantê-la, cabe realizar a "terapêutica" da estrutura hospitalar. Propõe-se a transformação do espaço hospitalar em espaço terapêutico. Ser um espaço terapêutico corresponde a tratar os males psicotizantes do hospital, para torná-lo passível de produzir a Saúde Mental nos seus pacientes.

Mas é preciso que nos interroguemos. O que representa esta fórmula ambígua, de terapêutica de um espaço social (o hospital) como condição de possibilidade da Saúde Mental? E o que é efetivamente a terapêutica de um espaço social?

Transformar o espaço hospitalar em terapêutica, corresponde a encará-lo como uma réplica, restrita e experimental, do espaço social extra-asilar, transformando-o no lugar privilegiado onde um aprendizado vai ocorrer, onde o paciente será recuperado para a vida social e familiar: espaço de pedagogia social. As normas e os limites que devem regular e delinear a vida dos pacientes no interior do hospital são uma síntese das regras da vida social mais ampla, que devem ser internalizadas pelos pacientes, e a cura estaria relacionada com esta possibilidade de reeducação.

Cabe sublinhar que estas mudanças asilares, no sentido de uma pedagogia normativa, não é algo externo ao tratamento que se daria de outra forma, mas é a essência da prática curativa. A possibilidade da cura relaciona-se com a perspectiva de entrar neste novo arranjo asilar. As situações hospitalares tornam-se um modelo, simultaneamente real e simbólico, que desenham as linhas reais e virtuais dos comportamentos permitidos e interditos, que erige um modelo de homem adulto.

Neste contexto neo-asilar, a psicanálise é transformada para atender às novas demandas. Fundida e confundida com a Psicologia Behaviorista, nas suas receitas advindas da Teoria da Comunicação e Informação, revitalizando a concepção americana de enfermidade como reação a um meio angustiante, que se origina em A. Meyer. A saúde e a doença mental oscilando entre os pólos da adaptação e da desadaptação social, a psicanálise é usada fora do seu campo de validade episte-

mológico, como instrumento adaptativo e pedagógico, para promover a Comunicação e a reeducação dos pacientes para o convívio social.

Isto conduz à introdução e ampliação do trabalho de grupos no hospital: grupos operativos, recreativos, artísticos e os terapêuticos propriamente ditos. Reencontra-se aqui novamente o objetivo central: educação para a vida social, através do grupo, signo de saúde mental, na medida em que o grupo é o núcleo da vida social no espaço extra-hospitalar. Mas, através disso, detecta-se também um outro tipo de preocupação: a busca de uma produtividade maior do terapeuta, principalmente o médico, uma multiplicação do seu valor, na medida em que haveria um terapeuta para um número maior de pacientes. Mas esta produtividade se amplia, já que os outros profissionais, até então subalternos, passam a adquirir o papel de terapeutas: enfermeiros e assistentes sociais. Na nova espacialização da cura, todos têm virtude de curar, se bem que isto não é acompanhado de uma identificação dos status de uma igual partilha do poder. Se não é mais a doença o objeto das preocupações, mas a promoção da Saúde Mental, esta ação pode ser encaminhada por qualquer pessoa medianamente adaptada às normas. Terapêutica global, todos terapeutas, mas ninguém terapeuta de verdade, arrebatando-se os critérios de cura e de terapêutica do ponto de vista conceitual: tal é o saldo que esta mudança de objeto implícita vai articulando na nova estrutura.

Ora, é no mesmo sentido que são criadas as Terapias da Família, que nasceram no marco do novo hospital psiquiátrico, que se quer ressocializante como forma de evitar a alienação do paciente de sua vida familiar pelo ato de internação. Entretanto, nesta mudança da espacialização da enfermidade e do louco, na sua correlação com processos de adaptação-desadaptação grupais, uma mutação de enfoque se opera: não só adoecem as pessoas, mas também os grupos e, nestes termos, uma família que tem um doente psicótico no seu interior torna-se uma família doente. O psicótico passa a ser encarado como um sintoma de uma enfermidade mais ampla e complexa, que é a da estrutura de sua família. Daí, temos na ordem das conseqüências:

1 - Não basta cuidar unicamente dos pacientes diagnosticados de psicose, mas torna-se obrigatório o tratamento do grupo familiar, sem o qual o tratamento individualizado é limitado ou mesmo ineficaz. Caberá agora à psiquiatria dissolver a psicose por toda a família: distribuirá, para todo o grupo, a ansiedade cristalizada num único elemento, caracterizado como doente mental;

2 - Na era da readaptação maciça do enfermo mental, é preciso que a família seja ativamente reestruturada para adaptar-se ao seu doente;

3 - A Psiquiatria, após organizar os psicóticos em pequenos grupos no hospital, avança para os microorganismos sociais, e assinalará a doença mental como um mal enraizado inicialmente na família, passando a produzir a Saúde nesta, através da sua ação normatizadora das suas inter-relações internas.

Chegados a este ponto, registamos a modificação radical da perspectiva psiquiátrica. Não mais se trata de curar um doente, mas de adaptá-lo num grupo, torná-lo novamente um sujeito definido pela rede de suas inter-relações sociais. E, para sermos mais precisos, o critério de cura e de alta hospitalar deixa de ser a redução de certas produções delirantes ou alucinatórias para tornar-se a adaptação social de um enfermo num grupo. Aquele que se adapte num grupo no interior da dinâmica hospitalar torna-se passível de se adaptar em qualquer grupo social que se localize no exterior do asilo.

Portanto, apesar de informúlável num sistema teórico, o que podemos claramente ler nas entrelinhas das novas práticas e das novas instituições, é a criação de um novo objeto da psiquiatria, que é a Saúde Mental. Este é delineado com linhas bem marcadas:

1) A Saúde Mental é definida em termos adaptativos, como a capacidade do sujeito de integrar-se num grupo;

2) Adaptar-se num pequeno grupo representa a possibilidade do indivíduo de submeter-se, nem que seja aparentemente, às suas regras, formuladas por seus líderes formais, que se traduzem na sua linguagem e na realização de suas tarefas práticas;

A Saúde Mental representa não uma coisa, mas uma virtualidade permanente, presente no interior de todas as individualidades e, como tal, é uma potencialidade que tem que ser redescoberta para combater e sobrepor-se ao mal, que está caracterizado nas produções sintomáticas e no negativismo social;

4) Daí esta tática singular, presente em todas as Comunidades Terapêuticas, que consiste em falar às partes boas (Saúde) do doente, isto é, àquela que garantiria a realização das tarefas reguladas pelo grupo e o exercício do discurso da instituição. A Saúde Mental é uma essência que está mais além das aparências, nas profundezas do doente, representando a sua capacidade de trabalhar e de se comunicar num certo código.

Entretanto, estes temas estão apenas esboçados neste primeiro momento. Sua explicitação se dará no nível da Psiquiatria Comunitária. Esta já está aí preparada e montada, armando seus instrumentos. Todos são terapeutas, qualquer um pode ser, quando não se visa mais uma doença, mas a promoção da Saúde Mental.

## II - A Saúde Mental: objeto explícito da estratégia da Psiquiatria Comunitária

Um conjunto de razões conduziram ao enfraquecimento dos movimentos de reformas hospitalares, sobretudo as de ordem econômica: o alto custo que representa, pela ampliação da equipe psiquiátrica, encarecendo os custos do tratamento, e na medida que organizados como alternativa do velho hospício, interessa pouco aos órgãos assistenciais do Estado.

As taxas de incidência dos distúrbios mentais continuavam a crescer em progressão geométrica, as cronificações se mantinham e os custos que isto acarretava às famílias e ao Estado cresciam em igual velocidade. Necessário mudar os métodos, as estratégias e os espaços das novas intervenções. Assim, em 1955, o Congresso Americano cria uma Comissão de Enfermidade e Saúde Mental, que tinha como objetivo:

"análisis nacional y una revaluación de los problemas humanos y económicos creados por la enfermedad mental, y de los recursos, métodos e prácticas corrientemente utilizadas para el diagnóstico, tratamiento, asistencia y rehabilitación del enfermo mental — de manera que conduzca a la formulación de recomendaciones amplias y realistas — que prometen como resultado una reducción notable de la frecuencia o duración de la enfermedad mental, y en consecuencia una disminución de la padecen, o de los recursos económicos de los Estados y de la Nación"(Comissão de Enfermidade e Saúde Mental do Congresso, 1961: 303).

De 1955 a 1963 cria-se os projetos e comissões que examinam o estado de coisas existentes, mas principalmente cria-se as bases políticas e jurídicas para transformar o tipo de assistência psiquiátrica. E, em 1963, o presidente Kennedy formula, em linhas gerais, a nova política para lidar com as doenças mentais nos Estados Unidos, que se tornaria referência para todo o mundo. Este novo programa se enuncia como de Saúde Mental:

"Propongo un programa nacional de Salud Mental para contribuir a que en adelante se atribuya al cuidado del enfermo mental una nueva importancia y se le encare desde un nuevo enfoque. Los gobiernos de todos los niveles — federal, estatal y local — las fundaciones privadas y los ciudadanos, deben por igual hacer frente a sus responsabilidades en este campo"(discurso do Presidente Kennedy, 1963).

A reforma do hospital psiquiátrico deve ser abandonada como ação preferencial, tornando-se o espaço social mais amplo, o espaço de ação da psiquiatria: a "Comunidade". Responsabilidade de todos, cidadãos e governo, instituições públicas e privadas, a estratégia de promoção da Saúde Mental se explicita, tornando-se a preocupação referida da Nova Psiquiatria. Esta mudança vai surgir no plano teórico, através de uma abordagem preventiva da enfermidade mental.

A psiquiatria dirige-se à Saúde Pública, incorpora alguns de seus conceitos básicos na sua teoria, fundamentalmente o de História Natural da Enfermidade, enunciado por Leavell e Clark (Clark, 1965), que discriminará três tempos na formação e desenvolvimento da enfermidade, até a sua resolução, e estabelecendo três formas diversas de intervenção, de acordo com o momento de sua constituição: prevenção primária, secundária e terciária. A doença mental passa a ter uma História Natural, estabelecendo-se a sua assistência de acordo com o seu momento evolutivo:

1) Prevenção Primária: intervenção nas condições possíveis de formação da doença mental, condições etiológicas que podem ser de origem individual e (ou) do meio;

2) Prevenção Secundária: intervenção que busca a realização de diagnóstico e tratamento precoces da doença mental;

3) Prevenção Terciária: que se define pela busca da readaptação do paciente à vida social, após a sua melhoria.

A psiquiatria toma então, explicitamente, uma feição ambígua. Ela passa a ser atravessada por linhas de força de origens diversas, referidas a valores lógicos e conceituais diferentes. Como Prevenção, ela se pretende uma disciplina articulada à psiquiatria geral, e mesmo à Medicina, pelo viés da Saúde Pública, mas é, ao mesmo tempo, uma produção do sistema estatal que erige alguma coisa como ideal normativo de saúde psíquica. Procura-se costurar os termos desta disparidade, denominando a Psiquiatria Preventiva como a realização dos anseios da "Comunidade":

"De esto se deduce que la psiquiatria preventiva es una rama de la psiquiatria, pero es también parte de un esfuerzo comunitario más amplio, en el cual los psiquiatras aportam sus contribuciones especializadas a una totalidad mayor"(Caplan: 35).

Poder-se-ia argumentar que a Prevenção Secundária e Terciária não correspondem a nenhuma novidade absoluta deste sistema, pois que já faziam parte do

sistema psiquiátrico basicamente curativo: diagnosticar, tratar e readaptar, sendo sua única mudança a de serem estes termos tratados num enfoque de planejamento global das necessidades, e ser sublinhada a importância da precocidade das intervenções técnicas. Com este tipo de argumentação, poder-se-ia inferir que o sistema de Saúde Mental inclui em si a perspectiva terapêutica, se bem que integrado numa perspectiva mais global.

Precisemos, entretanto, os termos da discussão tal como ela é posta. Certamente a grande novidade de todo o sistema de Caplan é a Prevenção Primária, sendo as outras remanejadas pela perspectiva presente, as destacadas da prática assistencial já existente. Revelar o diagnóstico precoce para instituir rapidamente a terapêutica, corresponde a buscar formas para impedir que a enfermidade se enraíze ou provoque danos de tal monta que dificulta ou mesmo inviabiliza a possibilidade de tratamento. Da mesma forma, procurar seguir o paciente na sua fase de pós-cura, quando está ele ainda fragilizado e desorientado nas suas relações com os outros, corresponde a querer evitar as recaídas, fortalecendo a vinculação do paciente às preocupações anteriores à enfermidade.

Mas quando se afirma que a Prevenção Primária é a grande novidade do sistema é necessário definir o seu lugar, tal como é enunciada por seus criadores e realizada nos projetos concretos de Saúde Mental. Quando se sublinha a Prevenção Primária preconiza-se as intervenções sobre as condições possíveis de conduzirem a enfermidade mesma, não sobre esta constituída. Esta é a orientação geral do novo sistema de Saúde Mental; não se abandona a perspectiva terapêutica. Entretanto, e isto é fundamental, na planificação geral do sistema de intervenção os esforços técnicos e financeiros vão se concentrar no nível da Prevenção Primária, tornando-se as outras prevenções como um acessório do sistema global. E, novamente, Caplan nos explicita claramente esta questão:

"Creo que la psiquiatría preventiva deve incluir la prevención primaria como elemento esencial, y promover la salud mental entre los miembros de la comunidad que corrientemente no están alterados, tratando de reducir el riesgo de que enfermen. Admito que la inclusión de la prevención primaria obliga a reducir el esfuerzo psiquiátrico en las áreas de la prevención secundaria y terciaria"(Caplan: 35).

Psiquiatria Preventiva, Prevenção Primária, promoção da Saúde Mental, o psiquiatra torna-se uma espécie de funcionário burocrático do equilíbrio comunitário. Se, inicialmente, na reforma asilar, o tratamento constituía a promoção da

Saúde Mental pela busca de uma adaptação aos ideais estabelecidos para os grupos do hospital, sendo esta adaptação o critério de cura-alta, no novo contexto busca-se ativamente promover a adaptação aos ideais dos grupos instituídos no espaço social, já que a desadaptação de qualquer dos grupos instituídos passa a ser signo de doença ou de sua possibilidade, sendo registrado no mundo do patológico. Prevenir, palavra ambígua, implica em adaptar, em equilibrar os contextos socialmente tensos desde o seu surgimento, como forma de bloquear o surgimento do desvio e do marginalismo nos grupos constituídos, já que são ameaças, reais e (ou) simbólicas, para sua dissolução.

É assim que a relação Saúde-Doença, polarizadas entre a adaptação e desadaptação sociais, de acordo com os critérios estabelecidos, passa a fazer parte do circuito homeostático da "Comunidade", que lança mão da Psiquiatria Preventiva como um dos seus instrumentos para restabelecer o equilíbrio das tensões. Adoecer mentalmente é falhar nos mecanismos interativos da "Comunidade" constituída, e curar é restabelecer este equilíbrio, como já estava em realização nas Comunidades Terapêuticas, já que promover a Saúde Mental é estimular a interação normatizada.

E, se o desvio é um signo possibilitador de adoecimento, no sistema homeostático da "Comunidade", o exercício da psiquiatria corresponde a um instrumento reequilibrador, lançado para manter homeostaticamente o nível das tensões "comunitárias" no seu termo mais baixo, como se tratasse do funcionamento em *feed-back* de um termostato:

"La importancia que atribuyo a un enfoque amplio se basa en la creencia de que non sólo las estructuras de conducta del enfermo mental son parte de un sistema de respuestas ecológicas de una población en interacción com el medio, sino que nuestras propias actividades como psiquiatras preventivos también constituyen una faceta del sistema total de seguridad comunitaria por medio del cual las respuestas socialmente desviadas y la formación indebida de víctimas individuales pueden controlarse"(Caplan: 35).

É neste sentido mesmo que promover a saúde mental forma um todo com os programas de Bem-Estar Social, Educação Geral e Reforma Urbana. Trata-se de esquadrihar o bem-estar moral e não mais tratar de doenças psíquicas: o mal engloba todos os desvios das normas; a Psiquiatria é a promotora do Bem-Estar.

É aqui que surge o conceito de Crise, já que este será o grande indicador do desequilíbrio ou de sua possibilidade. O psiquiatra e sua equipe, junto com a

população como um todo, seus líderes formais ou informais, deve atuar nas situações que antecederiam a eclosão da enfermidade:

1<sup>ª</sup> - Crises Evolutivas geradas pelos processos "normais" de desenvolvimento físico, emocional ou social. Na passagem de uma fase a outra do processo evolutivo, onde a conduta não está caracterizada por um padrão estabelecido — período transitório que perde sua caracterização anterior sem adquirir ainda a sua nova — conflitos podem ser gerados, levando à desadaptação, que não sendo elaborados pela pessoa podem conduzir à doença mental;

2<sup>ª</sup> - Crises Acidentais, imprevistas, precipitadas por uma grande ameaça de perda ou por uma perda, que por sua capacidade de perturbação emocional teria a capacidade de poder levar futuramente à doença.

A crise torna-se o grande momento do desajustamento, a fissura no sistema adaptativo do indivíduo. Transforma-se em signo de intervenção, para reequilibrar o indivíduo, promovendo a sua saúde mental, já que foi empiricamente observado que nas pessoas que adoeceram mentalmente, os primeiros indícios de suas modificações ocorreram em momentos de crise:

"El interés en este tema surgio con el hallazgo de que, en muchas personas que sufren trastornos mentales, los cambios significativos en el desarrollo de la personalidad parecen haber ocurrido durante períodos de crisis bastante cortos"(Caplan: 52).

A crise não é absolutamente sinônimo de doença mental, mas neste contexto de idéias que privilegia a questão do Normal e do Anormal num enfoque adaptativo, a crise pode conduzir à enfermidade. Com efeito, caminha-se para uma enfermidade mental bem caracterizada pelo acúmulo sucessivo de Crises, que deterioraram o sistema de segurança individual pelo seu desgaste repetitivo:

"En tales casos, la progresión hacia la eventual enfermedad mental parece haberse acelerado durante períodos sucesivos de crisis"(Caplan: 52).

Entretanto, nesta abordagem de produzir a Saúde, a Crise torna-se um objeto privilegiado, já que se ela é um caminho seguro que pode conduzir à doença, ela pode ser também encarada como uma possibilidade de crescimento para o indivíduo. Defrontar-se com uma situação nova, ter de elaborar os instrumentos para lidar com ela, é um teste que pode tornar enriquecedor o desenvolvimento da

peessoa. Se colocado sozinho nesta eventualidade, o indivíduo nem sempre consegue torná-la proveitosa para si, retirando benefícios para seu enriquecimento pessoal. Se ajudado por técnicos ou por líderes comunitários, psiquiatricamente orientados, a Crise pode tornar-se quase sempre um meio de crescimento. Ora, num sistema que se propõe a produzir a saúde mental, agir sobre as Crises é pretender propiciar o crescimento harmonioso das pessoas. Objeto ambíguo, a Crise é encarada como uma oportunidade de promover a Saúde:

"Los cambios pueden llevar a una salud y madurez mayores, en cuyo caso la crisis habrá sido una oportunidad positiva; si por el contrario conducen a una reducción de la capacidad para enfrentar efectivamente los problemas de la vida, la crisis ha sido un episodio prejudicial"(Caplan: 53).

Mas quando se coloca a possibilidade de realizar uma prevenção primária de enfermidades mentais, torna-se necessário dispor de um balizamento etiológico fundado, de tal forma que possamos dizer que controlando determinado fator, desta ou daquela maneira, poderemos evitar a eclosão das enfermidades mentais em qualquer dos seus tipos. Um sistema assistencial que se pretende agente de uma ação sobre as condições capazes de conduzir à enfermidade, deve se sustentar num sistema causal consistente, para que uma ação preventiva possa servir de obstáculo a fatores patógenos, e poder simultaneamente ser um produtor de saúde mental. Sem uma coerência desta ordem, o sistema não tem uma racionalidade teórica.

Entretanto, para as enfermidades mentais não possuímos modelos causais, construídos desta forma, que possam fundamentar uma ação preventiva do tipo primário. Poderíamos para tal, argumentar:

1) O conhecimento etiológico é pequeno para o grande número das enfermidades mentais conhecidas. Com exceção de um pequeno número de enfermidades de fundamento orgânico, não possuímos este conhecimento para a grande maioria delas. Isto nos levaria à realização de uma prática voltada para a Prevenção Primária, sem quase nenhuma racionalidade etiológica. Isto corresponderia a agir no escuro, quase no vazio.

E a situação ainda se torna mais incômoda quando se reconhece que, mesmo no caso de certas enfermidades das quais se conhece medicamente a etiologia, como é o caso da sífilis, não se pode determinar efetivamente qual é a capacidade de psicotização efetiva de um sujeito infectado. É Caplan mesmo quem afirma:

"No conocemos qué factores ambientales e individuales determinan que una persona infectada con sífilis se vuelva psicótica"(Caplan: 45).

E acrescenta a esta formulação: "Sin embargo, nadie cuestiona la conveniencia de intentar prevenir este trastorno mental antes de que hayamos establecido la identidad de los factores. Estamos totalmente dispuesto a actuar sobre la base de nuestro conocimiento parcial"(Caplan: 45).

Entretanto, mesmo que se pudesse acatar as boas intenções de Caplan de atuar baseando-se em um conhecimento parcial, não se pode absolutamente concordar com ele, quando procura sustentar um plano de assistência psiquiátrica global, no que isto representa de esforços e recursos, baseado num conhecimento incerto, mesmo no caso de doenças de etiologia conhecida. E este questionamento a Caplan é absoluto, quando nos deslocamos para o campo das psicoses endógenas.

A Psiquiatria Preventiva vai querer repetir a prática histórica dos primeiros higienistas do século XIX para justificar uma atuação sem conhecimento de causa, e chamar a isto de Prevenção Primária. Entretanto, o que ocorre nesta prevenção sem sustentação teórica efetiva, é uma forma abusiva de psiquiatrização da vida social, com o nome de promoção da saúde mental, já que a doença ou sua ameaça torna-se caracterizada como desadaptação social ou negativismo social. A terapêutica ou a promoção da saúde torna-se idêntica à realização de práticas de ajustamento social. Como expressa Caplan a propósito da Prevenção Primária:

"Este enfoque se basa en el supuesto de que muchos trastornos mentales resultan de la inadecuación y de que, alterando el equilibrio de fuerzas, se hacen posibles una adaptación y un ajuste sanos"(Caplan: 45).

2) Um outro obstáculo seria do próprio tipo de racionalidade com que trabalham certas teorias psiquiátricas. Na medida em que trabalham com modelos hermenêuticos, como é possível ser construído um encadeamento causal retilíneo que pudesse servir de base a formulações preventivas?

Seja num nível seja noutro, as práticas de Prevenção Primária não se fundamentam.

Se esta ausência de consistência é clara, fazendo do projeto de um programa de Prevenção Primária um conjunto de contradições, é preciso que olhemos também um outro lado da questão. Economicamente, nestes projetos, o psiquiatra, como mão-de-obra, encontra-se multiplicado, na medida em que será prolongado através da população não-doente, atuando junto a ele ou dirigida por ele, junto às

populações de "alto risco", quanto à perspectiva de doença mental. O psiquiatra passa a atuar indiretamente na promoção da saúde:

1) Educação da população através dos meios de comunicação de massa, sobre sinais precoces de crise e doença mental, e de como atuar nestas circunstâncias;

2) Através dos líderes formais e informais da "Comunidade", na qualidade de supervisor de Saúde Mental: como líderes comunitários convivem habitualmente de modo direto com a população, sendo os que se defrontam com estes problemas em grande escala, teriam melhores condições de atuação nas condições de Crise.

Objetiva-se entrar nas instituições sociais e culturais da "Comunidade", com os instrumentos psiquiátricos, para promover a Saúde Mental. Todos os espaços sociais tornam-se passíveis de poder adoecer, e são potencialmente objeto da psiquiatrização da "Comunidade".

Certamente, existem os teóricos da Psiquiatria Comunitária que procuram correlacionar o tempo histórico, as teorias e o tipo de assistência que deve ser fornecido aos doentes mentais. Tal é o caso de Hersch, que postula assim a mudança de objeto da Psiquiatria:

"... as condições e o espírito dos tempos — suas características sociais, políticas e econômicas — têm uma influência decisiva sobre os problemas que nos preocupam, os princípios e teorias que nos servem de guia, e as formas de ajuda que desenvolvemos"(Hersch, 1968: 23).

É assim que ele vai procurar estabelecer relações entre contexto sociopolítico, conservador ou reformista, e o tipo de assistência individual ou coletiva. Sigamos por um instante as suas argumentações:

1) Para um tempo histórico conservador, a assistência é intrapsíquica, sendo o indivíduo responsabilizado pelos problemas do contexto. Entretanto, se o contexto é reformista, a assistência visaria mudar as estruturas, já que o contexto político social é o responsável pelo que ocorre com o indivíduo;

2) O Modelo Clínico é compatível com um contexto conservador, voltado para o indivíduo, e o modelo de Saúde Pública, voltado para o meio ambiente e a Prevenção Primária, sendo compatível com um contexto reformista;

3) Num contexto de reforma social, deve-se, além da realização da Prevenção, promover o Bem-Estar e o desenvolvimento das individualidades, criando possibilidades para melhorar concretamente a vida dos indivíduos;

4) Para tal, as agências do serviço comunitário devem contar com a participação da população (Hersch, 1968: 23).

Para que esta nova perspectiva psiquiátrica se imponha, é preciso que haja também esta ideologia do Bem-Estar social que faça que todos se acreditem num contexto global reformista, libertário, na promoção do desenvolvimento do indivíduo e da "Comunidade".

O objeto da Psiquiatria transforma-se. De cura da doença, pretende-se prevenir a sua possibilidade, mesmo que para tal inexistisse uma fundamentação teórica. Prevenir é promover a Saúde, identificada com promoção do ajustamento social. E, se o objetivo é a Saúde, sendo esta algo tão amplo e mesmo indefinido, não é mais necessário uma definição circunscrita da terapêutica, já que qualquer um pode realizar esta tarefa. Coloca-se a questão de se interrogar qual é o estatuto profissional de Psiquiatras e Psicólogos clínicos, e se efetivamente eles são necessários.

Na era da Saúde Mental, a estrutura de ação nas Comunidades Terapêuticas é esticada ao extremo, arrebatando o objeto e o sujeito do conhecimento psiquiátrico, que se traduz pela pulverização do sujeito da prática: qualquer um pode ser "técnico em Saúde Mental". É preciso que nos interroguemos se atrás disto que se afirma — que qualquer um cura — não se camufla algo mais fundamental — que ninguém cura — ou cura-se quem não precisa ser curado. Os hospitais psiquiátricos americanos elevaram a sua taxa de internação de psicóticos, e os psiquiatras caçam os neuróticos, as minorias e os desviantes na "Comunidade", numa pretensa apologia dos anseios desta mesma "Comunidade" e de um clima de reformas. Ora, a psicose, o grande desafio para o conhecimento psiquiátrico, não é afrontado, e a Psiquiatria se desloca para uma subteoria da Saúde Mental.

## **SEGUNDA PARTE**

### ***Comunidade: o novo espaço de intervenção da psiquiatria***

A psiquiatria atual é unânime em definir a comunidade como o lugar de atuação do psiquiatra. Os fundamentos dessa afirmação apóiam-se em duas premissas. Em primeiro lugar, admite-se que os recursos institucionais e humanos da comunidade (instituições médicas, paramédicas, educativas, assistenciais, religiosas, recreativas, culturais, os familiares, amigos, líderes formais e informais etc.) podem somar-se ao esforço da psiquiatria em prevenir, curar e reabilitar os pacientes psiquiátricos. Em segundo lugar, admite-se que os grupos sociais pos-

suem um potencial terapêutico inerente às redes de relações funcionais e efetivas que pode ser dinamizado e desenvolvido.

Portanto, a cooperação da comunidade e a amplificação de seu potencial terapêutico são as condições necessárias para que a psiquiatria torne-se comunitária. Em outros termos, a comunidade adequada à psiquiatria comunitária é a que possui um caráter cooperativo e espontaneamente terapêutico.

Tentaremos, por conseguinte, comentar estas duas premissas e verificar se elas se aplicam aos grupos sociais das grandes e médias cidades brasileiras.

Inicialmente, levando em consideração o suposto caráter cooperativo da comunidade. Sob este aspecto, pode-se afirmar que nada nos autoriza a pensar que as comunidades brasileiras comportam-se conforme esta expectativa. Para que os indivíduos pertencentes a uma determinada comunidade participem de um projeto comum é necessário que tal projeto seja um objetivo social consensualmente importante. Ora, nenhum dado sociológico, antropológico, psicológico ou histórico permite-nos afirmar que, no Brasil, o interesse pela saúde mental satisfaça esta exigência. Nas modernas comunidades brasileiras nem os valores são comuns nem as representações que os indivíduos têm de suas necessidades psíquicas são homogêneas. Ambos dependem do lugar que cada indivíduo ocupa na escala de diferenciação social.

Uma comunidade de interesses não se define por uma mera circunscrição geográfico-administrativa. Ainda menos quando se trata de uma comunidade urbano-industrial, como no caso das médias e grandes cidades brasileiras. Neste tipo de organização comunitária — a "Gessellschaft Community", na terminologia de Tönnies — os laços de solidariedade social são extremamente frágeis. Por outro lado, as lideranças universais não existem, razão a mais para que o consenso e a participação coletiva em projetos de interesse comum seja automaticamente excluída do convívio social.

É assim que, neste universo sociocultural, os atos e a palavra do psiquiatra têm destinos tão diversos quanto a própria diversidade dos indivíduos a quem eles se dirigem. O psiquiatra aposta num poder fictício quando imagina que, com ou sem o auxílio de líderes comunitários, pode criar aspirações comuns e nivelar interesses contraditórios. Feliz ou infelizmente, o peso da liderança do psiquiatra é insuficiente para promover um consenso em torno do valor da saúde mental.

Quando os autores formulam seus projetos de psiquiatria comunitária operam com um conceito de comunidade inadequado à realidade brasileira. A comunidade "cooperativa" — "Gemeinschaft Community" de Tönnies — é praticamente ine-

xistente na moderna cidade brasileira. No universo urbano-industrial, ela representa apenas o resíduo necessário, gerado por este tipo de sistema produtivo. Os indivíduos que a compõem são aqueles que ainda não foram plenamente integrados à ordem social majoritária.

Pouco importa, aliás, que se considere esta comunidade como um fato permanente ou como um fato transitório na evolução do sistema industrial. O que nos interessa assinalar é que, enquanto ela existe, exhibe um caráter de epifenômeno, cuja existência é sempre instável e rapidamente mutável. Se não no todo, pelo menos em parcelas consideráveis de sua constituição. A "Gemeinschaft Community" dos dias atuais constrói-se e destrói-se segundo as imposições do sistema social dominante.

Portanto, mesmo quando episodicamente estas comunidades aderem aos programas de psiquiatria preventiva, esta decisão é circunstancial e passível de mudanças bruscas. Isto basta para comprometer, a médio ou longo prazo, este tipo de programa.

Nenhum interesse constante pela saúde mental pode ser obtido destas comunidades, exceto aquele estabelecido oficial ou oficiosamente pelo sistema social global. E o modelo do interesse pela saúde mental, no Brasil, já está definido. Ele não precisa ser criado nem reinventado.

A saúde mental é um valor que depende do nível cultural e socioeconômico de cada um. Uma prova disto encontra-se no tipo de assistência psiquiátrica pedida pelas pessoas. Os indivíduos pertencentes às camadas mais pobres dirigem-se às instituições públicas em busca de respostas medicamentosas para seus conflitos psíquicos. Os mais ricos apelam para a prática privada, procurando, de modo geral, tratamento psicoterápico-psicanalítico. Ambas as camadas, através do pagamento de contribuições compulsórias ou optativas, financiam o sistema de distribuição de serviços psiquiátricos que, por sua vez, organiza-se de acordo com o poder aquisitivo da clientela.

É este o protótipo do interesse pela saúde mental e do modo de participação comunitária do cidadão brasileiro, habitante das grandes e médias cidades. Não vemos, por conseguinte, como o psiquiatra poderia justapor a este sistema uma organização social que contrariasse a forma de solidariedade imposta ou exigida pela cultura dominante.

Como seria possível solicitar dos indivíduos um interesse pela saúde mental em total dissonância com o conjunto de seus interesses? Nas cidades brasileiras modernas, a norma social vigente é a competição e a luta pela elevação do *status*

socioeconômico. Uma vez alcançado este objetivo, os indivíduos dificilmente vão retroagir culturalmente e aderir a formas de organização social sem nenhuma viabilidade prática. Mesmo que a psiquiatria sonhasse em instaurar o universo da "Gemeinschaft Community" na realidade urbana brasileira, ela seria incompetente para realizar esta tarefa. E, se não é este seu propósito, então os programas de psiquiatria aproximam-se ainda mais de utopias socialmente inexecutáveis.

Não se entende, portanto, a persistência destes tipos de projeto psiquiátrico, a menos que se recorra às suas origens.

A psiquiatria comunitária brasileira herdou, de sua congênere americana, o modelo de intervenção psiquiátrica de que procura fazer uso atualmente.

Este modelo, por sua vez, inspirou-se, claramente, nas fontes extrapsiquiátricas, que foram os programas de desenvolvimento comunitário. Nos Estados Unidos da década de 60, estes programas visaram prevenir a instabilidade social decorrente da marginalização de minorias segregadas, como os negros, os pobres, os "hippies", os toxicômanos etc. Este acontecimento histórico-político deu origem a um pernicioso equívoco psiquiátrico. Inicialmente, os psiquiatras assimilaram o "desvio social", produto da inadaptação política e econômica dos indivíduos, ao comportamento eventualmente desviante dos doentes mentais. Através de um "deslizamento conceitual" produzido sobre as noções de "adaptação-desadaptação", confundiu-se "desvio social" com "doença mental" e passou-se a acreditar que os métodos sociológicos de prevenção da divergência social poderiam tornar-se métodos de prevenção da doença mental.

Em seguida, generalizou-se a idéia de que todo modo de organização comunitária repetiria a organização social dos grupos segregados da sociedade norte-americana. O modelo transposto para o Brasil permaneceu até hoje insuficientemente criticado. Se aquelas comunidades funcionavam, efetivamente como "Gemeinschaft Community", este não é o caso das comunidades urbanas brasileiras. Pelo menos a psiquiatria comunitária ainda não conseguiu demonstrar satisfatoriamente esta identidade. O *ethos* cultural brasileiro, bem como a força de discriminação racial e social no Brasil são fundamentalmente diferentes de seus equivalentes norte-americanos. Em conseqüência, a suposta adesão dos indivíduos e os programas de psiquiatria comunitária são um pressuposto inconsistente, produto de inferências e extrapolações indevidas.

Todavia, mesmo que fosse possível demonstrar o caráter cooperativo da comunidade, a premissa de seu caráter "espontaneamente terapêutico" continuaria aberta a críticas.

Com efeito, se por "terapêutica" entende-se todo tipo de atuação sobre os indivíduos, cujos resultados correspondam àqueles obtidos pela prática psiquiátrica, cabe perguntar como a comunidade poderia exercer esta atuação. Do contrário, as formulações da psiquiatria comunitária, também neste nível, podem parecer gratuitas.

Senão, vejamos. Sempre que um indivíduo busca ajuda psiquiátrica é porque seus recursos espontâneos na luta contra o mal-estar psíquico entraram em falência. Em outros termos, sua maneira habitual de solucionar conflitos revelou-se impotente face a uma nova situação. Até aqui, o óbvio. No entanto, o que parece menos evidente na literatura sobre a psiquiatria comunitária é a noção de "modo habitual ou espontâneo" que os indivíduos têm de solucionar seus conflitos.

A psiquiatria comunitária afirma, implícita ou explicitamente, que os indivíduos podem "reforçar" seus meios de defesa naturais contra o sofrimento psíquico.

Nossa impressão é de que este ponto de vista vai de encontro às modernas noções da etnopsiquiatria e da sociologia das doenças mentais.

Em princípio, quando o indivíduo entra em falência psíquica, ele já empregou toda a bateria de racionalizações que seu *status* sociocultural lhe fornece. Por racionalização, entenda-se a possibilidade intelectual e emocional dos indivíduos em tornar ego-sintônicas as manifestações sintomáticas geradoras de angústia. Não se veja neste uso do termo, o sentido estrito que lhe é dado pela psicanálise.

Enfim, este processo de metabolização egóica do elemento estranho ao sistema psíquico depende da versatilidade psicológica de cada um e da possibilidade que a cultura oferece ao elemento de ser "naturalizado". Uma vez controlado psicologicamente e transformado em fenômeno "natural", ou seja, integrado ao repertório manifesto e socializado de gestos, pensamentos e sentimentos da cultura, o sintoma perde seu caráter insólito e ansiogênico. Por conseguinte, a atuação "espontaneamente terapêutica" do meio cultural sobre o indivíduo é automática, imediata e absoluta para um certo tipo de cultura. Não há como elevar o "potencial terapêutico" de um grupo cultural, a menos que se mude o *status* social da pessoa ou o *ethos* cultural da sociedade.

Nenhuma dessas tarefas compete ao psiquiatra, enquanto profissional. O psiquiatra, quando recebe o pedido de auxílio por parte do paciente, torna-se depositário de uma expectativa terapêutica e não de um pedido de intervenção na ordem social. Sua função cultural é bem explícita. O recurso à psiquiatria tem lugar quando a intervenção de amigos, familiares, assim como todo o conjunto de prescrições, interdições e permissões da cultura foram utilizados até a saturação.

Alcançado este ponto, a cultura designa outros instrumentos e outros agentes responsáveis pela intervenção terapêutica junto a quem sofre.

Só por um excesso de "etnocentrismo profissional" o psiquiatra pode imaginar-se como um indivíduo que exerce uma função social que escape às contingências da cultura. Que esta função tenha um caráter histórico, determinado pela organização socioeconômica, isto é um outro problema. No momento, interessa-nos assinalar que a psiquiatria é um complemento acoplado aos recursos naturais da cultura. O psiquiatra tem seu "local terapêutico" determinado e singularizado da mesma maneira que pais, amigos, educadores, líderes etc. A psiquiatria não é um mero prolongamento quantitativo da atividade terapêutica espontânea dos grupos sociais. Seu "setting", seus métodos e efeitos são distintos daqueles existentes nas relações sociais em geral. Não se pode por um simples ato de vontade ou planejamento psiquiátrico inverter livremente funções construídas e fixadas por necessidades histórico-culturais. A função do psiquiatra é heterogênea ao sistema de relações sociais em geral, e vice-versa.

A partir destes dados, compreende-se mal a tentativa de adicionar às funções do meio sócio-cultural o apêndice funcional psiquiátrico. Estas funções são mutuamente exclusivas. No mínimo, uma inibe a outra. A mais superficial observação antropológica obriga-nos a reconhecer que as culturas têm necessidade de investir, de modo bastante particularizado, a função dos que lidam com o sofrimento, dor e morte dos indivíduos. É no registro do curandeiro ou do "Shamam" que o psiquiatra se localiza.

A diferenciação cultural desta função, que embora mutável em seu *status* e em seu "instrumental técnico", persiste através dos tempos, não é um acaso nem pode ser entendido como "insuficiência terapêutica" do meio sócio-cultural. Neste sentido, toda cultura foi, é, e provavelmente será, insuficiente. São os próprios mecanismos de homeostase cultural que poupam aos indivíduos o exercício de uma determinada duplicação de suas funções sociais. Tornar os pais, amigos, líderes, educadores etc., em "subpsiquiatras" é, culturalmente, tão inviável quanto tornar o psiquiatra "subpai" ou "subamigo". Só uma extravagante imprecisão terminológica foi capaz de assimilar à função de compensação psíquica que o meio cultural pode exercer a função específica da psiquiatria.

O meio cultural é primordialmente normativo, do ponto de vista social, e só secundariamente normativo do ponto de vista individual. A psiquiatria, pelo contrário, é e deve ser apenas individualmente normativa. Pelo menos se a considerarmos nos seus fundamentos éticos e racionais. Os aspectos adaptativos

da função psiquiátrica são uma carga imposta à organização institucional da psiquiatria. Pouco importa que elas sejam uma decorrência inevitável de inserção necessária do psiquiatra, em uma determinada organização social. De qualquer forma, a função de mandatário da ordem social exigida do psiquiatra é uma dimensão que ultrapassa o núcleo racional de sua tarefa terapêutica.

E é justamente este aspecto que deve caracterizar a assistência psiquiátrica: sua desvinculação do núcleo normativo e disciplinador da sociedade. E isto, que lhe confere um estatuto cultural específico, tem que ser preservado. Do contrário, a psiquiatria pode vir a diluir-se em meio a outros mecanismos de coerção do comportamento, que invalida sua proposta terapêutica fundamental.

Portanto, em função de sua especificidade cultural, o psiquiatra age sobre os indivíduos com uma relativa isenção emocional quanto aos valores que determinam o modo de ser social corrente em dada sociedade. A família ou o meio social em geral atuam necessariamente no sentido oposto. A assistência "terapêutica" que uma dessas instâncias pode dar a um de seus membros mentalmente comprometido orienta-se por outros princípios.

O meio sociocultural busca recuperar o indivíduo, tendo em vista as "performances" sociais que lhe são exigidas. A família, por exemplo, é encarregada de transmitir valores culturais que visam, em última análise, uma resposta adequada ao sistema de valores da sociedade. Os pais não podem ser "neutros" diante dos eventuais desvios culturais dos filhos. A menos, evidentemente, que tais desvios correspondam às suas próprias aspirações. Ainda assim, o essencial neste tipo de assistência é a orientação socialmente valorativa que julga e interfere no comportamento do indivíduo desviante. E não poderia ser diferente. Os mecanismos de transmissão cultural e a própria subsistência da cultura assim o exigem. Não se pode pedir aos pais que adotem uma conduta terapêutica, no sentido psiquiátrico da palavra, com relação aos filhos, sob pena de perturbar profundamente o influxo afetivo natural que atravessa este tipo de relação. Uma família asséptica, do ponto de vista emocional e dos valores sociais, é uma aberração cultural. Não importa, no momento, considerarmos se estas famílias possuam problemas psíquicos ou valores sociais inadequados à saúde mental de seus membros. Esta é uma outra questão. Se a família é, ela própria, descompensada psiquicamente, tanto mais razão teremos em não exigir dela um esforço terapêutico suplementar. Se seus valores sociais são julgados "errados" pelo psiquiatra, este é um problema que foge à esfera da psiquiatria.

O importante a notar é que se uma família é bem constituída psicologicamen-

te, não se sabe bem como ela poderia ampliar sua função terapêutica. Esta família já fez o que poderia ser feito. A família, enquanto entidade cultural, está submetida aos mecanismos de homeostase, reequilíbrio e compensações culturais. Portanto, já agiu dentro dos limites de sua possibilidade.

É possível que estes mecanismos naturais sejam tão ou mais eficientes que a própria intervenção psiquiátrica. Também é possível que a organização sociocultural, por suas características, seja incapaz de fornecer aos seus membros os instrumentos necessários ao desenvolvimento e preservação da saúde mental.

Nem uma nem outra dessas eventualidades legitima o pressuposto de que a psiquiatria pode ou deve dinamizar o "potencial terapêutico" intrínseco ao meio sociocultural.

Se a psiquiatria comunitária justifica seu modo de atuação apoiado no hipotético caráter "cooperativo" e "terapêutico" da comunidade, sua legitimidade permanece exposta a críticas.

Uma comunidade "cooperativa" é mais um desejo do psiquiatra que uma realidade dos indivíduos. Uma comunidade "terapêutica" é mais um abuso teórico e terminológico que uma realidade manipulável pela psiquiatria.

### **Conclusões**

1 - Não se trata de ser contra ou favor da Psiquiatria Comunitária. Colocar esta questão, com esta alternativa, corresponde, certamente, a uma grande ingenuidade a propósito dos processos sócio-históricos em curso, que engendram uma reformulação em profundidade de todo o subsistema de saúde, do qual a psiquiatria corresponde a um de seus setores.

As mudanças demandadas do sistema de assistência psiquiátrica é uma realidade que não pode ser apagada. O espaço da Medicina Mental instalou-se e é dentro dele que temos que nos movimentar, procurando tornar coerente a prática psiquiátrica com os seus pressupostos teóricos.

2 - Sendo assim, procuramos nos movimentar no interior deste novo espaço, com toda a cautela, precisando os termos e os conceitos.

É preciso, de início, estabelecer um corte separando duas superfícies que procuram habitualmente ser confundidas e mesmo misturadas na denominada Psiquiatria Comunitária. Devemos distinguir:

a - o seu pretense sistema teórico;

b - as questões assistenciais que levantam.

3 - A Psiquiatria Comunitária não era um sistema teórico propriamente dito, como é o caso de outras teorias psiquiátricas. Mesmo que ela tenha em alguns de seus teóricos esta pretensão. O ponto nuclear de sua tentativa de inovação gira em torno do "conceito" de prevenção primária, e este não tem absolutamente qualquer suporte em qualquer das teorias psicopatológicas existentes, sejam estas psicanalíticas, psicológicas ou organicistas.

A prevenção primária das enfermidades mentais, contrariamente ao que ocorre em alguns setores da Medicina Clínica, é nada mais do que uma palavra vazia.

4 - no seu outro aspecto, ou seja, na sua tentativa de criar novas formas de assistência psiquiátricas, precisamos discernir vários níveis, passíveis de críticas diversas, de acordo com a coerência das propostas. Podemos assim distinguir:

a) Tentativa de se sobrepor e mesmo parasitar formas existentes das relações socioculturais entre as individualidades.

Invadir a "Comunidade", investindo o conjunto de seus funcionários e habitantes como "agentes de Saúde Mental", é uma tarefa ambígua e não apenas a "Comunidade" não é uma totalidade homogênea nos seus anseios, como se pretende fazer crer com esta terminologia, mas também porque, ou a doença mental é um objeto delimitado a ser cientificamente por quem tem acesso a sua armadura conceitual, ou procuraremos sua pulverização, ao investirmos todos nas funções de terapeutas, reais ou virtuais. E, nesta última alternativa, é preciso que nos interroguemos radicalmente se tem algum sentido a continuidade destas práticas especializadas, já que fragmentadas na sua razão íntima de ser. Se não é o caso, deve-se colocar um obstáculo ativo a este movimento de psiquiatrização maciça da população, liderado pelos "técnicos de Saúde Mental".

Na medida em que a realização de práticas de prevenção primária nos parece um sonho sem qualquer base real, esta invasão das relações socioculturais estabelecidas não tem qualquer balizamento: só teria, caso esta forma de prevenção se mostrasse uma verdade, o que não é o caso;

b) o segundo nível a ser destacado é a necessidade de racionalização dos serviços de saúde mental. A Psiquiatria Comunitária, aqui, corresponde a um movimento para uma melhor distribuição dos recursos materiais e humanos e uma busca de planejamento do sistema assistencial.

Este nos parece o melhor aspecto da Psiquiatria Comunitária, isto é, o que

visa uma melhor utilização dos serviços na área de saúde mental. Por isto a entendemos como uma crítica ao monopólio da loucura realizada pelos hospitais privados sustentados pela Previdência Social, que levam à má utilização do conjunto de recursos, à cronificação dos pacientes pelo tempo indeterminado de internação. \*

5 - As nossas propostas e conclusões podem então se delinear de modo claro, dando ao item b do ponto 4 toda a sua ênfase necessária.

\* O advento e a implantação de uma nova política de Saúde Mental deve visar uma melhor administração dos recursos, um planejamento adequado das necessidades de atenção psiquiátrica, fundada nas seguintes linhas de trabalho:

a - Setorização de assistência psiquiátrica, havendo hospitais e ambulatórios como centros de referência de uma região, bairro ou região administrativa. Isto traz como vantagens, que o paciente seja atendido perto de sua residência, o que facilita sua mobilidade, e mesmo do ponto de vista financeiro;

b - Esta setorização deve ser feita aliada à Previdência Social, pois não só tem virtualmente como clientela o conjunto da população, como impede a duplicação de recursos.

A Previdência Social deveria associar-se nesta empresa com Universidades, Hospitais e Ambulatórios Públicos, e mesmo criar novos serviços ligados à sua administração;

c - No nível de cada setor deve-se estimular a melhoria dos hospitais, com o objetivo de efetivar um rápido tratamento dos pacientes, e possibilitar a criação de ambulatórios ligados aos hospitais, visando a continuidade dos cuidados.

Mas o grande estímulo deve ser dado à criação de ambulatórios que permitam um tratamento adequado dos pacientes, não só do ponto de vista farmacológico, mas psicoterápico.

Deve-se articular o funcionamento dos ambulatórios com os hospitais, a fim de que haja uma ligação entre a internação e o seguimento posterior do paciente. Deste modo, o paciente é tratado sempre pela mesma equipe em ambos os contextos.

d - Num programa global deste tipo, as Universidades têm um papel fundamental. Devem ser os locais avançados na criação, elaboração e execução destes programas, a fim de que possam formar os psiquiatras, psicólogos e demais elementos da equipe psiquiátrica.

A Universidade é o local da produção e reprodução do Saber, mas deve

formar também os técnicos adequados para o atendimento da população. Já era o tempo em que a Universidade deveria formar letrados, bacharéis, médicos e psicólogos voltados para a clínica privada. As nossas necessidades são outras, e sem cair na ingenuidade de psiquiatrizar a "Comunidade" com o véu de boas intenções sociais, deve-se, isto sim, fornecer tratamentos decentes à massa de pessoas necessitadas.

## Referências Bibliográficas

A Psiquiatria Social englobaria três campos teóricos bem delimitados, de acordo com seus objetos e seus métodos respectivos: 1º - Psiquiatria Social propriamente dita (Método Clínico); 2º - Sociologia das Doenças Mentais (Método Estatístico) e 3º - Etnopsiquiatria (Método do "Cross Cultural"). A este respeito consultar BASTIDE, *Sociologia das Doenças Mentais*, Companhia Editora Nacional, S. Paulo, 1967.

BONNAFÉ, L. "Le milieu hospitalier du point de vue psychothérapique", *La Raison*, 1957, nº 18, pág. 28.

FOUCAULT, M. Curso realizado no Instituto de Medicina Social da UERJ, 1974, 1ª Conferência, pág. 1, mimeografado, Rio de Janeiro.

SIMON, H. *Une Thérapeutique Plus Active À L'Hôpital Psychiatrique*, Ed. W. de Gruyter, Berlim, 1929 (tradução francesa do Hospital Psiquiátrico de Saint-Alban, 1955).

— Op. cit.

SULLIVAN, H. S. "Socio-Psychiatric Research: Its Implications for the Schizophrenia Problem and for Mental Hygiene", *American Journal of Psychiatry*, 1931, 10, págs. 977-991.

MENNINGER, W. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1, 1937.

BION, W. *Experiências com Grupos*, Ed. Imago, Rio de Janeiro, 1970.

— Op. cit.

RACAMIER, P.C. *Le Psychanalyste Sans Divan*, Ed. Payot, Paris, 1970.

STANTON, A. N.; SCHWARTZ, M.S. *The Mental Hospital*, New York, Basic Books, 1954.

COMISSÃO DE ENFERMIDADE E SAÚDE MENTAL DO CONGRESSO DOS EUA, 1961, pág. 303, citado por G. Caplan, *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, Ed. Paidós, B. Aires, 1966, pág. 23.

Discurso do Presidente Kennedy, 1963, pág. 02, citado por G. Caplan, *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, op. cit., pág. 21.

CLARK, E. G.; LEAVELL, R.H. *Leavels of Application of Preventive Medicine. Preventive Medicine for the Doctor in His Community*, MC Graw Hill, Inc., N. York, 1965.

CAPLAN, G. *Princípios de Psiquiatria Preventiva*, pág. 35, op. cit.

— Op. cit.