

SOUZA, Maria Cristina Gueiros. "'Doença dos Nervos': Uma Estratégia de Sobrevivência". *A Saúde no Brasil*, MS, vol. 1, nº 3, Brasília, jul-set., 1983, p. 130-139.

TUNDIS, S. A. "Psiquiatria Preventiva: Racionalização e Racionalidade". FIOCRUZ/ENSP, Tese de Mestrado, RJ, 1985.

TUNDIS, S.A.; COSTA, N. R., et al. *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Vozes, Petrópolis, 1987.

URQUIZA, Lygia Maria de França Pereira. "Um Tratamento para a Loucura: Contribuição à História da Emergência da Prática Psiquiátrica no Estado de São Paulo". Dissertação de Mestrado, FCM/UEC, Campinas, 1991.

VAISSMAN, Magda. "Assistência Psiquiátrica e Previdência Social: Análise da Política de Saúde Mental nos anos 70". Tese de Mestrado. Instituto de Psiquiatria/UFRJ, Rio de Janeiro, 1983.

A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental

Ontem, hoje, alternativas e possibilidades

Madel Therezinha Luz¹

TECNOCÓPIA¹
88.3523 5339
30/06/12
R\$ 0,60
Nº 04
www.tecnocopia.com.br

Falar sobre "a política de saúde mental ontem e hoje, alternativas e possibilidades, como história de uma marginalização", é falar sobre a história da loucura, por um lado, e, por outro, sobre a história do saber e das práticas que o Estado constitui sobre o louco, criando, como objetivo de estudo, o espaço de observação de um novo ser patológico, nova doença, que é a loucura. Além disso, é falar sobre as reações a este saber e práticas científicas, reações institucionais ou não — ao menos é assim que entendo aqui o termo "alternativas" — e também sobre as possibilidades dessas alternativas. Não se pode dizer que seja pouco. Na impossibilidade objetiva de se fazer uma análise profunda em tão grande amplitude temática, sou praticamente obrigada a escolher entre duas alternativas: oferecer uma visão panorâmica da história da loucura e do saber psiquiátrico na nossa sociedade, e, então correr o sério risco da superficialidade, ou uma visão aprofundada de pequena conjuntura que inclua todos os temas sugeridos pelo título, ficando-se, entretanto, neste caso, restritos a uma certa dimensão da história, sem possibilidade de inferir tendências ou de definir *estruturalmente* a política de saúde mental no Brasil.

¹ Socióloga, Professora do Instituto de Medicina Social da UERJ. Texto escrito em 1980.

Opto pela tentativa intermediária, de empreender uma análise histórica estrutural, sem perder de vista a profundidade da análise histórica conjuntural, tarefa certamente mais arriscada que as outras duas opções.

Antes de tentar esta tarefa, entretanto, gostaria de tornar claros alguns conceitos e algumas noções que poderão evitar ambigüidades e interpretações inexatas.

A primeira delas se relaciona com a expressão "política de saúde mental". Entendo que o elaborador, emissor e interlocutor das políticas de saúde, em qualquer momento conjuntural em que tenda a se manifestar historicamente, no Brasil, foi e é o Estado.

Entenderei, portanto, nestas notas, políticas de saúde como o conjunto de formas de intervenção concretas na sociedade que o Estado aciona para equacionar o problema das condições sociais de existência de grandes camadas populacionais; daquelas que dependem, para sua sobrevivência, apenas de sua capacidade de trabalhar. Em termos mais claros: a maneira como o Estado conduz o problema das condições de vida das classes trabalhadoras. Empregamos a expressão *classes*, assim no plural, para especificar que há mais de uma classe, às vezes com interesses sociais diversos, que vivem apenas de seu trabalho: camponeses, operários agrícolas, operários urbanos, comerciários, todos vivendo sob as mesmas relações sociais, delas sofrendo os mesmos efeitos, embora pertençam a diferentes segmentos sociais dos trabalhadores.

Para evitar controvérsias acadêmicas, deixemos claro que o interesse aqui é mostrar como esse conjunto social é majoritário, por um lado, e como, por outro, a população não é um conjunto homogêneo, uma "comunidade", mas um composto social diversificado de classes e camadas sociais, em que as necessidades e os interesses econômicos, políticos e sociais são diversos. Assim vai-se tornando nítida a importância que tem para a própria sobrevivência da sociedade a forma política como o Estado trata as condições de vida da população, de sua Saúde.

Desde já devo esclarecer que não separarei tais condições da forma como se dá a produção e a apropriação sociais da riqueza na sociedade. Ou, se quisermos empregar a expressão em moda, da forma de produção e de distribuição da riqueza social.

Desta forma, as políticas de Saúde do Estado podem ter formas tanto de inclusão como de exclusão de classes, de marginalização da apropriação social da riqueza, produzida por estes grandes contingentes populacionais.

Ousaria afirmar, desde já, que, neste sentido, historicamente, as políticas de saúde — e as políticas de saúde mental mais que as outras — que as de atenção

médica, de saúde pública, de nutrição, têm sido formas sistemáticas de exclusão econômica e social de setores da sociedade. Isto é, têm sido formas políticas de marginalização.

Por outro lado, convém definir aqui o que entendo neste momento por Estado. Embora se saiba que, no sentido mais amplo, Estado é o conjunto das instituições vigentes e dominantes em uma sociedade, incluindo desde a família, a sexualidade, a educação, até os tribunais e as forças armadas de uma nação, neste momento, podemos definir o Estado no seu sentido mais restrito, isto é, no sentido do conjunto de seus aparelhos institucionais, repressivos e ideológicos. Estes aparelhos incluem tanto a escola, o hospital, como o cárcere, a política, a lei, a norma — forma do discurso institucional — e os Ministérios.

Todos eles têm seu papel na produção, na reprodução, na divulgação, na inculcação e na assimilação das políticas de saúde e, evidentemente, das políticas de saúde mental. Isto acontece tanto na sociedade brasileira como nas demais sociedades existentes e que se desenvolveram a partir do modo capitalista de produção. Estou, portanto, incluindo aqui as sociedades ditas atualmente socialistas.

Na sociedade brasileira, especificamente, o Estado começa a manifestar, sob a forma de discurso normativo, sua preocupação com a saúde coletiva brasileira, desde a segunda metade do século XIX. Estão aí, já publicados, os estudos de Roberto Machado, Joel Birman, Jurandir Freire Costa, para citar somente os pesquisadores do Instituto de Medicina Social, que comprovam e analisam esta preocupação.²

Nesta conferência baseio-me nos estudos desses três pesquisadores e também nos meus próprios; tanto da pesquisa já encerrada e publicada sobre as "Instituições Médicas no Brasil", como a que está em fase de relatório final sobre a história do modelo médico de saúde pública" e as instituições que o produziram e reproduziram na sociedade brasileira. Além disso, análises sobre a estrutura do hospital psiquiátrico e do ambulatório de psiquiatria informaram algumas das afirmações que farei aqui.

Uma terceira definição que gostaria de tornar clara relaciona-se com o problema das instituições de saúde mental. Quero deixar claro que não pretendo

² Sobre a psiquiatria, ver os trabalhos: Machado, R. e cols. *Danação da Norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*, Graal, Rio, 1978; Birman, J. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*, Graal, Rio, 1978; Freire Costa, J. *Ordem Médica e Norma Familiar*, Graal, Rio, 1979; Freire Costa, J. *História da Psiquiatria no Brasil*, Documentário, Rio, 1976.

confinar as instituições que manipulam a loucura ao espaço da psiquiatria do hospital ou do asilo psiquiátrico. É preciso ver lucidamente que, se na história das instituições que organizam, disciplinam e tentam reformar o comportamento do louco, o asilo psiquiátrico, com seu tratamento moral, é o primeiro a estabelecer um conjunto de práticas e a estabelecer um conhecimento, um saber científico sobre a loucura, outros espaços institucionais — inclusive o consultório com seu divã — e outros discursos teóricos foram organizados sobre o mesmo objetivo. Desta forma, quero esclarecer que a loucura não está contida em um aparelho específico de Estado, como o asilo, ou que os saberes que se elaboraram sobre ela só se destinem aos loucos.

Longe disto: as políticas da loucura são antes de tudo políticas de SAÚDE MENTAL. Se a expressão saúde mental só é incorporada ao discurso oficial nos anos 60 deste século, numa clara intenção preventivista,³ a preocupação de que o discurso sobre a loucura funcione como marco normatizador sobre o comportamento e as atitudes das pessoas “normais” é muito anterior. Se o espaço institucional psiquiátrico, o hospital, é um espaço de “exclusão social da loucura”, um espaço que permanece “secularmente asilar”, os saberes que sobre ele se constroem, e digo os saberes, no plural, porque mencionaria ao menos três disciplinas que o tomam como tema de discurso: a psiquiatria, a psicanálise e a psicologia (para não mencionar o florescente e impreciso campo da medicina psicossomática), são antes de tudo destinados a administrar e a prever a loucura antes que ela apareça socialmente. São formas de determinação e organização do espaço psíquico dos indivíduos enquanto componentes de uma sociedade: enquanto cidadãos.

Desta forma, para compreender as políticas de saúde mental é preciso ter claro que elas mediatizam saberes e práticas institucionais distintos, com uma evolução histórica específica, e que tanto esses saberes, quanto as práticas de intervenção institucional que eles originam não são monolíticos nem coerentes. Ao contrário, são muitas vezes contraditórios, tanto no nível do saber quanto no nível da intervenção. Daí resultam muitas contradições entre discurso — entendido como planos, programas, norma — e prática institucional.

Além disto, e aqui introduzo uma última distinção necessária, é preciso ter presente que, se essas instituições articulam saberes e práticas específicas, elas

³ Ver a este propósito, de Birman, J.: “Política de Saúde Mental e Prática Psiquiátrica”, conferência pronunciada em Salvador em 27.07.79, no Seminário sobre “A prática psiquiátrica: possibilidades e limites”, organizado pela Associação psiquiátrica da Bahia, de 25 a 28 de julho de 1979.

supõem um elemento sintetizador específico, sem o qual nenhum plano, nenhuma norma, nenhum conhecimento seria ativado, “posto em ação”. Este elemento sintetizador é o agente institucional que concentra em sua cabeça e em sua atividade o desempenho das práticas, como delegado da instituição. Estou me referindo ao psiquiatra, ao psicanalista, ao psicólogo, ao médico.

Uma visão da história da loucura — e de sua marginalização — que pretenda ser a história das instituições que tematizam e criam um espaço de exclusão e de administração do louco e do suspeito de loucura — não importando se em dado momento todos possam ser suspeitos ou se só um pequeno número de indivíduos deva ser investigado — tem necessariamente que levar em consideração esses quatro elementos fundamentais de definição.

Daí decorre, em primeiro lugar, que a loucura não é um ser puramente biológico — na dimensão psíquica do biológico, nem sociológico, produto do meio social.

Ela é, antes de tudo, construção política e teórica, institucional e científica.

Em segundo lugar, vê-se que a criação do espaço institucional para o louco, preocupação do Estado brasileiro desde o século XIX, é basicamente a criação de um espaço político do desvio; desvio do comportamento, depois da atitude, do desejo, e até da fantasia. Não se trata, portanto, de um espaço puramente negativo. Trata-se de um espaço positivo da psiquê, na medida em que estabelece as margens do seu correto desenrolar-se.

No entanto, esse espaço positivo, inclusivo, definitório, é espaço de marginalização.

Como é possível este paradoxo? Como se decifra o enigma desta aparente contradição: algo que inclui para excluir e marginaliza incluindo?

A resposta não é simples, como a pergunta não o é. Entretanto, alguns elementos podem ser levantados, que nos ajudem a decifrar o enigma.

A ordem social que progressivamente vai se instituindo no Brasil, desde a segunda metade do século XIX, base de formação de Estado brasileiro, pode ser um desses elementos. É dela que trataremos.

Como já afirmei, as preocupações com a saúde coletiva brasileira datam deste momento, o que pode ser medido pela quantidade de normas e medidas estatais, além do clamor dos médicos. Mas, especificamente, é a partir da década de oitenta que atingem o auge as preocupações com duas áreas da saúde pública: a área das

epidemias — febre amarela, tifo, varíola, entre outras — e a da loucura. É interessante se perguntar, neste momento, colocando um conjunto de questões: (1) por que a preocupação com as epidemias?, (2) por que a preocupação com a loucura? (3) por que a loucura como Saúde Pública? Seria a loucura um vírus ou um bacilo que se disseminaria, como as epidemias, ameaçando de contágio a totalidade da população, isto é, as classes sociais indiscriminadamente?

Talvez se possa perguntar, ainda, como corolário: serão as pessoas que enlouquecem as mesmas que sofrem o tifo, a febre amarela, a varíola, a tuberculose?

Ou, para resumir: quem fica doente, no Brasil desta época, de vírus, bacilo, ou demência? E ainda uma questão, corolária desta? Por que adoecem?

Finalmente, como responde o Estado a estas ameaças? Responder a estas sugestões é responder ao problema da ordem nacional que está se instituindo.

Em primeiro lugar, e como comentário à parte, situemos ambos os flagelos da saúde pública do final do século XIX: os grandes centros urbanos portuários, Rio, Salvador, Recife: as cidades. Não que não houvesse doença no campo, nas plantações. Sabe-se das terríveis condições de vida que atingiram os escravos até o final da 1ª metade do século XIX. A partir da 2ª metade, por razões históricas, não só diminuiu o número de escravos — diminuindo conseqüentemente o número de enfermos, como melhoraram, em muitos casos, devido à escassez da mão-de-obra, aos movimentos de fuga e revoltas, aos movimentos abolicionistas, etc, as condições de vida dos restantes. Isto explica, talvez, a queda, a partir dos anos setenta, da taxa de mortalidade em tuberculose, que tanto afligiu a força de trabalho escrava no Brasil.

Não só a tuberculose, mas outras doenças como o ainhum, o beri-beri, a ancilostomíase e outras verminoses eram endêmicas na população escrava.

No entanto, a saúde desta força de trabalho não é preocupação explícita do Estado. Ao contrário, sua preocupação vai se centrar exatamente nas moléstias que atingem, em intensidade crescente durante o séc. XIX, as populações urbanas dos centros portuários e nelas, especificamente, o Rio de Janeiro. Mais que a lógica econômica — também existente — funciona aí a razão política, a lógica dos interesses políticos de preservar da doença a sede do Poder.

As populações urbanas expostas às epidemias e à doença mental comprometem não só o bom andamento dos negócios de exportação, diga-se de passagem —

como o equilíbrio do Estado. É preciso organizar um sistema de controle da situação. Um sistema sanitário.

Há algo de comum entre as epidemias e a loucura, apesar de até hoje não se ter provado que ela possa ser contagiosa, ou que provenha de vírus: é que ambas são doenças inter-classes, que afetam e destroem contingentes de camadas sociais diversas, apesar de, evidentemente, a incidência, tanto num caso, como no outro, ser de longe superior nas classes inferiores.

Por aí podemos compreender porque o Estado se interessa tanto pelas epidemias — e pela loucura — e porque a loucura também é um problema de Saúde Pública.

Com efeito, na segunda metade do século, sobretudo depois de 1870, os loucos também, como os criminosos, os aleijados, doentes, mendigos, negros, escravos ou não, infestam as ruas, tornando-se sombrias, inseguras, incertas pelos comportamentos e atitudes inesperadas que essa multidão andrajosa pode tomar.

Sem falar neste nascente operariado obscuro, amontoadado em cortiços, casas de cômodos e malocas, armazenando em si, pronto para disseminá-los, os germes da doença e da morte, e, no entanto, necessário para movimentar as alavancas da indústria.

Tantas ameaças justificam tantas preocupações. Mas se a doença, mental ou viral, ameaça a todos, não os ameaça do mesmo modo, nem na mesma proporção, nem com a mesma força. Para alguns, ela é somente *ameaça*. Para outros, para a maioria, a maioria a que me referi no início, ela é certeza que persegue, que só heroicamente é evitada. Mas se o fato de atingir a esta maioria não a transbordasse, se a doença não transpirasse dos escuros cortiços para a claridade dos salões, do quarto trancado para a publicidade das ruas, atingindo setores sociais inteiros (penso aqui, por exemplo na "doente nervosa", na histeria das mulheres no final do século XIX).

Mas sai. E, neste caso, o Estado tem que responder institucionalmente com táticas diversas, aplicáveis a estes setores sociais tão diversos.

É assim que, do último terço do século passado às primeiras décadas deste século, as instituições de saúde estarão produzindo discurso sobre a cidade: sobre o meio ambiente urbano, a estrutura sanitária das metrópoles, a habitação, os hábitos alimentares, morais e sexuais; sobre os costumes.

Seriam estas, no fundo, as causas das moléstias no nosso meio, tanto as físicas como as mentais. Propõem-se desde esse momento a unificação de departamentos

e serviços e a centralização de decisões, de preferência nas mãos dos especialistas, isto é, dos médicos, dos engenheiros sanitários, dos psiquiatras. Datam de então os primeiros hospícios: no Recife, a Tamarineira, em Salvador, Juliano Moreira, no Rio, o Hospício de Pedro II.

Espaço de exclusão que institui uma ordem mental, o asilo tenta dar conta das desordens mentais que a malta de desempregados da cidade (ex-escravos ou brancos empobrecidos), que os desajustados da nova sociedade engrossam sempre, contendo-as num espaço. Espaço fechado, é verdade, mas com estatuto próprio; não se trata, ali, teoricamente, de criminosos, vagabundos ou mendigos, mas de desafortunados sobre os quais o Estado, através da Ciência, lança o seu olhar compadecido. As lutas entre as instituições carcerárias e a psiquiatria, ou ao menos a medicina, são, neste momento, acirradas. Nina Rodrigues é apenas um exemplo ilustrado, neste caso.

No entanto, a preocupação com a loucura é maior do que com o louco. Ao louco, com o hospício, atribui-se um *status*, uma identidade institucional. À ordem, subtrai-se o problema de discutir a loucura, sua origem. Subtrai-se, portanto, à sociedade, a discussão das condições sociais de surgimento do distúrbio psíquico. O problema da exclusão de determinados setores sociais da nova ordem que se constrói. E aqui não falo somente do operário, do pequeno comerciante empobrecido, do lavrador expulso de suas terras, do ex-escravo sem lugar na cidade. Falo também da mulher, do intelectual tradicional que não consegue se ajustar à nova hegemonia, do artista refratário à ordem progressista. Todos são potenciais pacientes dessas novas instituições. Eles são os excluídos das decisões na nova ordem. (Lembrem-se que a maioria não poderia nem mesmo votar).

Entretanto, todos esses setores sociais não são homogêneos, nem homogeneizáveis. Também não são assimiláveis umas às outras as variáveis etiológicas do meio ambiente da cidade: costumes sexuais ou alimentares são irreduzíveis, em termos de causalidade da doença, à estrutura sanitária, ao problema da água e dos esgotos. Também os saberes que progressivamente se especializaram sobre cada uma dessas variáveis são irreduzíveis entre si, atendendo a todas essas diferenças.

As políticas de saúde sanitárias, inclusive o que se poderia chamar de sanitarismo mental, atacam o meio ambiente social durante meio século, procurando combater, no espaço urbano, a promiscuidade, que engendra o contágio da epidemia e do vício, procurando reorganizar o espaço amontoado dos "podres", inclusive reconstruí-lo para dele excluir os contaminados, criando do mesmo um

sistema de registros e um esboço de vigilância epidemiológica da doença física e mental. Na virada do século, com as epidemias se alastrando e o espaço do crime e da loucura crescendo — havendo mesmo, da parte da medicina, uma tentativa de redução do primeiro à segunda — e o esforço de Nina Rodrigues neste sentido é imenso — o combate estatal a esses grandes males da saúde pública se torna francamente campanhista. Oswaldo Cruz é o exemplo que a historiografia oficial separou, herói da Saúde no combate à doença pública.

Mas os psiquiatras não descansam de seu lado; procuram as ligações entre a loucura, o crime, a hereditariedade. Em breve estabelecerão ligações entre raça, crime e loucura. Proporão soluções eugênicas para um raça, como a brasileira, que facilmente degenera. Infelizmente não encontrarão, como Oswaldo Cruz ou Carlos Chagas, os germes físicos da loucura. Mas conhecem os germes morais. E para germes morais só existe uma solução: educar e reeducar a população, formar-lhe nobres sentimentos e apontar-lhes a reta prática do dever no trabalho, na família, no exército, na escola. Se essas instituições não conseguirem dobrar a índole do indivíduo então, aí sim, o hospício poderá contê-los e tentar sua reforma.

E os hospícios estão cheios dos desviantes dessas instituições.

Mas essas instituições, neste período de República Velha, não davam àqueles setores sociais que mencionei boa vida; ao contrário. As condições de vida econômica, social, política, moral são selvagens, como o são em todas as sociedades sob o desencadear-se do industrialismo capitalista. Convém talvez perguntar se depois melhoram. Não parece. A cada novo patamar de acumulação, as mesmas condições se repetem; com as novidades apontadas pelo tempo e pela tecnologia, é verdade, mas o sofrimento desses segmentos tem sido o mesmo.

E, estranhamente, as características estruturais das políticas de saúde voltam a ser, a cada nova conjuntura que assinala estes patamares, as mesmas: centralistas, concentradoras de poder nas mãos do agente institucional "qualificado", verticalistas, intervencionistas e campanhistas.

Entretanto, se a área mais especificamente sanitária da loucura permanece essencialmente a mesma, até hoje com seu espaço institucional asilar, com suas práticas basicamente repressivas ao louco, os indivíduos "normais", os potencialmente loucos, passam a ser, depois da fase "eugênica" da psiquiatria, que chega até a década de 40, objetos de preocupação preventiva do discurso estatal.

Esta preocupação exprime, por um lado, a constatação da incapacidade absoluta de reforma ou "recuperação" do louco pelo hospital psiquiátrico, mas,

por outro, as novas preocupações preventivistas no campo da Saúde Pública em geral, que dos EEUU se estendem, através dos órgãos internacionais de Saúde, ao restante do mundo.

A "barbaridade" dos métodos asilares é desde então denunciada, sua falência como discurso, a ineficácia do isolamento, da exclusão social da loucura, é analisada e questionada.

Por outro lado, se o preventivismo, que ascende politicamente ao nível de discurso dominante, não encontra no hospital psiquiátrico nenhuma acolhida, sendo aparentemente contraditório, em termos de discurso e prática, ao espaço institucional asilar, e se nas políticas de saúde mental até hoje o hospital psiquiátrico — agora não mais através da Saúde Pública, mas através da Previdência Social — tem ainda dominância institucional absoluta — o que pode ser constatado facilmente por dados numéricos — este preventivismo buscará em outros discursos, em outras práticas e em outros espaços institucionais, seu florescer. A psicologia, a partir dos anos 50, e a psicanálise, dos anos 60, serão, neste contexto, saberes e práticas alternativos fundamentais.

Embora a invasão desses discursos seja recente, não ultrapasse 25 anos, podemos dizer que eles fizeram grandes avanços nas instituições da chamada sociedade civil, isto é, naquele sentido mais amplo de Estado que se viu no início. Na fábrica, na educação — através das escolas — na família, na sexualidade em geral, até mesmo nos hospitais, mais recentemente, nos anos setenta, estas novas práticas fazem triagem, analisam, interpretam, organizam, e excluem, se for o caso, comportamentos, atitudes, desejos e mesmo fantasias.⁴

O papel mais "orientador", persuasivo, desses novos discursos e práticas, não está menos ligado, entretanto, ao Estado que o discurso/prática psiquiátrico asilar. Se um tem um aspecto mais predominantemente repressivo, os outros têm um aspecto positivo de organizadores do espaço psíquico da sociedade, indispensável ao assentamento consensual da dominação. Seu papel é muito mais estratégico face à hegemonia que a repressão excludente do hospital.

Trata-se agora não mais de incluir pela marginalização. O controle psicossocial muda de natureza: trata-se de organizar, de planificar, para incluir na ordem política.

Um novo tratamento da sociedade tende a crescer nos próximos anos: o tratamento psico-analítico-social, antes, destinado às elites contaminadas pela loucura.

⁴ Ver, a propósito da invasão dos discursos "psi" à sociedade civil, inclusive através dos meios de comunicação de massa, a conferência citada de BIRMAN, J.

A psiquiatria e as práticas de medicalização do mal-estar psíquico se deslocam dos aparelhos de Estado para a totalidade social. Não somente as instituições, mas cada comportamento, desejo ou aspiração humana podem ser ordenados.

Assim, pelo fato de perder seu caráter predominantemente repressivo, marginalizador, os discursos e práticas sobre a loucura não perdem seu caráter de "Estado".

Resta-nos neste momento, questionar o quarto lado desta questão (os outros três sendo: o Estado, a população oprimida, o saber-psiquiátrico): o agente institucional. Continuará ele, para o futuro, e com novos trajes, a vestir a pele do Estado? Continuará a concentrar o poder-saber em suas mãos e a bem desempenhar seu papel de delegado?

Este agente: médico, psiquiatra, psicanalista, psicólogo, vê atualmente, através de suas condições atuais de vida, que não é mais que um *técnico*, isto é, um assalariado mais qualificado, e nem sempre mais bem pago. Suas dúvidas sobre a necessidade de continuar a desempenhar o papel de delegado do poder institucional se tornam dia a dia maiores.

As possibilidades de transformação destas práticas e destes discursos novos surgem, em grande parte, destas dúvidas.