

Todo dia se faz tudo sempre igual...? Recortes da desinstitucionalização da loucura Brasil-Itália

Do we, every single day, do the same thing?
Scraps of deinstitutionalization of madness Brazil-Italy

Simone Paulon; Renata Trepte; Rosane Neves

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO:

O artigo propõe uma reflexão acerca dos processos de reforma psiquiátrica em curso tanto na Itália quanto no Brasil, a partir de fragmentos cotidianos observados junto a usuários da saúde mental nos dois países. As cenas são postas em análise na perspectiva de criticarem o que apontam do enrijecimento institucional e repetição daquilo que ambos os processos de extinção dos manicômios tinham por propósito desconstruir. De outro lado, também permitem analisar o que se mantém do caráter de movimento, de forma disruptora e criativa, dentro desses processos reformistas. No trajeto das intensidades experimentadas nos diferentes territórios, pequenos fascismos que marcam os saberes e as práticas de saúde mental apontam para a necessidade de atualização da potência instituinte do movimento anti-manicomial, entendido como um espaço de criação permanente que requer, antes de tudo, especial atenção às palavras e aos pequenos gestos que povoam nosso cotidiano.

Palavras-chave: cotidiano; saúde mental; Reforma Psiquiátrica; desinstitucionalização; Política pública.

ABSTRACT:

The paper proposes a reflection about the psychiatric reform processes in Italy and Brazil from daily fragments observed within users of mental health in both countries. The scenes are analyzed, on one hand, to criticize what point of institutional stiffening and repetition of both processes of asylumsextinction had the purpose of deconstructing these points. On the other hand, they also allow us to analyze what keeps the character of a movement so disruptive and creative within these reformers processes. In the path of the intensities experienced in different territories, small fascism that mark the knowledge and practices in mental health indicates the need to update the instituting potency of the anti-asylum movement. Understood as a space of permanent creation, this instituting movement requires, above all, attention to words and small gestures that populate our daily lives.

Key-words: everyday; mental health; psychiatric reform; deinstitutionalization; Public Policy

Brasília, julho de 2010, IV Conferência Nacional de Saúde Mental: fórum máximo de participação social nas políticas de saúde mental do Brasil; usuários, familiares, gestores e trabalhadores de todo país reunidos. Em uma sala de trabalho o tema em discussão é justamente a diretriz do controle social do SUS operando em um campo em que o preconceito e estigmatização dos usuários faz-se ainda mais excludente. As divergências políticas ali presentes tensionam o ambiente, fazendo com que a discussão não progrida sem que inúmeras “questões de ordem” e pedidos de esclarecimentos sejam interpostos. Um usuário frente ao insucesso de tomar a palavra para manifestar seu desconforto com o impasse fica nervoso e agita-se. A sala repleta de militantes da luta anti-manicomial mobiliza-se e unissonante pede que algum psiquiatra seja chamado para manejar a situação.

Bologna fevereiro de 2013, Centro de Saúde Mental: A equipe do Centro está em reunião para discussão dos acontecimentos do dia. A psicóloga traz o caso de uma paciente grave, já conhecida por todos da equipe: a paciente chegou em crise, bastante agitada, fazendo as costumeiras ameaças de agressão que foram acolhidas pela psicóloga em manejo verbal narrado pela mesma que, enquanto conta da condução que fizera do caso, é interrompida por um dos psiquiatras da equipe. O médico em questão alega que *a psicologia não detém ferramentas para trabalhar com usuários em crise*, e, por isso, que a atitude tomada pela colega fora inadequada já que *deveria ter acionado a Psiquiatria – profissão que está devidamente instrumentalizada para manejar os casos de crise*. Em nítida concordância com a repreensão recebida, a referida psicóloga não prosseguiu com o relato, abaixou a cabeça e afirmou que a cena não se repetiria. Nenhum outro membro da equipe multidisciplinar manifestou qualquer opinião divergente.

Porto Alegre, dezembro de 2012, emergência de um hospital geral de grande porte: Em entrevista de pesquisa, questionado acerca dos cuidados prestados pelo serviço em que atua a pacientes que chegam com algum sofrimento psíquico agudo ou em crise de saúde mental, um trabalhador da emergência afirma: *“Esses [usuários] que são predominantemente psiquiátricos, a equipe da emergência não acolhe. Porque esse tipo de paciente você precisa ter uma estrutura para atendê-los, um espaço diferenciado para escutar eles. A internação psiquiátrica é mais complexa que as outras. As pessoas não têm tolerância para fazer o cuidado. A maioria, quarenta por cento dos usuários de emergência têm transtornos psiquiátricos menores, mas passam despercebidos, pois os clínicos não têm tolerância para isso”*.

O que aí se repete?

Que força é esta que transpõe fronteiras geográficas e pede espaço para reafirmar aquilo que lá já está?

O que clama por uma tal continuidade que “se faz todo dia igual”?

Esta escrita surge para dar forma às análises do percurso de vivências em saúde mental¹ em territórios bem distintos – região da Emília Romagna, norte da Itália e Porto Alegre, sul do Brasil -, mas comuns em pelo menos um aspecto: nos percursos de implementação das Reformas Psiquiátricas que garantiram legalmente o direito às

peças em adoecimento mental serem cuidadas em liberdade. Sem qualquer pretensão de propor uma análise comparativa de processos reformistas cujas complexidades políticas, culturais, teóricas e metodológicas exigiriam estudos bem mais aprofundados e períodos de vivência bem mais longos, propomos, simplesmente, tomar algumas cenas-analisadoras vivenciadas ou observadas entre um e outro cotidianos de trabalhadoras da saúde mental para problematizar, sob um olhar institucionalista, alguns pontos de institucionalização identificáveis entre as cenas trazidas. O ensaio é ensaístico em duplo sentido: primeiro, no conteúdo debatido, já que se trata de pinçar esquetes a partir do critério exclusivo de que o encontro das autoras com a cena tenha produzido algum desassossego, algo que tenha sido captado pelos sentidos e registrado em seus diários em função disso; e segundo, o propósito é de um ensaio também no sentido de garantir certa liberdade na escrita que corresponda, de alguma maneira, à leveza e provisoriamente que as ideias aqui lançadas têm neste momento para quem as escreve.

Retiradas de “lembranças de viagem”, o desejo das autoras é de convidar eventuais leitores a um breve passeio por algumas experiências nos trajetos percorridos. Não nos referimos, necessariamente, ao trajeto geográfico Porto Alegre-Bologna, mas a um trajeto das intensidades produzidas nesses deslocamentos pelo que nos remetem ao cerne das questões colocadas pela luta anti-manicomial. Os fragmentos acima apontam a captura da potência instituinte dos movimentos em que se inscrevem pelas forças instituídas nos espaços de saberes e práticas da Reforma Psiquiátrica, independentemente do espaço geográfico onde tenham ocorrido. No trajeto das intensidades experimentadas nos diferentes territórios percebemos os pequenos fascismos que marcam os saberes e as práticas no cotidiano da Reforma. O que fazer para não sucumbir a estes micro-fascismos? Como proceder para que a potência instituinte do movimento anti-manicomial se atualize na experiência cotidiana da Reforma?

O instituinte, como potência, não tem receita. Sua única regra é produzir uma ruptura constante dos equilíbrios estabelecidos através da indagação permanente dos saberes que se pretendem hegemônicos e das práticas que se acomodam na rotina dos fazeres. Talvez a principal aprendizagem neste trajeto das intensidades percorridas nos territórios da Reforma Psiquiátrica seja a de que a luta anti-manicomial é um espaço de criação permanente que requer, antes de tudo, especial atenção às palavras e aos pequenos gestos que povoam nosso cotidiano.

Das desconstruções e invenções que aproximam as Reformas Psiquiátricas Brasil-Itália

O processo de transformação da assistência em saúde mental em curso no país, que denominamos reforma psiquiátrica, teve início no final da década de 1970 e inspirou-se, fundamentalmente, na experiência italiana da Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia.

Na década de 1960, Basaglia assumiu a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia e criou o movimento denominado psiquiatria democrática, o qual se intensificou a partir de 1971, quando ele assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste. Esse movimento estava centrado na luta contra o manicômio e pela revisão jurídico-normativa, que visava à plena recuperação da cidadania pelos doentes mentais, e expandiu-se rapidamente pelo país como o ideário de uma verdadeira reforma. A reforma italiana sempre considerou central a mudança na condição legal e civil do chamando doente mental, sem o que seria inviável a efetiva desconstrução das práticas anteriores. Uma grande vitória foi obtida com a aprovação da lei 180, em 1978, que previa medidas até então inéditas na legislação internacional, tais como a desativação progressiva de todos os hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços regionais; a transformação dos antigos manicômios em hospitais gerais; a eliminação da custódia, assegurando a proteção e a administração judicial de bens e a restituição do direito constitucional de voto aos antigos internos dos hospícios (YASUI, 2011).

A superação do modelo manicomial encontra ressonância nas políticas de saúde do Brasil que tiveram um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) que criaria as condições para a aprovação da legislação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Um marco histórico para o campo da saúde mental, que alavancou mudanças estruturais, inclusive, nas instâncias responsáveis junto ao Ministério da Saúde, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Neste encontro, no qual o Brasil se fez representar e foi signatário do acordo firmado, foi promulgado o documento final intitulado “Declaração de Caracas” com o que os países da América Latina comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardar

os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário.

Quando, no dia 06 de abril de 2001, é finalmente sancionada a Lei nº 10.216, que define a Reforma Psiquiátrica para todo território brasileiro, um longo processo de debates e embates políticos, técnicos, culturais e éticos necessários para sua aprovação estavam ali se consolidando. Uma série de outros estavam por se abrir. Alinhados ao que os psiquiatras italianos afirmavam na análise de sua então recente Reforma Psiquiátrica (em artigo de dezembro de 1985): “(...) neste percurso a reforma não é um objetivo finalmente alcançado, não significa a finalização da desinstitucionalização. Ao contrário, no momento no qual ela anuncia o objetivo da eliminação da internação psiquiátrica, ela confirma e amplia o campo de ação da desinstitucionalização.” (ROTELLI et al, 1990/2001: 53). De fato, isto se observaria também em terras brasileiras. As profundas alterações que projeto de lei brasileiro teve que sofrer entre a data de sua aprovação em 1989 na Câmara Federal e Senado e sua “suada” conquista de estatuto legal, após tramitar 12 anos no Senado² foram distanciando-o em vários aspectos da legislação italiana que o inspirou. Entretanto, na base dos movimentos reformistas que geraram e seguiram sustentando, em boa medida, as reformas psiquiátricas em curso tanto no território europeu, quanto no latino-americano, a distinção fundamental entre a desospitalização e a desinstitucionalização necessárias às mudanças do modelo assistencial em saúde mental mantém-se.

Referida desde as origens da Psiquiatria Democrática Italiana, como um processo social complexo que envolve atores sociais concretos, sujeitos das experiências de transformação, a desinstitucionalização requerida para que as Reformas Psiquiátricas se efetivem, sejam elas em que condições e territórios ocorram, precisa focar, necessariamente a instituição da loucura e não meramente uma outra organização/estabelecimento hospitalar que circunstancialmente na história teve a incumbência de selar a exclusão do louco asilando-o sob a consigna de doente mental.

Nos idos de 1969, quando Basaglia esteve como convidado nos EUA conhecendo as experiências de psiquiatria preventiva, entre as críticas tecidas à continuidade da violência dos atos médicos presentes nos movimentos da “nova psiquiatria” escreveu, na “Carta de Nova York”:

Quer se discutam os problemas do poder; quer se fale do conceito de autoridade; quer se recorra aos princípios democráticos sobre os quais se baseia a nova psiquiatria; quer se denomine a instituição como comunidade terapêutica; quer se defina como social o novo rumo psiquiátrico, só porque ele serve de instrumento de controle a favor do

sistema, tudo isso significa simplesmente que um novo verniz foi aplicado sobre um velho jogo, cujas manobras e finalidades já são conhecidas (BASAGLIA, 2006: 158).

A enfática crítica aqui registrada deixa claro que o médico italiano não se refere à criação de serviços comunitários de saúde mental ou qualquer outro aparato de cuidado, mas que a instituição a ser negada é todo o arsenal de saberes, verdades, normas e lugares instituídos sobre e para a loucura e o louco (como doença e doente mental, respectivamente). Para Rotelli e colaboradores, “o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da ‘existência global complexa e concreta’ dos pacientes e do corpo social”. (ROTELLI et al, 1990/2001: 28) Sobre esta separação artificial entre a ficção “doença” e uma existência complexa corporificada num sujeito sofrente construiu-se toda uma gama de aparatos científicos, legisladores, administrativos que passam a justificar não apenas a lógica causal doença-teoria que a justifica, como também a existência do aparato tecno-burocrático criado em torno dela. E são os autores italianos que lapidam: “É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto existência doente”. (idem, ibidem)

Em trabalho anterior, argumentamos, com os teóricos institucionalistas, que, se as instituições inscrevem-se nos jogos de saber-poder determinantes dos processos do desejo de um tempo datado historicamente, não cabe entendê-las como alheias ou estranhas aos projetos que traçamos para nossas vidas. Dito de outro modo, as instituições que constituem nosso tecido social não estão em relação de oposição aos nossos desejos, nem àquilo que somos nós. Como seres de instituições, subjetivados nelas e por elas, o trabalho de desinstitucionalização não pode confundir-se com qualquer movimento de destruição disso que nos constitui, senão de crítica e revisão daquilo que das instituições (parte do que nos tornamos, portanto) já não nos convém. Passamos a tomar, a partir de tal compreensão, a desinstitucionalização como um trabalho micropolítico de desconstrução gradual das lógicas reprodutoras e dessingularizantes que transcendem em muito os muros levantados por instituições totais. E afirmávamos:

Avançando, por fim, nos caminhos abertos a marteladas pelas mãos de Nietzsche, com um entendimento das instituições como redes invisíveis de subjetivação moral, podemos definir a tarefa da desinstitucionalização como incessante questionamento dos valores que atribuímos a nossas formações culturais, constante potencialização dos movimentos críticos às formas dadas que aparecem como naturais e incansável disposição a produzir o novo, resgatando o devir criador de cada um de nós.

(PAULON, 2006:134)

A complexidade e processualidade deste trabalho implicado na desinstitucionalização é aqui evocada no intuito de ventilar as possíveis leituras das cenas cotidianas trazidas ao longo deste texto com a mesma disposição crítico-analítica que foi necessária para que os autores inscrevessem os movimentos reformistas nas agendas políticas de seus países e os diversos atores que as protagonizaram se tornassem operadores das Reformas Psiquiátricas em que se inserem. O intuito de lançar ao longo desse escrito pequenas esquetes de experiências prosaicas do campo da saúde mental nos dois países é o de permitir problematizações das práticas que atualizam os processos reformistas em jogo e do que eles enunciam em termos dos modos de viver cristalizados das instituições colocadas em análise. Neste sentido, vale a lembrança de Michel Foucault quando analisa que as práticas têm sua própria regularidade, sua lógica, sua evidência, sua estratégia. Trata-se, portanto, diz ele, “[...] de fazer a análise de um ‘regime de práticas’ – as práticas sendo consideradas como o lugar de encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõe e das razões que se dão, dos projetos e das evidências” (FOUCAULT, 2003: 338). Pode-se dizer, então, que um regime de práticas vai dando forma a uma instituição que passa a ser nomeada, reconhecida, instituída. Assim como são as mesmas práticas que, em seu processo de institucionalização, podem ser questionadas, discutidas, (re)inventadas.

Nossa tarefa, então, a partir de agora, seguindo a pista do filósofo, seria a de acompanharmos um pouco mais de perto o regime de práticas que sustenta e viabiliza práticas segregadoras e reforçadoras, não por acaso, das instituições que tanto a Psiquiatria Democrática Italiana quanto o movimento anti-manicomial brasileiro esforçaram-se por desconstruir.

Reformas em tempos de controle biopolítico

Eu não concordo com a vida, eu não vou mudar o meu ser, eu não admito as ocorrências que têm acontecido com os sanguíneos, não gosto de erros, não gosto de suspeitas, não gosto de judiação, de perversidade, não gosto de humilhação, não gosto de moralidade.
ESTAMIRA³

A encantadora e provocante louca que foge dos hospícios no Rio de Janeiro para trocá-lo pela vida no lixão de Gramacho, Estamira parece abrir também um pouco de nossas latas, caixas e cacos e carregar em seu saco de catadora um pouco disso que ela

chama de “mundo dos sanguíneos perturbados”, este mundo cheio de erros, nos quais nos inclui. Mundo que “não tem mais inocentes, tem espertos ao contrário”. Revirando lixos urbanos e encontrando vidas nos restos de todos nós (que somos nós?!), Estamira revira, junto, nossos “gostos de moralidade” e provoca indagações sobre o que nos tornamos, sobre o que queremos construir ou destruir, sobre o que consumimos e destruimos, o que priorizamos e dispensamos, sobre a nossa relação com a cidade, com a rua, com o universo, com as coisas armazenadas na geladeira, nos armários, nas gavetas, sobre o que escolhemos colocar na mesa e o que desfazemos, sobre início, meio e fim. Estamira indaga sobre as coisas inacabadas, sobre termos em excesso, sobre o medo do vazio, da falta, do novo, do desconhecido, da ausência, do que falta e do que transborda em nossa existência: nos destinos do lixo os escombros do que nos tornamos. Marcas do que ficou, restos que somos nós. “Eu sou a beira do mundo”, ela exclama convincente. “Esta – Mira”!

Fazendo uso dessa perturbadora lucidez que Marcos Prado nos oferta na figura emblemática da personagem-título de seu filme, as questões disparadoras das reflexões antes apresentadas podem ser vistas sob novas miradas. O que se repete, reafirma o instituído, clama por continuidade nas cenas inicialmente trazidas ao debate parece conter algo de nossos demasiado humanos desejos de mesmo que demanda cuidadosa análise de nossas implicações, sob pena de seguirmos repetindo certas “palavras de ordem” enquanto assistimos à institucionalização dos processos de Reforma aqui enfocados.

Neste sentido vale o alerta de Heliana Conde Rodrigues:

O manicômio (agora ‘reformado’) prossegue com sua atenta retaguarda, seja como instância intra-muros, (onde permanecem os crônicos[...])seja como instância bem mais difusa, penetrante, insidiosa (pois a cidade parece cada vez mais hostil à diferença, permanentemente associada ao risco, à insegurança, ao abalo, ao perigo social).Assim, o manicômio mental e a psico-lógica são nossos próprios limites, cristalizadores de modos de pensar, modos de agir, modos de ser. (RODRIGUES, 2009:204)

Revirar um pouco os lixões do que restou dos ideais libertários, coletivizantes, democráticos que geraram e, em algum momento, viabilizaram, até, os ganhos jurídico-legais dos processos de Reforma Psiquiátrica nos dois países parece um exercício necessário, quando nos deparamos com situações-limite como as narradas nos 3 momentos diferentes que abriram estas reflexões.

“Devemos reconhecer que há um retrocesso para uma medicina reducionista e medicalizada e que estamos muito distantes de aprender a trabalhar em rede” - expressou um gestor do serviço sanitário nacional italiano sem esconder certo pesar pela própria constatação.

Também comentando a pesquisa comparativa de Izabel Friche Passos acerca das influências presentes na Reforma Psiquiátrica brasileira dos processos desenvolvidos na psiquiatria de setor francesa e na Psiquiatria Democrática Italiana, Yassui levanta os seguintes questionamentos: “até que ponto as estruturas substitutivas rompem de fato com a psiquiatrização dos problemas sociais e da população? Com o intenso aumento no consumo de psicofármacos, o hospital corre o risco de tornar-se anacrônico. O controle dos corpos se faz de forma mais sutil, através da neurobioquímica”. (YASSUI, 2011: 588)

Com não menos pesar, escutamos o relato de um casal de médicos, pais de um adolescente esquizofrênico, moradores da Emilia Romagna. Os pais vinham pesquisando, em publicações de todo o mundo, alternativas para o tratamento do filho, que sempre demonstrara interesse e habilidade com artes plásticas. Em que pese o reconhecimento de uma rede de serviços preparada para um completo atendimento às situações de crise, incluindo intervenções domiciliares e acompanhamento intensivo nos dias subsequentes ao episódio, a família vinha observando a limitação destes cuidados sempre que o menino se encontrava estabilizado. Constatando que o tratamento prescrito para seu filho tem produzido efeitos de prostração, abatimento, ganho de peso, que contribuem significativamente para o isolamento do jovem e progressivo afastamento das atividades artísticas, o casal dedicou-se a estudar alternativas terapêuticas que vêm sendo debatidas internacionalmente (ambos mantêm relações com profissionais de diversos países e falam línguas estrangeiras). Identificadas algumas possibilidades novas, levaram-nas à consulta seguinte com o psiquiatra do filho para uma análise conjunta. Ao fazer os apontamentos iniciais sobre a qualidade de vida do jovem e introduzir a proposta de alguma alteração no tratamento baseado na medicação usual, obtiveram como resposta do médico: - “Como paciente ou familiar que vocês estão aqui devo lhes dar o conselho que damos a todos nesta condição: Nunca leiam a bula de sua medicação!”

A resposta padrão ofertada pelo especialista mais de três décadas após a aprovação da Lei Basaglia parece demonstrar a força que algumas instituições têm de se perpetuarem. A afirmação de um dos mentores e operadores da reforma psiquiátrica

italiana, dr. Rotelli, apontando o que demandava democratização à época em que se iniciaram os processos de Reforma na Itália, indica o quanto os movimentos instituintes propulsores de mudanças em um dado momento histórico podem se reapresentar em outro momento com novas roupagens, mas demandas semelhantes.

A rede de instituições médicas e assistenciais que povoam o deserto, na realidade reproduz e perpetua o próprio deserto, mais subterrâneo e invisível: a fragmentação das necessidades e das demandas, a privatização e solidão do sofrimento cotidiano, o peso dos vínculos e dos procedimentos burocráticos, a dependência de respostas institucionais que cristalizam e encistam as necessidades, a expropriação e o empobrecimento da vida que a condição de ‘usuário de direito’ comporta. Muitos rostos e histórias semelhantes às do manicômio. (ROTELLI, 1990/2001:77)

Novamente, valemo-nos da leitura institucionalista de Heliana Conde Rodrigues para refletir sobre o processo de institucionalização também presente na reforma psiquiátrica brasileira: “Aparentemente, em lugar de tecer/balançar uma rede de alternativas (substitutivas) à Psiquiatria, vemo-nos hoje nas malhas de uma outra rede – a que volta a manicomializar nossos modos de pensar, agir, ser, pois se conforma com que ‘tudo mude para que tudo continue como está’”. (RODRIGUES, 2009:205)

Estaremos com isto fadados a repetir “todo dia sempre tudo igual”? A fim de que não nos deixemos cooptar por uma leitura niilista do cotidiano, a compreensão das formas com que o poder se organiza e nos subjetiva na atualidade pode oferecer bons subsídios a pensar novas saídas.

Sabemos, com Foucault (1988: 134), o quanto as biopolíticas têm a intenção de dar conta da totalidade da vida, operando no domínio dos “cálculos explícitos” e fazendo do poder-saber um “agente de transformação da vida humana”. Como um poder cuja função mais elevada já não é mais matar – como no poder soberano e no disciplinar – mas investir sobre a vida, de cima a baixo, o biopoder se constituiu no século XIX e se caracteriza pela instalação – durante a época clássica, desta grande tecnologia de duas faces – anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida.

Enquanto as instituições disciplinares se caracterizavam pelo exercício de um poder não mais excludente, mas produtivo, microfísico que vai ligando os indivíduos através de um processo de produção, formação ou de correção de produtores em função de uma determinada norma – caracterizando um poder normativo em sua função ortopédica –, na biopolítica este aspecto invisível e a-espacial do poder se aguça. À verticalidade das sociedades soberanas, substituídas pela horizontalidade das estruturas

de poder disciplinar características do século XIX, veremos emergir no contemporâneo uma nova ordem de investimentos das políticas e das estratégias econômicas na vida e, sobretudo, no viver. (FOUCAULT, 1979)

Essa nova modalidade de poder sobre a vida, o biopoder, organiza-se em torno de dois polos: as disciplinas do corpo e as regulações da população. Atuante no nível dos mecanismos, das técnicas, e não da filosofia ou da teoria política, o biopoder é essa tecnologia que prolonga os efeitos do poder disciplinar; seu alcance é mais vasto, seu alvo é o homem como ser vivo, absoluto, integral. A vida, agora, transformada ela mesma em alvo de incidência do poder, integra-se aos cálculos do poder estatal, fazendo da política uma biopolítica. (FOUCAULT, 1980).

Delineia-se, deste modo, uma nova função para o Estado que reflete as transformações das relações com o poder. As cidades mais populosas requerem contínua intervenção estatal: urbanização, produção crescente e livre, uma população com demanda de ser governada, de ser mantida, saudável, uma população que precisa produzir e consumir. Nesta lógica é fácil entender que o bom governar requer novos critérios, a governamentalidade está em mutação. Aqueles que não produzem nem bens, nem saúde são aqueles para os quais não vale a pena governar. Assim, o biopoder serve também para estabelecer uma linha divisória entre o que deve permanecer vivo e o que deve morrer, fragmenta o campo biológico em termos de raças. Eliminar o anormal, as espécies inferiores, os degenerados, a fim de fortalecer a espécie sadia, que poderá proliferar. O Estado que temos até hoje é resultado desse tipo de governamentalidade moderna. As instituições volatizadas tornam o exercício do biopoder mais oneroso do que o do poder disciplinar. Por requerer órgãos complexos de coordenação e de centralização é um poder mais difícil de ser exercido. Mais sub-reptício, mas por isso mesmo é também mais duradouro, menos instável e tem seus instrumentos próprios para ser exercido.

Entre as faces mais sombrias do biopoder na atualidade está, sem dúvida, a medicalização da vida com sua lógica individualizante que transforma o sujeito em “consumidor” de tratamentos, terapias e medicamentos. Segundo Fuganti (2007, p.3), “o biopoder não só necessita desqualificar a vida, como também ele só cresce na medida em que gerir essa desqualificação, tornando-a sistêmica. Ele precisa criar um sistema de julgamento como sistema de prover e reproduzir a vida obediente, a vida doente”.

A fim de entendermos a dimensão sistêmica do biopoder é preciso considerar que esta lógica individualizante não se exprime apenas na esfera da medicalização,

estendendo-se também para uma judicialização da vida, produzindo, assim, uma miscibilidade entre estes dois sistemas de regulação – o médico e o jurídico. Mas neste ponto vale a lembrança citada acima quando chamávamos a atenção para a dimensão subjetivante da vida institucional. Como formações desejanças, a institucionalização dos processos reformistas que as cenas descritas trazem narram não apenas desejos de liberdade coartados, desejos de autonomia para um filho produzir suas obras desconsiderados, desejos reformistas deformados. Elas também nos falam de desejos de manicômio (MACHADO e LABRADOR, 2007), denunciam velhos medos e nem tão longínquos instrumentos de lidar com eles. São cenas prosaicas de trabalhadores que acreditam mesmo *não ter uma estrutura para atender esse tipo de paciente, um espaço diferenciado para escutar eles*. São cuidadores esforçados que consideram *a internação psiquiátrica mais complexa que as outras*. E que por isso acham que *as pessoas não têm tolerância para fazer o cuidado*. São militantes da luta anti-manicomial brasileira que, tanto quanto a dedicada equipe multiprofissional italiana, mobilizam-se frente a um surto e não se veem na *profissão [médica, única, salvadora...] que está devidamente instrumentalizada para manejar os casos de crise*.

A fim de evitar as rápidas e aparentemente fáceis saídas individualizantes, corporativas ou culpabilizantes, vale o esclarecimento de Fuganti acerca de como o dispositivo saber-poder se apresenta nas relações contemporâneas:

Não há biopoder - ou poder sobre a vida - que não seja também o poder de um tipo de vida sobre outra. Pois o poder nada é fora de seu exercício sobre a vida, exercido também através de vidas. Capital não é uma entidade simplesmente abstrata que se efetua de modo heterônomo e transcendente e se inocula por milagre no coração dos homens. Existem vidas que desejam o capital. Assim como o capital deseja um tipo de vida, investe em um tipo de vida. (FUGANTI, 2007: 2)

Neste sentido, são as mesmas engrenagens do poder que apresentam as linhas de fuga passíveis de apresentarem alguma força de resistência ao assujeitamento dos corpos. “São os devires do corpo e do pensamento, todo um modo de desejar e produzir relações do homem consigo e com a natureza que devem ser reavaliados e reinventados” (idem, ibidem). Não mais se trata, nos parece, portanto, de lutarmos contra os arranjos de poder que, se tomaram os corpos e a vida toda como alvo, é nesses mesmos corpos e nas mesmas vidas (a começar pelos nossos próprios “corpos cuidadores” implicados com a produção de cuidado) que precisamos investir. É em meio aos processos de cristalização das práticas e institucionalização dos movimentos da vida que se maquina a produção de novos possíveis. A busca agora de processos de

produção de saúde aponta não tanto para aquilo o que nos tornamos, formas identitárias, mas para a delicada captação dos movimentos desejanos que indiquem o que estamos em vias de diferir.

Como já alertava Michel de Certeau em seu clássico *A invenção do cotidiano: artes de fazer* (1994: 245): “Agora o importante não é mais o dito (um conteúdo) nem o dizer (um ato), mas a *transformação*, e a invenção de dispositivos, ainda insuspeitos, que permitem multiplicar as transformações”.

Do cotidiano que aprisiona E liberta

Como nos adaptamos à ideia de que a vida exige mudanças?
(Italiana internada em serviço psiquiátrico de diagnose e cura – SPDC – fev 2013)

A frase da louca italiana que elegemos para iniciar esta última parte do artigo foi enunciada em um grupo terapêutico realizado com os pacientes em crise internados em um dos inúmeros serviços dentro de um hospital geral da região da Emília Romana. Naquela tarde em que fomos convidadas a participar das rotinas de atendimento do serviço, a psicóloga responsável por conduzir o grupo interrogou os participantes quanto ao tema que lhes interessava discutir. À consigna-questão lançada ao grupo pela profissional correspondeu esta indagação proposta pela usuária em crise. Interessa-nos explorar ainda um pouco mais os movimentos desencadeados a partir da indagação-provocação da usuária tanto pelo que disparou de análises das instituições constituintes daquele coletivo específico, quanto pelo que nos permite avançar nas observações acerca dos processos de institucionalização das Reformas que aqui enfocamos.

Os demais internos, participantes do grupo naquela tarde fria do inverno italiano, associaram sem demora à pergunta feita pela usuária várias de suas experiências dolorosas, experiências de perdas, de dor, muitos deles lembrando-se de como tiveram que aprender a lidar com a precariedade de suas vidas sempre entrecortadas por períodos de reclusão, às vezes longas temporadas de solidão, impostos pela doença. Mudar, para eles, foi logo sendo vinculado às duras aprendizagens de adequação a uma nova configuração existencial: plasticidade, poderíamos dizer em outro vocabulário. Esta espantosa “capacidade de ser normativo”, para usar a expressão mais exata com que Canguillhem definiu a saúde (CANGUILHEM, 2002), remete a pensarmos na capacidade que temos, mais ou menos desenvolvida, de não apenas suportar novas

exigências de vida e nos adaptarmos passivamente a elas, mas de irmos também criando novas condições de vida: dobrando-nos àquilo que a vida nos impõe e impondo, também, no exercício de nossa vontade de potência, novos horizontes existências.

Ora, se, como nos ensinou Nietzsche, no anti-Cristo (1978: 347): “a vida mesma vale para mim como instinto de crescimento, de duração, de acumulação de forças, de *potência*: onde falta a vontade de potência, há declínio”; então onde vemos declinar certos valores dos movimentos reformistas que entendemos, por princípio nestes escritos, serem valores potencializadores de vontades de expandir a vida para além do que certas formas identitárias possam estar prescrevendo como *norma*, nesses momentos /cenas cotidianas há valores de declínio.

Se os valores em que se assentam os dizeres de técnicos, trabalhadores, usuários, militantes de uma política de saúde mental a céu aberto reproduzem, em cenas como as que trazemos à análise, os mesmos valores arraigados às políticas de enclausuramento e tutela que por mais de dois séculos erigiram e justificaram a existência dos manicômios é porque o declínio da saúde vigorosa, da saúde que quer mais saúde, mais de vida, parece aí se afirmar. Afinal, ainda inspirados na ética trágica do filósofo, sabemos que “é chamado espírito livre aquele que pensa de modo diverso do que se esperaria com base em sua procedência, seu meio, sua posição e função ou com base nas opiniões que predominam em seu tempo” (NIETZSCHE, 1978: 147). A teoria da vontade de potência encontra, assim, o ápice de sua tragicidade, a força de sua imanência, neste elogio à criação, assim definido por um de seus estudiosos:

Se é posto diante dos olhos dos homens que há, por toda parte do mundo, lutas de poder e *quanta* de vontade, nos quais predomina o mais forte, e nada além disso, então os homens fortes – em face da ausência de exceção para a ‘lei’ de que todo o poder em todo instante extrai sua consequência – têm de perder suas derradeiras ‘inibições’, oriundas de seu estar-enraizado na tradição, têm de exercer sem reserva seu poder na instituição de novos valores. (MÜLLER-LAUTER, 1997: 139)

Mas a afirmação de que a saúde, como vontade que expande a vida, pode ser identificada com o exercício do poder de instituímos novos valores não significa, em absoluto, que todo movimento, quando expresse suas forças conservadoras, possa ser demonizado como se tudo que se institui passe, imediatamente, a significar cronificação a ser destruída e desprezada em oposição àquilo que as forças criadoras buscaram.

Importa lembrar, neste sentido, que na teoria das forças nietzscheana não há uma força “do bem” e outra “do mal”, como se tudo que criasse favorecesse a vida saudável e, por oposição, toda conservação fosse indicativa de patologia. Giacoia Jr. esclarece

bem este *continuum* presente na concepção de saúde do filósofo do trágico, ao compreender a doença como parte inerente do processo produtor de saúde.

Para Nietzsche, não há dúvida. A severa enfermidade, trazendo consigo a grande dor, pode dar ocasião a uma restauradora perspectiva de libertação e, por isso, para um certo tipo de vida filosófica, se transforma em um precioso anzol do conhecimento, em um atrativo a mais para continuar a viver e a pensar, para percorrer o caminho da convalescença, conduzindo a uma nova e grande saúde. (GIACOIA Jr., 2013)

Nesta perspectiva, o “caminho da convalescença” para a grande saúde dos movimentos reformistas que se ergueram da “grande doença” que os manicômios apenas simbolizam estruturalmente pode encontrar, também nos sinais de declínio que vimos até aqui examinando criticamente, momentos restauradores para o redirecionamento das forças que ora aparecem predominantemente conservadoras, retirando-lhes o vigor daquilo que vieram reformular. Pois, seguindo o esclarecedor debulhamento que Giacoia Jr faz da doença do ressentimento na psicologia nietzscheana, “quando convalescemos, podemos perceber precisamente para onde, para que tipo de resguardo nosso pensamento foi aliciado por nosso corpo doente e sofredor.” (Idem)

Na sequência das três primeiras cenas descritas ao abrir estas reflexões, vimos movimentos/atores políticos/cuidadores da “liberdade terapêutica” de três territórios geográficos e institucionais completamente diversos aliciados por forças conservadoras em práticas cotidianas cujos efeitos provavelmente nenhum dos envolvidos hesitaria em criticar veementemente na condição de observador de si mesmo. No entanto, nesse plano de engendramento das palavras e das coisas que Deleuze e Guattari chamaram de micropolítico, tais práticas se efetivam. E os movimentos de Reforma Psiquiátrica que as criaram, que produziram tais encontros para que as práticas tutelares, dessingularizantes e adoecedoras cedessem lugar às possibilidades terapêuticas dos encontros pautados pelos vínculos só possíveis nas relações entre os livres, cristalizam-se. Perdem, portanto, seu caráter de movimento.

A busca da liberdade, definida por Negri como “potência de agir”, requer uma superação definitiva dos critérios transcendentais que ainda nos prendem a utopias revolucionárias. Apropriarmos-nos do contexto contemporâneo tomando-o por aquilo que ele é implica percebermos a nós mesmos como redes: “É fazer-se máquina, multidão riqueza... Então talvez se descobrirá que já somos virtualidade maquínica, singularidade interconectada, pobreza potente que sabe se apropriar do comum...” Este ser metamorfoseado por seu saber e paixão trabalha segundo uma lógica da libertação

por dentro de um mundo que ele sabe realistamente ser todo uma prisão global e destrutiva. Mas exatamente por este seu caráter totalitário e pelo controle monolítico que exerce sobre as subjetividades é que “esse mundo, podemos transformá-lo exclusivamente de dentro, metamorfoseando a nós mesmos, tornando-nos quimeras e monstros, libertando-nos de todas as subjetivações capitalistas.” (NEGRI, 2001: 93).

Considerações Finais

Neste ponto, parece que as proposições de dois italianos aqui lembrados convergem e apontam alguns mundos possíveis. Negri bem poderia estar respondendo à pergunta-provocação da louca do grupo terapêutico, ou a qualquer militante anti-manicomial, quando diz: para mudarmos esse mundo, só mesmo metamorfoseando a nós mesmos, criando novos valores, desconstruindo nossos ideais (narcísicos, revolucionários, transcendent...) para reencontrarmos nossa potência de agir.

Mas, para isso, é preciso estar atento a toda uma micropolítica que atravessa e constitui nossos territórios subjetivos. É como se tivéssemos que habitar o tempo todo uma terra estrangeira, não para ali encontrar o que nos circunscreve à identidade e ao mesmo, mas para nos deixarmos afetar pelo transbordamento infinitesimal do mundo. A luta anti-manicomial, enquanto puro devir, é essa terra estrangeira e a Reforma Psiquiátrica só tem sentido na medida em que produz um estranhamento dos regimes de verdade que povoam nossa relação com a loucura.

Deixar-se povoar por este sempre radical estrangeiro que é a loucura sem precisar colonizá-lo; dobrá-lo a nossa própria língua, não! “Aprender a escutar a língua alheia” é o que talvez estejam nos dizendo esses personagens das cidades que aqui convocamos para que nos ajudassem a resgatar o caráter de movimento dos processos reformistas que trouxemos ao diálogo. Lembramos aqui, também, de um cartaz pintado à porta de uma associação de usuários da rede de saúde mental e familiares de Modena, na região da Emília-Romana, com os seguintes dizeres: “per lavorare in questa associazzone non é necessário essere matti... Pero aiuta!!!!”

As artes de inventar um cotidiano, nesta perspectiva, implicam que se possa operar as tais revoluções moleculares de modo a quebrar a mesmice de um “todo dia tudo sempre igual”. Intervir-se na linearidade previsível de uma sequência de dias iguais requer a lembrança de que todo “Cotidiano” - como o cantado por Chico Buarque na

letra-estribilho do título deste artigo - pode, a qualquer momento, ser irrompido pela inconformidade de um “modo Caetano” de tocar a vida. Quando, em 1972⁴, os compositores juntaram-se para cantar em dueto suas versões do cotidiano, enquanto Chico cantava

*Todo dia eu só penso em poder parar
Meio-dia eu só penso em dizer não
Depois penso na vida prá levar
E me calo com a boca de feijão*

o baiano Caetano entrava em segunda voz e sobrepunha os versos da música “Você não entende nada” transformando-os numa só faixa do (à época) Long Play:

*Tem que saber que eu quero correr mundo
Correr perigo
Eu quero ir-me embora
Eu quero dar o fora
E quero que você venha comigo*

Pois como, e com Estamira, tampouco concordamos com a vida assim cristalizada. E em *não admitindo as ocorrências que têm acontecido com os sanguíneos*, nosso *desgosto pela moralidade* nos faz acreditar que não é apenas necessário, mas rigorosamente possível reinventarmos relações e modos de desejar que produzam vidas mais pulsantes e saúdes mais vigorosas e potentes.

Referências

- BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octavio Ferreira Barreto Leite. – 5a. Ed.- Rio de Janeiro, Forense Universitária.1943/2002.
- CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: 1. Artes de Fazer*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- DELEUZE, G. *Conversações*. Tradução de Peter Pál Pelbar. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- FOUCAULT, Michel. *Estratégia, poder-saber*. Organização e seleção de Manoel Barros de Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- _____. *O Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1979/2008
- _____. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1976/1980.
- FUGANTI, Luiz. *Biopoder nas políticas de saúde e desmedicalização da vida* (discurso transcrito – proferido no CRP-RJ em 29/03/2007). Disponível em: <http://escolanomade.org/pensadores-textos-e-videos/fuganti-luiz/biopoder-nas-politicas-de-saude-e-desmedicalizacao-da-vida-discurso-transcrito>. Acessado em 8 de março de 2013.
- GIACOIA Jr, O. Sobre Saúde, doença e Ressentimento. In: PAULON, Simone M.(org). *Nietzsche Psicólogo: A Clínica à luz da filosofia trágica*. Porto Alegre: Sulina, 2013 (prelo).
- MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. Subjetividade e loucura: saberes e fazeres em processo. *Vivência*, n. 32, p. 1-27, 2007.
- MÜLLER-LAUTER, W. *A doutrina da Vontade de Poder em Nietzsche*. Tradução: Giacoia Jr. São Paulo: Annablume, 1997.
- NEGRI, Toni. *Exílio seguido de valor e afeto*. São Paulo: Iluminuras, coleção Políticas da Imanência, 2001.
- NIETZSCHE, F. *O Anti-Cristo: Ensaio de uma crítica do Cristianismo*. Obras incompletas. Col. Os pensadores. São Paulo, Abril Cultural, 1888/1978.
- _____. *Humano Demasiado Humano: um livro para espíritos livres volume II*. Trad., notas e posfácio: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1880/2008.

- PAULON Simone Mainieri. A Desinstitucionalização como Transvaloração. Apontamentos para uma terapêutica ao niilismo. *Athenea Digital* - num. 10: 121-136 (otoño 2006)
- RODRIGUES, H. C. Formação Psi: Reforma psiquiátrica, atenção psicossocial, desinstitucionalização. In: MOURÃO, J. C. (org) *Clínica e Política 2: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas*. Rio de Janeiro: Abaquir: Tortura Nunca Mais, 2009, pp. 201-206.
- ROTELLI F, LEONARDIS O, MAURI D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 1990/2001, pp 17-59.
- ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 1990/2001, p.89-99.
- ROTELLI, Franco. O Inventário das Subtrações. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC, 1990/2001, p.61-87.
- YASUI, Silvio. Conhecendo as origens da reforma psiquiátrica brasileira. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro: v.18, n.2, abr.-jun. 2011, p.585-589

¹ Produzidas a partir da cooperação estabelecida através da Rede Governo Colaborativo em Saúde entre UFRGS e UNIBO, no verão brasileiro de 2013.

² A Lei Paulo Delgado, como ficou conhecida, foi definida, por seu próprio autor como “campeã nacional de intocabilidade”, já que na data de sua aprovação não havia registros na memória do congresso nacional de outro projeto cujo tempo de tramitação, sem entrar em votação e sem receber emendas ou críticas que justificassem as sucessivas postergações, fosse tão longo. Revista Cidadania do gabinete do deputado Paulo Delgado acessível em http://www.paulodelgado.com.br/wp-content/themes/paulodelgado/revista/revista_cidadania.pdf

³ Documentário cinematográfico de Marcos Prado que recebeu 33 prêmios nacionais e internacionais, acerca da história real de uma louca que foge dos hospícios do Rio de Janeiro para tornar-se catadora de lixo no o aterro sanitário de Gramacho.

⁴ A referência é ao show “Caetano E Chico Juntos E Ao Vivo” que se transformou também em álbum comercializado pela gravadora Universal. Acessível em: <http://www.radio.uol.com.br/#/album/caetano-veloso/caetano-e-chico-juntos-e-ao-vivo/14672>