

Na Ordem dos Discursos: Notas Epistemológicas sobre as Aproximações entre o Discurso Geriátrico e o Psiquiátrico na Conjuntura Brasileira

MARTHA CRISTINA NUNES MOREIRA*

WALDIR DA SILVA SOUZA**

RESUMO

Este artigo pretende ensaiar as possíveis associações, no campo discursivo, entre a psiquiatria e a geriatria. Para tanto revisamos os objetos fundadores dos referidos campos — doença mental e velhice, respectivamente —, buscando alcançá-los enquanto construções sociais. Realizamos um paralelo entre a gerontologia e a saúde mental, através de dois eixos: sua reação a uma ordem anterior hegemonicamente médica na apresentação da psiquiatria e da geriatria, e a maneira como posteriormente vêm questionar o saber médico, pela apresentação de um discurso baseado na locução interdisciplinar. Tomamos Debert como texto-âncora na discussão sobre velhice, naquilo que classifica como “terceira idade” e as conseqüências da invenção desta categoria para as transformações no campo de intervenção da gerontologia, de base interdisciplinar.

Palavras-chave: Psiquiatria; geriatria; gerontologia; saúde mental; epistemologia.

* Mestre em Ciências da Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz. Psicóloga da Secretaria de Estado de Justiça e Interior (DESIPE / RJ). Professora do Centro Universitário de Barra Mansa.

** Sociólogo, mestre em Ciências da Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz. Pesquisador do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da ENSP - Fiocruz. Membro da Diretoria do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

ABSTRACT

Epistemological notes on the relations between the present-day geriatric and psychiatric approach

This article tries to establish the possible associations, on the level of discourse, between psychiatry and geriatrics. For this purpose we revised the debate on mental health and old age, respectively, trying to apply the idea of social buildups. We made a parallel between gerontology and mental health within two aspects: their reaction to a previous hegemonically medical order in presenting psychiatric and geriatrics and the way medical knowledge has been later questioned, by offering a discourse based on interdisciplinary expression. We used Debert as a basic text in the discussion on old age wherein it classified "third age" and the consequences of the invention of its category in transformations in the field of gerontology, of an interdisciplinary nature.

Keywords: Psychiatry; geriatrics; gerontology; mental health; epistemology.

RÉSUMÉ

Notes épistémologiques sur les rapprochements chez le discours psychiatrique et gériatrique dans la conjoncture brésilienne

Cet article aspire à évoquer les associations possibles, dans le champ du discours, entre la psychiatrie et la gériatrie. Les auteurs ont révisé les objets qui établissent ces champs — maladie mentale et vieillesse, respectivement — en train de chercher leurs rapports tandis que constructions sociaux. Nous réalisons une comparaison entre la gérontologie et la santé mentale à travers deux aspects: leur réaction à une ordre antérieure sufisament médique dans la présentation de la psychiatrie et de la gériatrie, et la forme comme postérieurement ils viennent questionner le savoir médique pour la présentation d'un discours appui sur la locution transdisciplinaire. La discussion sur la vieillesse s'est basée sur Debert, qui la classifie comme "troisième age" et les conséquences de l' invention de cette catégorie pour les transformations au champ de l'intervention de la gérontologie interdisciplinaire.

Mots-clé: Psychiatrie; gériatrie; gérontologie; santé mentale; epistemologie.

Recebido em 20/9/99.

Aprovado em 29/10/99.

Introdução: Construindo uma Interlocação

Inspirados pelos acontecimentos retratados pela imprensa na conjuntura em saúde — mais especificamente no campo da saúde mental, no início do ano de 1996 (Moreira & Souza, 1996a; Souza & Moreira, 1996b; Groisman, 1997) e não mais mencionados desde então —, surgiu o impulso de rever uma trajetória que atualiza, no eixo sincrônico, certas permanências de um eixo diacrônico. A que acontecimentos nos referimos? À cena dantesca da Casa de Saúde Santa Genoveva e da Clínica Amendoeiras, bem como à situação de mortes e arbítrio na Colônia Juliano Moreira, no início de 1996. Estas aparecem associadas às indagações acerca do lugar ocupado pela Fundação Leão XIII no tocante ao abrigo fornecido aos pobres e/ou indigentes, os quais também são interrogados sobre um suposto *status* de “doentes mentais”.

As quatro instituições citadas encontram-se localizadas no Rio de Janeiro, berço da corte e da cultura no Império e posteriormente berço da República, e também região escolhida para instalação dos hospícios federais. A associação deveras e reiteradamente evocada entre o dispositivo manicomial e o controle das populações não é novidade no meio de nossos estudos, movimentos e críticas, que desenharam e impulsionaram o cenário de reformulações assistenciais e discursivas do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. De inspirações múltiplas, tanto européias quanto latino-americanas, o movimento pela reformulação da assistência psiquiátrica já vem completar duas décadas. No bojo daquilo que a cultura brasileira viveu em termos do arbítrio repressivo durante o regime militar, os movimentos pela redemocratização brasileira avançaram e revelaram atores que no campo da saúde se aglutinaram no Movimento Sanitário — representados pelo CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e pelo REME (Movimento de Renovação Médica), por um lado; e, por outro, o MTSM (Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental) e o Movimento por uma Sociedade Sem Manicômios, com a participação das Associações de Usuários e Familiares em Saúde Mental e de usuários e / ou familiares¹. O caráter de denúncia do estado de decadência e penúria da saúde pública e da saúde mental se fez presente e envidou esforços que se concretizaram na Constituinte “Cidadã” de 1987. No que concerne ao campo da saúde, a Lei Orgânica da

1 No caso das associações referidas aos familiares e usuários, podemos citar: SOSINTRA, AFDM, ADDOM, APACOJUM, Cabeça Firme, AFAUSSM, dentre outras. Para mais detalhes, ver Souza (1999).

Saúde (8.080/90) regulamenta o funcionamento do Sistema Único de Saúde no território nacional.

O processo, nada tranqüilo, é ao mesmo tempo percurso histórico e arena em que atores diversos embatem. Os interesses que aglutinam os sujeitos, conformando grupos, tornados atores sociais, influenciam as decisões e revelam uma arena de disputas, potencialmente campo onde concorrem disputas por hegemonia e afirmação social. O capital simbólico atualiza-se enquanto monopólio de conhecimento e também qualidade de influência sobre o tecido social e sobre segmentos específicos no interior do Estado (o Poder Legislativo, o Judiciário, a Câmara de Deputados, o Senado Federal). Mas o capital simbólico, que de alguma maneira representa uma possibilidade de organização, não basta por si só. O capital financeiro contribui naquilo que possibilita em termos de organização. Na realidade atual, é a capacidade de se fazer representar, e portanto a possibilidade de conjugar o verbo organizar, tirando-lhe do infinitivo, o que matiza o cenário democrático.

Este preâmbulo — que parte dos acontecimentos conjunturais e nos envia ao contexto organizativo da sociedade, em alguns de seus aspectos estruturais — funciona como estratégia de ligação entre aspectos que por vezes aparecem compartimentalizados. É um esforço estratégico de separar para segmentar e fazer valer o artifício de que “é separando que pode ser mais bem apreendido o objeto a ser trabalhado”, “é se especializando que melhor se domina um determinado campo de conhecimento”. Nosso objetivo é produzir uma sintonia entre o que hoje nos domina com ar de *déjà vu* e aquilo que se encontra no cerne do funcionamento no campo da saúde mental enquanto radicalismo: a imbricação da cultura técnica com a transformação dos valores, do olhar treinado a procurar o louco como alguém a ser excluído, dos pré-conceitos que, partindo de uma particularidade ou possibilidade, associam e imbricam loucura à agressividade, perigo e contenção.

No entanto acreditamos que a exclusão, enquanto um mecanismo presente na cultura brasileira, não se restringe somente aos loucos — as pessoas às quais aqui atentamos — mas a todos aqueles que de alguma maneira reativam sentimentos de intolerância, de medo ou de impossibilidade terapêutica. Os idosos da Casa de Saúde Santa Genoveva, surpreendentemente, tornaram-se “doentes fora de possibilidade terapêutica” (FPT). Da mesma forma, assim como os internos da Colônia Juliano Moreira, são conhecidos como “crônicos”. Assim adjetivados, ganham um colorido pouco sedutor, de pessoas terminais a quem não sobra espaço para singularidade,

homogeneizadas pelo que a categorização técnica reduz em sua intervenção. De alguma maneira os pobres e/ou indigentes, bem como as crianças e adolescentes, acabam por ficar em posição de maior fragilidade frente a uma ordem discriminativa e pouco acolhedora diante das diferenças. Não é por acaso que esses grupos vão engrossar as estatísticas das chamadas doenças sociais. Essa cultura da exclusão parece englobar os funcionamentos particulares no tocante ao segmento dos idosos, crianças e adolescentes, loucos e pobres e/ou indigentes. Quando começamos este trabalho sinalizando os acontecimentos da conjuntura de 1996, referentes às diversas instituições denunciadas, ousamos dizer que “não foi por acaso” que os segmentos da população nelas encontrados foram idosos, crianças e loucos. Essas denúncias referem e sistematizam, organizam e dão maior visibilidade a uma questão que é acima de tudo social.

As questões da terceira idade e a dos doentes mentais parecem interceptar-se em um ponto preciso: a necessidade de nomear e circunscrever um objeto de intervenção e posteriormente produzir uma revisão de suas bases conceituais. Nosso objetivo pode ser aqui resumido como a importância de iniciar uma discussão sobre as possíveis interfaces entre loucura tornada doença mental, velhice tornada terceira idade e os significados embutidos nessas “novas” nomeações, na busca de aproximar o discurso psiquiátrico do geriátrico, o gerontológico do da saúde mental.

Debert, em artigo recente, trabalha o tema da terceira idade exatamente pelo eixo de sua invenção:

“(...) as práticas relacionadas com a terceira idade são indicadoras de um novo tipo de sensibilidade em relação à vida adulta e à experiência de envelhecimento e de que as utilizações da terceira idade permitem a discussão do caráter possivelmente libertário e das lógicas de exclusão que dão uma configuração específica à organização de mercados de consumo e à articulação de demandas políticas” (Debert, 1997: 40).

Dois temas nos interessam sobremaneira: o da sensibilidade social a alguns segmentos sociais e o da exclusão social. Por quê? Talvez porque aí residam as questões que interceptam loucura, pobreza e velhice, e que se revelam visíveis quando, por exemplo, a mídia veicula os acontecimentos na Colônia Juliano Moreira, na Casa de Saúde Santa Genoveva e na Fundação Leão XIII. No caso, ao ousarmos um paralelo entre a loucura e a velhice,

nos lançaremos em aproximações e diferenças. Vamos a elas:

1. enquanto envelhecer é uma realidade para cada um de nós leitores deste artigo, enlouquecer não necessariamente;

2. sabemos que cada fenômeno evoca significados, construções sociais, a partir de demandas específicas. Logo, envelhecer pode vir associado a degenerar, isolar-se, depreciar-se; enquanto que ser jovem é pura potência, um maniqueísmo também encontrado nas representações de saúde e doença, seja ela física ou mental;

3. a partir do fenômeno da velhice surge a geriatria e, para dar conta das questões da doença mental, fundando-a como tal em sua conotação moderna, surge a psiquiatria. Assim, temos disciplinas terapêuticas que fundam modelos de abordagem para os problemas colocados, entendidos como desvios dentro do quadro da normalidade. Resumindo, os quadros interpretativos correspondem a modelos cognitivos organizados e organizadores das instituições terapêuticas (Alves, 1994);

4. a insatisfação com os valores atribuídos pela geriatria fez avançar a gerontologia enquanto saber que se pretende abrir como campo interdisciplinar de abordagem do fenômeno da velhice, considerando-a não só como algo da ordem da vida, mas também como algo a partir do qual são elaborados valores depreciativos. Da mesma forma, a saúde mental pretende fazer avançar e ao mesmo tempo distanciar-se da psiquiatria, apropriando-se da locução psicossocial, pretendida e entendida como algo que avança e se opõe aos pressupostos e representações visualizados na noção de doença mental (Duarte, 1994).

Se a psiquiatria fundou a doença mental, retirando da loucura seu estatuto trágico / mágico, atribuindo-lhe uma leitura crítica, a geriatria fundou um olhar crítico sobre os dramas do envelhecimento, revelando as questões médicas e degenerativas derivadas do envelhecer. Da psiquiatria e da geriatria — especialidades médicas e de médicos — avança-se para a saúde mental e a gerontologia — que, mais que especialidades médicas, tornam-se ou visam a tornar-se campos interdisciplinares, campos que buscam analisar os fenômenos do enlouquecer ou do envelhecer inseridos na trama social, portanto produzindo uma série de demandas e reivindicações no que concerne ao lugar político e jurídico de seus participantes. Atualmente o discurso gerontológico retoma seu objeto a fim de desconstruí-lo, como situa Debert (1997: 40): “a tendência do discurso gerontológico, entretanto, é hoje desconstruir seu objeto de estudo e intervenção, transformando os gerontólogos em agentes no combate à velhice”. E o tema da desconstrução é algo que

“fala fundo” nos discursos da saúde mental: desconstruir o manicômio, desconstruir o imaginário, saberes e práticas que reduzem a loucura a objeto de saber e prática de cura e/ou exclusão.

A exploração das relações entre o universo da geriatria e o da psiquiatria, o da saúde mental e o da gerontologia, tem por objetivo revelar indagações de cunho epistemológico acerca das construções sobre fatos sociais tornados objetos de conhecimento por parte dos especialistas. Percebe-se, pois, que em torno dos objetos produzidos pelos *experts*, são formuladas no interior das redes sociais demandas precisas, que vão desde a abertura a mercados de consumo até a produção de expectativas, comportamentos, vocabulários e sensibilidades no trato com aqueles a quem foi atribuído um *status* de grupo diferenciado. Como bem refere Debert (1997), os vocábulos “novos” têm como função escapar das conotações depreciativas atribuídas outrora aos outros.

O universo das redes sociais entrelaça-se com a cultura técnica, mas esta de alguma forma garante sua autonomia na medida em que se funda sobre um campo de conhecimentos acerca dos fenômenos os mais diversos (sociais, políticos, biológicos etc.), distanciando-se daquilo que caracterizaria o senso comum. Ao mesmo tempo retorna a este território a fim de afirmar-se, através dos óculos e do discurso da ciência.

Algumas Considerações sobre as “Luzes” e a Construção da Doença Mental

A diferença entre a prática médica milenar que caracterizava o médico como *sage* (sábio) e a profissão médica, que, institucionalizada no século XVIII, produz o médico *savant* (cientista), personagem da modernidade, reside no investimento em um conhecimento esotérico e em uma prática invisível, acessível a poucos e regulada por instituições específicas. No que concerne ao médico *savant* da modernidade, sua aliança com o Estado desenha um cenário que o desloca do lugar familiar para o *locus* hospitalar, de onde organiza não somente sua prática, sua formação e seu conhecimento, como também lança outro olhar sobre o espaço urbano e familiar: o higiênico.

Anteriormente às mudanças operadas pelas reformas psiquiátricas em diversas partes do mundo, eram os hospícios / manicômios que se apresentavam como “a assistência” ao sujeito acometido pela experiência da loucura. Na medida em que o próprio hospício foi absorvendo as transformações

culturais e assistenciais — muitas das vezes produzindo maquiagens no modelo assistencial tradicional sem pretender superá-lo, mas apenas humanizá-lo — as equipes multiprofissionais e uma assistência mais diversificada passaram a fazer parte do cenário. O médico é deslocado de seu lugar de centralidade e outros profissionais passam a oferecer assistência ao louco durante sua internação. É importante frisar que tais transformações no interior do asilo não necessariamente marcaram rupturas mas apenas “metamorfoses, *aggiornamentos*” (Castel, 1978) que não conseguiram deslocar os “paradigmas” culturais, políticos e acadêmicos que delegaram aos técnicos e instituições autoridade para gerir a “existência sofrimento”.

Internar e tratar os sujeitos enlouquecidos é uma invenção moderna. Mas modernas também são aquelas práticas e saberes que transformaram médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e musicoterapeutas em técnicos / operadores / animadores. Nessa equipe multidisciplinar, os níveis verticais e horizontais deveriam cruzar-se e dar lugar às práticas transversais, na superação das hierarquias e dos poderes centralizadores.

Transformar o cenário assistencial tradicionalmente asilar, segregador e exclusivamente centrado no manicômio, produziu demandas outras. Era necessário perceber que, na loucura, os tempos e os espaços multiplicavam-se e portanto urgia descentralizar a assistência e desmontar o aparato simbólico / cultural atualizado nas práticas concretas dos profissionais e dos muros do hospício. Perceber a singularidade do fenômeno da loucura e deixá-lo falar pontuava a urgência de construir e inventar espaços de convivência mais porosos e flexíveis, plurais e ao mesmo tempo singulares. Tal paradoxo demandava pensar em uma imagem-objeto que atualizasse uma rede de assistência e não mais um único espaço — representado pelo manicômio — centraliza-dor e interna-dor.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica — sua análise e revisão — nos remete aos alicerces que fundam e constituem o próprio saber e a assistência, seus paradigmas, representando uma linha estratégica para discussão do tema da cidadania dos loucos. A discussão acerca desta cidadania, conectada à revisão de todos os ideais anteriormente introduzidos, nos remeteria às questões produzidas pela transformação da loucura em enfermidade e nos falaria da construção de um lugar social para a mesma, diverso daquele ocupado pelos “cidadãos normais” e nos apresentaria a um paradoxo, que, segundo Birman (1992), constitui a figura da doença mental. Na realidade, a sociedade liberal moderna não deixa de reconhecer a diferença e os diferentes

culturais e assistenciais — muitas das vezes produzindo maquiagens no modelo assistencial tradicional sem pretender superá-lo, mas apenas humanizá-lo — as equipes multiprofissionais e uma assistência mais diversificada passaram a fazer parte do cenário. O médico é deslocado de seu lugar de centralidade e outros profissionais passam a oferecer assistência ao louco durante sua internação. É importante frisar que tais transformações no interior do asilo não necessariamente marcaram rupturas mas apenas “metamorfoses, *aggiornamentos*” (Castel, 1978) que não conseguiram deslocar os “paradigmas” culturais, políticos e acadêmicos que delegaram aos técnicos e instituições autoridade para gerir a “existência sofrimento”.

Internar e tratar os sujeitos enlouquecidos é uma invenção moderna. Mas modernas também são aquelas práticas e saberes que transformaram médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e musicoterapeutas em técnicos / operadores / animadores. Nessa equipe multidisciplinar, os níveis verticais e horizontais deveriam cruzar-se e dar lugar às práticas transversais, na superação das hierarquias e dos poderes centralizadores.

Transformar o cenário assistencial tradicionalmente asilar, segregador e exclusivamente centrado no manicômio, produziu demandas outras. Era necessário perceber que, na loucura, os tempos e os espaços multiplicavam-se e portanto urgia descentralizar a assistência e desmontar o aparato simbólico / cultural atualizado nas práticas concretas dos profissionais e dos muros do hospício. Perceber a singularidade do fenômeno da loucura e deixá-lo falar pontuava a urgência de construir e inventar espaços de convivência mais porosos e flexíveis, plurais e ao mesmo tempo singulares. Tal paradoxo demandava pensar em uma imagem-objetivo que atualizasse uma rede de assistência e não mais um único espaço — representado pelo manicômio — centraliza-dor e interna-dor.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica — sua análise e revisão — nos remete aos alicerces que fundam e constituem o próprio saber e a assistência, seus paradigmas, representando uma linha estratégica para discussão do tema da cidadania dos loucos. A discussão acerca desta cidadania, conectada à revisão de todos os ideais anteriormente introduzidos, nos remeteria às questões produzidas pela transformação da loucura em enfermidade e nos falaria da construção de um lugar social para a mesma, diverso daquele ocupado pelos “cidadãos normais” e nos apresentaria a um paradoxo, que, segundo Birman (1992), constitui a figura da doença mental. Na realidade, a sociedade liberal moderna não deixa de reconhecer a diferença e os diferentes

quando os trata e tutela. No entanto, esse reconhecimento passa pela associação destes à prática de exclusão, a uma organização que estabelece territórios identitários que mais discriminam do que produzem **equidade**.

O não-reconhecimento da condição de cidadania do louco inscreve-se na própria estrutura histórico-social fundadora da enfermidade mental (Birman, 1992). O discurso iluminista, em sua atualização pelo conhecimento médico, produziu efeitos que agiram através da instauração de paradoxos. Isto significa dizer que o louco passou a ter um lugar diverso das figuras inscritas na marginalidade; é reconhecido como doente carente de tratamento pela ordem médica e concomitantemente passa a merecer proteção do Estado. Só que essa proteção implicou a retirada do louco do espaço social, na impressão / fabricação de um estigma e conseqüentemente em sua exclusão do campo da cidadania e do estatuto de sujeito. O Estado e a medicina, agentes da ordem iluminista, ao mesmo tempo que não garantiram ao louco um estatuto de cidadão, lugar no terreno dos direitos sociais, não o deixaram sem lugar: a ele caberia o *locus* de desrazão, direito de ser percebido como doente. Em seu território — o asilo — seria passível de terapeutização e de técnicas disciplinares, com o objetivo de produzir sociabilidade. Se por um lado adquire o direito à assistência médica e cuidados terapêuticos, por outro é tutelado, considerado irresponsável para gerir seus bens e destino.

Neste percurso, a figura da verdade, tão cara aos ideais iluministas e agora associada à ciência, deixa de estar relacionada ao estatuto da loucura. É a passagem da concepção trágica da loucura — onde esta não era lida em termos de desrazão mas de não-loucura, não remetida ao universo da falta / desigualdade, logo não passível de desqualificação — à concepção crítica, passível de exclusão e morte social. A ciência (seu discurso e prática) positiva algumas antinomias: razão / desrazão, ciência / magia; lança para o exterior a irracionalidade. Neste contexto a psiquiatria se instaura como saber e prática médica, intimamente relacionada ao campo da moral e do direito, regulando e intervindo no próprio campo do exercício ou não da cidadania: a palavra e o laudo médico até hoje determinam benefícios no campo das políticas previdenciárias e tutela no campo jurídico.

Historicamente temos: o louco como um não-cidadão, por não ser considerado sujeito da razão e da vontade; e ao mesmo tempo, pela intervenção do dispositivo científico-tecnológico, terapeutizável e passível de ser corrigido em sua natureza passional. Esse paradoxo estrutural e estruturante da enfermidade mental tem na pedagogia da sociabilidade um dispositivo de produção e introdução da enfermidade no universo da falta, da desigualdade,

impossibilitando o exercício da diferença. Produz a igualdade como possível pretensão, positiva a loucura na exclusão, tentando conjugar o universo do trabalho — fundamento do novo sistema econômico — mas com o cuidado de produzir uma instituição ao mesmo tempo inserida na ordem social e necessária à produção da exclusão, através da guarda dos diferentes. A diferença é englobada e introduzida numa ordem hierárquica.

O espaço asilar configura-se como *locus* que produz efeitos de tornar ao mesmo tempo visível e invisível a loucura, na medida em que funciona como instituição de guarda / exclusão e esquadramento médico-disciplinar. Inserir o louco na ordem asilar através da “pedagogia da sociabilidade”, na disciplina de um trabalho tido como terapêutico, não significa desejar inserir o louco no universo do contrato social e da cidadania. Na realidade, a impossibilidade de exercitar o convívio / enfrentamento com a diferença determina o recurso ao asilo e à terapeutização. O paradoxo configura-se na convivência de opostos: ao mesmo tempo que se exclui, asilando, se insere, terapeutizando, na conjugação de efeitos de positividade disciplinar. Parece-nos que a inserção imaginária do louco e sua exclusão real dar-se-iam pelo viés da cidadania terapêutica. Isto significa restaurar o sonho inaugural da razão psiquiátrica: resgatar o louco da desrazão, preencher-lhe a falta, transformá-lo em cidadão. De acordo com esse ideal, não se promoveria uma ruptura e talvez estivéssemos literalmente reformando, produzindo um mero “*aggiornamento*”, rearranjo instrumental — como nos diz Castel (1978), a transformação radical subsumiria a uma “*metamorfose*” que não abalaria o núcleo do paradoxo cidadania / loucura.

Talvez a própria categoria cidadania implique problemas, caso nos remetamos ao seu surgimento histórico e às suas conexões com o ideário liberal: o século XVIII, ao fundar-se sobre a igualdade, talvez tenha, como nos diz Foucault (1977), inventado as nossas liberdades — mas fornecendo-lhes um profundo e sólido suporte, a sociedade disciplinar da qual derivamos. O discurso dos direitos, legalmente instituído durante a Revolução Francesa, tornou-se de fato parte de uma configuração de poder disciplinar: práticas normalizadoras e individualizantes, rede anônima, autônoma, programática, dispersa. O fundamento da igualdade nos permitiria falar de desiguais — aqueles a quem algo faltaria, os menos dotados — e não de diferentes. Ao contrário, trabalhar com a perspectiva da diferença nos faz deslocar do pretense horizonte dos iguais e trabalhar em prol de sua afirmação, sem que isso significasse produzir um discurso tolerante — humanitário. A partir da lógica da diferença,

ensaiar a transformação da cidadania em exercício da justiça social.

Assim, no contexto da ordem liberal, a loucura denuncia a diferença, a singularidade em seu radicalismo: representa uma das muitas e múltiplas experiências da diversidade na sociedade, do lugar das maiorias feitas minorias (negros, homossexuais, mulheres, nordestinos etc.). Sua dimensão de denúncia encontra-se referida à possibilidade de trazer à superfície os paradoxos e instrumentalizar uma análise a respeito da produção da ordem social em que nos encontramos e que nos constitui. Ou seja, a razão científica e tecnológica que investe em uma falta a ser preenchida, em uma subjetividade racional e voluntarista. Talvez o lugar do louco na sociedade nos aponte para a urgência de revisão desses conceitos, desse sujeito da igualdade.

Atualmente torna-se difícil tanto delimitar territórios organizados em torno de paradigmas puros, sejam eles organicistas ou preventivistas, quanto propiciar aos loucos vãos terapêuticos, delegados pelos passaportes clínicos do discurso psicoterápico. Nossas práticas referem uma determinada realidade e são constante e continuamente colocadas em questão por outras tantas realidades econômicas, sociais, culturais e históricas. Parece ser exatamente neste tempo de globalização e ruptura das segmentações de classe, trabalho e *modus vivendi*, que nos encontramos mais do que nunca às voltas com algo da ordem da diferença. Negar essa realidade seria ortopedizar as vidas, pulsos e potências. Nessa agenda, falar de equidade significa levar em conta a existência de diferenças concretas e considerá-las como baliza para implantação de novas formas de acolhimento; muito mais do que superá-las ou tolerá-las, deveríamos estar envolvidos com as mesmas, desejando-as, sem a pretensão de igualdades assépticas.

A fim de superar as leituras ingênuas, é preciso encararmos que essa trajetória da saúde mental envolve práticas / saberes / poderes conformadores de instituições e conhecimentos, que cotidianamente atualizam grupos de interesses em uma agenda de alta complexidade. Os modelos assistenciais produzem determinadas demandas e atualizam corporações em luta, tendo em vista valorizar as competências instituídas. A loucura medicalizada, transformada em doença mental, é uma invenção moderna, marcada pelos arranjos institucionais e representações que a cultura liberal produziu.

A loucura medicalizada e internada é produto de uma prática que simultaneamente torna visível e invisível a “existência sofrimento”. Torna visível na medida em que cria uma série de dispositivos disciplinares que estruturam conhecimentos que agrupam os loucos, distinguindo-os dos sãos, reservando-

lhes um lugar, transformando o hospital-hospedaria — asilo medieval que não discriminava patologia de pobreza, miserabilidade — em manicômio, a partir da entrada deste personagem que, ao organizar o hospital medieval, institui a psiquiatria como o conhecimento sobre a loucura. Na medida em que a loucura se torna doença mental, objeto de conhecimento e atenção médica no hospício, precipita-se um processo cultural que a lança na invisibilidade, no território asilar que restringe sua circulação, e conseqüentemente a sociabilidade do louco (Foucault, 1978). Esse processo, que conjuga aspectos culturais, políticos, jurídicos e acadêmicos, possibilita a crença em uma suposta a-sociabilidade e embotamento afetivo do louco como algo da natureza da doença mental.

A reformulação na assistência em saúde mental de início representou a luta contra a psiquiatria clássica e seu discurso esotérico, que, concretizado no modelo panóptico, inaugura a associação do dispositivo médico e jurídico, entre loucura e crime. Passar do modelo panóptico para o reticular / molecular significa repensar e transformar as conexões historicamente produzidas entre psiquiatria e loucura, potencializar a história como instrumento de desnaturalização das práticas e saberes.

Podemos perguntar pelos impasses e crises geradas a partir do impacto dessa agenda sobre a história das práticas assistenciais no trato com a loucura. Na atualidade buscamos superar uma assistência que historicamente concentrou a loucura, tornando-a simultaneamente visível e invisível nas instituições totais, para retornar a loucura ao contexto societal, potencializando a dispersão na forma de multiplicação da rede assistencial — lares abrigados, ambulatórios, hospitais-dia e noite, pensões protegidas, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) — e da valorização de trabalhos que prescindam dos muros das organizações, como os acompanhamentos domiciliares que, valorizando espaços não-institucionais de vida, deslocam-se da especialização “psi” ou clínica para a realização do trabalho.

O século XVIII, marcado pelo ideário iluminista, aponta para a constituição de um novo sujeito, regido pela razão e pela vontade, senhor de um mundo desencantado, e portanto um mundo carente de ser conquistado pelos atributos individuais. A luz fornecida pela razão propicia o acesso ao pensamento científico, através de uma dissecação do mundo, da realidade, para a descoberta de leis e fenômenos. A verdade, agora lapidada pelo sujeito da razão, configura um domínio que tem na ciência seu fundamento legítimo.

Dessa forma a razão, enquanto conjunto de conhecimentos, verdades e

princípios, representou o passaporte necessário e suficiente para a instauração de um pensamento crítico sobre a realidade, visando a transformá-la. Ganham destaque os ideais de autonomia e vontade individual. A figura do contrato social se produziu enquanto mediadora na relação do indivíduo com o Estado — e entre os próprios indivíduos —, configurando a passagem de um estado de natureza para a condição de sujeito social. Em acordo com tal concepção individualista, a ação humana ganha potência ativa, passa a ter na categoria de cidadão e na instituição dos direitos sociais de igualdade, liberdade e fraternidade, um marco fundamental.

A sociedade moderna (a modernidade) produziu então um processo contínuo de racionalização da vida, no qual a liberdade e a igualdade configuraram-se enquanto moedas simbólicas em um universo regido pelas leis do mercado e da ciência.

É neste contexto que nos perguntamos pela transformação da loucura em doença mental e pela instauração de uma nova ordem que produziu dualidades, antinomias e polarizações como olhar organizador do mundo, tendo por referência o sujeito racional. Em um mundo regido pelo ideário da igualdade, cabe-nos perguntar pelo espaço a ser conquistado pela diferença e pelos diferentes. Diferença que nos constitui enquanto sujeitos sócio-históricos, mas que tem na figura do louco, e em sua experiência, a representação de uma radicalidade singular. A exclusão parece representar um dos melhores exemplos dos efeitos de racionalização da vida, na medida em que é o efeito visível das contradições imanentes à ordem social liberal que discursa acerca de uma cidadania da igualdade mas pouco se refere à possibilidade do confronto com as diferenças.

A Geriatria e a Velhice: das Invenções, seus Inventores e os “Novos” Objetos

Na seção anterior lançamos sobre a doença mental um foco de luz, procurando iluminar as relações instituídas no alvorecer da modernidade e seus compromissos com os ideais de razão e vontade — e portanto desvalorização e busca de correção para com tudo aquilo que a loucura trazia em seu interior: desordem, fluxo, tragicidade e verdade. Na presente seção procuraremos explorar o tema da velhice, a partir do artigo de Debert (1997).

Neste artigo a autora estrutura seu pensamento a partir da relação entre a invenção da terceira idade, o consumo e as demandas políticas. Para tanto

relaciona o surgimento da expressão “terceira idade” a uma estratégia de publicização das demandas referentes ao segmento populacional por esta expressão representado. Localiza e relaciona os valores embutidos nas expressões, e o campo de lutas que isto gera quando associa velhice à degenerescência, decadência e pobreza.

A partir dessas considerações, há a produção de uma nova correlação, na qual há o surgimento de outra e nova geografia social, modos específicos de gestão para a terceira idade. Não mais questão da esfera privada e familiar, nem mesmo uma questão de previdência individual ou de filantropia, mas uma questão pública. Para exemplificar, podemos recordar uma fala recente de um de nossos dirigentes políticos, na qual fica clara e evidente a associação entre aposentadoria e “vagabundagem”.

Debert (1997) refere então que, dessa relação entre terceira idade, consumo e demandas políticas — que sai do campo privado para o público e depois retorna para o privado —, um tripé ganha destaque e gera esse processo: o discurso gerontológico, o público e a mídia. A interlocução entre o discurso gerontológico (que busca entender a velhice a partir da relação entre geriatria, psicologia e ciências sociais, lançando-a no campo dos problemas sociais), os programas voltados para a terceira idade (imbuídos da idéia necessária de que o tempo passado é mais um tempo vivido que perdido, um tempo para rever projetos e apropriar-se deles) e as novas imagens do envelhecimento (referidas às tecnologias de rejuvenescimento) constitui novas demandas políticas e novos mercados de consumo, desestabilizando as diferenciações tradicionais no mundo dos *experts*.

A autora pondera, no entanto, que quando estamos frente à velhice mais avançada, a imagem do envelhecimento associada à terceira idade encontra-se limitada, ainda, por aquilo que fala no campo da perda das habilidades cognitivas, controles físicos e emocionais, que prejudicam a autonomia e o exercício pleno da cidadania (Debert, 1997: 40). É nesse instante preciso — no qual a imagem da terceira idade não dá conta dos problemas da velhice avançada — que devem entrar em ação os mecanismos de solidariedade social, solidariedade esta que esbarra em um problema de “custos”.

“Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o prolongamento da vida humana é um ganho coletivo, mas se tem constituído também numa ameaça, num perigo para a reprodução da vida social, na medida em que os custos da aposentadoria e da cobertura médico-assistencial da velhice indicam a inviabilidade de um sistema que, em

futuro próximo, não poderá arcar com seus gastos sociais” (Debert, 1997: 41).

Dáí ser necessário, segundo a autora, desarmar o mecanismo que a interlocução entre o discurso gerontológico, a mídia e os movimentos sociais acabou por deflagrar, em termos de transformação da velhice, em responsabilidade individual, tornando inócua a tarefa da gerontologia de combinar estudos sobre os problemas da velhice com a luta social de defesa dos direitos e interesses dos mais velhos.

A autora aponta quatro condições que, inter-relacionadas, são partes constitutivas de mudanças e organizam o campo da terceira idade e as representações sobre envelhecimento nas sociedades contemporâneas. São elas aqui esquematicamente reproduzidas:

1. o fato de que os aposentados não podem mais ser considerados como segmento desprivilegiado da sociedade brasileira ou de capitalismo avançado; e nem mesmo se pode falar de uma perda de *status* social dos velhos através dos tempos. O papel das etnografias revelou que a solidão não é um aspecto da experiência de envelhecimento nas sociedades ditas primitivas; no entanto não se pode afirmar que a velhice seja uma experiência gratificante para todos os velhos;

2. o modo através do qual são reelaboradas as concepções sobre o corpo e a saúde nas sociedades ocidentais contemporâneas. Não é somente a vigilância sobre a forma como os indivíduos cuidam de seus corpos que funciona, mas o estímulo a que haja uma “responsabilização” dos indivíduos sobre tudo aquilo que leve a doenças auto-infligidas, resultado de abusos corporais (fumo, bebida, falta de exercícios). Assim, o aparato da cosmetologia tem que ser potencializado na prática cotidiana dos indivíduos;

3. o fato de a aposentadoria deixar de ser um diferenciador no que concerne à passagem para a velhice, ou uma estratégia de sobrevivência para aqueles que não estão mais em condições de realizar um trabalho produtivo, relaciona em seu interior um contingente cada vez mais jovem da população, remetida a uma nova estrutura do mercado de empregos;

4. a essa mudança corresponde a produção de uma nova linguagem pública, de forma a contemplar o fato de que temos aposentados em várias faixas etárias e não mais há uma demarcação de idades cronológicas e aposentadoria. É assim que há uma proliferação de etapas intermediárias de envelhecimento, com uma complexificação de outros momentos da vida adulta. Neste processo ganham espaço a auto-ajuda, o autocuidado e desmistifica-se o jargão profissional.

Acerca do discurso gerontológico e das demandas políticas, a autora refere a necessidade que esse discurso possui de denunciar a “conspiração do silêncio” que caracteriza o tratamento dado aos velhos no país e se organiza em quatro pilares:

1. a mudança no perfil demográfico, que desmonta a imagem do Brasil como um país jovem e o lança frente a um cenário de uma população que cada vez mais cresce em termos do quantitativo de idosos. Só que os custos do envelhecimento populacional assustam um país que ainda se autodefine jovem;

2. o discurso gerontológico apresenta uma crítica ao capitalismo, que valoriza a atividade e o capital, produzindo e disseminando miséria e exclusão, tornadas mais amargas na velhice;

3. a gerontologia traz ainda uma crítica à cultura brasileira, em sua valorização ao jovem, relegando o papel da memória e da experiência a um plano secundário;

4. por fim, uma crítica ao Estado, naquilo que correspondeu a um declínio da família extensa, nos países capitalistas avançados, e a criação do *Welfare State*. No Brasil os idosos tornam-se extremamente vulneráveis à combinação descrita, pelo fato de que não se conseguem resolver problemas básicos da maioria da população. Isto significa uma transição que desestrutura uma ordem anterior sem que ainda tenham sido estruturados novos mecanismos de proteção social. É aí então que a pobreza e a velhice adjetivam de forma cruel a velhice.

Os quatro itens anteriores desenham um cenário em que há uma

“(…) construção da imagem do velho brasileiro como vítima do sofrimento. Um ser discriminado, empobrecido, isolado, dependente da família ou do Estado, em crise de identidade, com um atestado prematuro de óbito físico e social” (Debert, 1997: 46).

É assim que, para a autora, os anos 80 são marcados pelo aumento da preocupação com o tema da velhice, o que não torna fácil distinguir o lugar dos especialistas nessa difusão, ou da própria gerontologia, na influência sobre as políticas voltadas para este segmento populacional. A autora mapeia então três tipos de manifestações ativas neste universo de representações sobre os idosos, exigindo reformulações das imagens do envelhecimento produzidas pelo discurso gerontológico.

• **As pesquisas e o idoso como fonte de recursos:** contrapõem-se à

visão anterior do idoso como fonte de miséria. **Isto é retratado nas pesquisas qualitativas que revelavam um idoso projetando uma imagem mais positiva da sua situação do que aquela que serviu de pressuposto à teoria gerontológica.** Essa mudança não é feita sem conflitos. **Nesta perspectiva, ocorre a criação de um novo ideal de produtividade embutido nas receitas que ensinam a dirigir a vida e participar de atividades preventivas de forma adequada.** Os que não se adequam ou não **seguem essas receitas** ganham o rótulo de “problemáticos”.

• **Os programas e a terceira idade:** a expressão “programas para a terceira idade” engloba um conjunto diversificado de **iniciativas voltadas para esse segmento populacional, dirigidas por iniciativas de agências públicas e privadas, sendo exemplificadas pelos “grupos de convivência de idosos”, “escolas abertas” e “universidades” para a terceira idade.** Esses programas são utilizados como paradigmas, pela mídia e **especialistas em gerontologia,** de que o envelhecimento pode ser vivido como **uma experiência inovadora e gratificante.** Alguns desses programas datam da **década de 60 e proliferaram na década de 90.** A autora traça um perfil destes **pela via da clientela, na faixa etária de que participa, sexo e as instituições pioneiras e seus trabalhos analisados por estudiosos.** Os programas **oferecem um espaço, onde ocorre a vivência coletiva da experiência de envelhecimento.**

• **A mídia e o envelhecimento:** as revistas femininas de classes mais privilegiadas também celebram a terceira idade. **Há uma referência, pontuada por pesquisas realizadas sobre os periódicos, de que a questão da independência seria recorrente na representação dos velhos construída nas revistas.** É criado um novo ator, que define novos **mercados de consumo e no qual se lê (nas entrelinhas) o afã da juventude eterna, um novo vestuário, novas formas de lazer e de relação com o corpo, amigos e família.** A presença dos idosos nos anúncios pode **trazer significados que inspirem confiabilidade e tradição, investimentos a longo prazo bem ou mal-sucedidos e o despertar que alguns produtos evocam para as obrigações de filhos adultos para com seus pais mais velhos.** Ao mesmo tempo, a mídia retrata a **exploração e a fragilidade experienciadas pelos velhos nas filas — os militantes destes movimentos ao mesmo tempo mostram-se bem articulados e conscientes, denunciando preconceitos por parte do Estado e dos políticos.**

A autora reflete então que há um contraste entre as representações sobre velhice no Brasil: de um lado, aquele revisto pela gerontologia e que o analisa como vítima da miséria; por outro, o idoso dos meios de comuni-

cação é um ser ativo e lúcido, tendo neste período da vida possibilidades de realização e conquistas pessoais e coletivas. Aponta a autora:

“A perspectiva da miséria foi, sem dúvida, fundamental para a transformação do idoso em ator político, tornando a sociedade brasileira mais sensível aos problemas relacionados com o envelhecimento e com a aposentadoria. O próprio da criação de um ator político é o estabelecimento de laços simbólicos capazes de forjar uma identidade entre indivíduos que, sob uma série de outros aspectos, são heterogêneos” (Debert, 1997: 50).

A autora atenta ainda para o perigo que a gerontologia corre ao se envolver com a mídia no campo das receitas de rejuvenescimento, afastando-se e negando seu próprio objeto de estudo e intervenção. Pondera ainda que a idéia do idoso como fonte de recursos não pode descuidar nem se ausentar do fato de que habilidades e controles físicos e emocionais se fragilizam e são desencadeados pelo processo de envelhecimento, e não podemos responsabilizar as pessoas por isso. Nesse processo ainda intervém a hierarquização social, que torna o acesso à tecnologia algo inatingível para uma parcela da população e não seu conjunto. Resumindo, a autora reflete sobre a relação entre a invenção da terceira idade e as formas de consumo e demandas políticas:

“Transformar os problemas da velhice em responsabilidade individual é, no contexto brasileiro, propor a redefinição de políticas públicas muito precárias; é intensificar nossas hierarquias sociais; é, em suma, recusar a solidariedade entre gerações, o que é um fundamento da vida social, da mesma forma que a universalização da aposentadoria é um dos fundamentos dos Estados modernos” (Debert, 1997: 52).

Debert (1997) não deixa de apontar o perigo das ciências sociais e da própria antropologia neste campo de estudos — ao se desnaturalizar o envelhecimento pela idéia da terceira idade, pode-se cair numa desatenção para com as questões que dizem respeito à perda de habilidades que atingem seriamente as idades mais avançadas. Além disso, essa desnaturalização acabou por reduzir o campo, antes matizado pela diversidade, desencadeando na prática da gerontologia um processo em que seus participantes se tornaram emissários de um discurso de reprivatização da velhice. E por último, acerca do papel

da antropologia enquanto proposta de desnaturalização, neste processo ela pode servir para politizar um debate que perversamente desviaria o olhar para a construção de saberes que pretendam estar acima e para além da política.

**As Interfaces entre os Discursos Geriátrico e Psiquiátrico,
entre o Gerontológico e o da Saúde Mental:
o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira**

A apresentação de uma perspectiva crítica acerca do saber e prática psiquiátricos levou-nos, na segunda parte deste trabalho, a rever um percurso no qual representações e valores intervêm, determinando ações que, na atualidade, principalmente a partir da década de 70, o Movimento da Reforma Psiquiátrica pretendeu revelar e desconstruir: as associações entre loucura e crime, loucura e medo, loucura e clausura. Já na terceira parte utilizamo-nos do artigo de Debert (1997) como âncora a partir da qual a autora reflete sobre a invenção da terceira idade e os compromissos dessa formulação, naquilo que representam como avanços e como perigosos impasses, no campo do consumo e das demandas políticas.

Ambas as seções aqui expostas — a que busca refletir sobre a loucura, nomeada doença mental, e sobre a velhice, nomeada terceira idade — possuem questões que referem o papel dos agentes profissionais na construção de um saber que, referendado pelos pares, ultrapassa as fronteiras científicas e alcança a comunidade ampliada. A noção de paradigma, tal como cunhada por Kuhn (1994), refere “as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (Kuhn, 1994: 13). Esta noção opera na interface entre ciência e comunidades — comunidades porque teríamos a comunidade de cientistas e a comunidade de leigos apreendendo as descobertas e atribuindo-lhes sentido na resolução de problemas cotidianos. Ultrapassar paradigmas, construir outros, superar um conhecimento, revisitá-lo, superá-lo e reorganizar novos paradigmas, nesta estrutura, é onde parece residir a formação científica.

Ora, se pensamos sobre as ciências psiquiátrica e geriátrica e seus discursos — uma tendo na doença mental conceito de partida e outra a noção de velhice como pedra fundamental — podemos evocar os usos desses conceitos no sentido de que não se encontram desvinculados de um certo “uso social”. Tornam-se operacionais durante uma certa carreira temporal, propondo direções de tratamento e políticas, e quando revistos revelam cri-

ses passíveis de invenção de outros conceitos. No caso dessas ciências, seria opor saúde mental à doença mental, e terceira idade à velhice, como estratégias de decomposição de representações que associam valores depreciativos e preconceituosos.

O desenvolvimento do trabalho de Debert (1997) revelou que esta simples oposição pode lançar perigosas armadilhas: preocupadas somente em desnaturalizar, podem generalizar ao extremo, desconsiderando nuances importantes. No caso da saúde mental, referida ao modelo psicossocial, oposta à saúde físico-moral, modelo para a doença mental, o trabalho de Duarte (1994) torna-se especial no que concerne ao risco de leituras maniqueístas e reduções simplistas, quando apenas atribuímos a um pólo as virtudes e a outro os fracassos. Na realidade, a representação popular acerca da doença mental é aquela do “nervoso”, ao contrário da força empreendida pelos técnicos na atualidade, ao investirem nos modelos psicossociais de leitura concretizados nos “novos serviços”: centros de atenção psicossocial, núcleos de atenção psicossocial, hospitais-dia, pensões protegidas, lares abrigados. Esse “nervoso” remete ao modelo físico-moral, que localiza no corpo concreto a causa de seus males, e não a abstrai para o corpo simbólico dos modelos psicológico e psicanalítico. Referir este campo pode-nos ajudar a interrogar esses novos serviços, justamente no caráter de vanguarda: o novo, o que rompe com o caráter anterior e por si só já garante um estatuto de liberdade.

Nosso objetivo nesta seção é analisar a experiência, ainda incipiente, de transformação de um grande ex-manicômio do Rio de Janeiro — o Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira — em Lares Abrigados. A ex-Colônia Juliano Moreira foi inaugurada em 1923, com o nome de Colônia de Jacarepaguá, para homens (Resende, 1987). Em 1935, a partir da reunião da clientela de dois hospícios do Rio de Janeiro — o da Colônia de São Bento e o da Conde de Mesquita, na Ilha de Bom Jesus (atual Ilha do Governador) —, a Colônia Juliano Moreira torna-se um grande manicômio para homens e mulheres.

Tomado este marco histórico, podemos trabalhar com outro. De 1935 até 1982, a Colônia serviu como porta de entrada para milhares de pessoas, que ali iniciaram uma carreira de depreciação identitária e moral como sujeitos de fato e de direito. Em 1960, o número dos que habitavam a CJM era de 4.123, e em 1970 alcançou a casa dos 5.200. Números assustadoramente volumosos e que geograficamente ocupavam uma dimensão espacial correspondente ao bairro de Copacabana, no município do Rio de Janeiro. Os

pacientes eram divididos em núcleos para mulheres e para homens (sendo que um dos núcleos para homens encontrava-se em condições precárias), um Bloco Médico-Cirúrgico, um Hospital Psiquiátrico de Crise e um Centro de Reabilitação e Integração Social. Enfim, com o tempo aqueles que não saíram ou morreram começaram a envelhecer, e aí era encarar o quadro para o qual Debert (1997) nos chamou a atenção: a velhice, que mais avançada revela questões específicas de perda de habilidades físicas e emocionais, requisitando uma atenção diferenciada.

Hoje, no momento em que é escrito este texto, a ex-Colônia encontra-se no processo de “atenção psicossocial”; possui em seu interior um CAPS e pensa em como lidar com aqueles que ora foram loucos, e hoje, loucos ou não, são idosos. E agora? Agora é o momento de repensar a atitude e a prática para com esta clientela e lançar outras questões: qual o alcance da nova proposta? Qual o significado, para os profissionais que lá trabalham, da mudança de clientela —, não porque esta saiu e veio outra, mas porque não saíram, residem e envelheceram? Quais as representações simbólicas disto na cultura profissional da ex-CJM? O melhor nome seria Lar Abrigado? Ou seria Pensão Protegida? Por que nos preocupamos tanto com os nomes? Será porque estes nomes referem modelos e influenciam práticas?

Não podemos esquecer que o processo de municipalização da ex-CJM teve início com as denúncias de maus-tratos aos pacientes, referidas por nós no início do trabalho e datadas de 1996. Uma história recente, mais recente que as denúncias no campo da saúde mental, também vividas na década de 80. Voltar a ocupar manchetes de jornais numa conjuntura na qual o saber crítico da Reforma Sanitária e Psiquiátrica avançou deveras, alcançando movimentos organizados e organizando-se.

A ex-Colônia foi e é um universo complexo. Um lugar em que estariam internados supostamente “loucos”, em que moram famílias de ex-profissionais da CJM, um lugar em que as invasões de terras e a especulação imobiliária revelaram conflitos. Imaginemos a gestão desse espaço, mais do que a organização geográfica, sua cartografia, de lutas, disputas, confrontos e acordos. O que dizer de quem lá trabalha, como trabalha e desenvolve sua prática? Nossos residentes são mais do que apenas os médicos; são os pacientes e as famílias de proprietários e invasores, de pacientes que se casaram e lá formaram família.

A psiquiatria está para a geriatria assim como a saúde mental está para a gerontologia. As duas primeiras são especialidades médicas, constituídas por seus representantes; as outras duas assumiram o desafio da interdiscipli-

naridade e os riscos que isto comporta. Os quatro campos organizaram seus dialetos, seus discursos mais ou menos esotéricos e os dois últimos discursos vivem às voltas com interrogações do tipo: o que é trabalhar em equipe? O que é uma equipe interdisciplinar de saúde mental? O que dizer então de interdisciplinar? É a mesma coisa que multidisciplinar e transdisciplinar? E a velha locução “saúde mental”? Temos uma relação maniqueísta com ela, polarizando psiquiatria e saúde mental, relegando ao primeiro pólo o que tem que ser negado e ao segundo o que precisa ser afirmado? Neste momento há a lembrança da fala de um psiquiatra de Santos, quando, denominado antipsiquiatra, retruca que antipsiquiatras são aqueles que não realizam uma prática de acolhimento ao usuário, negando-lhe sua condição cidadã; ele era mais um psiquiatra. Por sinal, mais uma pequena questão para o nosso arsenal: por que denominamos usuários aqueles de quem cuidamos? Por que temos receio de falar pacientes? Até mesmo os familiares “progressistas”, ou seja, adeptos da agenda proposta pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica e aliados dos técnicos reformistas, incorporaram este jargão?

Realizar perguntas simples sobre questões cotidianas nos estimula a evocar Boaventura de Souza Santos, que nos inspira na passagem a seguir, ao afirmar que, por estarmos numa fase de transição, precisamos retornar às perguntas simples:

“Daí finalmente a urgência de dar resposta a perguntas simples, elementares, inteligíveis. Uma pergunta elementar é uma pergunta que atinge o magma mais profundo da nossa perplexidade individual e coletiva com a transparência técnica de uma fisga” (Santos, 1987: 8).

Santos nos estimula à necessidade de retorno às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples, que, como dizia Einstein (*apud* Santos, 1987: 6), só uma criança pode fazer, mas que, depois de feitas, são capazes de trazer uma luz nova à nossa perplexidade.

Voltando a abordar as semelhanças entre a geriatria e a psiquiatria, a gerontologia e a saúde mental, agora pela via de um olhar sobre seus respectivos objetos, podemos ousar algumas formulações. Por exemplo, o objeto doença mental, para a psiquiatria, e velhice, para a geriatria: ambos caracterizam um monopólio de saber e prática por parte de uma categoria profissional — no caso médica. Enquanto isso, o objeto psicossocial para a saúde mental e o objeto terceira idade, para a gerontologia, produzem um

campo de embates. Justamente por sua característica interdisciplinar, a porosidade revela a abordagem das ciências humanas e as leituras vindas das ciências sociais.

Agora, se nos voltamos especificamente para a relação entre os objetos doença mental e velhice, encontramos uma relação que coloca em tela as representações médicas que se produziram na relação com a justiça: periculosidade, agressividade e conseqüentemente a necessidade de um aparato de contenção prisional. Um espaço que ao mesmo tempo se torna visível, para os profissionais e comunidade, e invisível, retirado da circulação social, para a sociedade.

Quanto à questão psicossocial e da terceira idade, o impulso é promover a saída do silêncio, a derrubada dos muros, a denúncia dos preconceitos, a horizontalidade das relações. Muito embora hoje seja a atenção psicossocial a locução que demonstra a vanguarda, não podemos esquecer que, na década de 20, quando da fundação da Colônia Juliano Moreira, o modelo das colônias agrícolas não deixava totalmente à parte a questão psicossocial, pela via da reabilitação pelo trabalho. Ainda hoje nosso modelo de Oficinas Terapêuticas pode estar impregnado da idéia anterior, atualizando significados.

A Título de Considerações Finais

A loucura e a velhice reativam semelhanças e diferenças: preconceitos que referem incapacidade, um quê de impossibilidade. E se a velhice é com certeza nosso futuro, a loucura não necessariamente. O asilo psiquiátrico lembra em muito o asilo de velhos, seus cheiros, suas cores e seus personagens. Talvez a questão da atividade e da agressividade mais presente no primeiro esteja mais diluída no segundo.

Os “vãos terapêuticos” propostos pela assistência em saúde mental — sem garantia de um passaporte, pois até este pode estigmatizar — não se ausentam do modelo de assistência à terceira idade, também terapeutizável em maior ou menor escala. Esta perspectiva visa a diluir os maniqueísmos e deflagrar um movimento que se proponha a interrogações permanentes, sobre o caráter de novidade que queremos atribuir às nossas tecnologias psicossociais, e que podem estar na realidade reativando outros mecanismos, nem tão bem-vindos. Nossa tarefa talvez seja relativizar a atribuição de um estatuto de liberdade, de vanguarda e novidade aos novos serviços, pela perspectiva de que as práticas e os saberes não conseguem impedir o movimento de comunicação perma-

nente entre o que passou, o que é e o que está por vir.

Para concluir, podemos retomar o pensamento de Debert (1997), naquilo que nos faz refletir sobre o perigo que a crítica exacerbada corre, no afã de “desnaturalizar” a velhice, alcançando o extremo da negação da realidade de uma parcela significativa dos idosos, que sofre com a perda das habilidades físicas e emocionais, e realizar uma ponte com a perspectiva de desconstrução da doença mental, realizada pelo campo da saúde mental. No caso da loucura, cabe-nos ressaltar que a irrupção de uma realidade interna distinta de tudo aquilo que a realidade social impõe ocasiona no sujeito uma sensação de estranhamento que, se incompreendida ou não acolhida pelo tecido societal, acentua o sofrimento e o mal-estar. Desta feita, o significado da desconstrução precisa estar muito bem definido, ao que poderíamos chamar “redes sociais”, ou seja, dispositivos institucionais referidos à família, ao trabalho e ao tratamento, a nossa forma de olhar e relações produzidas. Estas, sim, precisam estar sendo permanentemente desconstruídas, repensadas, a fim de romper com os estigmas e produzir mais solidariedade, não só para com os loucos mas entre nós mesmos.

Referências Bibliográficas

- ALVES, P. C. O Discurso sobre a Enfermidade Mental. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de (orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p. 91-99.
- BIRMAN, J. A Cidadania Treloucada. In: BEZERRA, B.; AMARANTE, P. (orgs.). *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.
- CASTEL, R. *O Psicanalismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- DEBERT, G. G. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v. 12, n. 34, p. 39-56, jun. 1997.
- DUARTE, L. F. D. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. de (orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p. 83-90.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- _____. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1977.
- GROISMAN, D. *Velhice: o caso da Clínica Santa Genoveva*. Rio de Janeiro. UERJ/IMS, 1997. p. 18-27 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 157).

- KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1994.
- MOREIRA, M. C. N.; SOUZA, W. S. Descaso com doentes mentais. *Conjuntura e Saúde*, n. 23, p. 29 - 30, nov./dez. 1995 – jan./fev., 1996a.
- RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N. R.; TUNDIS, S. (orgs.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes, 1987. p. 16-73.
- SANTOS, B. S. *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento, 1987.
- SOUZA W. S.; MOREIRA, M. C. N. *Santa Genoveva, Clínica Amendoeiras, Fundação Leão XIII: Reedição da exclusão no cenário da discriminação*. NUPES / FIOCRUZ, maio / jun. 1996b (mimeo).
- SOUZA, W. S. *Associações de Usuários e Familiares frente à Implantação da Política de Saúde Mental no Município do Rio de Janeiro de 1991 a 1997*. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Saúde) - Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, 1999.