A Gestão manicomial: o aprisionamento dos loucos e a luta pela consolidação da loucura

The manicomial management: the imprisonment of mad and the struggle for consolidation of madness

Tania Mara Galli Fonseca; Regina Longaray Jaeger

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO:

Neste artigo colocamos em análise o que denominamos um modo de gestão manicomial da vida. Procedimentos psicológicos e psiquiátricos alongados no social, que vêm operando um pesado e minucioso maquinismo conectando a mídia, o ensino, o lazer, o corpo humano, a indústria da saúde, o Estado. Tidos como naturais e evidentes, tais maquinismos se expandem cada vez mais através de novas instituições e na vida mais comum. O que temos feito com a diferença, o que temos feito com aqueles comportamentos que não se enquadram em contornos normalizantes? Trata-se aqui de abrir alguns destes maquinismos, tidos como tão naturais e evidentes que se expandem cada vez mais em novas instituições e na vida mais comum, problematizando a produção proliferante de seleções, triagens, especialismos e instituições de cuidados.

Palavras-chave: instituições; biopolítica; saúde mental

ABSTRACT:

In this article we put in question what we call one manicomial management mode of life. Psychological and psychiatric procedures elongated in the social, which has been operating heavy machinery and meticulous connecting the media, education, leisure, the human body, the health industry, the state. Taken as natural and obvious, such machinisms is increasingly expand through new institutions and common life. What we have done with the difference, what we have done with those behaviors that do not fit in normalizing contours? This is about to open some of these machinisms seen as so natural and obvious that increasingly expand into new institutions and the most common life questioning the proliferating production selections, screening, specialisms and care institutions.

Key- words: institutions; biopolitics; mental health

A vida mais comum parece cada vez mais constrangida e demarcada por contornos normalizantes, tidos como naturais e evidentes, em nome de um suposto jeito saudável de ser. Procedimentos psicológicos e psiquiátricos parecem alongar-se no social através de um pesado e minucioso maquinismo conectando a mídia, o ensino, o

lazer, o corpo humano, a indústria da saúde, o Estado. A potência do viver é redutoramente sustentada pelas dicotomias saúde/doença; saúde mental e física... A palavra doença, paradoxalmente, foi encoberta pela palavra saúde e o nome “saúde mental” passa a ser considerado uma nova área de conhecimento e de atuação técnica, ganhando novos enfoques, novos especialistas, novos procedimentos, novas medicações. A saúde mental, bem estabelecida e cada vez mais ampliada, engendra novas instituições, principalmente no âmbito das políticas públicas de saúde, ganha novos direitos, amparos institucionais, benefícios sociais. E, com isto, ganha cada vez mais novos usuários.

Por outro lado, parece-nos correto afirmar que a classificação doença mental, como consta na a lei federal 10.216, que regulamenta os direitos dos pacientes psiquiátricos - “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Ministério da Saúde, 2001) - mantém-se evidente e canonizada, assim como sua versão mais contemporânea, a saúde mental, está assimilada e aceita, restando apenas aumentar o número de espaços de tratamento e melhorar o atendimento concedido à mesma. A saúde mental, devidamente destacada do corpo, parece-nos ainda sustentar uma separação, aparentemente mais frouxa, de uma tecnologia de gestão democrática, mais participativa e multidisciplinar, de um poder psiquiátrico ainda com seus muros inabaláveis e cada vez mais fortificados.

Embora com os importantes avanços reformistas dos espaços manicomial, nas práticas e nas relações com os usuários, a experiência vivida nas nossas instituições de cuidados vem nos mostrando que estamos ainda escudados fortemente pela identidade, pela divisão corpo e mente, pelo normal e patológico. No nosso cotidiano laboral nas instituições de saúde mental, perseveramos julgamentos e diagnósticos através de maquinismos mais lubrificados e sutis.

Propomo-nos a fazer uma genealogia de algumas destas operações retificadoras operadas em nossas instituições de cuidados. Fazer uma genealogia trata de fazer aparecer, dentre conexões, rupturas, encontros e bloqueios entre forças, saberes e consentimentos, uma singularidade. Trata-se de analisar o evento, ali onde faz aparecer um poder psiquiátrico e psicológico como algo evidente, universal, e buscar mostrar que talvez não fosse tão necessário tudo isto que se construiu. Buscamos apreender os eventos, numa tarefa de discernir a quais agenciamentos pertencem. Trata-se de procurar produzir uma ruptura das evidências “sobre as quais se apoiam nosso saber,

nossos consentimentos, nossas práticas”. Buscar as disjunções e conjunções de fluxos, seus gargalos, seus jogos de força, suas estratégias, que produzem o que “vai funcionar como evidência, universalidade, necessidade” (FOUCAULT, 1994a: 27).

Ampliamos as instituições desmanicomializantes e mantemos o modelo confirmatório da doença mental. Podemos admitir o apagamento dessas fronteiras? Suportamos problematizar o nossos modos de gestão do estranho, daquilo que escapa, sem o aprisionarmos em contenções sob a justificativa de ampliar o acesso à saúde mental? Se nossa função de psicólogos foi forjada num plano de consistência terapeutizável, nos propomos a examinar a expansão destes maquinismos institucionais na regulação da vida, considerando que, se mantermos alguns conceitos como o de doença mental evidentes, nossas reformas apenas limpam, sofisticam a correção.

A partir dos séculos XVI e XVII o desviante, o irregular, o anômalo que circulavam pelas ruas passam a ser, pouco a pouco, anexados à denominada “loucura”, a “doença mental”. Este movimento de medicalização do díspar, constituinte de uma nova engrenagem, parte de um ordenamento social mais amplificado em construção na Europa, a sociedade disciplinar. O reconhecimento do dito louco/doente mental vai se dar a partir da ação biopolítica do século XVII, quando parte da população da Europa passou a ser observada, selecionada e aprisionada: “O louco da Idade Média se reconhecia por seus sininhos e por seus farrapos” (FOUCAULT, 1994b: 803). Neste processo, a luta pela consolidação da entidade loucura científica recebe o nome de Philippe Pinel, no século XIX, ao desacorrentar os loucos, quando toda a partilha e o assujeitamento já estavam consolidados. Aos loucos restavam “[...] seus delírios e seus gritos” (FOUCAULT, 1994b: 803).

Antes dos estabelecimentos instituídos, o saber psiquiátrico se instala nas reportações disciplinares dos diferentes elementos microfísicos, que passam a funcionar quando a macrofísica da soberania enfraquece (FOUCAULT, 2006: 33). Na instituição psiquiátrica, as relações de poder são embates de forças microfísicas que entram em funcionamento dentro de diferentes elementos, aparentemente desconectados, desgarrados do poder soberano.

Tomamos de Michel Foucault dois episódios que são expressões do poder psiquiátrico em ação, no denominado “período protopsiquiátrico”, nos últimos anos do século XVIII, antes do grande edifício institucional do asilo psiquiátrico, operado por leis sobre os internamentos e a organização dos grandes hospitais psiquiátricos.

Pinel descreve, em 1800, o enlouquecimento do Rei George III, da Inglaterra, no livro *Tratado médico-filosófico: sobre a alienação mental ou a mania*.

Um monarca (Jorge III, rei da Inglaterra;) entra em mania e, para tornar sua cura mais pronta e mais sólida, não se faz nenhuma restrição às medidas de prudência daquele que o dirige (notem a palavra: é o médico); por conseguinte, todo o aparelho da realeza se desvanece, o alienado, afastado da família e de tudo o que o rodeia, é relegado a um palácio isolado [...] Aquele que dirige o tratamento lhe declara que ele não é mais soberano, que deve dali em diante ser dócil e submisso. Dois dos seus antigos pajens, de uma estatura de Hércules, são encarregados de atender suas necessidades e prestar-lhe todos os bons ofícios que sua condição exige, mas também convencê-lo de que ele está sob a inteira dependência deles e que doravante deve obedecer-lhes [...] (FOUCAULT, 2006: 26).

Elementos materiais, corpos em arranjos maquínicos encarnam e presentificam o acontecimento loucura. Neste fluxo, distinguem-se os poderes, doravante conquistados no dia a dia, entre os que detêm o poder de definir a loucura e de indicar aqueles considerados loucos.

O poder soberano do rei é “decapitado” pela loucura e é instalado “um poder anônimo, múltiplo, pálido, sem cor” a que Foucault chama de disciplinar. O efeito deste poder não é consagrar o poder de alguém, mas tornar o corpo dócil e submisso. Quando pôde, o rei reagiu à presença do médico com a mesma violência utilizada pela população, ou seja, atirando-lhe seus produtos escatológicos. O poder disciplinar é metódico, sutil, repartido, é um poder que funciona em rede “[...] cuja visibilidade encontra-se tão somente na docilidade e na submissão daqueles sobre quem, em silêncio, ele se exerce” (FOUCAULT, 2006: 28).

A expressão loucura/doença mental/alienação instituída pelo poder psiquiátrico ganhou notoriedade pelo movimento iniciado por Philippe Pinel ao soltar os loucos de seus grilhões, em um Hospital, em Bicêtre. Em 1792, Pinel desacorrenta os loucos quando os loucos já não apresentavam o perigo da reação, onde o que havia era a gratidão que seria saldada pelo assujeitamento e docilidade do corpo e pelo reconhecimento do poder médico.

Trata-se do início da consolidação do “pensamento medical”, descrito como “um jeito de perceber as coisas”, um modo de gestão da vida normalizante produzida por engrenagens biopolíticas. Objetiva corrigir os desvios, constituindo-se “toda uma tecnologia de transformação do comportamento do ser humano” (FOUCAULT, 1994c: 374). Quando a loucura ganha o estatuto de doença mental a ser corrigida, serão necessários espaços de confinamento e constrangimento institucional. E esta correção vai seguir o quádruplo sistema de sujeição geral da gestão do capitalismo incipiente, de

onde destacamos as diretrizes institucionais para o indivíduo curado: a) “ser receptor da lei do outro”: é a instituição que diz aquilo que o indivíduo é, aceitação da sujeição e da dependência; b) “a não-aceitabilidade do desejo”: o que deseja é doença e, ao mesmo tempo, é defeito; c) “a anamnese”, a aprendizagem de um passado que condena; d) “a inserção do cuidado dentro de um sistema econômico”. A diferença para um asilo psiquiátrico é a sua marcação medical (FOUCAULT, 2003:176).

Anterior aos estabelecimentos psiquiátricos, as práticas do poder psiquiátrico são práticas políticas alicerçadas nas relações de poder mais cotidianas, naquilo que reparte quem exerce o poder disciplinar e quem deve ser tornado dócil e submisso. A loucura portanto, é “esta coisa do mundo mais rigorosamente regrada” que assimila ordenamentos, conivente com determinações institucionais, que faz com que um indivíduo se convença de que precisa mesmo disto tudo (FOUCAULT, 1994b: 805).

Quando falamos o “nome” Hospital Psiquiátrico, empregamos em um sentido em que subsistem corpos denominados loucos, produção de conhecimentos, criação de novos terapeutas, de novas terapêuticas, de estruturas assistenciais e jurídicas. Mas de onde vem esta palavra? Curar os doentes mentais é um conceito datado. Emerge em uma determinada configuração de forças. Subsiste em corpos diferentes, singulares, cujas marcas são consideradas erros. Tomamos alguns fragmentos da constituição do Hospital Psiquiátrico São Pedro, localizado em Porto Alegre, abrindo-o para suas conexões mais heterogêneas constituintes. Sebastião Leão, médico, cronista e historiador portoalegrense, nos conta a respeito da autorização de aquisição do terreno onde iria ser edificado o Hospital Psiquiátrico São Pedro. Em 1878, no terreno escolhido na estrada do Mato Grosso, a 6 quilômetros da cidade, foi colocada a pedra fundamental do edifício em 02 de dezembro de 1879. Na época, foi destinada a quantia de Cr\$106.068,00 “[...] proveniente de benefícios de loterias extraídas e de produtos de um concerto musical, além de várias quantias avultadas com que a filantropia de diversos cidadãos tinha concorrido” (LEÃO, 1962: 151). Das obras foi encarregada uma comissão diretora presidida pelo então provedor da Santa Casa de Misericórdia, José Antonio Coelho Junior. Em ato do presidente da Província, de 13 de junho de 1884, parte da obra pronta é entregue à direção da Santa Casa, embora o custeio seja da Província. A inauguração do hospício ocorre em 27 de junho de 1884, “sendo recolhidos 41 loucos”.

Segundo menciona Leão (1962: 151): “O Hospício São Pedro, este grande e importante estabelecimento de caridade, testemunho indelével dos sentimentos humanitários e piedosos do povo rio-grandense. Este edifício é destinado ao asilo de alienados”.

Jogos, peças culturais, benemerência pública e o custeio da política de Estado indicam o empenho social em confinar os 41 alienados/loucos desviantes da visagem da época.

No Artigo 3º da Lei Provincial de 13 de maio de 1874, determinava-se que “nenhum indivíduo será admitido no estabelecimento, como alienado [...] sem a prévia verificação do seu estado de demência por profissionais, que deverão indicar as particularidades da moléstia e a necessidade de ser recolhido ao estabelecimento” (CHEUÍCHE, 2004: 1).

O hospício São Pedro já surge como um agenciamento maquínico com função selecionadora, hierarquizante, codificadora, reterritorializante, distribuidora de estatutos jurídicos, científicos, econômicos e sociais, dentro da população. É fruto de “sentimentos humanísticos e piedosos do povo rio-grandense”, erguido na fronteira do jogo “loterias extraídas”, da música “concertos musicais” e da caridade “Santa Casa e cidadãos” (LEÃO, 1962: 151).

Já em 1925, consta nos Arquivos da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul a preocupação com a crescente superlotação do HPSP, em virtude do crescente abandono e cronificação dos doentes mentais (FAGUNDES, 2006). Em 1963, o novo diretor do Departamento de Saúde Mental da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, Luiz Carlos Meneghini, afirma em discurso de posse:

[...] O Hospital Psiquiátrico São Pedro, graças ao que já foi realizado, adquire cada vez mais condições de se transformar no hospital-base deste Departamento, como um excelente hospital de agudos e unidade básica de ensino e preparação dos técnicos que necessitamos. Para lograr este objetivo, urge prosseguir na tarefa de seu completo desfogo. Para isto, cumpre abordar corajosamente agora o problema dos pacientes crônicos. Penso que a solução esteja na construção de um ou mais hospital-colônia, onde estes pacientes encontrem condições de razoável bem-estar, compatível com o avanço atual da ciência e com antiga aspiração de psiquiatras e dirigentes da casa [...]. Outro passo a ser dado, com a mesma finalidade do anterior, é a construção de um hospital de Psiquiatria Infantil [...]. A ampliação dos Serviços de Higiene Mental, com a instalação de um posto na zona de maior densidade populacional de Porto Alegre [...]. Entretanto, como solução mais global para nossos problemas de saúde mental, cuidarei também da extensão de nossos serviços ao interior do Estado [...] (MENEGHINI, 1974: 20).

Desterritorializa-se a instituição asilar para incluir a instituição de “ensino” e de “preparo”, que exige nova seleção e “desafogo”, reencaminhando os “pacientes crônicos” para o “hospital-colônia”, que impõe a incursão pelo domínio da psiquiatrização da infância, com “construção de um hospital de psiquiatria infantil”, bem como demanda a “ampliação dos serviços de higiene mental” em Porto Alegre e no interior do Estado do Rio Grande do Sul. E com isto, opera-se uma melhor seleção de pacientes, de acadêmicos mais preparados, estriando um espaço institucional cada vez mais proliferante de especialismos, aumentando a nitidez da visagem padrão de normalidades.

Entretanto, o processo de gestão de vidas consideradas incapazes para a sociedade, em grandes instituições, passa a ser questionado nas últimas décadas do século XX, quando o louco asilado se torna “[...] corpo sem espécie, doente sem categoria, companheiro sem nome, sem diagnóstico, sem papel, nem emprego, que eles terão de capturar na rede de sua própria loucura e oferecer aos médicos, digno, enfim, do batismo patológico” (FOUCAULT, 1994b: 803).

Através do filme “Histoire de Paul” de René Feret, realizado na França, em 1975, Foucault retrata as leis e os maquinismos da absorção de seus componentes pela instituição psiquiátrica. Incorporação sutil, persistente, que faz amar a instituição da qual passam a depender.

Há uma doçura no asilo (ao menos desde os neurolépticos), sulcada de violência, levada, por vezes, por turbilhões, atravessada por relâmpagos. O cúmulo desta doçura e seu símbolo é a alimentação. O asilo é talvez sempre encerramento e exclusão; mas ele é agora, além disto, ingestão. Como se às velhas leis tradicionais do hospital: ‘tu não bulirás, tu não gritarás’, se juntasse isto: ‘tu engolirás’. Tu engolirás teus medicamentos, tu engolirás teus repastos, tu engolirás nossos cuidados, nossas promessas e nossas ameaças [...]. As pessoas do asilo hoje não são mais esfomeadas atrás das grades: eles são voltados à digestão. A história de Paul é uma história de absorção, de boca aberta e fechada, de repasto tomado e recusado, de barulho de louças e de copos. Não é, Paul Féret o viu bem, que a função da nutrição, no hospital de hoje, seja permitir a cura: mas, docilmente engolida, ela faz aparecer, entre a loucura, a qual não se quer mais, e a cura, que não se espera, o personagem precioso do ‘bom doente’: o que come bem é, no sistema asilar, o ‘permanente’, com o qual todo o mundo está satisfeito (FOUCAULT, 1994b: 803).

Rotelli, *et al.* (2001: 70) assinalam que o manicômio é “lugar de contágio originário”, lugar que, no seu objetivo de tratar a doença mental, alimenta a necessidade de reprodução da doença, transmitindo-a nas formas de expressão, codificação e tratamento do sofrimento psíquico. Lugar que transmite um modo de pensar e agir, contagioso e crônico: a cultura manicomial garante aceitação naturalizada daquele lugar

de violência. Nada mais reterritorializado do que a lógica manicomial: os técnicos são protegidos da angústia do inusitado, pois, ali, a lógica já está pronta.

Hoje, o denominado transtorno mental constitui-se em preocupação de um número cada vez maior de terapeutas. O campo da saúde mental articula um número cada vez mais ampliado de saberes. Quando construo o “nome” terapeuta, mantenho os mesmos conceitos de curar, tratar, cuidar... especializados. Formas de saber referidas a um desvio patológico, erro que pode ser restaurado com o uso de medicações e atividades multiprofissionais.

A materialidade da vida cotidiana continuamente provoca descontentamentos, preocupações dos membros das equipes de saúde em virtude da longa permanência dos usuários no serviço terapêutico: vidas limitadas à doença e à instituição.

Rupturas desmanicomializantes fecham manicômios e passam a construir uma rede de cuidados, em que “[...] aproximamo-nos da loucura por um silencioso, dócil, exaustivo por a nu” (FOUCAULT, 1994a: 803). Desterritorializações institucionais passaram a operar com novos maquinismos, ampliando a rede de atendimento da saúde mental que consolida a repartição da saúde em corpo e mente, ampliando profissões e tratamentos.

Para a falha da função institucional “curar”, produção de novas instituições, cada vez mais especializadas. Persistentemente estendemos e criamos novas formas de cuidados, constituindo uma transinstitucionalização assistencial (ROTELLI, *et al.*, 2001: 21). Nos locais onde a Reforma Psiquiátrica foi adotada sem a abolição do hospital psiquiátrico, salientam Rotelli, *et al.* (2001: 21), houve a adoção de um processo de desospitalização, acompanhado por um processo de “precarização” das internações, que se mantiveram com altas e recidivas constantes ao lado de novos dispositivos assistenciais e judiciários que internam e asilam pacientes psiquiátricos. A desinstitucionalização produziu o reencaminhamento de parcela da população de instituição a instituição. Constituem-se visagens dos ditos enlouquecidos que não “cabem” nas instituições padrão oferecidas para uma parte escolhida da população, que se livram destes desajustados para outras instituições consecutivamente. E não se trata de exclusão, de marginalização destes indivíduos. O poder da razão sobre a loucura é uma classificação política relativa à necessidade de fixação dos indivíduos em mecanismos de normalização e produção do capitalismo: estes aparelhos “marginalizam os que resistem”. Aqueles que resistem passam de instituições a instituições. “A

máquina trabalha para desmarginalizar e a marginalização não é senão um efeito colateral” (FOUCAULT, 2013: 213).

As instituições estabelecem filtros cada vez mais específicos para atender a população e, com isto, proliferam novas instituições para “tratar” as seleções – punir, educar, tratar. Mas mesmo as instituições que acolhem os ditos especiais, os ditos anormais, os ditos portadores de algum transtorno mental, também têm o padrão previamente estabelecido.

Diz o parecer de um Centro de atendimento público infantil: “O serviço não era adequado para seu perfil”.

Deste modo, justifica-se a inadequação do adolescente e a solicitação de reencaminhamento para este Centro deste adolescente, que estava cumprindo medida de internação de privação de liberdade.

Crivos políticos, sob a forma de discursos e práticas segregatórias, vão fazendo triagens e enviando para cada vez mais novas instituições. Não se trata de eliminar o acesso à saúde e à educação da população, mas questionarmos o que estamos fazendo em nossas instituições de cuidados. Questões racionalizantes se combinam com questões morais, criando evidências no modo seletivo de atender a saúde da população. Qual é o serviço disponível para toda a população? Não estaríamos reterritorializando estes indivíduos às instituições, de modo parcializado, relançando a diferença a sintomas e doenças, fixados em saberes e estratégias normalizantes, buscando tratamentos curativos, paliativos, redutores da vida às instituições?

Quais são as escolhas que determinam as necessidades de cuidados destinados à população? Quais são os critérios avaliativos sobre os corpos que determinam as orientações dos maquinismos institucionais de atendimento? Quais as condições de entrada e saída do usuário na rede de atenção à saúde? Quais são os critérios que afirmam a desinstitucionalização manicomial? O poder da sujeição da diferença precede a instituição psiquiátrica, cujo poder estabelece uma intervenção terapêutica concomitante ao asilo. Em que medida superamos o paradigma psiquiátrico? Ampliamos e estendemos para o social? Entendemos a necessidade de colocar em análise as práticas de gestão manicomial ampliadas no social. Necessitamos examinar maquinismos expansionistas enganchados pela Reforma Psiquiátrica, que mantêm evidentes determinados padrões sobre o que constitui transtorno mental e hospital psiquiátrico, e foram desterritorializados para o social.

CAPS – centros de atendimento psicossocial – e SRTs – serviços residenciais terapêuticos – são dispositivos que visam assegurar o atendimento da pessoa portadora de transtorno mental respeitando sua singularidade e atendimento integral. Produzidos a partir da desmontagem das estruturas manicomiais, consistem em importantes estratégias de organização dos serviços de saúde mental. Entretanto, a organização destes serviços substitutivos traz novos desafios: a política de desinstitucionalização hospitalar demanda intervenções para além da implantação de CAPS e SRTs. O trabalho “terapêutico” se amplia para ação no território, no cotidiano da cidade, nos locais onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam. Necessariamente deveriam estar trabalhando conectados a outras redes de saúde. Sabe-se, contudo, que na nossa realidade isto não funciona assim.

Apesar das inúmeras contribuições tanto das terapias, da epidemiologia, quanto das tecnologias de intervenção e da medicina das evidências, a produção do indivíduo crônico/institucionalizado, em muitos serviços de atenção, continua a ser um problema proliferante. A cronicidade “estática” das grandes instituições manicomiais foi substituída pela cronicidade “móvel” dos usuários que estão dentro dos serviços substitutivos, residenciais terapêuticos e unidades de saúde. Instituições que se tornam imprescindíveis para suas existências.

A escassez dos recursos intersetoriais na rede pública de saúde brasileira vem sobrecarregando os serviços do CAPS, que se lança a um perigoso “excesso de cuidar” (MEHRI, 2010). A integralidade do atendimento no serviço acaba voltando-se para si, superpondo uma série de cuidados multidisciplinares, constituindo-se em um arranjo institucional que se torna essencial para os sujeitos diagnosticados. O efeito perigoso é o distanciamento das estratégias de desinstitucionalização preconizada pelo movimento reformista que desencadeou o atendimento neste serviço pela via do território. Escassos são os recursos de tratamento de saúde, sancionados por políticas públicas, e há uma escassez maior ainda na oferta de recursos não institucionalizados. A desinstitucionalização da loucura, preconizada pelo movimento da Reforma, exige a articulação, em campos diferentes, de produção de inusitados arranjos e de diferentes potências. Enseja, portanto, uma desmontagem radical da lógica manicomial que acontece em intervenções ainda pouco conhecidas e analisadas.

Os serviços substitutivos, dispositivos estratégicos da atual política pública de assistência à saúde mental, vieram para romper com a lógica manicomial através da construção de rede de atenção psicossocial, com base territorial. Em Guattari, “território

é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre ela mesma”, e pode ser remetido a um sistema perceptivo, a um espaço vivido (GUATTARI, 1986: 295). É lugar de passagem, construção “dos meios e dos ritmos” (DELEUZE, GUATTARI, 1997: 120) num mundo constituído por partículas (matéria e energia) em constante movimento. Mundo composto por arranjos de arranjos que, ao se desterritorializarem, se abrem e se conectam a outros elementos heterogêneos, adquirem potência de se transversalizar, alcançar novos mundos. “A linha de fuga é criadora desses devires” (DELEUZE, PARNET, 1998: 63). Um território tem a capacidade de se abrir, de se engajar dentro das linhas da fuga. O hospital psiquiátrico, ao ganhar força e romper seus domínios mais constrangidos, vai articulando diferentes elementos heterogêneos, ganhando velocidade nos engendramentos com a indústria farmacêutica, com a educação, com a criação de novos especialismos, com as empresas de construção civil, com a mídia e tantos outros meios de outros meios que constituem o ambiente, sempre em devir, transformações incorpóreas. Por isto, afirma-se a desterritorialização e a reterritorialização “que consistirá numa tentativa de recomposição de um território engajado dentro de um processo desterritorializante” (GUATTARI, 1986: 295).

Em notícia de jornal intitulada “São Pedro: hospital que virou lar”(CORREIO DO POVO, 20 maio 2012, p. 15), menciona-se o projeto de transição “entre a prisão e a liberdade” dos pacientes asilados sem qualquer vínculo familiar. Os antigos pacientes passaram a receber auxílio financeiro do Estado e podem agora viver, separados alguns poucos metros, do antigo Hospital. Diz uma ex-usuária do HPSP: “Não gostava de lá, porque era obrigada a conviver com alguns pacientes de que eu não gostava”.

Tendo a “liberdade” de agora terem animais de estimação, “projeto impossível de se pensar em um hospital”, segue a matéria, agora vivem em uma vila denominada “Cachorro sentado”, ponto importante de tráfico de drogas na capital. Continua-se revitalizando a instituição psiquiátrica, reterritorializada em espaços abertos, ainda nos espaços reservados. O louco, agora desinstitucionalizado do Hospital Psiquiátrico, articula seu cotidiano com a cidade, agora no confinamento através dos procedimentos de contenção e vigilância dos limites impostos de circulação pelos traficantes, pela falta de acessibilidade urbana, pelo descaso do Estado com parte da população.

Vidas reduzidas à doença sob cuidados garantidos pelos benefícios sociais, sentem que lhes restam apenas as vias institucionais de cuidados tutelados, para garantir sua sobrevivência. Expressam a dificuldade de se ligar a outras instituições que não seja

pelo assujeitamento à doença mental. Diante da possibilidade de ruptura do vínculo com a instituição especializada, entendem que dificilmente encontrarão outro espaço que “solucione” seus problemas ou mesmo que os admita. Sustentados através de políticas de assistência social, estes usuários reterritorializam-se na doença, amparados pelo modo como se engatam na produção capitalista, através de maquinismos institucionais de proteção social. Através de “formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros”, operam-se ações biopolíticas para enfrentar “certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio, as privações”. São, “[...] tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto os bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas na vida social. Ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades” (BRASIL, 2004: 25).

Desse modo, a assistência social configura-se como possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários e espaço de ampliação de seu protagonismo. Direitos assegurados para parte da população em cujos rostos estão inscritas as marcas da privação econômica, social, cultural, política. A estas estreitas ligações rotulatórias, o Estado reserva benefícios compensatórios.

Os usuários dos serviços, diagnosticados como “pessoas portadoras de neuroses graves e psicoses”, carregam esta marca diferencial. Sabem, repetimos, que lhes restam apenas as vias institucionais de cuidados tutelados para garantir sua sobrevivência.

Por que estes serviços, dentro e fora dos espaços de um hospital psiquiátrico, arranjos institucionais produzidos por diferentes saberes e poderes, coincidem no mesmo problema? Por que estes arranjos institucionais tornam-se essenciais para a integridade da vida de muitos usuários? O que carregam estes corpos que precisam ser sustentados pela instituição? Que marcas, consideradas erros, os tornam tão frágeis a ponto de não alcançarem romper com o instituído?

Continuamos a reinstitucionalizar a dita loucura através de renovados procedimentos de atendimento, separando e entificando aqueles que ficam do outro lado, “o outro” que criamos a partir dos especialismos?

Claudina Pereira, escritora, internada por quase três décadas no São Pedro, nos indaga o que amplificamos e nos garante que a cada encontro não sairemos ilesos das nossas escolhas. Corpo construído nos arranjos da loucura, a cada embate com os corpos designados saudáveis, mudam as marcas. Há transformações, umas encarnadas

em procedimentos de reterritorialização sobre a loucura e seus manejos curativos ou de entretenimento.

Disse Claudina:- “Desde criança eu sabia que meu lugar era o hospício!”

Claudina, arranjo no estrato físico-químico e no estrato biológico, devir-humano do animal, se faz num processo de hominização aberto e inconcluso. Devir-louca de Claudina, composto de linhas diversas, estranhas combinações das materialidades hospitalares que encontra, martelam através das palavras. Operam incisões, cortes nos incipientes movimentos reformistas. Claudina pouco ou nada leu sobre a reforma psiquiátrica, mas experimenta, no corpo, ao transitar no hospital, na administração, nas oficinas, nos dormitórios, no pátio, e ao depender dela para viver.

Claudina Pereira nos interroga:

O que sur-
giu já e
a muito tem-
po= Idéia
de transfor-
mação
Reformas=
Antes, de-
Pois.
Reforma ou
Construção
De Prédio?
Outros mais?
Outros mais?

Claudina Pereira de Pereira, nascida em São Lourenço do Sul, viveu no Hospital Psiquiátrico São Pedro durante 30 anos e mudou-se para o Residencial Terapêutico em Viamão em 2010, onde faleceu quatro anos depois. Escreveu inúmeros textos que estão atualmente arquivados no Acervo da Oficina de Criatividade do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Escreveu o livro *Alma no Espelho*. (Porto Alegre: Secretaria Municipal da Cultura, 1994, 56 p.).

Devir-Claudina mutante, ela exerce sua potência de pensar que, embora não constitua outro plano de imanência, abala, pondo questões, o plano de imanência no qual se constroem e alicerçam as ações hospitalares. Corte móvel no agenciamento hospitalar, o devir-filósofo de Claudina não para de intervir na imagem do pensamento que concebe este plano de imanência, pavimentado pelos conceitos de doença, de loucura, de movimento, de reformas, de terapias, de desinstitucionalização, de serviços substitutivos, de cura, de cronificação. Cada conceito, com seus traços intensivos, produz uma geofilosofia do Hospital São Pedro acoplada a uma geo-história do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Ela desterritorializa palavras, ações com as quais faz arte, ciência e filosofia. Ela rompe, por vezes, as ressonâncias conceituais para fazer aparecer problemas. Entendemos que assim ela constitui seu próprio personagem conceitual, que força a pensar, ultrapassando o tipo social louca, “[...] que reprime o vivo e lhe rouba seu pensamento” (DELEUZE, GUATTARI, 1992: 94).

Claudina é, portanto, produto, processo de produção e produtora de uma imagem de pensamento, ser psiquiátrico, que constitui historicamente um projeto de Estado moderno, liberal, disciplinador, que inventa um sujeito a ser conformado com estes objetivos. Estado que exerce, sobre o exercício de pensar, um poder absoluto (DELEUZE, PARNET, 1998: 21).

Apesar da amplificação dos cuidados desmanicomializantes, da ampliação dos domínios do conhecimento a respeito dos denominados loucos, das renovadas terapias, parece que continuamos a produzir cada vez mais loucos, a cronificá-los em torno de dispositivos institucionais e o pior, a naturalizar esta relação. “[...] Um alcoólatra é um doente para a vida inteira...lá somos gente (no Caps), na rua somos destratados...lá tem horta, várias atividades...em casa passamos o diabo...lá é um refúgio, tratam a gente como gente, em casa somos tratados como animais...o pessoal do Caps é nosso anjo da guarda [...]” - relato de usuário do Caps AD em Seminário de encerramento dos cursos da rede Multicêntrica/2012, Salão de Atos da UFRGS, Porto Alegre, 06 de dez. de 2012.

Estranha máquina que produz novos loucos ao mesmo tempo que mantém a maioria dos já fabricados em torno de dispositivos de cura, de modo permanente, convencidos de que, fora deles, dificilmente sobreviverão. Que forças estas máquinas exercem sobre estes corpos que precisam ser despotencializados para acreditar na sua cura?

Apesar das propostas reformistas na direção da superação das interações através dos serviços substitutivos de assistência, das transformações de nossos modos

de cuidar da saúde, percebe-se, muitas vezes, a naturalização de diferentes necessidades e diferentes dimensões da vida serem incorporadas na versão de doença mental psiquiátrica. À desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos seguiram-se novos dispositivos de cuidados intersetoriais. Intercambiado a este movimento, amplificaram-se as instituições de cuidados. A loucura dos incapazes de viver num certo arranjo social era antes bem demarcada nos hospitais. O procedimento psiquiátrico desterritorializado dos asilos ganha novos mundos. Alongado, esquadrinha o espaço social, ganha novas forças. A desmanicomialização nos tornou suscetíveis de sermos todos demarcados como loucos. A loucura pega todos. Todos somos alternadamente psiquiatrizáveis e psiquiatrizantes. Máquina abstrata da loucura que produz despotencialização de partes de corpos institucionalizados: precisam ser despotencializados para receber atenção estatal, enquanto outras partes ganham potências, novos benefícios, novos direitos. Armadilhas institucionais que continuam a decretar verdades sobre a loucura/doença mental. A loucura torna-se um grande negócio, uma grande máquina capitalista que produz novos corpos doentes, novas doenças, novos tratamentos, novos produtos farmacêuticos, novos profissionais. Produção de um fatiamento cada vez mais especializado da vida. A racionalização dos movimentos através de uma gestão biopolítica cada vez mais racista, mais rigorosa e intolerante das diferenças, conduzidas, sobretudo, por uma grande máquina abstrata capitalista, encarnada numa gestão empresarial cada vez mais meticulosa, visando maior competitividade e eficiência em produzir mais fluxos de capital. Viver sob as regras do capital exige cada vez mais novas condições de prontidão corporal. Mesmo liberando os loucos das grades manicomiais, uma realidade social produz ininterruptamente novos encadeamentos aprisionantes nos mais diferentes domínios definidos de sofrimentos psíquicos e perturbações.

Para além da desmanicomialização de parte da população, considerada incapaz de convívio social, importa analisar o que estamos fazendo com a diferença. Estamos mantendo e ampliando modelos confirmatórios de doenças, a título da prevenção, do ajuste, da seleção, da medicação. Se concebemos que a vida se faz a cada instante, afirmar a diferença é reivindicar a vida na plenitude, na potência sustentada daquilo que ela pode ser. O quanto estamos dispostos a viver sem classificações, sem comparações, a cada um suas necessidades, viver na diferença?

Referências

- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/pnas_final.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2014
- BRASIL. Lei Federal n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 abril. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 01 maio. 2015.
- CHEUÍCHE, Edson. *Um pouco da história do Hospital Psiquiátrico São Pedro*. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Coordenação dos Hospitais. Serviço de Memória Cultural do Hospital Psiquiátrico São Pedro, 2004.
- DELEUZE, G; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.
- DELEUZE, Gilles, GUATTARI, Felix. *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- DELEUZE, Gilles, GUATTARI, Felix. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*, V. 4, São Paulo: Ed. 34, 1997.
- FAGUNDES, Sandra. *Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde*. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação). Porto Alegre: Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.
- FOUCAULT, Michel. Table ronde du 20 mai 1978 (1978). In: _____. *Dits et écrits*. 1954-1988. Paris : Gallimard, 1994a, v. IV.
- FOUCAULT, Michel. Faire lês Fous (1975). In: _____. *Dits et écrits*. 1970-1975. Paris : Gallimard, 1994b, v.II
- FOUCAULT, M. Le pouvoir, une bête magnifique (1977). *Dits et Écrits*, 1954-1988. Paris: Gallimard, 1994c. V.III.
- FOUCAULT, M. *Le pouvoir psychiatrique*. Cours au Collège de France. 1973-1974. Paris: Gallimard, Seul, 2003.
- FOUCAULT, Michel. *La société punitive* (1972/1973). Paris: Gallimard/Seuil, 2013.
- FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- GUATTARI, F. *Les anneés d'hiver: 1980-1985*. Paris: Barrault, 1986.
- LEÃO, Sebastião. *Datas Rio-grandenses*. Porto Alegre: Editora Globo, 1962.
- MEHRI, Emerson A narrativa do sofrimento, a seleção de evidências na clínica e a formação das profissões em saúde. In: *Congresso da Rede Unida*, 9. 2010, Porto Alegre. Saúde é construção da vida no cotidiano: educação, trabalho e cidadania. Porto Alegre: UFCSPA, 2010.

MENEGHINI, L. C. *À sombra do Plátano*. Porto Alegre: Emma, 1974.

ROTELLI, Franco; *et al.* *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.

PEREIRA, Claudina. *Notas pessoais*. Acervo da Oficina de Criatividade do Hospital São Pedro, s/d

Tania Mara Galli Fonseca
Professora titular do Instituto de Psicologia da UFRGS.
Professora dos programas de pós-graduação em Psicologia Social e Institucional e de
Informática Educativa/UFRGS.
E-mail: tgallifonseca@gmail.com

Regina Longaray Jaeger
Doutora pelo programa de pós-graduação em Psicologia Social e Institucional.
Psicóloga da Fundação de Atendimento Socioeducativo do RGS.
E-mail: regina.longaray@ufrgs.br