

O cansaço da civilidade: os primeiros deslocamentos dispersivos na geometria do esquadro moderno do urbanismo e da saúde mental.

Civility fatigue: first deslocations in the modern dispersal square geometry of the urbanization and mental health.

Luis Artur Costa; Tânia Mara Galli Fonseca
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO:

O artigo parte da situação da cidade de Porto Alegre e seu Hospital Psiquiátrico São Pedro na metade do século XX, constituídos a partir de uma geometria disciplinar centralizante, a qual buscava subjetivar corpos e gestos adequados para o trabalho industrial e aos padrões de convivência da civilidade urbana. Partindo desta configuração das forças, passamos a uma genealogia dos primeiros espasmos de dispersão que tomaram tais espaços, possibilitando sua transformação pelas práticas atuais: por um lado, no espaço urbano contemporâneo com suas segmentações privadas dispersivas; por outro, na atual reforma psiquiátrica, com a descentralização da assistência. Passando pelo momento de superlotação do Hospital e do Centro da cidade, para chegar às primeiras práticas de esvaziamento do centro urbano e da centralidade do espaço asilar, acompanhamos os movimentos que vão até o início dos anos 1980, criando as condições para a possibilidade da reforma no RS da década de 1990.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; urbanismo; sociedade de controle.

ABSTRACT:

This work departs from Porto Alegre city situation and its Psychiatric Hospital São Pedro during half century XX, constituted from a centralized disciplinary geometry that intended to subjective adequated bodies and gestures for industrial work and for the convioility patterns of the urban civility. Departing from this forces configuration, we pass to one genealogy of the first dispersal spasm that took these spaces, making possible their transformation by the actual pratices: in the contemporary urban space with its dispersal privated segmentations, and, by other hand, in the actual psychiatric reform, with the assistance decentralization. Passing by the moment of the Hospital and downtown overcrowding, in order to came to the first practices of emptiness from the urban center and

the asylum space centrality, we accompanied the beginnings of the 1980 years, creating the condition for the reform possibility at Rio Grande do Sul in the 1990 decade.

Key-words: Psychiatric Reform; urbanism; Control Society.

A instituição do esquadro moderno.

Desde o século XIX até a metade do século XX, a cidade de Porto Alegre e o seu Hospital Psiquiátrico, o São Pedro (HPSP), passaram por um intenso processo de esquadramento e tecnização dos seus espaços respectivos, em prol de uma busca de inteligibilidade imediata dos fluxos que por lá acorriam. Isso se deu segundo uma dinâmica do quadro classificatório, construindo um espaço fechado auto-referente, universo segmentado dos demais onde cada tipo tem seu *locus* em correlação definida a partir de linhas e colunas que se cruzam na tipificação das coisas e pessoas.

A malha urbana foi ordenada e os costumes dos que nesta perambulavam também o foram; o centro da cidade ganhara altos investimentos, tornando-se o espaço da civilidade, sendo o selvagem expurgado para as bordas desta central civilizatória. O HPSP instituiu-se, entre muitos outros espaços de exclusão do distinto, para anulação e/ou normalização do mesmo, tornando-se, ao longo do século XX, um espaço de prática e produção de saberes médicos, constituindo uma ampla gama de ações capilarizadas pelo seu espaço e pelo do estado do RS, tornando-se uma das centrais da civilidade para onde era enviada a loucura no afã de vê-la anulada pela reforma ou segmentação.

A máquina de ressonância produzia duas camadas de simetrias que se inter-relacionavam em uma geometria binária maior. Produzia um medalhão bem talhado em suas linhas e colunas dispostas com precisão e padrão, no qual os fluxos eram trabalhados mais detalhadamente às formas de seus códigos de civilidade, com a força da polícia e das regularidades urbanas. Atrelado a este medalhão, por distâncias permitidas, formavam-se segmentos de um anel de ourivesaria não tão apurada, feita com cunha grosseira, apresentando vias e vidas nem tão disciplinadas, tornando-se antítese de um conflito ainda dialético: entre os que são, e os que não são, são.

Pois, no anel, a molaridade da máquina ainda não se imprime com efetividade; basta, para esta larga pasta etiquetada periférica, garantir uma organização mínima a este arquivo urbano e sua razoabilidade. O importante nesta máquina não é, ainda, fazer fluir sua ordem a todo tecido capilar de ruelas da cidade, mas sim seccionar o espaço urbano nestes dois modos e assegurar simetria ao mover-se a partir do nuclear: consagração da lógica centro-periferia como estratégia de segregação. O espaço destinado à diferença (HPSP e a periferia) é, ainda, um espaço largo no seu esquadro, que apenas anula pela contenção e distanciamento; marca somente uma anulação daquelas subjetividades, não se propondo, na maioria das vezes, a reformar os deformados fluxos desviantes a partir de um padrão de normalidade.

Transbordando o esquadro: centro túrgido e acelerado.

Até a metade do século, o centro era um lugar privilegiado da cidade, tanto no que diz respeito aos que lá residiam quanto ao fato de ser o foco das ações urbanizadoras. Era na zona central que ocorria a cidade mesma, enquanto espaço urbano “civilizado”: palacetes, prédios, opções de lazer polidas, famílias importantes, etc. Já na periferia imperavam espaços ainda incertos, habitados pelas gentes feias, afeitas aos apetites da carne e da cachaça, ouvintes de músicas ainda mais vulgares que as polcas, marcadas pelo toque na pele dos tambores. Uma centralidade ordenada rodeada por uma massa crescente de casebres a fazerem circunvoluções em torno do capital que lá fluía.

No entanto, se até a metade do século XX o centro era um local muito procurado para moradia das classes altas e médias altas, a partir de então ele sofrerá um crescente processo de desvalorização e esvaziamento de residências. O centro torna-se, a tal ponto, o centro de convergência de uma variada multidão anônima, que este vértice torna-se por demais agitado para a moradia dos que antes ali fixavam residência. Cada vez mais os terrenos centrais são comprados por empresas e afins, mais preocupados com a acessibilidade ao empreendimento do que com a tranqüilidade, e mais capazes de pagar os altos preços dos aluguéis e vendas de pontos agora comerciais. O prestígio privativo se muda para os bairros que começam a se dispersar pelo território da cidade. As famílias abastadas saem do centro na direção das terras altas da Avenida Independência, em uma fuga na direção do leste que segue até hoje, ainda que os sentidos tenham se multiplicado.

O Hotel Magestic nos serve de exemplo para delinear este percurso. Este hotel, o qual hospedava pessoas de prestígio, como casais abonados em lua de Mel, estudantes filhos de estancieiros do interior e militares, a partir da década de 1950 sofre uma mudança gradual no seu público (CARVALHO, 1996). Encravado no que fora a um só tempo a zona mais populosa e chique de POA, passa a receber não mais as tradicionais famílias e a ter seus serviços com uma qualidade de ponta para manter a fidelidade destes dignos clientes; o Hotel torna-se atracadouro de mascates, guarida de caixeiros viajantes atraídos pelo crescente comércio estabelecido no centro de POA. Tal processo de degradação se intensifica a partir dos anos sessenta, quando se torna moradia para velhos solitários e jovens solteiros, findando por fechar. As famílias com posses fogem do centro da cidade e sua nova (des)ordenação, voltada aos velozes fluxos do comércio diurno, e de sua desertificação à noite.

A cidade perde a sua cabeça, mas não completamente. O centro já não se constitui enquanto centralidade total da vida urbana, mas, ainda que os poderosos já não morem lá, por lá persistem as sedes dos poderes: os principais comércios, os centros financeiros, as sedes dos poderes políticos e afins. Inicia-se um processo de perda da centralidade na malha urbana de Porto Alegre, mas isso com a construção de aglomerados residenciais, os quais ainda dependem das idas ao centro para o transcorrer do cotidiano. Isso se torna possível, em grande parte, por conta dos transportes, em especial os automóveis particulares: entre os anos 1950-1975 o número de automóveis particulares cresce 20 vezes, enquanto a população duplica² (FACARQ, 1980, p.112). Aumenta-se a locomoção de um grupo reduzido de pessoas, modificando-se toda a estrutura da cidade em função desta possibilidade do deslocamento privado. Dá-se forma a uma nova cidade, experienciada velozmente e individualmente, nômade e sedentária no conforto da poltrona automotiva. É o princípio de uma fragmentação dispersiva que redundará em pequenas segmentações, as quais nos apartam do estranho.

Novos bairros formam-se, e antigos são adensados com a verticalização das moradias. Novos planos diretores ampliam as possibilidades construtivas e as vias radiais são incrementadas para suportar os movimentos em pêndulo entre os bairros e o centro. Viadutos e elevadas de escoamento do trânsito do centro para os bairros são construídos, estabelecendo o centro enquanto espaço de passagem. Constrói-se outro modo de

experienciar a cidade, em *traveling*, com cortes, planos, composições e edição nas mãos e pés do motorista privativo e sua livre circulação por caminhos pré-determinados e cotidianamente cristalizados. A cidade é reestruturada para o deslocamento dos automóveis.

A máquina de ressonância passa a modificar sua modulação de vibração, não mais construindo uma geometria bidimensional entre centro e periferia. As relações passam a se complexificar com o surgimento de novos espaços, como o espaço de passagem e comércio que se torna o centro. Este último, como uma célula túrgida, não suporta mais os fluxos osmóticos de pessoas, carros e capitais que adentram pela sua lógica claramente centralizadora do território urbano de Porto Alegre. Deste modo, suas paredes funcionais que apreendiam os fluxos, capturando-os nos movimentos de suas ruas, começam a rachar. Sua gravidade de buraco negro central da galáxia cidadina inicia um processo de autofagia que finda em sua implosão e renascimento enquanto outro corpo urbano: da urbanidade sedentária à centralidade dos movimentos. Não mais se darão aqui as principais fixações ilustres e notórias, mas por aqui passarão todos os fluxos relevantes, pois seu movimento aqui encontra um vértice de agenciamento.

A decodificação do binarismo da geometria concêntrica anterior exige um novo acomodamento das estratégias para a segmentação da diferença, pois espaços antes abertos aos arraiais periféricos serão exigidos por novos habitantes, e antigas moradas serão deixadas ao léu da desvalorização. Vazamentos de entrada e saída irão perfurar a membrana central e principiar uma inundação heterogênea. A cidade complexificará suas relações com a diferença, a qual tomará algumas das antigas moradas centrais, pontuando essa região de uma condição decadente antes inimaginável, a qual se justapõe a centros do poder financeiro e político. A expansão das elites financeiras, avançando sobre terras “vazias”, gerará esbarrões diversos entre novos casarões e casebres antigos.

O principiar do esborroar: o duro muro e suas primeiras fissuras.

O HPSP, nos anos 1950, encontra-se consolidado como centro de gravitação da loucura institucionalizada do Estado³. Seus muros se haviam alargado para novas áreas, mas continuavam eretos e duros em sua tarefa de definir uma diferenciação dos fluxos internos à instituição dos que fora desta vagueiam. A rede exterior a este dispositivo

central, criada com o propósito de captar e vigiar possíveis pacientes, mostrava-se eficiente enquanto funil por onde adentraram milhares de pessoas que vieram a se institucionalizar. Com isso, de pronto, ressurgiu o velho fantasma da superlotação do gigante que não suporta o próprio peso. Dando visibilidade a esta situação, em 21 de março de 1951 é publicada, no Diário de Notícias, uma matéria denunciando as condições em que vivia uma parcela da população do HPSP: “Desleixo e desumanidade - Mergulho nos Abismos da Mansão da loucura” era seu título (WADI; WEBER, 2006: 19).

Diversas outras propostas de habitar este espaço, por demais denso de pacientes, tentarão modificar a situação alardeada pelos periódicos de então. Em 1943, Mário Martins e Décio Soares de Souza começaram, de modo autodidata, a tratar alguns internos do HPSP com psicoterapia. Dá-se início ao ciclo psicodinâmico do HPSP, com a formação de alguns dos seus psiquiatras em psicanálise⁴, em mais uma revolução espacial no antigo hospício:

Cabe ressaltar que o interesse em psicoterapia e higiene mental desencadearia uma mudança de espaços: da instituição que isolava os doentes de seu meio, para o consultório; do psiquiatra de hospício, encarregado da contenção, ao médico compreensivo das emoções e da conduta de seus pacientes (ZIMMERMANN, 2002: 298).

Algumas importantes rupturas ocorreram, como, por exemplo, a tomada do pátio da unidade de crônicos pelos psiquiatras. A unidade era constituída de alguns pavilhões e um pátio; os médicos se quedavam em seus consultórios, enquanto os profissionais de enfermagem levavam os internos até a presença do médico para a realização da consulta. Diante da superpopulação do hospital, tornava-se impossível dar maior atenção aos casos que se sucediam na segura sala do consultório. Assim, decidiu-se que os médicos deveriam ir com seus consultórios até o pátio para, com a aproximação, permitir melhor acesso às patologias dos internos (observação) e dos internos aos próprios médicos (consulta). No entanto, restava o receio de colocar-se tão próximo da confusão sempre inesperada da loucura. Deste modo, literalmente, tomaram de assalto o pátio, intervindo todos em conjunto: nesta invasão, médicos com enfermeiros e auxiliares, a um só tempo, adentraram e fizeram uso do pátio como dispositivo da clínica dinâmica (PICCININI, 2006).

Uma nova medicalização do espaço, distinta da biologizante que ocorrera na primeira metade do século XX (GODOY, 1955), se vê aqui em progresso. Um *locus* antes

dado aos pacientes em sua ociosidade, aquém dos métodos de tratamento, é considerado enquanto espaço abandonado, sendo retomado pelos psiquiatras através da observação clínica psicodinâmica.

Vemos então uma outra concepção de loucura, que exigiu um outro feito de práxis no seu tratamento: a loucura não pode, neste momento, ser reduzida a um fenômeno orgânico, e deve ser tratada enquanto fenômeno humano, social. Assim, os jovens psiquiatras pretendem ressocializar os loucos, torná-los aptos à vida societária novamente, e, para tanto, pretendem levar o mundo para o HPSP, reproduzindo, neste, um pequeno fragmento do tecido social, de modo mais compreensivo e controlado: fazem-se festas nas unidades, leva-se um circo para o nosocômio, empreende-se um bar onde a moeda é o cigarro, intensificam-se os trabalhos com grupoterapia⁵, praxiterapia⁶, ambientoterapia, socioterapia. Agora, o tratamento não é mais uma ação físico-química ou biológica, em busca da alteração de uma dinâmica corporal, mas sim uma espécie de treinamento social, onde o paciente é progressivamente exposto a estímulos e regras reproduzidos como jogos didáticos, onde tudo tem ares de faz-de-conta na redução das atividades e eventos a uma práxis controlada com um fim terapêutico. O HPSP é invadido pelo mundo que o circunda, mas ainda permanece contido em si, enquanto espaço artificial dos experimentos simplificados⁷.

Passa-se à existência de pequenas fissuras na membrana túrgida, a qual permite a entrada do contexto social, da cultura na qual está mergulhada, para dentro dos muros. Pequenos filetes de complexidade simplificada, pois os fluxos da célula túrgida ainda são controlados: uma simulação simplificada de objetivo clínico estrito. O HPSP ainda não consegue abrir os fluxos do seu interior para fora de si, a fim de amainar a turgidez prestes a romper com sua membrana-muro. Assim, mesmo com tais medidas, o HPSP chega à metade da década de 1960 com a máxima superlotação de sua história: 5.500 internos. O ideário de adaptação dos pacientes por uma prática compreensiva da loucura parece ter dado de cara no próprio muro do Hospício: o mundo vinha ao hospício, mas o Hospício ainda era o mundo, e como suas fronteiras não eram tão ágeis quanto os caminhos que até estas levavam, sua situação tornou-se de um gigantismo insustentável. O HPSP era a tartaruga, a qual, por sobre seu fino casco, sustentava o mundo.

O princípio do esboroar da membrana nuclear túrgida.

Em 1965, a Secretaria de Saúde cria um plano de reabilitação de pacientes crônicos: “Plano de Crônicos” e “Plano de Expansão dos Serviços de Assistência Psiquiátrica” (SCHREEN et al, 1997). Tais políticas podem ser consideradas os primeiros espasmos das várias reformas que tomariam o espaço do HPSP no sentido de diminuir drasticamente sua população. No entanto, aqui, seguiam o modelo da Psiquiatria Comunitária Americana, a qual promoveu somente ensaios de setorização. Baseada no Plano “Action for Mental Health” proposto pelo governo Kennedy dos E.U.A.⁸, prescrevia a criação de ambulatórios psiquiátricos junto às comunidades. No entanto, o macro-hospital permanecia enquanto referência da assistência em saúde mental⁹.

Em 1971, o HPSP passa a ter um Hospital-Dia para seus ex-internos, na busca de diminuir a acachapante taxa de reingresso. No mesmo ano, o INPS lança o “Manual de serviço para a assistência psiquiátrica” (DELGADO, 1997; PAULIN; TURATO, 2004). O Ministério da Saúde, agora, incorpora o discurso que criticava suas políticas centralizadoras-tecnoburocráticas, e passa a propor uma diversificação regionalizada contra o modelo do macro-hospital.

Ainda assim, mesmo com um discurso voltado a uma psiquiatria comunitária, as ações do governo federal na década de 1970 apontaram para uma parceria com a Federação Brasileira de Hospitais e a visão de montar Hospitais Psiquiátricos conveniados com o Estado. Vislumbram-se aí as incoerências entre o discurso comunitarista e a prática privatista (PAULIN & TURATO, 2004). No entanto, claro fica o objetivo primeiro de esvaziar o Estado de suas responsabilidades para com a saúde mental, buscando um esvaziamento dos equipamentos públicos, voltados principalmente aos indigentes. Deste modo, antes de caracterizar “incoerência”, vê-se um efetivo amalgamar de estratégias que se coadunam em um objetivo comum claro: de um lado, esvazia-se; e de outro, se terceiriza.

Em 1973, um diagnóstico dos equipamentos de atendimento em saúde mental feito pelo Grupo de Desenvolvimento da Região Metropolitana, apresentado no “Documento 21”, denuncia um HPSP cronificado em sua dinâmica, exigindo amplas remodelações.

Números como uma superlotação de 127% da sua capacidade, uma média de permanência de 209 dias e um índice de reinternação de 65%, são avaliados pelo documento como resultado da ausência de uma rede extra-hospitalar, situação que gera um ciclo patológico de funcionamento: internamento desnecessário (pela ausência de uma rede de triagem e tratamento extra-hospitalar), adaptação à lógica institucional (institucionalização), alta sem suporte extra-hospitalar e reinternação. Assim, segundo o documento, tal situação periclitante não se dá por imperícia psiquiátrica, mas sim gestora, sendo fundamental para a superação desta crise não a reavaliação da clínica em si, mas sim da estrutura administrativa da assistência à saúde.

O que se vê não é uma crítica à psiquiatria e seus modos de lidar, mas ao que é possibilitado aos psiquiatras a partir da configuração dos equipamentos. No entanto, as alterações exigidas ultrapassam a ordem médica. A reestruturação do espaço executada na década de 1970, no HPSP, será um esgarçamento do processo já iniciado no ciclo comunitário-psicanalítico anterior: a invasão do social no HPSP. Entretanto, se na década de sessenta tal âmbito era absolutamente equalizado à questão clínica, reduzindo-se e simplificando-se em função deste imperativo, agora vemos o emergir de funções gestoras, administrativas, enquanto forças ordenadoras dos fluxos.

A Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do RS implementou um processo que visava à ampliação do sistema de atendimento ambulatorial, à qualificação dos postos de saúde das sedes das delegacias regionais e a uma reestruturação interna da organização do espaço do HPSP. Ordenou-se a população do HPSP a partir da sua região de origem, processo possibilitado pela abertura no HPSP do Serviço Jurídico, o qual, em 1971, empreendeu uma busca jurídico-burocrática pela elucidação da situação dos internos do Hospital, quanto a certidão de nascimento, bens e possíveis parentes vivos. Utilizaram-se os resultados desta empreitada para re-ordenar aos corpos que lá se encontravam segundo uma definição burocrática de cultura: certidão de nascimento.

A criação de um Serviço Jurídico e sua ação - possibilitar papéis que atestem existência jurídica aos seus internos - demonstra uma das primeiras ações concretas de retomada da cidadania por parte do HPSP para com seus internos. A despeito disso, se deve ressaltar que tal ação tinha objetivo mais restrito, o de amearhar documentos para possível

obtenção de benefícios e levantamento de bens; ou seja, era voltada a um esquadramento econômico e social, no sentido de obter mecanismos para amainar os problemas do Hospital.

Este primeiro processo de descentralização do HPSP durou cerca de dez anos. Inicia-se, em 1971, com o serviço Jurídico. Intensifica-se a Setorização a partir de 1973, obtendo resultados na diminuição da população entre 1973-76. E, por fins da década de 1970 e início da de 1980, tem seu último fôlego com a instituição de uma parceria da Secretaria Estadual com o INAPS, que passaria a repassar verbas se o Hospital permanecesse com seu processo de reestruturação, no sentido de diminuir a população de 2000 internos para 500 (BARCELLOS, 1989). E, efetivamente, com a setorização se desospitalizam 65% dos internos, diminuindo a população de 5.500 para 1850 internos em 1982 (SCHREEN et al, 1997).

Uma rede ambulatorial passa a ser planejada. No entanto, os ambulatórios de fato não constituem uma rede, mas um cinturão que envolve o frágil HPSP - o Macro-Hospital segue enquanto ápice da assistência. Pretende-se, claro, encolher aos macro-hospitais, tornando-os mais restritos em sua área de abrangência e menos dispendiosos aos cofres do estado; mas, para tanto, não é imprescindível questionar o próprio HPSP enquanto dispositivo clínico impossível.

Na ordenação interna do HPSP, por um lado, busca-se a melhor gestão das pessoas lá presentes, inclusive enquanto recursos possíveis; por outro, intenta-se uma retomada destas enquanto cidadãs, principalmente no âmbito estritamente jurídico-burocrático (busca por informações e documentos nos cartórios das cidades de origem). Em uma última tentativa global de esquadrihar o seu espaço, o HPSP deixa de lado os critérios nosográficos psiquiátricos e passa a critérios culturais-administrativos. Evidentemente, havia um claro ponto onde a psiquiatria se unia a esta “saúde mental administrativa”, mas era exatamente no ponto onde não encontrava apoio.

Os trabalhos de conclusão dos psiquiatras-residentes de então usualmente se dirigiam a um tipo de tratamento individualizado, o qual não se referia em qualquer momento ao hospital psiquiátrico em sua estrutura geral, e tampouco era realizável no HPSP de então - isso segundo os próprios proponentes das monografias e técnicos da

instituição (BARCELLOS, 1989). Existia um projeto de retomada do HPSP pelas práticas da psiquiatria, mas um projeto já possibilidade de adquirir consistência nos fluxos estatais.

A inserção das práxis para com a loucura na cultura é a inserção da cultura na ontologia da loucura. Tanto a ontologia quanto a episteme e a práxis da loucura abrem-se para um novo campo, que já não pode ser reduzido à lógica medicalizante: o louco está no mundo e o mundo está no louco. As rígidas paredes da definição “loucura” sofrem nesta época algumas infiltrações, que diluem o conceito em uma miríade mais complexa de relações. Pois, agora, ainda que sob a orientação de psiquiatras, os assistentes sociais e demais membros do Serviço Jurídico são as principais forças que delimitam os cortes no espaço manicomial, tendo total compreensão e controle dos critérios que operacionalizam esta nova ordenação.

Evidentemente, tais ordenações dos fluxos eram possibilitadas e ampliadas, em muito, por uma dinâmica de estratégias centradas no aspecto administrativo da loucura, o que findava por prover às ações da setorização um forte caráter burocrático. Assim, por exemplo, a divisão dos indivíduos no HPSP se justificava por uma pretensa integração de pessoas de mesma identidade sócio-cultural. No entanto, o que ocorria de fato era a união de pessoas com a mesma região de registro do nascimento, pouco importando se realmente haviam vivido lá, que idade tinham, e vários outros fatores étnico-culturais que seriam relevantes a uma tentativa de propiciar a construção de uma identidade grupal sócio-cultural.

Antes de tudo, tratava-se de um esquadrinhar gestor na busca de inteligibilizar os possíveis encaminhamentos familiares e econômicos aos pacientes que estorvavam a receita do Estado. Ocorre a otimização de uma prática de arquivamento, a qual passa a agrupar arquivos que serão despachados à mesma comarca e, por isso, convém estarem contidos na mesma gaveta, sob responsabilidade do mesmo escrivão. O sentido que capitaneia as estratégias implementadas é a transformação do macro-hospital do Estado em “hospital administrável” (Plano Diretor do Hospital Psiquiátrico São Pedro, 1980. Apud: BARCELLOS, 1989, p.73), e não alguma transformação na clínica aí executada.

O cansaço das centrais da civilidade.

A cidade e o Hospital Psiquiátrico cederam, na nas últimas décadas do século XX, à força civilizatória imposta a ambos principalmente na primeira metade do mesmo século. Não se quebraram de imediato e, em Porto Alegre, até o início da década de 1980, não haviam adentrado por completo na fluidez. A centralidade da civilidade normal se degradou diante dos fluxos insuportáveis em sua aceleração que a acometeram: a superlotação e falta de verbas do HPSP e a comercialização do centro urbano da capital. Deste modo, as linhas rígidas que traçavam o mapa se esfacelaram um tanto, dando vazão a novos rabiscos que anunciam uma nova geometria: não mais central, mas dispersiva.

As centralidades permaneceram ainda: o centro de POA perde sua população abastada, belos prédios, calçadas limpas, mas permanece como coração do metabolismo urbano, sendo destino diário de grande parte da população para o trabalho, lazer e compras. De igual modo, o HPSP já não mais institui um vértice de buraco negro em torno do qual a cidade da loucura no Estado gravita, mas continua sendo estrategicamente fundamental às políticas de assistência à saúde mental do RS, as quais ainda não se apresentam segundo uma geometria de rede.

A máquina de ressonância sofre um baque em sua centralidade equalizadora de simetrias subjetivantes. A soberania transcendente do signo civilizatório se degrada do mesmo modo que os muros do HPSP e os palacetes do centro, queda-se gonza e passa a produzir anomalias normativas em suas ondas definidoras dos arranjos de forças. O discurso crítico ao macro-hospital é incorporado à gestão do grande Hospital psiquiátrico e o espaço próprio à civilidade (o centro) passa a ser freqüentado pelos selvagens, enquanto o espaço selvagem recebe nova camada de prédios.

A emergência de uma geometria fractal.

Deste modo, vemos a criação de vãos na geometria da ocupação destes espaços, cidade e HPSP, ao mesmo tempo em que vemos sua tomada por novas práticas que os abrem a novas possibilidades de configuração. Como na dispersão em bairros que findará em uma cidade polinucleada salpicada por espaços privativos autônomos interligados por espaços de passagem, e na sobreposição da gestão e da cidadania sobre a clínica e a cura, enquanto modos técnicos e fins esperados do HPSP (COSTA, 2007). Trata-se de

movimentos que diluem um esquadro moderno, central, fechado e simétrico, abrindo-o para sua complexificação segundo uma lógica dispersiva própria da Sociedade de Controle na contemporaneidade (DELEUZE, 1992).

A cidade se multiplica em pequenos bairros-cidade e daí em pequenos condomínios-cidade e unidades privativas, casas e apartamentos, cada vez mais autonomizadas em relação ao contexto urbano que as envolve. Tais unidades densas da malha urbana encontram-se ligadas por uma complexa rede de radiais e perimetrais, as quais multidirecionam os fluxos de deslocamento que passam a prescindir do centro para seu deslocamento diário.

Na ausência de uma centralidade como referente para constituir o espaço de convivência no urbano, esta socialização cada vez mais se dá não em espaços públicos e na rua, mas sim em espaços privados ou semiprivativos (shoppings, clubes, casas de espetáculo, etc.) dispersos pelo tecido da cidade. Nestes, já não se encontrará apenas uma moda definidora de uma normalidade; antes, se verá a segmentação da população em diversos guetos, os quais fecham a si mesmos em espaços específicos à sua convivência. A cidade se multipolariza em uma ilimitada diversidade de espaços de socialização: ao invés de encerrar ao distinto para liberar o espaço central aos iguais, passa a segmentar os diversos tipos de iguais em espaços distintos. Muda-se de uma lógica do muro-cárcere para o muro-fortaleza: da exclusão para a exclusividade.

Esta cidade dispersiva, adensada em micro-pontos privativos, irá se coadunar com a dissolução dos macro-espaços asilares em sua crescente substituição por equipamentos dispersos pelo tecido urbano: CAPS, NAPS, ambulatórios, postos de saúde, residenciais, moradas etc. Em conjunto com esta complexa capilarização espacial dos dispositivos de assistência mental, vemos a complexificação da sua clínica, a qual, além de também se diluir na malha urbana com o acompanhamento terapêutico, dilui seu caráter clínico nas teias do social, desmedicalizando o saber que cuida do usuário. A clínica ampliada, ao invés de a tudo tornar objeto de uma clínica, de a tudo tornar passível de tratamento, passa a ser tomada por tudo, deixando de lado as reduções à clínica. O social, o comunitário, no contexto dos usuários, e a interdisciplinaridade nas equipes irão reformar a própria clínica para além de si. A clínica da Reforma busca romper suas polarizações entre clínico e

político, individual e social, incorrendo em uma quebra dos limites para suas ações e definições, as quais se fragmentam nas diversas práticas sociais de administração das diferenças, adentrando nas mais íntimas esferas da vida cotidiana, com uma “(...) visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo...” (SECRETARIA DE SAUDE RS, 2000, p.4).

Se na clínica da década de 1970, com o setor jurídico e a Setorização do HPSP, via-se uma abertura, controlada e burocrática, ao social como variável importante na gestão da loucura, hoje o social toma conta das práticas, com sua fluidez dispersiva que dilui a clínica em suas tramas, tornando-os híbridos incapazes de clara diferenciação. Os Direitos Humanos constituem uma nova ontologia da loucura, própria à reforma psiquiátrica contemporânea: a ontologia da loucura como entidade (processo) social.

Cidade e Hospício se esvaziam, então, de uma centralidade não somente física e geométrica, mas de uma centralidade administrativa, adentrando no mundo contemporâneo e seu imperativo de agilidade na tomada de decisões gestoras: as estratégias moleculares mostram-se mais eficientes na administração do plano urbano e da loucura do que os sonhos megalômanos dos dispositivos prioritariamente molares e suas ideias de governos sem equívocos. Do mesmo modo, diluem-se a psiquiatria e o planejamento urbanístico, em um caos imane de fluxos da cidade e loucura contemporâneas. O tecnicismo cientificista cede lugar a perspectivas de um gerenciamento pontual pragmático e é tomado por questões que ultrapassam o caráter científico destas práticas, diluindo-as no Socius, onde perdem em muito suas especificidades especialistas. A gestão do Socius torna-se imperativo do que antes era compreendido como técnico-científico.

Na Porto Alegre dos anos 1990, com a democracia mais estabelecida no Brasil e a intensificação dos movimentos populares, o Orçamento Participativo adentra o campo da construção da cidade como uma estratégia que busca descentralizar o planejamento, abrindo vias de comunicação e participação entre a prefeitura e as diversas comunidades que constituem Porto Alegre (POA). Para tanto, uma equipe de comunicação social foi a ferramenta que criou o liame entre a comunidade e a Secretaria Municipal de Planejamento. Ação, somada aos massivos investimentos em marketing para promover a participação no instrumento, demonstram a comunicação social como fundamento de uma outra

ressonância que ordenará o urbano, menos vertical e mais dispersa no território: cidade-informação.

A descentralização, operada por ferramentas de comunicação, tinha como fim a redemocratização da cidade e a inserção da política nas suas questões, ultrapassando tecnicismos: participação e cidadania são seus norteadores. De certo modo, é uma gestão estratégica e pontual, que admite a cidade clandestina, transbordando os esquadros do Plano Diretor. Capital e Social descentram a cidade segundo uma nova máquina de ressonância, centrada no molecular enquanto foco de suas ações moduladoras: estratégias pontuais, negociadas com agilidade, flexibilidade e rapidez.

Na mesma época, vemos a construção de uma outra clínica em novos equipamentos de assistência em saúde mental. A chamada reforma psiquiátrica difere significativamente das reformas anteriores por centrar seu foco em uma mudança de paradigma na clínica: da clássica à ampliada. Mais uma vez se retira a especificidade médico-psicológica da situação, retirando da mesma sua especificidade clínica, abrindo-a, diluindo-a entre as diversas questões atinentes ao social. Passa-se do técnico-científico centrado no sintoma ao técnico administrativo centrado no contexto social-comunitário. Assim, a idéia de cura é substituída pela idéia de cidadania, e esta última passa a ser o foco das ações administrativo-clínicas da reforma e seus atores. Idéia de cura que já não é cura, mas inclusão da doença e gestão da sua diferença.

Do foco na doença em seu recorte clínico clássico se passa a pensar sem recortar a heterogeneidade que constitui sua vida. Por isso, muitas vezes tal clínica é referida como “campo terapêutico em expansão” ou “clínica ampliada”, o que, por fim, nos diz que “a clínica é uma ação social” (TENÓRIO, 2002, p. 24), antes de ser médica ou psicológica. O “fora” da clínica torna-se seu interior, no momento em que este está constantemente esgarçando os limites desta em ultrapassamentos (PASSOS; PITOMBO, 2000). A clínica da Reforma busca romper suas polarizações entre clínico e político, individual e social, incorrendo em uma quebra dos limites para suas ações e definições, as quais se fragmentam nas diversas práticas sociais de administração das diferenças, adentrando nas mais íntimas esferas da vida cotidiana, com uma “(...) visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo...” (SECRETARIA DE SAUDE RS, 2000, p.4).

Cartografias e genealogias: processos contemporâneos.

Vemos, portanto, que um primeiro desenquadre ocorrido da década de 1960 até a de 1980 na cidade de Porto Alegre e no seu hospício (HPSP) participa hoje em dia de importantes transformações paralelas e convergentes: no urbanismo contemporâneo e na reforma psiquiátrica. A visibilização desta rede de condições de possibilidade serve, assim, para problematizar a cidade e a reforma psiquiátrica em seus rumos atuais, permitindo-nos pensar outras estratégias para intervir neste campo de tensões a partir do agenciamento entre urbanismo e clínica.

Referências bibliográficas

- BARCELLOS, Daisy Macedo de. *Políticas de saúde mental e a organização do hospital público no Rio Grande do Sul*. 1989. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social (UFRGS). Porto Alegre, 1989.
- CARVALHO, Haroldo Loguercio. A modernização em Porto Alegre e o Majestic hotel. In: Porto Alegre.Prefeitura Municipal . *Porto Alegre : dissertacoes e teses*. Porto Alegre : Unidade Editorial, 1996, p. 65-72
- COSTA, Luis Artur. *Brutas cidades sutis: o espaço tempo da diferença na contemporaneidade*. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- DELEUZE, Gilles. *Conversações, 1972-1970*. São Paulo: Ed. 34, 1992.
- DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 80-84.
- FACARQ UFRGS. *Urbanização de Porto Alegre*. 1980.
- SILVA FILHO, João Ferreira da. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: *Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 75-102.
- GODOY, Jacintho. *Psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: sem editora, 1955.
- PASSOS, Eduardo; PITOMBO, Luciana. *Alguns Aspectos da Relação entre a História e a Clínica no Movimento da Reforma Psiquiátrica*. 2000. Disponível em: http://www.slab.uff.br/exibetexto2.php?link=.%2Ftextos%2Ftexto13.htm&codtexto=13&cod=13&nome_autor=&tp=t. Acesso em: 06/07/2007.
- PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da Reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. In: *História, ciências, saúde*. Manguinhos, vol.11, no.2, Rio de Janeiro, Maio/Agosto 2004. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000200002&script=sci_arttext. Acesso em: 05/07/2006.

PICCININI, Walmor J. Momentos da história da psiquiatria. In: *Psychiatry on line Brazil*, n 11, fev 2006. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/wal0206.htm>. Acesso em: 05/07/2006.

SCHREEN, Hans Ingomar et al. A reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: história da assistência em saúde mental e situação atual. In: *Revista de Psiquiatria do RS*, Porto Alegre, n 19, p.8-15, Janeiro de 1997.

SECRETARIA DE SAÚDE (RS). Política de atenção integral em saúde mental

Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Projeto Morada São Pedro: implantação serviços residenciais terapêuticos*.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

WADI, Yonissa Marmitt; WEBER, Nádia Maria. O Doutor Jacintho Godoy e a história da psiquiatria no Rio Grande do Sul /Brasil. In: *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Número 6 - 2006, mis en ligne le 31 janvier 2006, référence du 12 septembre 2006. Disponible em: <http://nuevomundo.revues.org/document1556.html>. Acesso em: 05/07/2006.

ZIMMERMANN, Jacques José. Do hospício ao divã: a história da psicanálise no Rio Grande do Sul de 1928 a 1963. In: *Revista de Psiquiatria do RS*, n 24 (3), p. 296-304, set. 2002.

Luis Artur Costa. Mestre em Psicologia Social e Institucional UFRGS, Doutorando no PGIE UFRGS. Pesquisador do grupo Modos de Subjetivar. E-mail: lartur@cpovo.net

Drª Tânia Mara Galli Fonseca. Profª no PPG em Psicologia Social e Institucional UFRGS e no PPG de Informática na Educação UFRGS. Coordenadora do grupo Modos de Subjetivar. E-mail: tfonseca@via-rs.net

NOTAS.

^{1.} Até as festas populares, que no centro sempre haviam ocorrido, foram deslocadas das praças à francesa para os campos na periferia.

^{2.} A população neste período de 1950 até 1960 passa de 394.151 para 903.175 habitantes (Facarq, 1980, p.112).

^{3.} Neste mesmo período de intensificação de sua centralidade, o HPSP viu surgirem alguns pequenos estabelecimentos privados que se formam no entorno do grande hospício dos desvalidos, dando conta do que

está a vazar sua capacidade: Sanatório São José (1935, inaugurado por Godoy em POA), Hospital Espírita (1941, POA), Sanatório Henrique Roxo (1931, Pelotas).

4. Processo de formação institucionalizado em 1958, com o 1º Curso de Introdução à Clínica Psiquiátrica, fruto de seminários proferidos por David Zimmermann. Ocorrem na Divisão Melanie Klein do HPSP até 1986, quando são transferidas para o Hospital de Clínicas da UFRGS (expulsão que pode ser pensada como a marca do fim de um ciclo fortemente psicanalítico no HPSP).

5. Em 1953, David Zimmermann trabalha com psicóticos e alcoolistas no Serviço Aberto do HPSP. Com a chegada de Cyro Martins de Buenos Aires, intensifica-se a prática com grupoterapia no HPSP.

6. Já em 1954 dá-se início a uma série de atividades recreativas para prover aos pacientes um “passa-tempo” que os retire da ociosidade. Em 1957, inaugura-se o Serviço de Praxiterapia, o qual redundará no posterior Serviço de Terapia Ocupacional.

7. Para realizar esta nova prescrição, soma-se à equipe de atendimento anterior (médico e enfermeira) a assistente social e a psicóloga (Schreen et al, 1997). Dá-se uma nova importância estratégica ao tipo de tratamento efetuado, a psiquiatria ultrapassa a medicina, aproximando-se mais uma vez das ciências humanas e sociais.

8. No discurso ao congresso, centrou as justificativas de tal ação nos ganhos que poderia ter diminuindo os elevados gastos econômicos com pacientes cronicados (Filho, 1997).

9. Desde 1964, com o golpe militar, inicia-se um processo de centralização das políticas públicas em saúde. Unifica-se em um instituto da seguridade nacional (INPS) as antes dispersas caixas de pensões, e busca-se o esvaziamento do HPSP não pela sua reestruturação, mas sim pelo aumento de leitos em Hospitais Psiquiátricos privados. Tal movimento terá um incremento durante o “milagre econômico” na década de 1970, e confronta-se com a crise na de 1980.