



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**A LOUCURA INTERROMPIDA NAS MALHAS DA
SUBJETIVIDADE MANICOMIAL**

Alex Reinecke de Alverga

Natal

2004

Alex Reinecke de Alverga

**A LOUCURA INTERROMPIDA NAS MALHAS DA
SUBJETIVIDADE MANICOMIAL**

Dissertação elaborada sob orientação da Prof. Dra. Magda Diniz Bezerra Dimenstein e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Natal

2004

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Arte
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “A loucura interrompida nas malhas da subjetividade manicomial”, elaborada por “Alex Reinecke de Alverga”, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal, RN, ___ de _____ de 200__

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Lucia Cristina dos Santos Rosa

Prof. Dr. Durval Muniz de Albuquerque Júnior

Prof^a. Dr^a. Magda Diniz Bezerra Dimenstein

“O coração humano é a região do inesperado”

Agradecimentos

À minha orientadora professora Magda Dimenstein pelo amor, paciência e dedicação que conduziu a orientação deste trabalho, mas fundamentalmente pela amizade construída ao longo dos últimos quatro anos de convivência, pela oportunidade de compartilhar comigo o amor pela vida e a incansável vontade de lutar contra a injustiça e tudo aquilo que não permite a vida se expressar em toda sua infinitude criativa.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de formação de pesquisador de mestrado que possibilitou a realização deste trabalho.

A todos os componentes do Grupo de Pesquisa Marxismo & Educação da UFRN que desde a graduação em Psicologia acompanham os meus questionamentos e “crises” com a Psicologia, em especial para professor Oswaldo Hajime Yamamoto um dos principais responsáveis pela “administração das crises”; bem como Denis Barros de Carvalho pelas incontáveis referências bibliográficas fornecidas e infindáveis debates que iniciávamos e felizmente nunca concluímos; para Ilana Lemos de Paiva pela gentileza em ceder materiais de grande importância para a realização deste trabalho; para Isabel Fernandes, Fabiana Lima que foram interlocutores nas discussões que aparecem neste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, especialmente Herculano Campos, Rosângela Francischini e José Q. Pinheiro pela significativa contribuição para minha formação acadêmica.

Ao professor Paulo Amarante e a Flávia Helena Freire da FIOCRUZ- ENSP pela alegria dos encontros e muitos ensinamentos sobre a Reforma Psiquiátrica.

Ao professor André Milagres da FIOCRUZ- ENSP pela orientação em questões sobre a Reforma Psiquiátrica.

À Coordenação de Saúde Mental, sobretudo Ivana Solino pela presteza das informações contidas neste trabalho.

A todos que fazem os CAPS leste e oeste de Natal pela enriquecedora convivência e calorosa acolhida sem a qual este trabalho não seria possível.

À Miranice Crives pela atenciosa colaboração e fornecimento de material.

Aos professores Edmilson Lopes Júnior e Paulo Rocha pelas valiosas contribuições para o encaminhamento deste trabalho.

Aos professores Lúcia Cristina dos Santos Rosa e Durval Muniz de Albuquerque Júnior que gentilmente aceitaram compor a minha mesa examinadora.

Aos colegas da Universidade Potiguar, especialmente Sâmela Soraya, Ana Karenina e Jáder Leite, companheiros de muitas das inquietações que mobilizaram esta dissertação.

À Ludmila Costa pela amizade e alegria compartilhada em tantos momentos da realização desta dissertação, principalmente quando o que mais precisava era deixar de pensar tanto nela.

A Gustavo Xavier pela amizade e companheirismo, principalmente em nossas incursões noturnas para explorarmos a nossa cidade Natal.

A Emanuel e Yalle pela amizade intensificada numa inesquecível viagem para Brasília em que o sentimento de *déjà vu*, Paulo Coelho e Jung pareciam nos acompanhar a cada passo.

Aos meus queridos amigos Pablo Seixas e Pollyanna Gê cuja intensa participação em tantos momentos cruciais da minha vida fortalecem a cada dia uma amizade nascida das inquietações na graduação de Psicologia e que tanto me orgulha de partilhar.

À tia Heidi pelos incentivos e conversas que muito contribuíram para as reflexões aqui contidas.

À Narjara Macedo pelo amor de caminhar a vida ao meu lado com a beleza de sua alma poética e para com quem o sentimento de gratidão por tantos momentos transcendem a possibilidade de comunicar em palavras.

Ao meu irmão Patrick Reinecke de Alverga pelo companheirismo e amor de tantos momentos, principalmente naqueles em que eu era por ele aconselhado a não falar na dissertação.

Aos meus pais, Margit Ellen Reinecke de Alverga e Sérgio Polari de Alverga, pelo dom maior da vida, pelo amor incondicional em todos os momentos, pela impagável contribuição em toda minha vida, enfim, por tudo.

A Deus.

Agradecimento especial

A meu pai, Sérgio Polari de Alverga, que viajou repentinamente para uma outra existência poucos dias antes da conclusão deste trabalho:

Escrever é pedir ajuda para o outro.

É pedir para que alguém, talvez nós mesmos um dia,
ajude a decifrar o que nos move.

Agora estou sendo intimado a escrever, preferiria silenciar mas preciso confessar:

só espero ter sido um bom filho

para poder um pouco corresponder ao ótimo pai que conheci.

Tristes daquelas palavras lançadas no vazio da saudade,

só espero então que pelo menos o meu olhar de amor e admiração

tenha chegado na hora certa,

ou que pelo menos os abraços, os beijos e as risadas compartilhadas

tenham dado a dimensão aproximada da minha infinita gratidão.

Então, alguém que esteja lendo, me ajude

apenas dizendo para as pessoas ao redor: eu amo vocês!

Pois os encontros que a vida nos proporcionou

foi o maior presente, para sempre.

Sumário

Lista de figuras	x
Lista de tabelas.....	xi
Lista de abreviações.....	xii
Resumo.....	xiii
Abstract.....	xiv
Apresentação.....	15
1. Primeiras palavras (ou, a história da peregrinação que acabou por revelar um genuíno psic(o)tico).....	17
2. A institucionalização da história da Reforma Psiquiátrica em natal: como construiremos a história da desinstitucionalização?.....	35
3. A loucura confinada em saberes e instituições psiquiátricas: a gênese da Psiquiatria no contexto da emergência do projeto da modernidade.....	55
3.1 A construção do arsenal teórico-metodológico: reformar, superar ou romper?	70
3.1.1. Reformando o manicômio.....	71
3.1.2 superando o manicômio.....	72
3.1.3 rupturas com o manicômio.....	74
3.2. A constituição do campo psiquiátrico no Brasil e a reforma psiquiátrica (estarei contando a mesma história? O que há de novo?).....	83
4. A Reforma Psiquiátrica e os desafios para a desinstitucionalização da loucura	100

4.1. Revelando a corrosão dos pilares da modernidade e da Reforma Psiquiátrica: os novos movimentos sociais e as reivindicações que revelam o aprofundamento das contradições do pilares da modernidade e da reforma psiquiátrica.....	101
5. Últimas palavras (ou, do confinamento ao controle: os desafios dos serviços territoriais para a desinstitucionalização da loucura).....	119
6. Bibliografia	142
Anexo	

Lista de figuras

Figura		
Página		
1	Internações hospitalares em Natal – 1996-2002	42
2	Média de permanência das internações – 1996-2002	43
3	Distribuição dos leitos do SUS em Natal – janeiro 2002	45
4	Evolução do número de leitos psiquiátricos no Brasil	98
5	Fotografia do movimento da Reforma Psiquiátrica em Natal	102
6	Fotografia do movimento da Reforma Psiquiátrica em Natal	108
7	Fotografia do movimento da Reforma Psiquiátrica em Natal	117
8	Fotografia do movimento da Reforma Psiquiátrica em Natal	120
9	Fotografia do movimento da Reforma Psiquiátrica em Natal	120
10	Admissão anual dos CAPS de Natal – 1994-2001	124
11	Número de altas por ano nos CAPS de Natal – 1994-2002	125
12	Fotografia do movimento da Reforma Psiquiátrica em Natal	126
13	Fotografia do movimento da Reforma Psiquiátrica em Natal	137
14	Logotipo oficial da Prefeitura Municipal de Natal em 2002	137

Lista de Tabelas

Tabela	Página
1 Morbidade hospitalar por causa em 2002 – residentes em Natal-RN	44

Lista de abreviações

UBS	Unidade Básica de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
CID	Classificação Internacional das Doenças
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
PIB	Produto Interno Bruto
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
REME	Movimento de Renovação Médica
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
SIA	Serviço de Informação Ambulatorial
SIH	Serviço de Informação Hospitalar
NMS	Novos Movimentos Sociais
CMI	Capitalismo Mundial Integrado

Resumo

O processo de Reforma Psiquiátrica em curso no país vem avançando significativamente ao longo das duas últimas décadas no que diz respeito à transformação da estrutura asilar e das práticas de cuidado para com a loucura. Porém, observa-se que, paralelamente a esse movimento, há um outro marcado pela manutenção da lógica hospitalocêntrica ou manicomial, presente não só no interior das instituições psiquiátricas, mas nos serviços substitutivos, nas cidades e, sobretudo, nos modos de subjetivação contemporâneos. Diríamos que o ideário da desinstitucionalização é atravessado por um agenciamento do tipo "capitalístico" tanto do ponto de vista epistemológico, assistencial e jurídico, quanto cultural. Esse trabalho visa, dentre outras coisas, discutir loucura e subjetividade numa perspectiva ético-estética-política, especialmente sobre os "desejos de manicômio" que nos habitam e que obstruem nossa potência de agir, nossa produção desejante e criadora. De outro modo, queremos acessar as malhas invisíveis que capturam e mortificam a loucura, que fazem das cidades um dispositivo de produção de patologias e, aquelas redes que, contrariamente, insinuam processos de resistência, possibilitam a invenção da vida e da saúde.

Palavras-chaves: Loucura, Reforma Psiquiátrica, subjetividade, desinstitucionalização, exclusão social.

Abstract

Psychiatric reform occurring in Brazil has progressed significantly during the last two decades, both in the transformation of the help structure and in the treatment of madness. At the same time a parallel movement is observed marked by the maintenance of the hospital centered or psychiatric ward ideology present not only in the psychiatric institutions but also in the substitute services in the cities and, above all, in the ways of contemporary subjectivation. We affirm that the idea of deinstitutionalization is intertwined with capitalistic agent both from the epistemological, assistance, and legal aspect as from the cultural one. This work aims mainly to discuss madness and subjectivity from the ethic-esthetic-political perspective, specially the wishes of the psychiatric hospital, which we inhabit and who inhibits our interactions and our desired and creative productivity. We do also want to access the invisible threads that capture and modify madness, which make our cities a means for the production of pathologies, and those that, on the contrary, insinuate a process of resistance, facilitating life and health.

Key words: Madness, Psychiatric Reform, subjectivity, deinstitutionalization, social exclusion.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste em uma tentativa de abordar a questão da “loucura”. Não se trata de uma “loucura” patológica, mas a partir de uma ótica que a compreende como a relação que estabelecemos com a diferença, pois para nós a “loucura” é a radicalidade da diferença: a estranheza, o avesso à cultura, aquilo que nos escapa, a relação com o inteiramente outro. No entanto, a questão da loucura é focalizada a partir dos desafios enfrentados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica para efetivação dos ideais de desinstitucionalização, que entre outros aspectos, compreende a necessidade de um deslocamento da atenção realizada nos manicômios para o território.

Para tanto, iniciaremos nossa empreitada explorando as inquietações que me conduziram para trilhas metodológicas que apontam para as dimensões de uma realidade que as pesquisas tradicionais ignoram. Tratamos, portanto, de uma perspectiva teórico-metodológica que busca traçar linhas de fuga em relação ao pensamento dominante no campo da Reforma Psiquiátrica, avesso a pensar este fenômeno a partir de *apriorismos* metodológicos e as decorrentes clausuras conceituais. Esta expedição acabará por demonstrar diversos momentos de uma construção em curso, ou seja, muito mais do que apontar “verdades” sobre a situação da Reforma na capital potiguar, buscamos trazer à tona os nossos questionamentos, portanto, um aprender a perguntar sobre esta realidade, arranhar aqueles registros cristalizados, naturalizados, traçar um fio condutor analítico que, embora não tenhamos a pretensão que ele encerre as questões que nos deparamos, possam evidenciar o quanto contribuiu para uma formação intelectual que se vê às voltas com a problematização da maneira pela qual tocamos a nossa vida cotidiana.

Desta forma, convidamos o leitor para uma caminhada pela primeira parte deste trabalho. Trata-se de uma cartografia dos afetos construída a partir de uma série de questionamentos que conduziram a investigação, na busca de recontar as experiências de envolvimento na temática enfocada. A segunda parte vai traçar o nosso percurso teórico que forneceu elementos para se pensar o surgimento da Psiquiatria e o decorrente estabelecimento do monopólio da competência em tratar da loucura, que passa a encarar essa experiência humana fundamental apenas sobre o crivo da doença mental. Em seguida serão discutidos os movimentos reformistas com suas contribuições, limitações e desafios para encamparmos à luta pela desinstitucionalização da loucura, momento no qual, atenção especial será dada à Reforma Psiquiátrica italiana, considerada um marco-teórico prático para o presente trabalho. Por fim, estabeleceremos as relações entre a produção de subjetividade na contemporaneidade, notadamente “os desejos de manicômios” que subsistem às novas práticas e discussões do campo.

1- PRIMEIRAS PALAVRAS (OU, A HISTÓRIA DA PEREGRINAÇÃO QUE ACABOU POR REVELAR UM GENUÍNO PSIC(O)TICO)

Interesso-me pela Reforma Psiquiátrica desde o último ano da graduação em Psicologia. A partir do estágio curricular, pré-requisito para a formação de psicólogo, a minha história e a deste movimento se cruzaram. Este estudo não deixa de ser uma cartografia de como este movimento me afeta, tratando do meu envolvimento com a Reforma Psiquiátrica, meus questionamentos e reflexões.

Foi a partir da inserção em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Cidade Nova, localizada no Distrito Oeste do município de Natal, que comecei a lançar os primeiros questionamentos que serão tratados neste trabalho. Cidade Nova é um bairro enigmático; seu dia-a-dia é marcado pela pobreza, pois apresenta um dos piores índices de rendimento financeiro da cidade, ocupando o trigésimo lugar entre os 36 bairros existentes (IBGE, 2000).

O surgimento do bairro confunde-se com a própria criação do aterro sanitário da capital potiguar, conhecido como o Lixão de Cidade Nova, pois o Morro do Urubu no início da década de 1970, tanto constituía-se (ainda constitui-se) no destino final do lixo de Natal, quanto foi o local de acolhida para um grupo de interioranos. Assim, a situação de pobreza e as dificuldades de inserção no mercado de trabalho destes novos moradores da capital impulsionaram a cooptação para o exercício de atividades como de catadores de vidros, papelões, plásticos, ossos, alimentos deteriorados, dentre outros dejetos que conservavam algum valor de troca ou mesmo valor de uso. Além de catadores de lixo, os habitantes de Cidade Nova sobreviviam da extração de madeira nos morros da cercania para a produção de carvão ou lançavam-se em outros bairros no segmento da construção civil e empregos domésticos.

Cidade Nova tem atualmente 15.778 habitantes ocupando 273, 07 ha. e o lixão se estende por 330 mil metros quadrados de dunas e vales interdunares. O lixão resiste a décadas de denúncias, pois vem afetando a qualidade da água consumida em Natal, além de está proliferando enfermidades a céu aberto como tuberculose, hepatite, leptospirose, toxoplasmose, peste bubônica, dengue, malária, dentre outras patologias não raro identificadas em toda cidade, mas principalmente entre os moradores da região (Nunes, 2000).

Nos 34 anos que separam o surgimento dos primeiros casebres para o bairro de Cidade Nova de hoje, podemos perceber a persistência dos seguintes problemas: péssimas condições de saúde e falta de atenção adequada; falta de infra-estrutura de saneamento e ruas que se inundam a cada chuva; moradores que quando não são desempregados, estão subempregados ou vivendo de um salário mínimo, fruto, na maior parte das vezes, do trabalho no próprio Lixão; crianças que sobrevivem aos mais altos índices de mortalidade da cidade, configurando um autêntico retrato da miséria e exclusão social de muitas cidades brasileiras.

Desta forma, causava-me profundo incômodo o contato com um cenário social que articula sobras humanas e inumanas, um lugar que depunha contra a harmonia e a beleza dos canteiros, praças, avenidas, praias urbanizadas e *shopping centers* voltados para a circulação dos mais abastados moradores da cidade, e principalmente dos numerosos turistas que anualmente reeditam o que parece ter se transformado na “vocação” natalense: o turismo.

Para Lopes Júnior (2000), a dinâmica sócio-espacial acionada, sobretudo a partir da década de 1980, passa a substituir o desenvolvimento propiciado pela sua posi o estratégico-militar ocupada na 2^a Guerra Mundial, para afirmar Natal como “Cidade do

Prazer”, pois “Nela, o *consumo dos lugares* e os *lugares de consumo* são a expressão de uma nova forma urbana, a *urbanização turística*” (grifos do autor) (p. 40).

Neste processo de turistificação, além das belezas naturais, o referido autor destaca a construção de diversos centros de consumo, como o Natal *Shopping Center*, Via Direta *Shopping*, Praia *Shopping*, *Seaway Shopping*, dentre outros, assumem o papel primordial para prover ao turista uma sensação de familiaridade e segurança. Deste modo, o espaço interno de um *shopping* pode ser definido pela ausência de miséria, dos pedintes, do lixo, da violência urbana. Além disto, este espaço agencia, dentro da lógica dos “não-lugares” proposta por Augé (1994), o abrandamento, quando não a completa extinção das características regionais que nos fazem parecer pouco sofisticados perante os olhares estrangeiros. No entanto, dentro desta nova paisagem cultural me questionava sobre o que caminhava à margem: Cidade Nova representa aquilo que a cidade parece querer esconder e esquecer, nossa pobreza, nosso lixo? Seria este território então identificado com o desprazer, o avesso da cidade? Como pode uma cidade abrigar tão contraditórias cidades?

Na condição de estagiário da UBS do referido bairro, imaginava enfrentar ocasiões que remetessem à situação de exclusão vivenciada historicamente pela maioria dos moradores de Cidade Nova. No entanto, algumas discussões da literatura que trata da inserção dos psicólogos na Saúde Pública, especificamente nas UBS, alertavam para obstáculos a serem enfrentados para concretizar tal intenção. Assinalavam, deste modo, que a Psicologia inicia a sua atuação na Saúde Pública se esforçando na busca de um maior prestígio social, incorporando as críticas sofridas por parcela da categoria a sua escassa relevância social e seu trabalho eminentemente clínico-privado, destinado a um público restrito (Botomé, 1979; Melo, 1975). Merecem destaque do mesmo modo os condicionantes impostos pela crise econômica e social intensificada na década de 1980

no Brasil. Crise esta que produziu drásticas reduções no poder aquisitivo da classe média, o principal segmento consumidor dos serviços psicológicos e, sendo a prática clínica a principal fonte de renda para a maioria dos psicólogos, o setor público tornou-se atrativo pela relativa estabilidade financeira proporcionada.

Desta maneira, além do alto custo do serviço, o trabalho desenvolvido nesta perspectiva requisitava a adesão a uma cultura psicológica que atribuísse eficácia simbólica a esta prática. Para Figueira (1985), o aparecimento de uma cultura desta natureza se relaciona com uma realidade social incerta, devido ao exacerbado processo de modernização vivido pelo país, principalmente a partir da década de 1950¹. Assim, a cultura psicológica passou a estabelecer-se como uma “visão de mundo”, uma explicação para o funcionamento da realidade, constituída por uma lógica que articula a necessidade de buscar a verdade para além das aparências das coisas, o que requeria a expressão das emoções mais íntimas e pessoais, um “culto à intimidade”, na perspectiva de com isso mudar de vida, enfrentar a incerteza e libertar-se das repressões (Dimenstein, 1998).

Segundo Dimenstein (1998; 2000), são freqüentes, na literatura que trata da inserção dos psicólogos na Saúde Pública, referências à transposição de um modelo hegemônico de atuação clínica para o setor público, provocando uma utilização indiscriminada de técnicas psicoterápicas, fenômeno influenciado pela propagação de uma cultura profissional calcada em teorias fragmentadas e universalistas que versam sobre o indivíduo de maneira abstrata, a-histórica e desarticulada de seu contexto social. Assim, a atuação do psicólogo na atenção básica foi marcada por uma certa compreensão da psicanálise e produziu uma demanda exclusiva de usuários possuidores

¹ Este movimento guarda estranha e retardatária coincidência com a agitação que para Figueiredo (1996) foi responsável pela invenção da Psicologia moderna: a necessidade de, instalada a crise social do feudalismo e advento da modernidade capitalista, recorrer cada vez mais ao foro íntimo para agir na nova ordem social que se estabelecia, instaurando a crise da subjetividade privatizada e os quatro séculos de subjetivação que caracterizam nossa modernização dos costumes.

de recursos lingüísticos e culturais que os habilitavam a consumir as tecnologias psicoterápicas derivadas da psicanálise (Castel, 1987). Importante ressaltar que não se trata de atribuir menos importância a esta clientela, mas objetivamos apontar os efeitos de seleção, da falta de resposta ao sofrimento da maioria das pessoas, o abandono. Assim, lembra-nos Rotelli (1990) ao versar sobre a especialização e a conseqüente seleção da clientela nos serviços de base comunitária:

os serviços funcionam segundo uma lógica de empresa: selecionam os problemas com base na própria competência e quanto ao restante podem dizer “não é problema nosso”. Isto significa (...) que os pacientes devem saber colocar a requisição coerente com o tipo de serviços ou devem ser conscienciosos, ou ao menos devem apresentar problemas pertinentes às prestações oferecidas (p. 22).

Além disso, este modelo de atuação exclui elevada parcela daquela população, que não arbitrariamente coincide com aquela compreendida através da categoria de neuróticos graves e psicóticos, além dos egressos de hospitais psiquiátricos, sujeitos historicamente identificados com a loucura e estigmatizados como podemos perceber no famigerado dito popular que diz que “lugar de louco é no hospício”.

Entretanto, não estamos atribuindo responsabilidade integral desta problemática ao psicólogo, mas necessário se faz ressaltar que o fato da ausência de psiquiatras nas UBSs de Natal e outros profissionais que deveriam, em tese, estar habilitados para o trato com esta clientela, contudo, deixou intocado o sistema manicomial, que continuava sendo a única referência para as pessoas da comunidade em situação de sofrimento mental. Todavia, rechaçamos a atitude deste profissional de guiar as suas práticas por uma “estereotipia” na formação, que não favorece a percepção da comunidade como algo além da mera soma de indivíduos.

Desta maneira, em um cenário social marcado pela exclusão como Cidade Nova, a Psicologia apresentava uma desconcertante cumplicidade, pois era responsável pela seleção daqueles que receberiam atenção, fragmentando e decompondo sua clientela, criando o que é referido na Saúde Pública como uma demanda reprimida. Deste modo, insurgiram outros questionamentos: porque os “loucos” de Cidade Nova vivenciam uma situação de múltiplas exclusões, seja através da dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, seja por estarem à margem da dinâmica de urbanização turística, ou mesmo pela estruturação da oferta de serviços psicológicos que não os contemplam? Qual a raiz deste descompasso entre a Psicologia e aqueles moradores tidos como loucos? E em um mesmo sentido, qual a articulação entre loucura, urbanização, exclusão social e Psicologia?

Assim sendo, a relação da Psicologia com o cotidiano de Cidade Nova reeditava o que seria a inclinação da Psicologia desde o seu desenvolvimento em solo americano²: selecionar, diferenciar, controlar, adaptar ou excluir. Como a maioria das ciências que se desenvolvem no século XX, temos uma tecnologia viabilizando e sendo viabilizada pelo desenvolvimento do capitalismo, transformando-se em força produtiva e contribuindo para o estabelecimento da norma e os seus critérios de inclusão/exclusão. A máxima do Taylorismo de escolher “o homem certo para o lugar certo” encontra ressonância na Psicologia e, mais ainda, esta participa ativamente na produção social dos desclassificados. Por trás de uma pretensa neutralidade científica, delineia-se um instrumento de poder e controle, gera-se uma sensibilidade alheia à diferença que se recusa a olhar e tratar da loucura, enfim, materializa-se um espaço para

² Para Farr (2000), a Psicologia social, segundo Allport, possui as raízes plantadas no solo intelectual da tradição ocidental européia. No entanto, o seu florescimento só ocorreu em solo americano influenciada pelo pragmatismo do contexto pós-Guerra, responsável por afirmar os EUA como a grande potência do capitalismo.

as sobras, constrói-se um lugar social para a loucura nas tramas da exclusão. Mas por que a Psicologia também exclui a loucura?

Baptista (1999) parece ter boas pistas para este tema, tratando a questão a partir do que nomeia como “a presença camuflada do ato genocida” (p. 49), momento em que a ação microscópica dos discursos psicológicos se dá, desqualificando e negando modos singulares de existir, alheio às diferenças, portanto, um discurso, um olhar, uma escuta, que promove assassinatos microscópicos no cotidiano, cúmplices de outros brutais assassinatos “reais” freqüentemente noticiados em Cidade Nova. Ouçamos Baptista

O fio da faca que esquarteja, ou o tiro certo nos olhos possui alguns aliados, agentes sem rostos que preparam o solo para estes sinistros atos. Sem cara ou personalidade, podem ser encontrados em discursos, textos, falas, modos de viver, modos de pensar que circulam entre famílias, jornalistas, prefeitos, artistas, padres, psicanalistas etc. Destituídos de aparente credulidade, tais aliados amolam a faca e enfraquecem a vítima, reduzindo-a a pobre coitado, cúmplice do ato, carente de cuidado, fraco e estranho a nós, estranho a uma condição humana plenamente viva. Os amoladores de faca (...) fragmentam a violência da cotidianidade, remetendo-a a particularidades, a casos individuais. Estranhamento e individualidades são alguns produtos desses agentes. **Onde estão os amoladores de faca?** (grifos nossos) (Baptista, 1999: p.46).

O questionamento do autor passou a ser alvo de nossas preocupações. A “racionalidade” de cunho individualizante que animava as práticas tradicionais dos psicólogos passou a ser o nosso foco de atenção, mas esta lógica não parecia ser apenas dos psicólogos. Assim concebíamos que, não obstante das condições materiais de penúria e miséria, de produção social da pobreza, percebíamos a insinuação de um olhar, de uma lógica que é plasmada a ponto de reproduzir, incessantemente, a sua disposição para a exclusão, povoando subjetividades, colonizando afetos por todas as

vielas e becos de Cidade Nova, garantindo a ubiqüidade de uma lógica. Mas que lógica é essa? Onde é produzida?

Encontrei alguns indícios desta problemática na exploração da literatura sobre a loucura e a Reforma Psiquiátrica, abrangendo desde Michel Foucault, Georges Canguilhem, Erving Goffman, Franco Basaglia, Manuel Desviat, Félix Guattari, Gilles Deleuze, Peter Pèlbart, Jacques Derrida, incluindo autores do nosso país como Paulo Amarante, Jurandir Costa, Joel Birman, Roberto Machado, Heitor Resende, dentre outros. Assim, após tantos questionamentos estava constituído o meu campo de investigação: a Reforma Psiquiátrica.

No ano de 2001, período onde se processaram estes questionamentos foi também o ano em que a Organização Mundial da Saúde (OMS) elegeu como tema principal a saúde mental, sendo o principal foco da formulação de suas políticas públicas. O dia mundial da saúde, evento idealizado pela OMS teve o seguinte lema: “Cuidar sim. Excluir, não”. Nesse contexto, pelo menos duas questões passam a constar da pauta do campo da Saúde: primeira, em alguma medida a saúde mental passa a ser encarada como um fator essencial para o bem-estar geral das pessoas, necessitando da formulação de políticas específicas para o setor; segunda, o lema indica uma ênfase em uma natureza diferenciada da atenção à saúde mental, na qual a exclusão, que caracterizou o secular dispositivo psiquiátrico, deve ser modificada. Neste mesmo ano, guiado pelo interesse no campo da Reforma Psiquiátrica, passo a encampar o conjunto de mobilizações que resultaram na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em Brasília naquele mesmo ano.

A referida Conferência discutiu a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com o tema: “Cuidar sim, excluir não: efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade e controle social”. Eventos desta natureza vêm procurando contribuir

para criação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas para o campo da Saúde Mental. Busca-se com isso viabilizar a participação ampla e democrática dos atores sociais envolvidos - usuários e familiares, profissionais, gestores dos serviços de saúde mental, que se reúnem em diversos eventos preparatórios, as Conferências Municipais e Estaduais.

Historicamente, o início deste processo data do ano de 1987 quando foi realizado a I Conferência Nacional de Saúde Mental, sob inspiração da VIII Conferência Nacional de Saúde, um dos eventos sanitários mais importantes ocorridos no Brasil, tanto em virtude de instituir vasta participação democrática, quanto pela apresentação dos princípios fundamentais que resultaram na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Costa-Rosa et al. (2001) destaca como proposições gerais da I CNSM a discussão sobre a concepção de saúde, a participação popular, cidadania e interesses dos usuários. A Conferência foi realizada em um ambiente de calorosos debates, fazendo do seu relatório final a expressão das concepções do movimento da Reforma Psiquiátrica.

O relatório da I Conferência realiza uma integração entre as propostas da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, fazendo destas lutas, uma tentativa de transformar a sociedade, iniciando por uma modificação do papel dos trabalhadores deste setor, que historicamente se consolidaram na condição de agentes de exclusão e dominação. Portanto, observa-se a ênfase em proposições vinculadas à esfera política-ideológica e jurídica, notadamente influenciado pelo clima de mobilização social pela redemocratização do país (fim da autocracia-burguesa), na tentativa de produzir bases para experiências práticas em oposição à prática manicomial.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu no ano de 1992, as suas proposições gerais eram: discutir uma atenção integral à saúde de forma

territorializada³, os direitos dos usuários e uma terapêutica cidadã. Consta ainda de uma reafirmação dos princípios básicos do SUS, a saber: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação popular e municipalização.

Afirma Costa-Rosa et al. (2001) que no período da realização da II Conferência, o país já contava com experiências consolidadas, como a do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Cerqueira e o Programa de Saúde Mental em Santos, além da existência do projeto de Lei que tratava da Reforma Psiquiátrica no Brasil, de autoria do Deputado Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, aprovado pela Câmara dos Deputados e em tramitação no Senado na época. É importante destacar o processo que culminou na aprovação da Lei 10.216 em 6 de abril de 2001, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica, certamente representando uma conquista do movimento da Reforma Psiquiátrica, mas que, entretanto, vale ressaltar as profundas alterações no Projeto de Lei 3.647/89 que deu origem à referida lei, que previa a gradativa extinção dos hospitais psiquiátricos, passando unicamente a versar sobre uma ambígua reorientação do modelo assistencial, não garantindo a sua extinção.

Outros fatores apontavam positivamente em direção da Reforma Psiquiátrica neste período, como no caso da criação de portarias ministeriais que possibilitavam o aparecimento de novos serviços substitutivos como a 189 de 1991 GM/ MS que alterava o financiamento das ações de saúde mental e a 224 de 1992 GM/ MS que passa a regulamentar o funcionamento de todos os serviços de saúde mental⁴. E ainda as diversas associações de usuários em atividade. Este contexto emprestou à Conferência

³ Este conceito será explorado mais adiante, pois representa a base dos atuais serviços substitutivos ao manicômio.

⁴ Atualmente a portaria 224/92 GM/ MS está sendo substituída pela portaria 336/2002 GM/ MS que prevê a reclassificação das modalidades de serviço em saúde mental, quais sejam: CAPS I, II e III organizados por níveis de complexidade e ainda os CAPS i e ad, respectivamente especializados em lidar com a clientela infantil e transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Além da portaria 189/2002 GM/ MS referente ao cuidado intensivo dos pacientes do serviço de saúde mental (MS, 2004).

um caráter de consolidação das experiências bem sucedidas e busca de ampliação da rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial.

O relatório da II Conferência é formado por três partes, discutindo na primeira, a necessidade fundamental da luta pela cidadania e integralidade das ações, como previsto pelo SUS, encaminharem as deliberações da Conferência. Chama atenção, também, para a criação de uma rede de serviços diversificada e qualificada rumo à substituição do modelo hospitalocêntrico, estabelecendo grande importância para a construção coletiva de saberes e práticas, ou seja, trabalho em equipe, articulando outros campos do conhecimento como a epidemiologia, antropologia com os saberes populares.

A segunda parte do relatório apresenta diversas propostas sobre a municipalização da saúde mental. Dentre as principais, temos: capacitação dos trabalhadores, pesquisas de investigação epidemiológica e sócio-antropológica, avaliação da rede de serviços, responsabilidade pelo território, entre outras (Costa-Rosa et al. 2001). Por fim, a terceira parte detém-se em proposta relativas ao tema dos Direitos e Legislação, abrangendo uma necessária revisão nos direitos civis, trabalhistas e dos usuários.

A III Conferência, por seu turno, foi realizada em 2001 em Brasília e deu-se em cumprimento à Resolução 310 de 2001 do Conselho Nacional de Saúde. O eixo temático estava voltado para a reorientação do modelo assistencial e, no tocante às proposições gerais, pretendia-se discutir o financiamento das ações em saúde mental, a fiscalização e supervisão do parque hospitalar psiquiátrico e outros equipamentos assistenciais, o processo de implantação dos novos serviços extra-hospitalares, as estruturas de suporte aos pacientes de longo tempo de internação psiquiátrica e a formação de recursos humanos adequados para as novas estruturas de atenção à saúde mental (MS, 2001).

Estas mobilizações de caráter nacional nos auxiliam no entendimento de que a partir dos primeiros anos da década de 1990, é iniciada em Natal o que concebemos como a trajetória recente da Reforma Psiquiátrica, processo que será tratado mais detalhadamente no presente trabalho. Como marco inaugural deste processo, destacamos a implantação de serviços de atenção em saúde mental sob o signo da desinstitucionalização⁵, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (na época chamavam-se NAPS). Estes dispositivos, regulamentados pelo Ministério da Saúde através da portaria 336 de 2002 GM/MS, têm como objetivo oferecer um

serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território (...), desta forma as equipes devem estar (...) capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (MS, 2004).

Desta maneira é colocada em movimento uma dinâmica social, na busca de um certo deslocamento no modelo de atenção à saúde mental tradicionalmente centralizada no hospital psiquiátrico, para dispositivos territoriais, na busca de efetivar o cumprimento da Lei Federal 10.216 de 2001, que prevê redirecionar o modelo assistencial em saúde mental.

Em uma primeira investida sobre o tema da Reforma Psiquiátrica, este pode ser entendido como o conjunto das mobilizações políticas, sociais, científicas, culturais, administrativas e jurídicas que apontam para a transformação da relação da sociedade com o fenômeno da loucura. Rotelli (1990) caracteriza a Reforma Psiquiátrica como

um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que

⁵ Este conceito será desenvolvido adiante, sendo suficiente no momento o entendimento de que a experiência da Psiquiatria Democrática italiana representa para o nosso trabalho o referencial teórico-prático para a formulação dos princípios da desinstitucionalização.

tendem a transformar as relações de poder entre pacientes e as instituições, que tentam produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (p. 18).

Convergingo para esta perspectiva, Amarante (1999) caracteriza a Reforma distinguindo os quatro campos básicos de engajamento dos sujeitos envolvidos em lutas por transformações:

- 1) O Campo teórico-conceitual, que engloba a desconstrução e reconstrução da epistemologia psiquiátrica, abarca os conceitos inaugurais desta disciplina (doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade), conceitos que possibilitam um domínio sobre o objeto do conhecimento e as operações para acessar e compreender a realidade.
- 2) O Campo técnico-assistencial, vinculado ao campo anterior, voltado para a criação de serviços e práticas de acolhimento, cuidados, mas não restrito a isto, associado também à construção de espaços de sociabilidade, de trocas e agenciamento de subjetividades.
- 3) O Campo jurídico-político, que compreende a reformulação e substituição da legislação sanitária, civil e penal, especificamente nos conceitos de “doença mental”, “psicopatia” e “loucos de todo gênero”, envolvidos na dimensão do exercício da cidadania dos sujeitos.
- 4) O Campo sócio-cultural, que possui a influência simultânea de todos os campos anteriores, comporta as noções presentes no imaginário social, relacionadas à loucura, buscando transformar, a partir das práticas sociais, a forma de lidarmos com a diferença.

É importante destacar a fluidez destes quatro campos que são considerados inter-relacionados e complementares, sendo a sua definição uma atitude pedagógica que visa facilitar a percepção da amplitude da Reforma Psiquiátrica. Deste modo, frente à magnitude da Reforma Psiquiátrica consideramos emblemática a perspectiva da desinstitucionalização, entendida a partir da experiência da Reforma Psiquiátrica Italiana, um marco teórico-prático na atenção ao sofrimento psíquico que rompe com a necessidade de segregação e violência irrestrita que caracteriza a assistência manicomial⁶. Tal perspectiva põe em xeque as propostas reformistas anteriores, por ser uma experiência que emprestou ao termo “reforma” um valor semântico radical, no sentido de buscar as raízes para invenção de uma sociedade sem manicômios. Deste modo, indicamos aqui a adoção da perspectiva da desinstitucionalização italiana, que será melhor tratada adiante, assim como situamos o nosso estudo no âmbito sócio-cultural, por entender que neste campo é possível acessar a problemática que consideramos decisiva para a desinstitucionalização da loucura.

Este trabalho, entretanto, parte para investigação de uma questão central: Por que a Reforma Psiquiátrica, entendida enquanto um movimento social que busca a substituição do aparato manicomial, encontra dificuldades para sua efetivação na capital potiguar? Desta maneira, apesar do caráter específico da articulação reformista em Natal, acreditamos que esta também expressa os contornos de uma problemática nacional, a saber, a desaceleração na efetivação da Reforma Psiquiátrica. Esta conjuntura aparece de forma explícita em textos oficiais:

Decorridos já nove anos da II Conferência Nacional de 1992, é consenso dizer que esta constituiu um marco crucial, por meio de um amplo processo de discussões e conferências que durou um ano e meio, iniciado em cada em cada município e estado deste

⁶ Entendemos como manicomial toda prática social que interpreta uma experiência psíquica diversa como erro (Amarante, 1994).

país, a partir do qual implementamos avanços fundamentais na reforma psiquiátrica brasileira. **Nos últimos seis anos, porém, o processo de mudanças desacelerou e encontrou inúmeras barreiras** (grifos nossos) (MS, 2001).

Assim, muitos pontos podem ser levantados no favorecimento deste entrave, como a ênfase desproporcional no financiamento público das ações de hospitais psiquiátricos com 90% dos recursos destinados às ações de saúde mental (o que equivale R\$ 449.083.451), enquanto os serviços como o CAPS e outros dispositivos extra-hospitalares, apenas dispõem de 10% (R\$ 46.724.039)⁷, da falta de recursos humanos formados dentro da perspectiva do SUS e da Reforma Psiquiátrica, da não redução da ocupação de leitos em hospitais psiquiátricos (mecanismo previsto para a reorientação do modelo assistencial, a partir da reconversão dos recursos para os dispositivos substitutivos) para citar alguns assuntos debatidos pela III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Destarte, concebemos que a referida Conferência apresentou problemáticas mais visivelmente inseridas nos campos: teórico-epistemológico, técnico-assistencial e jurídico-político. De tal modo, perguntava-me sobre as discussões que contemplam o âmbito sócio-cultural: por ser um campo de inter-relação, encontrava-se diluído nos pontos anteriormente citados ou de fato negligenciado? Entre uma possível dissolução, responsável pela sua descaracterização, e um provável descuido, representando mais uma exclusão, encontrei mais justificativas para encarar o campo sócio-cultural como o território específico para situar a nossa investigação sobre a Reforma Psiquiátrica.

Portanto, imaginamos que apesar de todos aqueles condicionantes que influenciam na situação da Reforma Psiquiátrica, acreditamos que não é apenas nos níveis

⁷ Fonte DATASUS/MS 2001.

administrativos, financeiros e organizacionais que encontraremos os motivos subjacentes às dificuldades de implementação da Reforma, mas especialmente no âmbito da produção de subjetividade, especificamente na (re)produção de uma lógica manicomial. Assim procedendo, inscrevemos a nossa investigação sob um prisma em que a Reforma Psiquiátrica não se restringe à humanização das relações com os portadores de transtornos mentais ou modernização tecno-científica dos serviços, tal como vem sendo conduzida pelas políticas públicas de saúde recentes, mas à construção de um novo lugar social para a loucura, de novas formas de lidar com a diferença, ou seja, significa entender a loucura como a radicalização da diferença.

Do ponto de vista teórico-metodológico encontramos na obra Gilles Deleuze uma orientação para o enfrentamento desta problemática, especialmente no tocante as formulações sobre a sociedade de controle. Esta discussão origina-se com o próprio Michel Foucault ao admitir que a contemporaneidade já deixou para trás as sociedades disciplinares, sobretudo depois da Segunda Guerra Mundial (Neves, 1997). Deste modo, em aprofundamento desta perspectiva, Deleuze aponta para um novo projeto que se afirma perante a crise dos aparelhos de normalização (o manicômio pode ser assim classificado), que embora ainda atuantes, não são mais a via privilegiada para o exercício das forças sociais. Assim, vivemos uma era de comunicação instantânea, calcada em modelos fluídos de dominação, que viabilizam um controle “ao ar livre”, que nunca chega a se/nos moldar de forma completa, mas se insinua como um poder de modulação contínua que inviabiliza a sua localização ou identificação (Deleuze, 1992). Portanto, a modulação do controle possui na *mass media* o componente primordial para a produção de uma subjetividade “capitalística”, em outros termos, tal modulação conforma uma “laminação” da subjetividade, um achatamento das diferenças (Miranda, 2000).

Deste modo, a contemporaneidade aciona um complexo agenciamento “capitalístico” (Guattari e Rolnik, 1986) que atua pelo empobrecimento do nosso repertório subjetivo, que podemos chamar de economia do desejo, na medida em que expiamos a loucura para os doentes mentais. Para uma maior explicitação do que estamos a afirmar, necessário se faz uma distinção entre a figura do louco e a loucura, em concordância ao que propõe Pèlbart (1990):

Por louco entendo esse personagem social discriminado, excluído e recluso. Por loucura, que para facilitar chamarei aqui de desrazão, entendo uma dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que a civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além (p.133).

Argumenta ainda Pèlbart, que o louco enquanto um personagem social produzido pelo saber médico e psicológico do século XVII recebeu o encargo simbólico de corporificar a loucura. Nesse sentido, “esse índice de desterritorialização” ou ainda “essa força de disrupção” (p.133), que representa a loucura, incidiu sobre o louco em um determinado arranjo social, mas esta dimensão possui uma história muito anterior a este personagem, uma vez que encarnar este potencial disruptivo já esteve destinado à Mulher, ao Artista, ao Proletariado, ao Judeu, dentre outros. Tal perspectiva apresentada pelo autor acima citado traz um questionamento importante que tomamos como eixo de nossas preocupações: será que estamos dispostos a acolher a loucura em nossa vida cotidiana de fato ao afirmamos que lutamos por uma “sociedade sem manicômios” ou apenas domesticá-la, conferir-lhe mais uma identidade, mortificar o seu potencial disruptivo ou de desterritorialização? (Pèlbart, 1990).

Como referido anteriormente, embora possamos detectar significativas transformações no trato com a loucura, chamamos atenção para uma dimensão que

paralelamente obstrui novos avanços. Trata-se do que a presente investigação identificou como os nossos “desejos de manicômio” (Machado e Lavrador, 2001), problemática que também pode ser acionada pela inquietação que mobilizava o pensador Baruch de Spinoza, evocada por Santos (1997), quando se pergunta como é possível que os homens lutem por sua escravidão como se estivessem lutando pela liberdade? Acreditamos que estas questões se relacionam com a produção de subjetividade na contemporaneidade que iremos tratar mais adiante.

Por enquanto, necessário se faz assinalar que o fato de potencializar a loucura como diferença, subvertendo a noção calcada no racionalismo cartesiano que a identifica enquanto erro e descontrole, não significa negar o sofrimento concreto destas pessoas, ou ainda imaginar ser desnecessário algum tipo de atenção. Na verdade, consiste na mudança de foco, na recusa da pretensa neutralidade científica almejada pelas Ciências Naturais marcadas pela pronúncia positivista. Sob esta ótica a loucura emerge enquanto um desafio ético para a contemporaneidade, o qual nos requisita nova construção social não mais forjada/plasmada no espectro da nossa economia do desejo, dos desejos de manicômio. Mas do que trata esta construção?

2- A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA HISTÓRIA DA REFORMA PSQUIÁTRICA EM NATAL: COMO CONSTRUIREMOS A HISTÓRIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO?

Neste momento vou tecer alguns comentários sobre o desenvolvimento da atenção psiquiátrica em Natal que considero de fundamental importância para definição de como procedemos a nossa investigação, portanto, dando continuidade ao percurso desta primeira parte do trabalho. Iniciarei tratando da história da atenção psiquiátrica em Natal de maneira mais descritiva, uma vez que não se constitui o foco deste trabalho um levantamento exaustivo desta história, até porque outros trabalhos já desenvolveram de maneira satisfatória este tema e será a partir deles que vou apresentar os principais marcos na atenção psiquiátrica em Natal. Assim, de maneira oportuna, para os leitores interessados em aprofundar tal perspectiva histórica, sugestões de leitura serão fornecidas ao longo da apresentação. De outro modo, iremos dar atenção especial ao que chamamos noutro momento da trajetória recente da Reforma Psiquiátrica, àquela inaugurada a partir da década de 1990 com a construção de serviços que encontram na desinstitucionalização uma orientação teórico-prática.

No entanto, a primeira advertência que fazemos ao leitor é sobre a constatação inicial que chegamos quanto às perspectivas de se abordar a história da Reforma Psiquiátrica em Natal, mesmo quando tencionam falar da desinstitucionalização, se restringem a conceber a história respaldada nas questões institucionalizantes. Portanto, embora venha neste momento seguir esta maneira peculiar de conceber a história da Reforma, e por nós entendida como restrita, perguntávamos repetidas vezes até quando esta história vai se limitar à institucionalização? Quando poderemos começar a contar a história da desinstitucionalização, aproximando a Reforma Psiquiátrica do cotidiano

dos moradores de Natal em geral e não restrita aos atores institucionais e suas respectivas instituições?

Desta maneira, baseados na literatura do campo, chegamos à conclusão inicial de que a história da atenção psiquiátrica em Natal é geralmente descrita através da criação de instituições disseminadoras de novos modelos de compreensão e assistência aos portadores de transtorno mental. Como referido acima, vamos apresentar como se desenvolveu essa dinâmica, uma vez que percebemos que estas análises partem do pressuposto de que, assim como na maioria das localidades periféricas do país, o ideário da Reforma Psiquiátrica em Natal é materializado através de ações e normatizações do Estado.

Assim, em 1882, é criado o Lazareto da Piedade do Natal, destinado a abrigar toda sorte de indigente que o procurasse, embora servisse principalmente para isolar os contaminados com a varíola, sendo transformado no Asilo da Piedade em 1911.

Em 22 de abril de 1921 é realizada a primeira reforma da instituição, através do decreto 141, que elaborou um regulamento e mudou o nome da instituição para Hospício de Alienados. O primeiro artigo expressa bem o objetivo daquele estabelecimento:

Prestar assistência médica, gratuitamente ou mediante retribuição, aos indivíduos de ambos os sexos que, sofrendo das faculdades mentais, precisam ser internados, **sobretudo para a garantia da ordem e segurança públicas** (grifos do autor) (Carvalho,2001).

Este período pode ser caracterizado como a pré-história da atenção psiquiátrica em Natal, posto em prática a partir de um modelo de atenção baseado no confinamento, cujas principais características eram: a ausência de psiquiatras; confinamento em celas

e a utilização de injeções de terebentina, provocando abscessos e decorrentes inflamações no corpo do paciente que, em consequência, ficava paralisado.

O governo federal, através do decreto 24.559, passou a regulamentar a assistência, obrigando a que a administração dos manicômios fosse feita por um médico especializado em Psiquiatria. Em 1934, o Hospício de Alienados passa a ser chamado de Hospital de Alienados, que passou a ser dirigido psiquiatra Vicente Lopes, que introduziu o uso de camisas de força e o tratamento com choques térmicos naquela instituição (Sucar,1993). Desta maneira, podemos perceber os primórdios da atenção psiquiátrica com a construção de uma instituição especificamente psiquiátrica que realizaria uma atenção centrada na contenção física e química baseadas no uso camisas de força, duchas e choques térmicos.

Em 1948 é concebido, em Natal, vinculado ao Serviço Nacional de Doenças Mentais, o Ambulatório de Higiene Mental, que teria como inspetor o eminente psiquiatra João da Costa Machado discípulo do psiquiatra Ulysses Pernambucano. O governo do Estado já havia proposto a criação de ambulatórios através do Decreto-Lei nº 526, de 1º de março de 1946 que normatizava a assistência psiquiátrica no Rio Grande do Norte. Criava, assim, um *Serviço de Assistência a Psicopatas*, que envolvia a construção de um Hospital Colônia para doentes agudos e crônicos e uma rede de ambulatórios para nervosos e “psicopatas” leves, além de propor a construção de um instituto de Neuropsiquiatria Infantil e de um Manicômio Judiciário (Silva, 1989). O Hospital Colônia seria inaugurado somente em 1957 e os ambulatórios nunca chegaram a funcionar. No entanto, é importante ressaltar o que seria a primeira proposta alternativa ao modelo manicomial, na tentativa de construir um modelo de atenção ambulatorial que realizasse a profilaxia e reinserção social dos pacientes, além de um atendimento aos egressos dos hospitais psiquiátricos e a lida com os casos mais

moderados no intuito de evitar o internamento manicomial desnecessário. Desta maneira, o modelo de atenção que encontrou as condições favoráveis para desenvolver-se foi o da ampliação do modelo asilar com características psicofarmacológicas e praxiterápico que visava à cura pelo trabalho (laborterapia), a utilização da arte terapia e da assistência hetero-familiar⁸.

O psiquiatra Severino Lopes foi responsável pela criação da primeira instituição psiquiátrica privada potiguar, em 1956. Lopes utiliza – como forma de tratamento - eletrochoques, tratamento insulínico, além das sessões de narco-análise (Campos, 1959). Neste sentido, a referida instituição realiza o princípio da privatização do modelo manicomial em Natal, responsabilizando-se difusão de um modelo de atenção eminentemente psicofarmacológico e de contenção física, a partir das seguintes características de intervenção: tratamento insulínico; ante-histâmico; acetilolino endovenoso; convulsoterápico; além da utilização de eletrochoques e narco-análise.

Nas décadas de 1970 e 1980 a rede privada foi ampliada com a criação da Clínica de Repouso Santa Maria. Com isto, podemos perceber a consolidação do modelo asilar, que, no entanto, tomava esta unidade assistencial específica como o local de acolhida de um segmento distinto da população: a classe média.

Segundo Amarante (1999), podemos classificar essas mudanças descritas anteriormente como reformas restritas ao âmbito manicomial, visto que tanto o espaço manicomial excludente quanto o saber psiquiátrico não foram questionados.

Entretanto, um novo patamar reformista é inaugurado em meados da década de 1980. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal foi criada em 1986, tendo iniciado o processo de municipalização no período em 1989. Desta maneira, só no ano de 1992, após a I Conferência Municipal de Saúde Mental é produzida uma “Proposta

⁸ Para um maior aprofundamento consultar Sucar (1993).

de Reorganização da Atenção em Saúde Mental no Município de Natal”. O documento propõe que uma nova atenção, integrando uma rede de serviços em vários níveis: primário, secundário e terciário (Paiva, 2003). Desta maneira, além de uma municipalização da atenção, podemos perceber a tentativa de estabelecer uma hierarquização das práticas com ênfase na atenção primária (UBS) e a inclusão de psicólogos na atenção primária visando à formação de uma equipe multidisciplinar.

Muito embora sem a efetiva superação da lógica que regia o período anterior, podemos visualizar na década de 1980 a tentativa de reorientar o modelo assistencial com a incorporação de psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde enquanto uma das principais estratégias para inclusão da saúde mental na atenção básica. No entanto, os serviços ofertados nas UBSs não se tornaram acessíveis aos usuários já marcados por uma história de internações psiquiátricas, que continuaram mantidos sob os cuidados dos hospitais psiquiátricos. Desta maneira, como descrito anteriormente, a atuação do psicólogo na atenção básica promoveu uma seleção na demanda, que não arbitrariamente representava a população com histórico psiquiátrico, realidade esta que acreditamos estar relacionada com atuação profissional regida por concepções essencialistas, naturalistas e a-históricas sobre o homem, fazendo com que o hospital psiquiátrico representasse a referência no atendimento a esta população.

No entanto, em 1994, é criado o primeiro Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS, que posteriormente viria a se chamar CAPS) na zona leste de Natal e em 1995 o NAPS da zona oeste da cidade. Os NAPS foram organizados inicialmente em Santos-SP, no contexto da intervenção municipal feita no hospital psiquiátrico Casa de Saúde

Anchieta, constituindo o primeiro modelo institucional efetivamente implementado de substituição do sistema manicomial⁹ (Tenório, 2002; Amarante, 1997).

O modelo implementado em Natal, embora com a nomenclatura NAPS, segue uma lógica de assistência semelhante ao do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luis Cerqueira em São Paulo-SP, que pode ser definido como um serviço-dia

que possibilita que o paciente compareça todos os dias da semana se necessário, articula-se a outras características específicas, como a oferta de atividades terapêuticas diversificadas e a constituição de uma equipe multiprofissional. Busca-se oferecer ao paciente a maior heterogeneidade possível, tanto no que diz respeito às pessoas com quem que ele possa se vincular, quanto no que diz respeito às atividades em que possa se engajar. O pressuposto é o de que a alienação psicótica implica uma dificuldade específica de expressão subjetiva, refratária a ser apreendida por instituições massificadas ou pouco aparelhadas para captar e entrar em relação com o singular de cada paciente. Do mesmo modo, as dificuldades concretas de vida acarretadas pela doença mental grave devem ser também elas objeto das ações de cuidado, incorporando-se à prática psiquiátrica aquilo que tradicionalmente era considerado “extraclínico”. O cuidado, em saúde mental, amplia-se no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da vida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais. Os CAPS, portanto, consistem em uma ampliação tanto da intensidade dos cuidados (todos os dias, o dia inteiro) quanto de sua diversidade (atividades e pessoas diversas etc.) (Tenório, 2002, p.39-40).

Os NAPS se constituíram enquanto a principal estratégia de efetivação da Reforma Psiquiátrica, buscando oferecer um serviço de atenção diária distinta do modelo manicomial, com as seguintes características: formação de uma equipe

⁹ Para uma melhor compreensão, ver Tenório (2002).

multiprofissional; reinserção social e reabilitação psicossocial com vistas para a um projeto de construção da cidadania de seus usuários.

Entretanto, algumas de suas dificuldades podem ser consideradas como a expressão institucional dos impasses enfrentados pelos que lutam pela efetivação da Reforma Psiquiátrica na capital potiguar. Desta maneira, serviços com o potencial de substituir a assistência manicomial acabam por configurar-se apenas em um circuito alternativo ao modelo manicomial, seja pela dificuldade efetiva em absorver o contingente da demanda, evidenciada pela existência de “lista de espera” nestas instituições, como afirma Paiva (2003), seja pela ausência de outros dispositivos como lares abrigados, residências terapêuticas, dentre outros, ou mesmo pela prática ainda utilizada por estas instituições de prescrever internações psiquiátricas, na ausência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ou mesmo em suas unidades assistenciais.

Neste sentido, os serviços substitutivos desempenham o papel de “satélites” do hospital psiquiátrico, que tem a sua presença confirmada enquanto única atenção inteiramente disponível (os serviços de atenção diária não funcionam de noite nem nos finais de semana). Assim, no lugar de constituir-se em uma atenção substitutiva, acaba por transformar-se em uma atenção intermediária ou alternativa.

Outra questão que merece destaque é a estagnação, desde 1999, da redução de leitos psiquiátricos, condição necessária para o redimensionamento da assistência e reconversão de recursos. Atualmente Natal conta com 523 leitos em psiquiatria, deste modo, observamos uma diminuição no percentual das internações psiquiátricas, o que representa um avanço na reorientação do modelo assistencial conforme o seguinte gráfico:

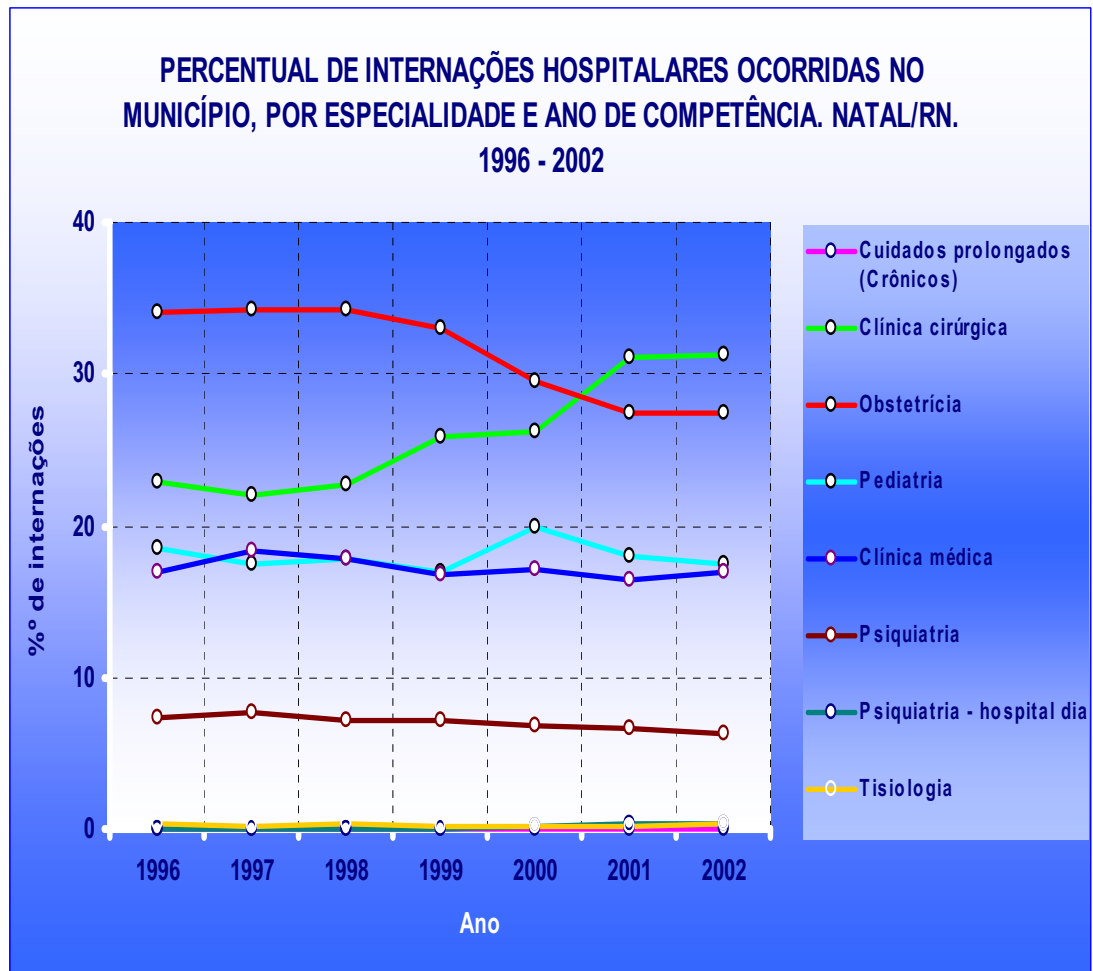


Figura 1. Internações hospitalares em Natal 1996-2002.
Fonte: Ministério da Saúde (SIH/SUS) DATASUS,2002.

No entanto, embora notória, porém tímida diminuição no percentual das internações psiquiátricas, chamamos a atenção para o fato de tal diminuição ser compensada quando é acionada, em contrapartida, uma dinâmica de evolução da média de permanência em hospitais psiquiátricos. Este índice foi elevado ao seu limite máximo, previsto por lei (10.216 de 2001), no mesmo período que compreende a diminuição dos leitos psiquiátricos financiados com recursos do SUS, o que nos sugere a adoção de uma manobra fiscal-administrativa para manter o padrão de investimentos neste setor de serviços, algo distante da real necessidade terapêutica de seus usuários e

mais próxima da sobrevivência fiscal do serviço. Deste modo, apresentamos o seguinte gráfico com o intuito de destacar tal problemática:

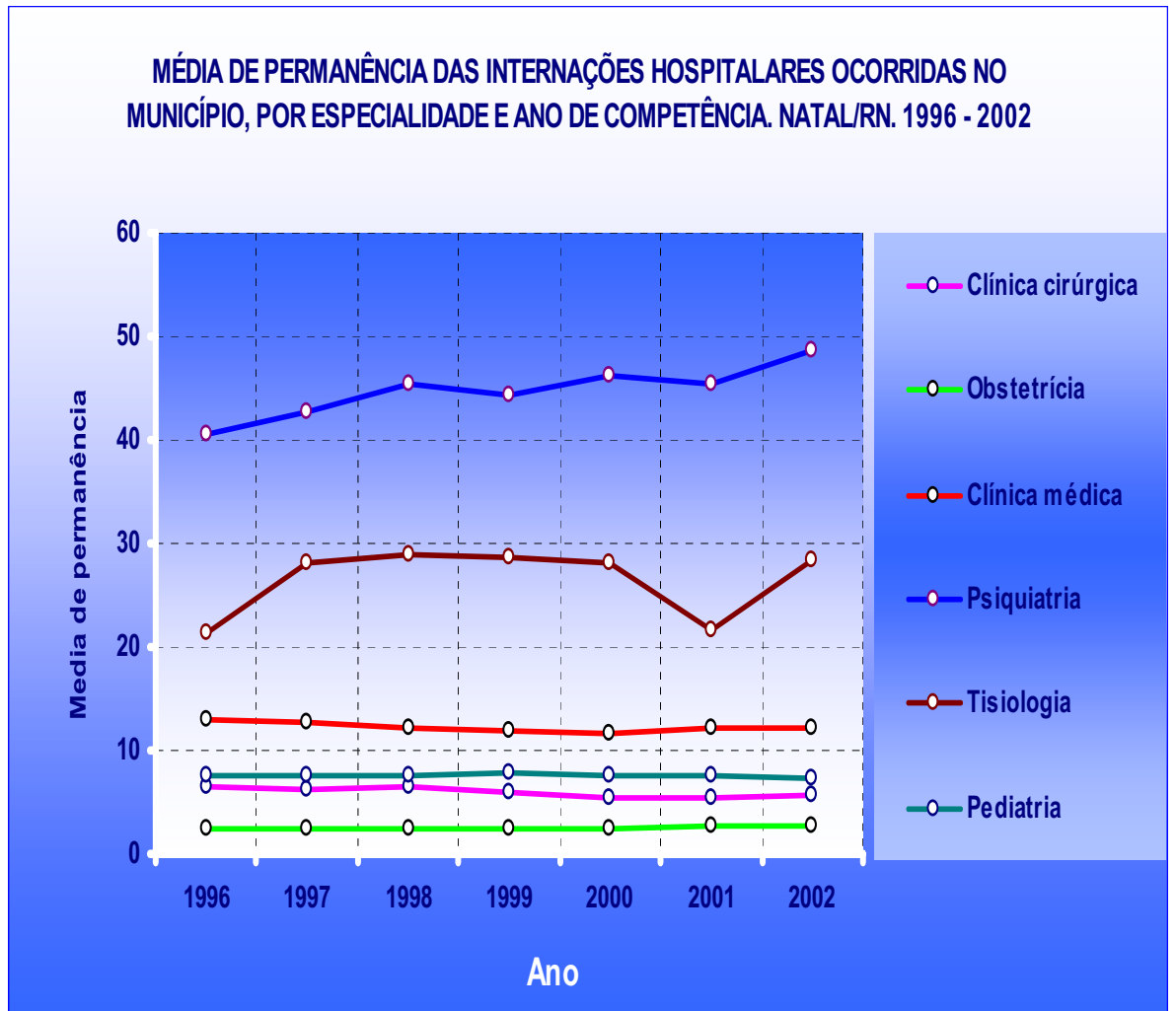


Figura 2. Média de Permanência das Internações 1996-2002.
Fonte: Ministério da Saúde (SIH/SUS) DATASUS 2002.

No que diz respeito à morbidade hospitalar, segundo a classificação proposta pela Classificação Internacional das Doenças (CID-10), os transtornos mentais e comportamentais ocupam a terceira posição em atendimentos no município de Natal, como demonstra a tabela abaixo:

Tabela 1- Morbidade Hospitalar por causa em 2002/ residentes em Natal-RN

CAUSA (CID-10)	Nº	%
XV. Gravidez parto e puerpério	12382	32,72
X. Doenças do aparelho respiratório	4848	12,81
V. Transtornos mentais e comportamentais	2791	7,38
IX. Doenças do aparelho circulatório	2676	7,07
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2547	6,73
XI. Doenças do aparelho digestivo	2544	6,72
II. Neoplasias (tumores)	2364	6,25
XIX. Lesões envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	1909	5,04
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1329	3,51
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	1038	2,74
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	774	2,05
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	495	1,31
XXI. Contatos com serviços de saúde	365	0,96
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	347	0,92
XVII. Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	349	0,92
VI. Doenças do sistema nervoso	322	0,85
VIII. Sintomas, sinais/achados anormais exames clínicos e laboratoriais	283	0,75
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	169	0,45
III. Doenças sangue/órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	134	0,35
VII. Doenças do olho e anexos	120	0,32
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	37842	0,15
TOTAL		100,00

Fonte: Ministério da Saúde (SIH/SUS) DATASUS 2002.

Desta maneira, levando-se em consideração que os leitos psiquiátricos ocupam o primeiro lugar em número de contratação pelo SUS, como demonstra o gráfico 3 a seguir, poderíamos considerar que a saúde mental possui um expressivo financiamento, no entanto, é um recurso quase inteiramente consumido pelos hospitais psiquiátricos, inviabilizando o deslocamento proposto pela Reforma Psiquiátrica do manicômio para o território. Para ilustrar tal distorção, no Estado do Rio Grande do Norte, os gastos com internações hospitalares psiquiátricas chegaram em 2001 a 8.478.894 reais contra apenas 770.791 reais em gastos extra-hospitalares, dados¹⁰ que apontam para uma realidade ainda distante da pretendida pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

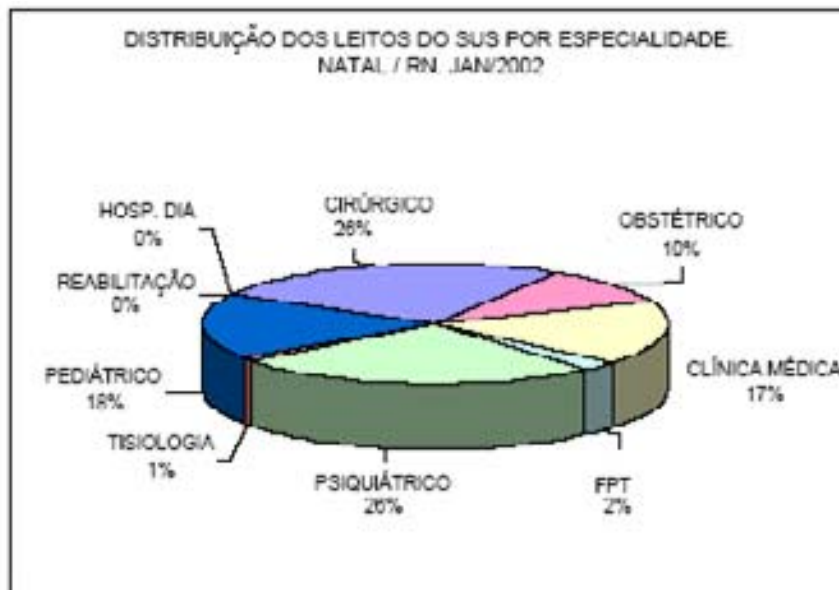


Figura 3. Distribuição dos Leitos do SUS em Natal/ janeiro 2002.
Fonte: Ministério da Saúde (SIH/SUS) DATASUS, 2002.

¹⁰ Fonte MS/DATASUS 2001.

Desta maneira, avaliamos que a história da atenção psiquiátrica em Natal, apesar da constituição de novos espaços a partir da década de 1990 com o potencial de superação do dispositivo manicomial, na prática pode ser resumida como um crescente acúmulo de instituições e paradigmas que têm em comum a reprodução da lógica manicomial inerente ao saber psiquiátrico, uma vez que apresenta serviços novos e instituições tradicionais co-existindo, o que sugere a não superação do dispositivo manicomial, em virtude da manutenção de uma lógica que possibilita a convivência de serviços assistenciais concebidos a partir de pressupostos radicalmente distintos.

Desta forma, podemos afirmar que sobrevive – não somente nos ainda atuantes manicômios públicos e privados – como também nesses novos espaços construídos para abrigarem uma nova maneira de lidar com o sofrimento mental, o bicentenário dispositivo manicomial que impede a construção de um novo lugar social para a loucura.

O cenário social mobilizado pela construção de novos serviços com o potencial de substituir o dispositivo manicomial, entretanto, motivou a produção de novos estudos sobre a reforma psiquiátrica, como o realizado por Paiva (2003) e Crives (2003) que serão tratados a seguir.

Paiva (2003) realiza uma avaliação do movimento da Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Norte, privilegiando o depoimento dos atores sociais envolvidos e o processo de implantação dos CAPS na capital potiguar (na época NAPS). Na condição de membro do Grupo de Pesquisa Marxismo e Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e, na ocasião participando das investigações de um projeto de pesquisa sobre a atuação dos psicólogos em políticas públicas, obtive a oportunidade de contribuir para o referido estudo.

Paiva (2003) realizou uma investigação acerca da Reforma Psiquiátrica no RN na perspectiva de estabelecer um entendimento de como foi a implantação deste movimento, especificamente tratando dos atores envolvidos no processo, dos avanços e perspectivas da Reforma Psiquiátrica para concretizar o ideal de “**ressocialização** do portador de doença mental” (grifo nosso) (Paiva, 2003).

Para tanto, procedeu pela via da análise documental e depoimento das pessoas envolvidas. Assim, informa-nos a pesquisadora:

A perspectiva adotada foi a de que os depoimentos orais, além de completar as lacunas das fontes escritas, possuem valor próprio, na tentativa de reconstrução de um processo vivido historicamente. Através da história oral, buscou-se construir a identidade dos atores sociais envolvidos, sua percepção dos fatos, ressaltando-se as congruências e incongruências nos depoimentos a respeito do percurso da reforma psiquiátrica (p.19).

Os marcos teóricos ressaltados pela autora para análise dos aspectos cruciais para efetivação da Reforma Psiquiátrica foram o modelo de atenção psicossocial e a discussão sobre os direitos humanos e cidadania dos usuários.

Por seu turno, Crives (2003) busca analisar o processo de implementação dos NAPS de Natal, enfocando

as possibilidades inovadoras das práticas realizadas nos NAPS de Natal, a partir das concepções, conteúdos, contradições, conflitos, dificuldades e expectativas existentes em relação à proposta terapêutica desenvolvida por esses serviços de saúde mental (Crives, 2003, viii).

Este propósito é buscado através de diferentes instrumentos de coleta de dados (pesquisa bibliográfica, análise de documentos institucionais, observação direta nos

NAPS), mas principalmente recorrendo a entrevistas semi-estruturadas. Esta via privilegiada de análise (entrevista) ocorreu com

técnicos, usuários e seus familiares dos dois NAPS; a Coordenação de Saúde Mental da SMS [Secretaria Municipal de Saúde] de Natal e algumas “testemunhas privilegiadas” (Crives, 2003: viii).

Do ponto de vista teórico, a pesquisadora e assistente social acima referida, encontrou na perspectiva da reabilitação psicossocial os elementos necessários para realizar a sua investigação. Esta perspectiva é respaldada em Pitta (2001), podendo ser resumida nas palavras da própria autora resgatada por Crives (2003). Deste modo, a reabilitação psicossocial:

implica numa ética de solidariedade que facilite os sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrente de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade afetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade (Pitta, 2001, p. 9 citado por Crives, 2003, p.56).

No tocante às considerações finais, a psicóloga e pesquisadora Paiva (2003) tece comentários que revelam uma certa dose de conformismo sobre a realidade reformista local:

A experiência da reforma psiquiátrica em Natal, bem como em todo o estado do Rio Grande do Norte, faz parte deste contexto macro-político [neoliberalismo, globalização, privatização, redução dos gastos públicos], estando presa à vontade política dos gestores de saúde e aos rumos da economia brasileira. No entanto (...) Este olhar micro [sobre o RN] demonstrou claramente que o movimento da reforma psiquiátrica no estado do Rio Grande do Norte **esqueceu-se** de fazer novas construções teóricas e operativas do plano de assistência em saúde mental (grifo nosso) (p.156).

Mais adiante prossegue a referida autora dando vazão a uma conjectura ingenuamente mais otimista refletido no trabalho intitulado “Em Defesa da Reforma Psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença”:

Neste ponto, faz-se mister dizer que momentos de estagnação e de crise também poderão ser momentos de criação, momentos em que poderemos encontrar soluções mais elaboradas para o problema que se coloca diante de nós. Acreditamos estar diante de um momento desses, no qual paramos, olhamos para trás, revemos algumas falhas e vislumbramos saídas criativas para a superação dessa realidade (idem).

Assim, sentencia Paiva (2003):

Lembremo-nos de que vivemos um novo século em que a democracia e os direitos humanos devem regular as relações sociais. Não é mais preciso pagar com vidas o preço de um ideal, da sociedade que almejamos. A “luta” antimanicomial, é uma luta **consciente** e esclarecedora de direitos. Deixemos os finais trágicos para os filmes, para a literatura ou marcados nas páginas de livros de História. As armas desta “luta” serão as leis, a sua munição os argumentos, e sua bandeira, a dignidade (grifo nosso) (p.157).

A argumentação proposta pelas pesquisadoras fomentou uma série de incômodos e questionamentos que merecem ser explicitados neste momento. Desta maneira, considerava problemático o entendimento de que a Reforma Psiquiátrica permanecia refém do exercício de uma consciência cidadã. Perguntava-me quem, inserido no cotidiano da saúde mental, não carrega, pelo menos no âmbito de um discurso racional, a desinstitucionalização como uma referência? Que técnico ou usuário dos serviços não têm esse princípio como eixo de suas reivindicações? As perguntas se multiplicavam: será que sabemos, de fato, o que vem a ser desinstitucionalizar? A perspectiva da ressocialização ou reabilitação alcança o que tal perspectiva indica? Ou a idéia de reabilitação já traz em si concepções que destoam do desinstitucionalizar, ligadas à

norma, à razão, ao sujeito autônomo, à identidade e cidadania, enfim, promessas lançadas na constituição da modernidade capitalista.

Desta forma, mesmo assumindo a perspectiva da desinstitucionalização, estivemos atentos ao esvaziamento de seu significado pela sua utilização nos mais diversos contextos, sob as mais variadas angulações ideológicas, colada aos mais variados conceitos, como: ressocialização, reabilitação, concessão de direitos, etc. Além disso, freqüentemente lançava-me questionamentos sobre a viabilidade de propor mais uma investigação que utilizasse como recurso metodológico a entrevista, assim como procederam as referidas pesquisadoras, por conceber que tal perspectiva metodológica se apresentava insuficiente para os nossos propósitos.

Já Crives (2003) demonstrava um viés institucionalizante, uma vez que restringia a sua análise ao espectro organizacional das novas práticas dos NAPS. Assim, em suas considerações finais nos relata a autora:

Podemos constatar pelas nossas entrevistas realizadas com os diferentes agentes e pelas nossas observações, que as propostas da Reforma Psiquiátrica e a efetivação da proposta terapêutica desenvolvida nos NAPS Leste e Oeste, contam com o compromisso efetivo dos profissionais que lá atuam, seja do ponto de vista técnico, político e ético, aliado ao apoio fundamental da CSM [Coordenação de Saúde Mental] da SMS [Secretaria Municipal de Saúde] de Natal, implicados solidária e responsavelmente com as necessidades e direitos dos portadores de transtornos mentais, na busca por “dar sentido a suas vidas” e por um lugar na sociedade pela loucura. Esse grau de comprometimento dos profissionais, agentes-chaves nesse processo, se constitui ao nosso ver, a mola impulsionadora da semente da transformação da saúde mental em Natal (p.175).

Mais adiante, a autora reafirma a perspectiva que privilegia os atores institucionais propondo que de fato podem ser observadas práticas inovadoras nestas instituições:

Nesse sentido, é bastante razoável afirmar que os profissionais implementaram práticas e posturas inovadoras nos NAPS, inclusive do ponto de vista da cultura organizacional e institucional, se diferenciando do estabelecido em grande parte dos serviços de saúde da rede municipal, a despeito das críticas e das insatisfações principalmente em relação a **pouca adesão** e baixa prioridade da maioria dos gestores de saúde e da falta de respaldo dentro do projeto político da cidade de Natal (grifos nossos) (idem).

No entanto, acabei ficando por demais intrigado com a natureza daquele “esquecimento” mencionado por Paiva (2003) e com a “pouca adesão” relatada por Crives (2003), passei a desconfiar das razões expressas por compromissos profissionais, posturas inovadoras, coletados nas entrevistas tanto de Paiva (2003), quanto de Crives (2003). Entretanto, o que mais me tocava era a crença em um chamamento para rememorar atitudes conscientes e esclarecidas em consonância com o ideal da Reforma Psiquiátrica, pois considerava no mínimo curioso o fato das perspectivas serem expressamente a da desinstitucionalização, mas efetivamente se destinarem a focalizar o que para mim era a continuação da institucionalização da loucura, através da adoção de perspectivas como a reabilitação ou ressocialização. Este questionamento será tratado adiante, sendo importante neste momento reter a nossa desconfiança em tais perspectivas, que acabaram por nos conduzir à leitura de Nietzsche, uma vez que uma aguçada crítica ao conceito de consciência caracteriza todos os períodos de sua obra. Desta maneira, visava Nietzsche em seu pensamento trazer a consciência para o seu devido lugar (Barbosa, 2000).

Assim, neste período, encontrava-me praticamente sufocado em meio a tantas perguntas, além disso, não sabia como proceder metodologicamente a nossa investigação, apenas colecionava indagações que não sabia ao menos se seria possível responder uma delas. Foi quando, durante uma conversa com a minha orientadora, algo aconteceu e um mundo invisível foi descortinado. Estávamos mais uma vez compartilhando questionamentos e descontentamentos com relação ao possível uso de entrevistas em nossa investigação, quando ela lançou-me outro questionamento que já se tornava corriqueiro em momentos como este em que a nossa investigação estava em xeque: “procure lembrar de algo que você viu nestas pesquisas que você participou que tenha lhe incomodado”. Nesta ocasião lembrei de uma visita a um dos NAPS, aproximadamente dois anos antes, em que tinha reparado em algumas fotografias expostas na parede. Uma em especial foi evocada com um ímpeto surpreendente. Por um pequeno instante acessei uma lucidez metodológica que a nossa análise requiritava, mas, estranhamente, esta lucidez passou bastante tempo adormecida. Por que será que não recordava desta foto, justamente o elemento que se transformaria no principal instrumento de nossa análise? Passei a relatar o conteúdo desta fotografia ainda melindroso em relação a possível traição que a memória poderia voltar a me causar. Seria esta fotografia real ou eu não reparei bem? Este temor em relação a questionável veracidade da fotografia, uma confusão da memória, aumentava na medida em que a cena que eu descrevia apresentava um elevado poder explicativo enquanto alternativa para os nossos questionamentos. Assim, nossa investigação dependia da existência de uma fotografia da qual nem tínhamos certeza se existia.

Deste modo, iniciei um conjunto de visitas aos CAPS II leste e Oeste (antigamente chamados de NAPS leste e oeste) no intuito de explorar os seus acervos fotográficos na esperança de encontrar a referida fotografia e outras afins, além de

participar da dinâmica de funcionamento da instituição, agora atento aos seus pequenos detalhes e provido de um diário de campo para registrar o que começava a se constituir no palco de nossa experiência antropológica de investigação. Algumas semanas de visita e finalmente encontro à fotografia no arquivo de um dos serviços. Com a foto na mão, as incertezas em relação a minha lembrança foram abandonadas e então uma conhecida pergunta ressoava em mim: como tinha construído a invisibilidade daquela foto, por que ela não chamou minha atenção antes? Mas, o mais importante mesmo é que ficou algo, o resquício de um profundo incômodo que, no entanto, beirava o meu esquecimento total. Por que será que, embora munido de um referencial teórico crítico sobre a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização, olhava, mas não percebia bem alguns aspectos decisivos desta realidade? Assim, tornava-me cúmplice do ato de exclusão, amolador de facas? Neste desconcertante movimento de autocrítica, é que me percebi implicado em um movimento que merecia ser elucidado: trata-se de um campo de forças que estava perseguindo desde os meus primeiros questionamentos e que posteriormente nomeamos de subjetividade manicomial ou nas palavras de Machado e Lavrador (2001) “desejos de manicômio”, uma instância de atravessamento, ou seja, uma noção que subverte a diferenciação entre exterioridade e interioridade.

Desta maneira, passamos a focalizar nossa investigação na paisagem cultural da Reforma Psiquiátrica, ou em outras palavras, no seu território existencial, discussão esta que nos aproximou do conceito de Cidades Subjetivas proposto por Guattari (2000). E assim começou a nossa cartografia dos afetos, um passeio pelas cidades invisíveis que coexistem na capital potiguar, territórios existenciais engendrados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica compostas por malhas invisíveis que capturam e mortificam a loucura, que fazem das cidades um dispositivo de produção de patologias. Paralelamente a esta constatação, a nossa investigação buscou aquelas redes que,

contrariamente, insinuam processos de resistência, possibilitam a invenção da vida e da saúde. Para realizar esta expedição, foi necessário seguir de perto Nietzsche: “Temos que aprender a desaprender, para afinal, talvez muito tarde, alcançar ainda mais: mudar de sentir” (Alarcon, 2000). Neste sentido, não mais entender a loucura sob o crivo da doença mental, mas como a radicalização de modos de existir singulares, tem muito a nos ensinar.

A peregrinação até aqui realizada buscou reconstruir uma série de questionamentos que motivaram a realização da presente pesquisa. Esta trajetória errante culminou em uma crítica aos pressupostos que animam as práticas dos profissionais, sobretudo os psicólogos, envolvidos no campo das práticas e pesquisas em saúde mental na capital potiguar. Assim, focalizando a problematização nos entraves para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, para além das condições administrativas, financeiras e organizacionais, foi possível perceber os perigos de conceber a Reforma com o ranço especialista exclusivamente psicologizante. Por conseguinte, este especialismo é por nós entendido como o primeiro entrave para a efetivação da Reforma, ou seja, para avançarmos foi necessário a desconstrução de um território existencial que acreditava possuir o monopólio da competência de lidar com a loucura, sendo a manutenção deste território, o genuíno percurso de uma pessoa psic(o)tica.

Desta maneira, trataremos a seguir do momento histórico em que o enclausuramento da loucura fez coincidir a figura do doente mental com o encargo simbólico de sustentar a loucura, processo entendido no contexto da gênese e desenvolvimento do projeto da modernidade e seus anseios de banir do convívio social aquelas pessoas não identificadas com o ideal de um cidadão racional e autônomo.

3- A LOUCURA CONFINADA EM SABERES E INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS: A GÊNESE DA PSIQUIATRIA NO CONTEXTO DA EMERGÊNCIA DO PROJETO DA MODERNIDADE

Noções progressistas de se conceber a história freqüentemente nos convidam a compreender o desenvolvimento das ciências como fruto de um movimento “interno” que caminha para um futuro cada vez melhor, uma promessa que articula ordem, progresso e felicidade. Desta feita, não são questionadas as tensões dos saberes com questões políticas, estéticas, ideológicas e morais. A reflexão perde o seu potencial de transformação para constituir-se em uma mera manutenção do *status quo* alcançado pelas articulações dominantes, uma repetição e celebração do mesmo, ou seja, mais uma violenta face da clausura.

Entretanto, novas formas de habitar criticamente a historiografia enquanto reflexão e ação sobre os desafios do presente, inspiradas em pensadores como Foucault, Deleuze e Guattari, nos conduzem para um entendimento bastante diverso, em que os próprios saberes passam a existir em virtude de demandas sociais que a emprestam sentido e significado. Destarte, abordar o surgimento da instituição e do saber psiquiátrico significa tratar de invenções sociais guiadas por motivações de ordenar a vida urbano-industrial, portanto, signos e vetores do processo de modernização do século XVIII. Signos por atestarem a presença deste processo de modernização e vetores por conduzirem para o seu aprofundamento.

Para Santos (2001), o projeto da modernidade inicia no século XVI, sendo que o período de sua emergência até o final do século XVIII é considerado o momento de sua constituição. Trata-se de um projeto ambicioso, complexo e muito rico, portanto, um

projeto de difícil percepção da sua amplitude (real e potencial), lançando no horizonte social a crença na execução de inúmeras possibilidades. No entanto, o sociólogo português ressalta que tal projeto foi inventado sob dois pilares contraditórios, o da regulação e o da emancipação. Esta formulação será desenvolvida adiante.

Acompanhemos a definição de Berman (2001), pois nos permite uma aproximação da argumentação de Boaventura Santos, para captar a contradição da experiência moderna. Inicialmente, a modernidade é definida como uma experiência do tempo, espaço, de si mesmo, dos outros, de todas as diversas possibilidades de crescimento e dos perigos que corremos na vida cotidiana, nas próprias palavras do autor:

Ser moderno é encontrar-se em um ambiente que promete aventura, poder, alegria, crescimento, autotransformação e transformação das coisas ao redor – mas ao mesmo tempo ameaça destruir tudo o que temos, tudo o que sabemos, tudo o que somos (p.20).

A contradição fundamental do paradigma da modernidade remete ao fato deste ter se constituído antes do modo de produção capitalista estabelecer-se como hegemônico e, de estar dando sinais que vai se extinguir antes do capitalismo deixar de ser hegemônico. Entretanto, pontua Santos (2001), tal extinção é complexa, pois se constitui em um processo de superação e obsolescência.

Como referido anteriormente, o projeto da modernidade é constituído por dois pilares, o da regulação e da emancipação. Por sua vez, cada um destes possui três princípios básicos. No caso da regulação temos: o princípio do Estado cuja formulação principal cabe a Thomas Hobbes; do mercado, temática marcante na obra de John Locke; e da comunidade que acompanha de perto toda a filosofia política de Jean-Jacque Rousseau. Já na constituição do pilar da emancipação temos três lógicas de racionalidade: a estético-expressiva constituída basicamente pela arte e literatura; a

moral-prática formada pelas discussões em respeito à ética e do direito; e a cognitivo-instrumental composta pela ciência e técnicas modernas. Entretanto, apesar de contraditórios, os pilares e seus princípios não são estanques e estão por toda a marcha da modernidade em intercâmbio através de relações privilegiadas de correspondência, tanto através de relações internas aos pilares, quanto externas (Santos, 2001).

Desta forma, o revolucionário e contraditório projeto da modernidade parece ter sido bem apresentado por um de seus principais representantes: Karl Marx. O trecho que apresentaremos a seguir é uma das mais admiráveis passagens do Manifesto do Partido Comunista de Marx e Engels:

O constante revolucionar da produção, a ininterrupta perturbação de todas as relações sociais, a interminável incerteza e agitação distinguem a época burguesa de todas as épocas anteriores. Todas as relações fixas, imobilizadas, com sua aura de idéia e opiniões veneráveis, são descartadas; todas as novas relações, recém-formadas, se tornam obsoletas antes que se ossifiquem. Tudo o que é sólido desmancha no ar, tudo o que é sagrado é profano, e os homens são finalmente forçados a enfrentar com sentidos mais sóbrios suas reais condições de vida e suas relações com outros homens (Berman, 2001: p.93).

A reflexão marxiana lança luzes sobre um momento fundamental da modernidade, momento este em que o seu projeto (gestado entre os séculos XVI e XVIII) estava sendo colocado à prova, coincidindo com a emergência de forças “adormecidas no seio do trabalho social” nunca antes imaginadas por séculos anteriores (Marx e Engels, 2002: p.50). Portanto, a vigência do projeto da modernidade ajusta-se com a manifestação hegemônica do sistema capitalista-industrial em países como Inglaterra, França, Alemanha, Estados Unidos, enfim, países que se afirmaram como centrais para este sistema. A modernidade-capitalista torna-se um projeto que faz acordar uma gama praticamente infinita de possibilidades, sendo assim um projeto que

tende ao maximalismo, seja da regulação, seja da emancipação. Além disso, é um projeto que aspira a infinitude, mas que segundo Santos (2001) trata-se de um projeto que contraditoriamente também desperta um déficit irreparável. O movimento ecológico foi um dos primeiros agentes sociais a perceberem o quão insustentável se apresenta o paradigma da modernidade, pela constatação da ameaça real de extinção da vida no nosso planeta caso continuemos apenas focalizando o progresso ilimitado.

Touraine (1999) nos apresenta outros elementos para se pensar o projeto da modernidade, estes, mais próximos da conformação de um ideal de sujeito racional em oposição ao que poderia representar a loucura, ou desrazão: “O triunfo da modernidade racionalista rejeitou, esqueceu ou encerrou em instituições repressivas tudo o que parecia resistir ao triunfo da razão” (p.214).

O autor destaca a necessidade de discutir o sujeito da modernidade, entendendo que o sujeito nasce da criação de um mundo regido por leis racionais e inteligíveis, sendo o processo de sua constituição o aprendizado do pensamento racional e o desenvolvimento da capacidade de “resistir às pressões dos hábitos e do desejo” (p. 218). A modernidade, porém, não pode ser definida apenas pela racionalização, repressão ou “desencantamento do mundo” como em outro lugar afirmou Max Weber (1986), pois “Não existe uma figura única da modernidade, mas duas figuras voltadas uma para a outra e cujo o diálogo constitui a modernidade: a racionalização e a subjetivação” (p. 218). Mais adiante ele afirma:

O drama da nossa modernidade é que ela se desenvolveu lutando contra metade dela mesma, fazendo a caça ao sujeito em nome da ciência (...) De forma que continuamos a chamar de modernidade o que é destruição de parte essencial dela mesma (p.219).

Portanto, ainda seguindo a discussão colocada por Touraine:

Não existe modernidade a não ser pela interação crescente entre sujeito e razão, entre a consciência e a ciência, por isso quiseram nos impor a idéia de que era preciso renunciar à idéia de sujeito para que a ciência triunfasse, que era preciso sufocar o sentimento e a imaginação para libertar a razão, e que era necessário esmagar as categorias sociais identificadas com as paixões, mulheres, crianças, trabalhadores e colonizados, sob o julgo da elite capitalista identificada com a racionalidade (218).

Destacamos que esta argumentação apresentada por Touraine, nos ajuda entender o processo de exclusão da loucura perante a emergência do projeto societal da modernidade. No entanto, chama-nos atenção o fato da questão da loucura, ou mais especificamente da figura dos loucos, não ser incluída em suas reflexões das conseqüências da marcha da modernidade, embora possamos visualizar outros segmentos “marginalizados” contemplados: as mulheres, as crianças, dentre outros.

Ainda sobre o projeto da modernidade, podemos destacar a apresentação realizada por Mancebo (2002) sinalizando quatro pontos básicos para este processo de transformação: a consolidação do capitalismo como modo de produção, a Reforma protestante, o modelo de racionalidade que inaugura a Ciência Moderna e a organização dos Estados Nacionais, ocasionando uma nova ordem social e econômica nascida na Europa.

Assim, o processo de consolidação do capitalismo como modo de produção desencadeou mudanças econômicas e implementou na sociedade um ideário de liberdade e igualdade: o ideário da Revolução Francesa. Os indivíduos teriam, deste modo, possibilidades de “escolhas” no emprego de sua mão-de-obra e de consumo, justificando, assim, a substituição do modelo econômico baseado no escravismo, em que havia o domínio por parte dos senhores sobre a produção:

“(...) pessoas libertas das amarras das legislações corporativas e servis do mundo feudal tornam-se “(...) indivíduos ‘livres’ e ‘iguais’ para estabelecerem contratos no mercado de trabalho, com profundas conseqüências para as subjetividades dos homens de então.” (Mancebo, 2002, pp. 101-102).

Dentre as conseqüências que nos chama atenção a autora, podemos destacar o aparecimento do indivíduo moderno. Assim, a Reforma Protestante, liderada por Lutero no século XVI, instaura um ideário em que a ascensão e salvação do indivíduo ocorreriam através do isolamento espiritual e não mais exclusivamente pelo intermédio da Igreja

A abolição dos rituais, o repúdio ao sensualismo e à emoção, a desmágicação do mundo e a decorrente apreensão impessoal, racional e instrumental do homem e suas relações, praticadas no mundo protestante, constroem a solidão interna do indivíduo e contribuem para a própria possibilidade da intensificação da experiência individualizada (Mancebo, 2002, p.102).

Desta maneira, é no seio deste intenso processo de modificação social que Figueiredo (1996) destaca as condições sociais para o surgimento da psicologia moderna ou científica. Assim, seria no contexto do ocaso do feudalismo e emergência do capitalismo que os indivíduos necessitariam recorrer cada vez mais a foro íntimo, evidenciando o surgimento de uma experiência de subjetividade privatizada. Desta forma, com a falência das tradições, o declínio das explicações religiosas na regulação social, faz desta experiência da subjetividade privatizada uma expressão do cenário social incerto, portanto, dá-se a crise da subjetividade privatizada. Por conseguinte, a crise da subjetividade resulta na necessidade de uma ciência para tratar desta problemática: a Psicologia científica moderna.

Neste sentido, uma citação marxiana nos fornece outros elementos para o debate da constituição do sujeito moderno em questão. Desta vez trata-se de uma passagem de *A questão judaica*:

Lutero venceu efetivamente a servidão pela devoção, porque a substituiu pela servidão da convicção. Acabou com a fé na autoridade, porque restaurou a autoridade da fé. Converteu sacerdotes em leigos, porque tinha convertido leigos em sacerdote. Libertou o Homem da religiosidade externa, porque instituiu a religiosidade no interior do Homem. Emancipou o corpo de cadeias porque carregou de cadeias o coração (citado por Batista, 1999, p. 13)

Por seu turno, o iluminismo representou uma nova etapa do pensamento moderno, operando a adoção da racionalidade em contraposição à ordem místico-teológica anteriormente vigente. Desta maneira, a Ciência Moderna, por volta dos séculos XVI e XVII, com Bacon e Descartes como representantes, passa a estabelecer uma oposição ao dogmatismo, obscurantismo e autoritarismo dos conhecimentos medievais marcados pelas “verdades” religiosas e, assim, o paradigma científico orienta-se pela busca de certezas absolutas, racionalistas e objetivas, estabelecendo princípios e leis gerais de causalidade, previsibilidade, ordenamento e controle na explicação dos fenômenos. A partir de então, a subjetividade, passível de erros e incertezas, foi isolada das construções teóricas que buscavam a neutralidade enquadrando-se em modelos científicos em busca de um sujeito epistêmico. Opera-se, assim, cisões no conhecimento como sujeito-objeto, corpo-mente e natureza-cultura.

Rouanet (1993) partindo de uma perspectiva diversa refere-se a um mal-estar na modernidade e acredita que esta sensação se relaciona com um contraditório movimento Contra-Iluminista, que pode ser formulado como a rejeição global de todo o projeto iluminista, um projeto que visava a “auto-emancipação” de uma humanidade

razoável. Desta maneira, critica-se que a emancipação se daria a partir de um conjunto de valores e ideais consubstanciados em tendências como o racionalismo, o individualismo e o universalismo.

Além dos fatores referidos acima, merece destaque, ainda seguindo os aspectos levantados por Mancebo (2002), a organização dos Estados Nacionais, destinando-se à regulamentação jurídica para os conflitos políticos e sociais que se desenvolviam; tal reorganização representa, no entanto,

uma continuidade da expressão da hegemonia da nobreza (...) que reforça sua dominação sobre a massa camponesa e mantém a burguesia, em formação... (Mancebo, 2002, p. 102).

Tal hegemonia também apresenta desdobramentos sócio-psicológicos, uma vez que regulamentos e parâmetros de conduta, comportamento e etiqueta, foram elaborados pela aristocracia, inspirados nas cortes européias e constituindo bases para uma subjetividade aristocrática. Os referidos elementos de constituição social e subjetiva geram tensões entre os imperativos de uma consciência individual e as exigências coletivas das razões do Estado, que demandam obediência à autoridade absolutista. Além disso, os ideais “subjetivistas” e os ideais autoritários do Estado vão de encontro à lógica comunitária e pública que caracteriza o modo de funcionamento da sociedade feudal. Gera-se, assim, uma série de tensões, contradições e potencialidades entre a instituição de uma forma de funcionamento social diferenciada – em que atuam as forças de regulação social – como caracterizado acima, e a formação das consciências, férteis de questionamentos e busca de sentido – em que pese o potencial emancipatório dos sujeitos sociais.

Desse modo, de acordo com Santos (2001), a maior aspiração do projeto da Modernidade é a compatibilização entre forças de regulação e forças de emancipação

social. Portanto, é a partir deste contraditório movimento do projeto da modernidade é que apresentamos a seguir a gênese do saber psiquiátrico.

Assim, sabemos por Michel Foucault (1972), em seu notável estudo sobre a História da Loucura na Idade Clássica, que a loucura acompanha a trajetória humana ao longo dos períodos históricos de forma diferenciada. Na Idade Antiga, o louco era considerado um afortunado, a manifestação da loucura uma expressão da divindade, portanto, além de gozar de prestígio e liberdade, ainda era cultuado pela sua condição especial. Tal atitude era fruto das influências do misticismo da época das narrativas mitológicas. Na Idade Média, porém, o louco passa a ser encarado como pobre de espírito, passível de pena e merecedor de caridade. A forte influência da Igreja Católica faz com que a experiência da loucura seja encarada como uma expressão demoníaca, ou espécie de bruxaria e, a partir de então, a loucura passa a ser gradativamente recolhida da circulação em esfera pública, exacerbando-se a sua periculosidade, que muitas vezes podia ser entendida como uma periculosidade de cunho ideológico, dado o seu caráter difamador do discurso hegemônico da Igreja.

Sob o manto da caridade e salvação, os antigos leprosários passam a servir para o confinamento daqueles que representavam ameaça à ordem social. Desta forma, os asilos recolhiam “marginais” de todo gênero: mendigos, prostitutas, hereges, divergentes políticos, loucos, entre outros.

Neste contexto, o Hospital que hora se apresentava como uma instituição de caridade, adquire uma nova função social. É nesta medida que Foucault (2000) situa o Hospital enquanto a “terceira ordem de repressão”, uma instituição de Estado entre o poder da Polícia e o poder da Justiça, responsável pelo recolhimento dos “marginais” de todos os gêneros.

De modo semelhante, o hospital psiquiátrico, enquanto uma tecnologia médica, toma o isolamento como um pressuposto epistemológico para acessar o conhecimento científico-experimental sobre um determinado objeto, além de alguns pressupostos como: observação sistemática, neutralidade das descrições, classificação, dentre outros. No entanto, para o que nos interessa de perto, o isolamento na Psiquiatria, além de apontar para uma atitude condizente com o paradigma das Ciências Naturais, permanecia envolto por significados terapêuticos e sociais, respectivamente para o tratamento moral e para o confinamento, o que evidencia a sua função de normatização e controle social.

Entretanto, a vida institucionalizada dos loucos nos manicômios aciona elementos que intervêm de maneira significativa na experiência da loucura, uma vez que a Psiquiatria historicamente ocupou-se da doença em detrimento da pessoa que vivencia o sofrimento, criando uma imagem estigmatizada que se justapõe a própria pessoa que experiencia tal sofrimento, condicionando a todos, mas fundamentalmente os usuários do manicômio, na sua forma de pensar, sentir, agir, de perceber os outros e a si mesmo. Estes usuários socializam-se em uma realidade objetivada, reduzida, normatizada, serializada, perante um processo que, com o tempo, apaga as singularidades existenciais, pois, de certo modo, ao louco é conferida e assumida a identidade de doente. Ou seja, o dispositivo manicomial oferece referências identitárias que se apresentam como limitadas, homogêneas, patologizadas. Em face desta violência física e simbólica inerente ao aparato asilar, pouco parece restar a não ser a própria produção da alienação. Portanto, em nome de uma crítica radical a este processo que se afirma a

necessidade de desinstitucionalização¹¹ da loucura, processo inviabilizado pelo aparato manicomial que se configura como a expressão dos anseios sociais modernos de controle e normatização social, que fez convergir a loucura com a doença mental.

Nesta perspectiva, segundo Machado (2000) a analítica foucaultiana nos permite pelo menos duas descobertas fundamentais: a primeira nos fornece a noção de que a época clássica tratava de forma indiferenciada o físico e o mental, portanto, a loucura não apresentava destaque frente às outras espécies de doenças, ou seja, nem representava uma patologia até a entrada em cena do discurso psiquiátrico do final do século XVIII, que passa a enquadrar a loucura como patologia mental.

Já a segunda descoberta situa historicamente a criação dos hospitais psiquiátricos. Precedido por instituições assistenciais que não possuíam o mandato social de recuperar o louco, mas de retirar de circulação social aqueles que se encontravam fora do projeto da modernização urbana, a saber: os vadios, pobres, libertinos, profanadores, loucos, dentre outros ocupantes da rua. Assim, o louco é destacado dos seus semelhantes em situação de exclusão social e confinado em uma instituição específica. Neste processo ressalta Machado:

“... quando a psiquiatria une uma atitude moral e social em relação aos loucos e um conhecimento médico da loucura, o ato de considerar alguém louco, no classicismo, não se fundamenta em uma teoria médica da loucura; e, inversamente, a teoria da loucura se elabora não a partir da observação dos loucos, mas da doença em geral...” (Machado, 2000, p. 11-12).

Desta maneira, poderíamos imaginar que o hospício surge em decorrência de avanços científicos na área da psiquiatria, mas a relação é inversa. O hospício passa a

¹¹ Perante o não cumprimento da função social de recuperar os doentes mentais, o hospital psiquiátrico sofre as primeiras críticas a denunciarem a sua face iatrogênica. Desta maneira, a terapêutica por excelência – o hospital - passa a ser responsabilizada pelo acréscimo de problemas sobre a própria evolução esperada das patologias ali tratadas. Estas questões estão no cerne do movimento da Reforma Psiquiátrica do Pós-Guerra e será retomado mais adiante neste trabalho.

existir em virtude de demandas sociais muito bem delimitáveis pelo senso crítico: a normatização social e o confinamento.

Para Desviat (1999), o processo de institucionalização que sofreram os loucos era uma resposta absolutista à desorganização social que emergia das modificações no modo de produção social. A esse respeito, detalha Resende (2000) que, nas sociedades pré-capitalistas, a capacidade de se adaptar ao trabalho não era um determinante na definição da normalidade/anormalidade, pois a organização produtiva não discriminava de forma tão precisa as diferenças individuais, tendo-se em vista que a produção artesanal respeitava muito mais a individualidade do artesão. De forma contrária, ocorreu a partir do ocaso do feudalismo-artesanal e ascensão do capitalismo-industrial, pois o modo de produção capitalista requisitava uma adaptação do homem ao ritmo crescente de trabalho excedente e, aqueles que não se incorporavam ao sistema produtivo com um ritmo serializado e massificado, vieram a ser avaliados como um problema social e seriam considerados incapazes de aceitar o pacto social. Desta maneira, a loucura passava a ser considerada sob a ótica da alienação, ou em outras palavras a loucura é reduzida a erro, descontrole, ausência de produtividade.

Desta maneira, os loucos eram acorrentados em construções geralmente afastadas dos aglomerados urbanos, em asilos que serviam para ocultar a face perversa do desenvolvimento. É só a partir do trabalho do médico francês Philippe Pinel, por volta do ano de 1793, ano da nomeação para o cargo de diretor do hospital Bicêtre, que a loucura passa a receber uma atenção diferenciada dos demais reclusos nos asilos. Os novos ares da Revolução Francesa e seus ideais de libertação e modernização eram demasiado contraditórios à existência de uma instituição absolutista como o asilo. Além disto, estamos falando do período da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, do pleno direito de ir e vir das pessoas e das mercadorias, período da formulação de um

novo contrato social, que fazia o indivíduo livre para pensar sobre os limites de suas responsabilidades. Assim, Desviat (1999) afirma que a psiquiatria iria prestar o favor à emergente sociedade democrática de assumir a tutela dos alienados, que eram supostamente irresponsáveis, escapando às novas regras de convívio, portanto, não autorizados a se constituírem em sujeitos de direitos e deveres. Percebemos, então, que o mesmo movimento social que deu origem às noções de cidadania, também estabeleceu os limites de quem não gozaria desta condição cidadã.

A psiquiatria pineliana, desta forma, constrói através de observações sistemáticas dos loucos nos asilos, o seu objeto, a doença mental, e o seu discurso passa a prescrever um tratamento moral calcado na crença da cura mental. Segundo Resende (2000), o termo moral era utilizado na filosofia do século XVIII vinculado às ciências do espírito (*Geistwissenschaften*), em oposição às ciências naturais (*Naturwissenschaften*), o que demonstra também uma crença de que a fonte causadora dos transtornos psíquicos encontra-se na mente e, portanto, é por esta via que devem ser tratados, e não mais através de sangrias e purgações que eram modalidades de tratamentos prescritos por uma concepção, por assim dizer, mais materialista, fisicalista.

Esta recém constituída ciência mantém o padrão de isolamento como pressuposto, não distinguindo claramente tratamento de punição, tendo-se em vista que o tratamento moral nunca chegou a constituir-se enquanto um corpo coerente e acabado sobre o surgimento e o tratamento das doenças mentais (Resende, 2000).

A Psiquiatria, portanto, funda o monopólio da competência em tratar da loucura, desta maneira responsabilizando-se por libertar os loucos das arbitrariedades que eram cometidas pelo relativo desconhecimento de causa, ou por explicações fundadas em uma ordem mística ou teológica. Entretanto, tal discurso apresenta a ambivalência de empobrecer a compreensão de uma experiência humana fundamental em classificações

terapêuticas e científicas reducionistas, assim, as inúmeras possibilidades da loucura são reduzidas a um único significado, doença mental (Amarante, 1995).

A gênese deste discurso remonta ao projeto de organizar o mundo pelas luzes da razão científica. O louco, sob esta ótica, está desautorizado a gerenciar a própria vida, e a liberdade daqueles que se enquadram na categoria da patologia mental está ameaçada por práticas e discursos signos de um ideal moderno de normatização social e controle. Em termos históricos, podemos considerar que Pinel libertou a loucura das correntes e arbitrariedades realizadas em nome de um mundo teologicamente organizado, transferindo para um discurso racional meramente classificatório que pode aprisionar de forma ainda mais profunda. Dito de uma outra forma: a psiquiatria libertou da corrente os loucos porque carregou de correntes a nossa forma de enxergar a loucura, ancorada na periculosidade social, violência e imprevisibilidade. Portanto, em efeito contrário ao que se imaginava, a experiência da loucura passa a ser encoberta pelo discurso médico, no lugar de melhor revelada ou melhor conhecida.

Em um sentido semelhante, mas tratando de uma temática diversa que podemos trazer para a presente discussão, Giddens (1991) afirma que a modernidade pode ser definida pela construção de uma estrutura social de produção e controle, agrupadas em quatro campos: o industrialismo, o capitalismo, a industrialização da guerra e a vigilância de todos os aspectos da vida social. O sociólogo inglês destaca como uma das principais características da modernidade a difusão de um auto-reflexividade. Este processo resulta de uma crescente racionalização da vida cotidiana, fazendo do saber científico o substituto dos saberes da tradição na regulação da vida social. No entanto, destaca Giddens que a principal característica da ciência não seria a produção de certezas, mas a de um feito paradoxal, a produção de um saber precário sobre a vida cotidiana, ou seja, embora possamos definir a modernidade como um processo de

racionalização do mundo de uma maneira generalizada, se acompanharmos os indivíduos em uma escala mais próxima perceberemos que este indivíduo delega a sua vida cotidiana àquelas pessoas que detêm o saber especialista sobre determinado campo da vida. Neste sentido, o discurso médico enquanto um saber especialista em franco desenvolvimento na modernidade realiza uma apropriação do conhecimento sobre a loucura, estabelecendo a sua “regra de competência” (Chauí, 1980) e assim, o discurso da loucura é gradativamente substituído pelo discurso sobre a loucura.

Apesar de tudo, a intervenção de Pinel sobre a loucura permitiu à sociedade burguesa em ascensão experimentar um grande otimismo em relação à cura das doenças mentais. Mas, tal crença não tardou em desvanecer frente aos infortúnios e deterioração das condições de vida nas cidades, como bem aponta Resende (2000) ressaltando o grande número de perturbadores da ordem burguesa que passaram a ser varridos para os manicômios, que ocasionaram um grande inchaço da população a ser tratada, acabando com o ambiente que permitia um contato interpessoal mais próximo de um ambiente familiar, o que provavelmente teria sido o fator do relativo sucesso para algumas instituições de pequeno porte que realizaram o tratamento moral.

Desta forma, “A assistência psiquiátrica mergulha novamente no longo sono do período pré-pineliano, e não considero exagero afirmar que deste pesadelo só começará a despertar na época da segunda grande guerra” (Resende, p.29: 2000).

3.1 - A construção do arsenal teórico-metodológico: reformar, superar ou romper?

Apesar da Psiquiatria manicomial, desde a sua criação, sofrer críticas pela forma autoritária e excludente de tratar da loucura, podendo ser formulado que a própria psiquiatria nasce como reforma (Castel, 1978), é, sobretudo, no período Pós-Guerra que se reúne o maior arsenal de críticas endereçadas aos seus saberes e práticas (Amarante, 1995; Birman e Costa, 1994; Desviat, 1999). Surgem os chamados movimentos da Reforma Psiquiátrica.

Muito embora os movimentos reformistas tenham surgido em um mesmo período histórico, a sumária exposição que se segue não buscou reproduzir a ordem cronológica dos acontecimentos. O encadeamento desta é de inspiração na apresentação da trajetória da Reforma Psiquiátrica realizada por Amarante (1995) a qual possibilita a delimitação de três blocos: as reformas restritas ao âmbito manicomial, as reformas de superação do manicômio e as rupturas com o manicômio.

Para Birman e Costa (1994), as condições para o aparecimento dos movimentos reformistas residem no fato de a psiquiatria enfrentar uma profunda crise em seus níveis constitutivos. O primeiro nível desta crise diz respeito à profissionalização da categoria médica e o seu perfil de trabalhador assalariado, fazendo com que a relação médico-paciente esteja cada vez mais atravessada por um “organismo regulador”, comprometendo, e muitas vezes desvirtuando a relação com paciente. O segundo fator está associado à transição do objeto da disciplina teórica, da doença mental para a saúde mental, instaurando-se uma mudança radical no campo epistemológico. O terceiro nível é o da prática clínica e está associado diretamente às crises dos outros níveis, pois o modelo assistencial apresenta-se por vezes contraditório e confuso na aplicação de

instrumentos terapêuticos de um objeto em transição conceitual, da doença para a saúde mental. Atemo-nos agora, entretanto, nestes movimentos reformistas.

3.1.1- Reformando o Manicômio

Um dos primeiros movimentos reformista foi a Psicoterapia Institucional na França do início da década de 1950. Utilizava a psicanálise como fundamento técnico-epistemológico e apoiava-se na premissa de que o hospital psiquiátrico estava doente, portanto, toda a instituição necessitava de tratamento, abrangendo tanto os internos quanto os profissionais. Objetivava reativar o potencial terapêutico do Hospital psiquiátrico, acreditando no fato de que o mau uso das terapêuticas e administração do hospital somado ao descaso político, era o que tornava este lugar um ambiente de repressão e violência.

As Comunidades Terapêuticas da Inglaterra, por sua vez, surgem da experiência de organizar grupos de discussão entre os pacientes do Hospital Northfield, em Birmingham, por volta do ano de 1943, que deliberavam sobre a direção do centro de tratamento. Esta experiência fez com que a responsabilidade sobre o tratamento não ficasse apenas sob os domínios do médico, mas dos membros da comunidade. Possui um caráter semelhante ao da Psicoterapia Institucional, porém sem a influência da psicanálise. Para Desviat (1999) as características básicas das comunidades eram: a democratização das opiniões, o exercício da tolerância, a comunhão de intenções e objetivos, a realização de atividades coletivas, além da destruição de autoridades tradicionais cristalizadas.

A Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas são consideradas os primeiros movimentos reformistas em resposta às críticas da cronificação ocasionadas pelos asilos. Possibilitaram o enfrentamento de uma ideologia calcada na contemplação

especulativa da doença mental, que era entendida como uma entidade abstrata, disjunta do paciente de uma instituição psiquiátrica (Basaglia citado por Desviat, 1999). No entanto, estas experiências não foram capazes de realizar uma crítica mais aprofundada sobre o processo de exclusão inerente ao próprio aparato manicomial.

3.1.2- Superando o Manicômio

Com um caráter reformista mais amplo, temos a Política de Setor francesa, fruto das deliberações das Jornadas de Psiquiatria de 1945 e 1947. Estas jornadas decretaram uma nova doutrina de ação em saúde pública visando a ampliação do acesso aos serviços, anteriormente tidos como elitistas. A nova lógica é regida pelo conjunto de ações de prevenção, profilaxia e tratamento pós-cura. Dentre as principais inovações desta política destaca-se a setorialização das práticas, primando pela possibilidade de tratar o doente sem retirá-lo da família e com acompanhamento médico do responsável por uma área sanitária, além de redirecionar o papel do hospital psiquiátrico, encarado como uma etapa do tratamento e não como a exclusividade da atenção. A Política de Setor criticava o asilo por ser oneroso, inadequado para o tratamento das patologias a que se propõe, além de ser uma instituição que encobre as crises sociais via uso de técnicas “psis” (psiquiátrica, psicanalista e psicológica) e medicalização. Portanto, os dispositivos anteriormente exclusivos do ambiente hospitalar passaram a funcionar no seio da comunidade, que era definida a partir de um esquadramento de uma determinada área geográfica e social, permitindo que os pacientes de um setor possuíssem semelhantes hábitos, cultura, enfim, uma certa proximidade além da geográfica, configurando um setor específico.

A Psiquiatria Preventiva americana aparece ainda no contexto das reformas intermediárias, que apesar de realizarem uma crítica ao aparato manicomial, não

conseguem estabelecer uma ruptura com o saber psiquiátrico. Um marco ilustrativo deste movimento foi o pronunciamento do presidente John Kennedy em 1963, sobre a adoção de uma política de redução da doença mental nas comunidades americanas. Este discurso obteve impacto sobre a própria Organização Mundial de Saúde (OMS), inclusive no Brasil e demais países da América Latina (Amarante, 1995).

Do ponto de vista teórico, Gerald Caplan (1966) é responsável pela sistematização dos princípios da psiquiatria preventiva, estabelecendo uma hierarquização da assistência. Estabelece também uma distinção entre doença e crise, de fundamental importância para a lógica preventivista. A crise passava a ser tolerada, mas despertava um olhar vigilante, tendo-se em vista que as sucessivas crises ocasionariam um desgaste do sujeito e a instalação da doença. Aliado a estes marcos, está a difusão de um imaginário de salvação, prevenção da marginalidade e de praticamente todos os desvios sociais, através da criação de uma vigilância eficaz na identificação de suspeitos ou candidatos à enfermidade, via utilização em larga escala de testes psicológicos e questionários padronizados. Estes movimentos expressam o ideal de uma sociedade crente no sucesso da ciência que faz progredir a humanidade, através do controle e ordem.

A psiquiatria se vê diante de uma complexidade maior do que o antigo objeto, que era enclausurado no manicômio, passando a solicitar outros ramos do conhecimento para embasar suas práticas, como sociologia, psicologia (sobretudo o behaviorismo), chegando inclusive a contribuir na definição um novo indivíduo, composto pela indivisível unidade biopsicossocial, tão difundido pelo conceito oficial de saúde adotado pela OMS. Entretanto, a partir da abertura da Psiquiatria ao diálogo com outros campos científicos surge também um redimensionamento do papel das categorias

profissionais, com a constituição das equipes multiprofissionais, quebrando um pouco o monopólio do psiquiatra em tratar da loucura.

Entretanto, tanto a Política de Setor quanto a Psiquiatria Preventiva não foram capazes de gerar uma transformação cultural ampla, condição fundamental, no nosso entendimento, para o sucesso da Reforma Psiquiátrica. Possivelmente contribuiu muito mais para um fortalecimento da Psiquiatria aumentando a sua abrangência técnica e ideológica. Ainda em decorrência deste processo, ocorreu a difusão da psicanálise que estava cada vez mais distante dos que estavam em situação de loucura, produzindo uma seleção na demanda de usuários, recrutando apenas aqueles possuidores de recursos lingüísticos e culturais que os habilitavam a consumir as tecnologias psicoterápicas derivadas da psicanálise, como se referia Castel (1987). Neste caso, não se trata de atribuir menos importância ao reconhecimento da diversidade de distúrbios neuróticos merecedores de atenção da saúde pública, mas trata de criticar a formatação da oferta de serviços que passa a deixar desprovido de atenção os egressos de hospitais psiquiátricos, os chamados psicóticos crônicos, esquizofrênicos, entre outros (Vasconcelos, 1992). Além disso, estas perspectivas não pressupõem o fim dos manicômios.

3.1.3- Rupturas com o Manicômio

Compete a Antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica italiana realizar críticas e transformações mais radicais na Psiquiatria. A Antipsiquiatria surge na Inglaterra, na década de sessenta do século passado, e recebe influências das mais diversas: Fenomenologia, Existencialismo, Sociologia, Psicanálise, Marxismo e do pensamento de filósofos como Michel Foucault, além do apoio dos movimentos *underground* e da contracultura (Amarante, 1995). Decretavam a inadaptação das práticas e saberes

psiquiátricos no trato com a loucura, sobretudo na esquizofrenia. Visavam desautorizar a Psiquiatria a partir do entendimento de que o louco era vítima de uma alienação da norma e, portanto, um denunciador de práticas sociais repressivas.

Desta forma, a Antipsiquiatria pretendia investigar o funcionamento do processo que resultava na aceitação da existência da identidade esquizofrênica. Buscavam, assim, indagar sobre o significado da conformidade com este rótulo, dando atenção as relações sociais contraditórias e ideológicas que davam sustentação a este perfil, sobretudo, as relações historicamente estabelecidas com os médicos e familiares (Cooper, 1982).

A Antipsiquiatria é considerada por Desviat (1999) como um termo ambíguo que compreende movimentos radicais de contestação e de reforma, ocorrendo de forma autônoma ao sistema de saúde inglês, dado o excelente funcionamento do modelo sanitário da Inglaterra naquela época. Mesmo assim, ainda que pudesse ser classificada como um movimento reivindicatório, trouxe efetivas e importantes contribuições sobre a compreensão do caráter social da subjetividade, sobretudo dos estados rotulados de esquizóides.

Desviat (1999), por outro lado, refere-se ao “mito fundador da Reforma Psiquiátrica Italiana” (Desviat, 1999: p.42), momento no qual Franco Basaglia assume a diretoria do hospital psiquiátrico de Gorizia. Nesta condição, a atuação de Basaglia iniciou-se pela transformação do hospital em uma Comunidade Terapêutica, propondo em seguida, a desarticulação do manicômio e o retorno dos doentes mentais à sociedade. Desta forma, ao nos referirmos a Reforma Psiquiátrica italiana estaremos tratando das experiências de Gorizia na década de 1960 e de Trieste na década de 1970 até a atualidade.

Assim, uma das principais lutas de Franco Basaglia era de desconstruir a noção amplamente difundida que sobrepunha a doença mental a comportamentos agressivos.

Tal mobilização só foi possível em virtude da democratização das relações do manicômio, o que desencadeou novas formas de contratualidade entre usuários, funcionários, familiares e comunidade, protagonizando o enfrentamento das crises ou “novos problemas” institucionais. Este momento permite-nos o entendimento de que a Reforma Psiquiátrica italiana recusa a eficácia das soluções meramente “técnico-psis” (psiquiátrica, psicológica, psicanalítica) para inserir este movimento na dimensão de uma luta político-social. Este processo recebeu a sustentação de alguns movimentos sociais que despontavam na Europa no final década de 1960 e início de 1970, em especial o movimento estudantil. Alcançando, inclusive, a mobilização parlamentar em favor da causa da Reforma, culminando na aprovação da Lei 180 de 1978.

Para Vasconcelos (1992), a legislação psiquiátrica é um instrumento legal que pode induzir ou acelerar as mudanças, sendo a experiência italiana uma demonstração de como essa influência pode se dar de forma positiva na construção de uma melhor atenção em saúde mental.

Tikanori (1986) comenta o processo de desinstitucionalização, cuja Lei italiana N°. 180 de 1978 é expressão desta conquista social e condutora na implementação de mudanças, distinguindo dois procedimentos básicos: o da eliminação da internação e a criação de serviços territoriais que permitam a completa substituição da internação. No ponto de vista do referido autor os principais termos da lei são:

- 1) A proibição da construção de hospitais psiquiátricos e internações em manicômios, visando um processo de esvaziamento e desmonte dos hospitais psiquiátricos.
- 2) Garantir a tomada de responsabilidade na coordenação da atenção em saúde mental por parte dos serviços territorializados, no cuidado da totalidade da

demanda de uma determinada população. Tendo-se em vista o caráter indicativo da Lei 180, cabe aos governos regionais a sua aplicação.

- 3) Mesmo durante o tratamento as pessoas devem conservar os direitos e deveres civis.
- 4) A abolição do estatuto de periculosidade social do doente mental, além da internação e tratamento compulsórios.

De acordo com Milagres (2002) o termo território é de extrema importância para o campo da saúde mental, acompanhem as suas colocações:

o termo “território” no campo da saúde tem origem na experiência de desinstitucionalização italiana, quando se identifica a necessidade de reestruturar e subdividir os serviços de atenção em saúde mental por regiões da cidade, criadas a partir de critérios demográficos e de pertencimento subjetivo dos seus moradores (p.10).

Do ponto de vista teórico-prático, refere-se ainda Milagres que o conceito de território foi bastante trabalhado pelo Prof. Milton Santos, segundo Gomes (1989):

“(...) Para ele [Milton Santos], este [o território] é visto como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados em situação na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes, o território nunca está acabado mas, ao contrário, em constante reconstrução. Daí a noção de território-processo. Para o autor [Milton Santos] o território é tecido a partir de suas formas, mas usado como sinônimo de espaço humano, espaço habitado” (grifos do autor) (Gomes, 1989, p.138, citado por Milagres, 2002, p.10).

Desta forma, podemos destacar ainda que a criação e aprovação da Lei 180 italiana provocaram uma tensão na estreita aliança entre a Justiça e Psiquiatria. Relação esta que estava legalmente formulada desde o Código Rocco de 1931 (Barros, 1994). O

referido código penal apresentava a noção de imputabilidade associando a periculosidade aos problemas psíquicos, enquanto uma realidade naturalizada e a-histórica, na qual tornava-se imutável e insensível às influências sócio-históricas.

Assim, a Psiquiatria Democrática italiana buscou promover a construção de espaços coletivos, com o objetivo prioritário de romper com as relações de poder enrijecidas, a partir da eliminação das formas de contenção que utilizavam a violência enquanto recurso terapêutico como os quartos fortes, eletrochoques e uso excessivo de psicofármacos ocasionando um quadro de impregnação (abaixamento do limiar de consciência e motor via excessiva contenção química); incentivo ao restabelecimento da relação dos pacientes com o seu próprio corpo, da gestão da própria palavra e de objetos pessoais, entre outras modificações (Barros, 1994; Rotelli, 1990). Com isto buscava-se o envolvimento dos profissionais e pacientes.

Entretanto, a humanização e a democratização advindas da adoção de tais mudanças no interior do manicômio não permitiu Franco Basaglia atingir seu questionamento central: a exclusão social. Fato este que induziu Basaglia a elaborar uma crítica radical as funções sociais, políticas e ideológicas do dispositivo manicomial, o que levou, assim, a superação do reformismo psiquiátrico, num processo de renúncia ao mandato terapêutico da Psiquiatria (Amarante, 2003). A partir de então, a administração do hospital psiquiátrico foi orientada para a emergência de novos “problemas institucionais” e o enfrentamento destes permitiu a modificação da cultura dos atores envolvidos: os profissionais, os pacientes, os familiares, a comunidade.

Contribuindo com este debate, Barros (1994) acredita ser necessário romper com a realidade do asilamento, pois este precede a própria construção da doença mental. Tal fato deve-se a um processo histórico no qual a privação de liberdade e a censura moral anteciparam a possibilidade de discussão e reconhecimento da loucura. Além do

empobrecimento da problemática da loucura sob o manto da doença mental, a referida autora nos alerta para uma segunda ordem de empobrecimento do nosso entendimento, momento este em que a doença mental é associada à periculosidade social, portanto, a comportamentos agressivos, violência e imprevisibilidade.

Uma das noções centrais oriundas das transformações ocasionadas pela Reforma Psiquiátrica italiana é a da desinstitucionalização. A utilização do termo desinstitucionalização iniciou nos Estados Unidos, no período do governo Kennedy, para indicar uma política de altas e reinserção de pacientes psiquiátricos na comunidade (Barros, 1994). Esta ênfase política, porém, representa a maturação de uma redefinição do Estado perante sua responsabilidade social em resposta a crise fiscal dos idos de 1929. Tal perspectiva de desinstitucionalização, marcada pelas altas hospitalares, redução de leitos, fechamento de hospitais, abandono dos pacientes, parece possuir maior proximidade com estratégias neoliberais em vias de construção de um Estado-mínimo, que identificada com os anseios da Reforma Psiquiátrica italiana, pois esta visava o redimensionando do atendimento manicomial para o território e não o abandono do paciente psiquiátrico à própria sorte.

Para Rotelli (1990), em países como os Estados Unidos a desinstitucionalização efetivamente transfigurou-se em uma desospitalização, obtendo um saldo negativo para a população psiquiátrica, pois todas as reformas que planejavam uma superação gradativa do manicômio via mudança da ênfase na prestação de serviços, para uma intervenção no contexto social e realização da prevenção ou reabilitação, produziram vicissitudes entre o abandono e a transinstitucionalização. Desta maneira, a transinstitucionalização ocorreu a partir de uma transferência da tutela institucional, ou em outros termos, através da criação de um mecanismo de “*revolving door*”, no qual a redução do período de internação é compensada pelos altos índices de reincidência nos

diversos níveis de tratamento. A estática da clausura é substituída pelo ativo mecanismo de circulação em serviços especializados, pontuais e fragmentados, mantendo a lucratividades das ações do setor.

A gama de serviços especializados que surgidos da ênfase em serviços extra-hospitalares pode ser agrupados em três tipos: o modelo médico, centrado na ministração de psicofármacos através dos serviços do hospital geral; o modelo de auxílio social, que busca agir sobre as condições materiais das pessoas; e o de escuta terapêutica, que realiza a psicoterapia. Entretanto, apesar da criação destes serviços a internação psiquiátrica tanto continua a existir, quanto os serviços comunitários ao invés de substituir, confirmam a sua necessidade de existência, pois seleciona os beneficiados, decompõe os serviços, não se responsabiliza pela demanda e, por conseguinte, abandona, deixando o manicômio como uma atenção certa, que não desampara sua clientela (Rotelli, 1990).

O processo de desinstitucionalização requer não só o desmonte do manicômio, mas exige uma proposta de intervenção terapêutica que possibilite remontar as determinações normativas e que façam aparecer novas formas de expressão para a loucura, não somente associada à doença mental. Assim, a terapêutica não mais se ocupando da busca da cura, mas incorporando a crítica do próprio percurso do tratamento. Neste processo, torna-se plausível a reconstrução da complexidade do “objeto”, pois a atenção está não mais voltada para a doença mental, mas para a existência-sofrimento. Além de contar agora com a participação ativa (conflitiva ou não) de agentes sociais comprometidos com a mudança: os pacientes, profissionais, a comunidade, opinião pública, enfim, entram em cena sujeitos políticos institucionais e não-institucionais (Rotelli, 1990).

Ainda sim, é importante destacar que no espectro dos aspectos afirmativos inerentes a desinstitucionalização, encontraremos o imperativo da construção de estruturas extra-hospitalares com capacidade de atender a totalidade da demanda de uma determinada região, a partir da reconversão e realocação de recursos humanos, materiais e financeiros. Este processo permite eliminar a necessidade da hospitalização psiquiátrica e sua decorrente lógica de funcionamento administrativo que requisita a plena ocupação dos leitos para viabilizar o equilíbrio de suas altas despesas. Tal mecanismo administrativo-financeiro que é acionado pelo hospital psiquiátrico já seria suficiente enquanto justificativa para a desinstitucionalização, uma vez que o manicômio passa a funcionar cada vez mais com o automatismo e despesas fixas necessários para sua autopreservação, que a propósito de seus usuários. Entretanto, esta justificativa não é suficiente e, experiências das psiquiatrias reformadas mundo-a-fora, estão para exemplo de como a desinstitucionalização pode desvirtuar-se em desospitalização.

Desta maneira, a experiência italiana apresenta-se como emblemática para a Reforma Psiquiátrica a ser realizada sob o signo da desinstitucionalização, entendida enquanto a radicalização do projeto reformista, que na verdade desconstrói e rompe com a estrutura de asilamento, mas não só isso, com a própria disciplina psiquiátrica também. Tais necessidades ou motivações da Reforma podem ser sintetizadas nos seguintes aspectos: o alto custo dos pacientes do funcionamento do dispositivo manicomial; a busca de recusa da violência e segregação que caracterizam o tratamento manicomial; a eficácia dos tratamentos territoriais.

As experiências da Reforma Psiquiátrica aqui apresentadas contribuiram para que a atenção em saúde mental fosse gradativamente redirecionada da orientação exclusivamente médica e hospitalar que regia a psiquiatria tradicional para uma atenção focalizada no setor, na comunidade, no território, muito embora não se perdesse de

vista a loucura como uma experiência do sujeito e não unicamente reduzida à patologia.

Em seguida apresentaremos um breve percurso da trajetória da constituição da atenção

Psiquiátrica no Brasil.

3.2- A constituição do campo psiquiátrico no Brasil e a Reforma Psiquiátrica (estarei contando a mesma história? O que há de novo?)

Tratar da história da constituição da assistência psiquiátrica no Brasil, inicialmente, nos traz a sensação de que estamos recontando uma história que ocorreu na Europa do século XVI, e que foi transplantada com a defasagem de três séculos, isto, tendo-se em vista apenas o mesmo destino que foi dado tanto no “Velho” quanto no “Novo Mundo” para a loucura: o enclausuramento. Entretanto, um olhar mais cuidadoso para os condicionantes brasileiros que redundaram nas mesmas circunstâncias européias, revela que as transposições de instituições, saberes e práticas possuem caráter secundário na constituição da atenção psiquiátrica no Brasil.

Desta forma, a análise da trajetória brasileira merece privilegiar as peculiaridades da nossa conformação social, que passa muitas vezes a “tropicalizar” as instituições para se adequarem a nossa realidade e não o contrário, como indicaria um entendimento baseado na importação pura e simples. Portanto, as instituições cumprem determinadas funções de acordo com a sociedade em que operam, não podendo ser concebidas fora do tecido social que as engendram (Resende, 2000).

Uma primeira diferenciação diz respeito ao momento em que a loucura se configura um problema social, pois enquanto na Europa ocorreu no ocaso do feudalismo e ascensão do capitalismo e com isto através da necessidade de um novo homem que se adequasse às novas exigências da norma produtiva capitalista, no Brasil surgiu em meio a uma sociedade rural, pré-capitalista e escravocrata. Destarte, se na Europa o processo de industrialização e urbanização foram propulsores do “grande enclausuramento” descrito por Michel Foucault (1972), no Brasil aquele processo não se apresentou

enquanto condição necessária, uma vez que as autoridades já eram acionadas para intervir sobre a loucura que emergia de uma organização social rural e escravocrata.

Assim, descarta-se a industrialização e urbanização enquanto pré-condições para uma diminuição na tolerância da sociedade para com a loucura, muito embora estes processos sejam responsáveis pelo aprofundamento da intolerância. Assim, delas prescinde o seu aparecimento, uma vez que as cidades eram pouco povoadas, com economia primitiva e dependente da presença do escravo, seja nas atividades domésticas, seja nas atividades produtivas, tanto no campo quanto na cidade (Resende, 2000).

A onipresença do escravo no tecido social brasileiro aliado a uma herança ibérica de valorização à nobreza contemplativa, portanto, passaram a revestir o trabalho de uma conotação negativa, emprestando um caráter de indignidade para aqueles que o exerciam, de tal forma que onde não existia coerção e chicote, a atividade produtiva praticamente não era realizada. Desta forma, a sociedade colonialista e escravista brasileira forneceu indícios de uma polarização entre segmentos sociais fundamentalmente antagônicas, o escravo rural e o grande fazendeiro. Para Resende (2000), entre esta polarização crescia uma verdadeira massa de inadaptados, pessoas que nem se enquadravam entre os proprietários e senhores e não mais sendo escravos, eram na maioria mulatos e mestiços, encontravam-se na realização de trabalhos esporádicos e pouco definidos ou ainda sem trabalho. Ainda merece destaque o considerável desenvolvimento de uma subcategoria de “desocupados”, “vadios” que ingressaram no crime como forma de vida, influenciando um imaginário social que a pobreza representava um perigo à ordem social.

Neste contexto, a ociosidade passa a ser combatida pelas autoridades da época a partir de um entendimento de que esta era responsável pela desordem social e um

entrou para o desenvolvimento econômico da sociedade colonial brasileira. Momento este, em que as influências européias tornam-se mais visíveis, sobretudo as influências inglesas dada a sua hegemonia no comércio mundial, de uma ética formada para e através do trabalho, que apesar de contraditória à anteriormente descrita tradição ibérica, não tardou em ser incorporada pela nossa conformação social. Desta maneira, o trabalho revestido agora de um caráter de “formador do espírito” passa a ser prescrito em repressão à ociosidade e desordem a ela associada. Esta atitude afetará todos os “marginais” da sociedade, dentre os quais interessa-nos mais detalhadamente como ocorreu com aqueles tidos como alienados.

Realizando um breve histórico da constituição do campo saúde mental no Brasil, Cecília Carvalho (2001), destaca o ano de 1852 pela inauguração do primeiro Hospital Psiquiátrico no Brasil, o Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, com capacidade para receber 350 doentes, não demorando mais de um ano para que já estivesse operando com a capacidade máxima. Tal hospital constitui-se na primeira instituição para o recolhimento específico dos alienados, criado através do decreto imperial de 1841 como atividade para marcar a ascensão do jovem imperador que emprestava o nome à instituição, sendo o grande feito que caracterizava a ascensão ao império. Evento, este, atestando em uma certa medida, a importância atribuída para o trato mais criterioso dos desvios e perturbações da sociedade naquela época. Portanto, recolhiam-se aqueles “desadaptados” e “miseráveis”: os mendigos, órfãos, imigrantes que se recusavam às condições de trabalho, loucos e marginais de uma forma geral.

Aponta Machado (2000), que a construção do primeiro hospício veio o resultado de um processo iniciado anteriormente por volta do ano de 1830 com a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Mobilizados por um paradoxal sentimento de que a loucura era tanto perigosa, quanto injustiçada, as autoridades médicas

reivindicavam a inclusão da loucura nas medidas da medicina social. O discurso médico começa a se afirmar enquanto uma instância de controle social, o hospício passa a ser expressão de um ideal higiênico e disciplinador de uma população que começa a ser percebida como desviante da norma que a própria medicina estava contribuindo para instaurar.

Buscava-se, portanto, uma nova modalidade de tratamento diferenciada para os loucos que vagavam pelas ruas e aqueles que estavam enclausurados nos cárceres das Santas Casas de Misericórdia, respectivamente aqueles que despertavam os sentimentos de perigo e injustiça, mas que não deviam ser tratados nem pela via da liberdade, nem da prisão e sim através da disciplina em um novo lugar, organizado de tal forma a permitir o tratamento moral, algo não observado na realidade dos hospitais daquela época. Para Sigaud citado por Machado (2000), nunca o tratamento de uma moléstia humana esteve tão vinculado ao local em que se processa tal tratamento. Estas questões levaram a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro adotarem o lema: “aos loucos, o hospício¹²”, materializado na suntuosa e imponente construção da Praia Vermelha carioca. Entretanto, destaca-se o fato desta instituição que inaugura uma nova modalidade de tratamento ter sido construída dentro das dependências da Santa Casa de Misericórdia (Belmonte et al., 1998).

É importante ressaltar ainda que no Brasil, da mesma forma que na Europa, não foi a Psiquiatria que criou o hospício, mas hospício que criou a Psiquiatria, uma vez que no ano de 1852 não existia aqui esta especialidade no currículo médico (Russo, 1993). A disciplina de Psiquiatria só surge no ano de 1881 e passa a ocupar a função anteriormente destinada à cátedra de Medicina Legal. Suceder a disciplina de Medicina Legal, no entanto, é um fato que merece ser analisado, tendo-se em vista que a

¹² Este lema passou a ser incorporado pelo dito popular como referido anteriormente ao pronunciar que “lugar de louco é no hospício”.

Psiquiatria surge em um contexto de debate sobre as definições políticas da responsabilidade criminal, passando ela a ser responsável pela definição de quem são os indivíduos livres e aqueles destinados à tutela do Estado.

A Psiquiatria, portanto, legitima-se como um discurso válido na manutenção da ordem social, sobretudo quando desanexada da estrutura física da Santa Casa em 1890, momento paradigmático para a superação do discurso religioso e afirmação da racionalidade técnica, além de decretar um marco divisório entre a Psiquiatria empírica e Psiquiatria científica, momento também em que a classe médica se apresentava como porta-vozes da recém proclamada República.

O hospício firma-se como o único dispositivo terapêutico capaz de realizar o tratamento moral, formulado por Esquirol, psiquiatra francês discípulo de Pinel. Este tratamento pressupunha as seguintes fases: o isolamento, organização do espaço terapêutico, a distribuição do tempo e a vigilância.

O isolamento fundamentava-se na necessidade de separação do doente da sociedade e sua família, a partir de um entendimento de que estes eram, em uma certa medida, responsáveis pelo surgimento da doença daquele. Já a organização do espaço terapêutico compreende a divisão entre sexos, por sintomatologia da doença como: tranqüilo, agitado, afetado por doenças contagiosas, entre outros, e também divisão entre os pensionistas e indigentes. A distribuição do tempo constituía-se basicamente pela prescrição do trabalho, uma vez que este era concebido como o principal elemento da formação moral, indicado a partir de oficinas das mais diversas: de construção de móveis, calçados, jardinagem, alfaiataria, estopa, etc. e ainda serviam como auxiliares em obras de reforma da própria estrutura física do hospício. É importante destacar que trabalhos desta natureza eram prescrições para os doentes de classes menos favorecidas economicamente, pois o tempo dos mais abastados destinava-se à diversão. Ainda

utilizava-se de terapêuticas como a clinoterapia, definida como repouso no leito, a balneoterapia, que era um tratamento por banhos, entre outras modalidades. A vigilância, por sua vez, era a propriedade essencial do hospício, fazendo com que o louco seja submetido a um olhar permanente, geralmente materializado pelo olhar do pessoal da enfermagem (Belmonte et al., 1998).

A partir da construção do Hospital Pedro II no Rio de Janeiro seguiram-se, em boa parte dos estados brasileiros, construções de instituições de mesma natureza: em São Paulo, Recife, Belém, Salvador, Paraíba, Porto Alegre, Fortaleza, Maceió, entre outros, estes só para citar os que foram construídos em um espaço de cinquenta anos do Pedro II. Exceções feitas a algumas modalidades terapêuticas como as colônias agrícolas (que se propunha a curar os doentes através do trabalho agropecuário em pequenas oficinas), mas praticamente os primeiros cem anos da organização da atenção à saúde mental no Brasil possuem uma trajetória linear, tendo-se em vista que as mudanças ocorridas foram mais de caráter quantitativo do que qualitativa. Desta forma, o que se observa nesta trajetória é a proliferação, em basicamente todos os estados, do parque asilar.

Entretanto, vale salientar que

todo pensamento psiquiátrico nacional não se areja fora das cercanias da “idiotia adquirida”, da “melancolia” e do “delírio crônico de evolução sistemática”, pois quase 90% dos diagnósticos dessa época caíam na categoria da generalidade onomástica de “degenerado atípico” (Rodrigues, citado por Resende, 2000, p. 43).

Tais categorias diagnósticas ganham sentido quando relacionadas ao cenário nacional que era marcado por um processo de urbanização acelerada, com péssimas condições de saneamento, precarização das condições de vida da classe trabalhadora, a propagação de favelas e cortiços, além dos surtos epidêmicos e de doenças infecciosas e a propagação dos ideais eugênicos.

Estas condições favoreceram a união entre a Saúde Pública (representada por Oswaldo Cruz) e a Psiquiatria (com Juliano Moreira a sua frente), com objetivo de sanear a cidade nos focos de desordem, notadamente as ruas do centro e as proximidades dos Portos.

No entanto, ressalta Resende (2000), que nesta união, a psiquiatria desempenhou papel coadjuvante, recolhendo “as sobras humanas do processo de saneamento...” com o objetivo de “... encerrá-las no asilo e tentar, se possível, recuperá-las de algum modo” (p. 45).

Como referido anteriormente, o final do século XIX caracterizou-se pelas significativas transformações de cunho econômico, científico e ideológico que possibilitaram o surgimento de uma sociedade capitalista urbano-industrial na Europa e nos Estados Unidos. A burguesia, novo ator social que ascendeu ao poder a partir da Revolução Francesa, cria o mundo a sua imagem e semelhança. Desta forma, noções como futuro, novo, moderno, progresso, evolução, ruptura e outras similares começam a fazer parte não apenas do cotidiano dos atores sociais, como também a caracterizar o discurso intelectual e os projetos de intervenção estatal na sociedade.

No plano das artes, todas estas transformações permitem o surgimento de uma estética anti-romântica, pois a agitação social passa a requisitar a participação do artista e não mais favorece o fechar-se na sua interioridade, valorizando a fantasia, a natureza e a nostalgia de um passado imaculado. Portanto, em face da crise do Romantismo surge o movimento Realista, caracterizado por uma produção literária que busca a objetividade, impessoalidade, racionalidade, verossimilhança, contemporaneidade e perfeição formal. O uso de análises psicológicas, de um tom irônico e pessimista, além da tipificação social são ainda características importantes deste movimento.

No Brasil, a modernidade é alcançada através da ruptura com a antiga ordem, especificamente com a abolição da escravatura e a proclamação da República. “O Alienista” de Machado de Assis surge como o primeiro conto realista brasileiro, atestando a modernização de nossas artes. A agilidade e a concisão são as principais características de um conto, entretanto, tais exigências estruturais deste estilo literário não impedem a veiculação de uma profunda crítica social, presente em obras de maior envergadura do mesmo autor. O doutor Simão Bacamarte é o protagonista do nascimento de uma nova forma de interpretar a experiência cotidiana dos moradores de Itaguaí. O eminente doutor mobiliza todos os seus esforços para a construção da Casa Verde, local que permitirá administrar e qualificar os enfermos mentais da cidade. Portanto, imbuído dos mais dignos e modernos sentimentos, Simão Bacamarte pretende por meio da Casa Verde estudar profundamente a loucura, em seus diversos graus e casos, sob a forma de um autêntico arranjo nosográfico. A construção da Casa Verde é emblemática para a modernização dos costumes daquela localidade, a psiquiatria apresenta-se enquanto signo e vetor deste processo, pois tanto atesta a chegada na modernidade, quanto conduz para a modernização.

Em Itaguaí, o isolamento dos loucos também se reveste de vários significados: constitui-se no fundamento para aquisição do conhecimento que será definido através de rigorosa observação empírica; como para definição dos “limites da razão e da loucura” (Machado de Assis, 1998, p.31), para situar a ordem e a desordem mental; além de importante elemento para o estabelecimento da cura, via aplicação de um “sistema terapêutico”, uma medicação “que pudesse incutir-lhe o sentimento oposto” (Machado de Assis, 1998, p.81). Assim, Pinel, Locke, Condillac parecem visitar Itaguaí e com eles os ideais de exorcizar as influências místico-teológicas e ordenar a cidade pelas luzes da razão científica.

Em atitude condizente com o ideário positivista, o doutor Bacamarte advoga em defesa da pretensa neutralidade de seus diagnósticos e não tarda em ser denunciado pelos moradores de Itaguaí em diversas ocasiões, ao perceberem as motivações de vingança, inveja, ganância, curiosidade, etc. Além disso, a Rebelião é deflagrada em virtude da constatação de que a Casa Verde era um cárcere privado, portanto, instituição prisional e tutelar, muito mais do que terapêutica.

Portanto, a despeito de sua ênfase na racionalidade, neutralidade e objetividade, a ciência moderna nasce com a marca de uma contradição: a de ser uma produção humana, portanto, carregando suas glórias e suas misérias (Haguette, 2000). A miséria do doutor Simão Bacamarte é revelada no desfecho do conto, momento em que o sempre vigilante olhar clínico se vira contra o próprio alienista, colocando em xeque todas as suas certezas, semeando a dúvida, este espírito moderno do qual nos referia Marx ao revelar que “tudo que é sólido desmancha no ar”. Quem é louco em Itaguaí? É a pergunta que ainda fica no ar por mais de 100 anos de história da psiquiatria em terras brasileiras, demonstrando a profunda sensibilidade de Machado de Assis em antecipar muitas das temáticas discutidas pela Reforma Psiquiátrica apenas na virada do século.

Merece destaque, entretanto, algumas tentativas de operar mudanças na atenção psiquiátrica, como as propostas de Ulysses Pernambucano na década de 1930, que previa reverter à atenção psiquiátrica de má qualidade com a criação de ambulatórios, hospitais abertos, além de uma maior atenção aos egressos do sistema asilar. Experiências como a iniciada por Ulysses Pernambucano, no entanto, não encontraram um ambiente político-ideológico para o seu pleno florescimento. O que se desenvolveu no período posterior foi o que Alves (1993) descreve como a proliferação de uma assistência de baixa qualidade, o crescimento exorbitante nas décadas de 60 e 70 da

rede privada de Psiquiatria¹³, período caracterizado pela transição de modelos da saúde, de sanitarista-campanhista para médico-assistencial-privatista, em uma certa medida em decorrência de transformações sócio-econômicas, tão caras à saúde pública e responsável pela “capitalização da Medicina e privilegiamento do produtor privado deste serviço” (Mendes, citado por Dimenstein, 1998, p.57).

As críticas mais amplas ao modelo asilar o Brasil só vão ecoar, entretanto, a partir da década de 1980, fruto de um processo que se inicia na metade da década de 1970, momento definido como o da crise de legitimidade do Regime Militar que havia sido instaurado desde a Ditadura Militar de 1964. Assim, destaca Jacobi (1989) a contradição da conjuntura desta época, que ao mesmo tempo em que permitia uma maior organização da Sociedade Civil, mantinha apoio a setores identificados com o Regime Militar, portanto, vinculados à doutrina da Segurança Nacional. Este processo de redemocratização pode se definir como processo de transição controlada, de tal forma a constituir um complexo processo de concessão e conquista, concessão não no sentido de substituição do Regime, mas da sua institucionalização. Portanto, é no interior deste contexto de transição que surgem os movimentos de defesa dos direitos humanos, levados a cabo pela Sociedade Civil e por setores da Igreja, atores que se articulavam em torno da questão social. Processo que viu emergir o “novo sindicalismo” e os outros movimentos urbanos de reivindicação de questões relativas à reprodução da força de trabalho, dentre as quais destacamos o setor saúde (Jacobi, 1989).

Nesta articulação emerge o movimento da Reforma Sanitária cuja expressão máxima encontra-se na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde designada como “divisora de águas” para a saúde pública no Brasil. A referida Conferência recebe

¹³ Este crescimento é resultante da aliança entre a cúpula da Ditadura Militar e as elites beneficiadas, os proprietários dos hospitais psiquiátricos. Este movimento foi denominado por Carlos Gentile de Melo como a formação da “indústria da loucura” (Amarante, 1999).

tal denominação basicamente por dois motivos: pela forma como foi estruturada, precedida de Conferências municipais, estaduais e com a participação de diversos setores da sociedade, dentre os quais usuários, prestadores de serviço, trabalhadores e gestores, quanto pelo fato de estabelecer os princípios fundamentais para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que sofreu regulamentação na Lei 8.080 da Constituição Federal de 1988, prevendo amplas modificações nos princípios de organização da saúde, que passa a ser entendida através da articulação entre políticas sociais e econômicas, consagrando o princípio de que

a saúde é direito de todos e dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Artigo 196, Lei Orgânica da Saúde- 8.080/90, citado por Carvalho, 2001).

Portanto, os avanços do campo da Reforma Psiquiátrica nascem no âmago da Reforma Sanitária.

Para Delgado (2000), é neste período que as denúncias contra um modelo visivelmente inoperante e oneroso passam a figurar nos documentos oficiais, como as Diretrizes da Divisão Nacional de Saúde Mental (1980), o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica (1983), dentre outros. Muito embora, ressalta o próprio Delgado, que as mudanças no discurso oficial não garantam, nem representem, uma modificação efetiva no modelo assistencial. Desta forma, sentencia Amarante (1995), a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil se inicia com a contribuição efetiva de diversos movimentos sociais, como: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Franco Basaglia (de usuários e familiares dos serviços de saúde mental), entre outros. O primeiro destes movimentos mencionados carrega a

consideração de ser o sujeito político essencial para a formulação do projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciando um processo que denunciava o Regime Militar e suas articulações com o sistema de assistência psiquiátrica, envolvendo torturas, corrupção e fraudes (Amarante, 1995).

Para Amarante (1995), a Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser compreendida a partir de três trajetórias: a alternativa, sanitarista e desinstitucionalizante. Amarante refere-se a “trajetórias” para possibilitar a noção de que uma trajetória não decreta o fim da outra, podendo haver coexistência, sobreposição ou entrecruzamento.

A trajetória alternativa se inicia nos últimos anos do Regime Militar, dentro de um contexto de desvelamento do “milagre econômico¹⁴”, do crescimento da oposição ao Regime, da reorganização dos partidos políticos e do surgimento das lutas por melhores condições de vida. As manifestações no setor saúde possibilitam a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME), os principais articuladores que possibilitaram as bases políticas e teóricas para estruturação das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Esta trajetória também é marcada pelo surgimento do MTSM, que teve como marco a chamada “crise do DINSAM”. A DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), vinculado ao Ministério da Saúde e responsável pelas políticas oficiais em saúde mental, apresentava-se com um quadro de pessoal profundamente defasado, utilizando-se de bolsistas para realizar as atividades destinadas aos profissionais, com precárias condições de trabalho, com recorrentes denúncias de agressão, trabalho escravo, e mortes. Estas questões tornaram-se públicas quando médicos bolsistas registraram as

¹⁴ O milagre econômico representa o período em que o Brasil se encontrava na contra-mão da tendência política-econômica mundial com o crescimento anual de seu Produto interno Bruto (PIB) de aproximadamente 10% ao ano em função de maciços investimentos estrangeiros. O seu desvelamento constitui o saldo deste crescimento revelado na década posterior: profunda recessão, inflação, endividamento externo, crise fiscal de arrecadação para cobrir os gastos públicos, empobrecimento do poder aquisitivo da moeda, entre outros aspectos.

irregularidades no livro de plantão. Tal atitude recebeu adesão do REME e do CEBES, o que contribuiu para que as críticas à assistência em saúde mental alcançassem dimensões nacionais.

A trajetória sanitarista inicia-se nos primeiros anos da década de 1980, momento marcado pela incorporação do Estado dos movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, tendo-se em vista a renovação das lideranças, a ocupação dos espaços públicos passou a ser a estratégia do movimento reformista. Neste período, destaca-se a formulação dos planos de medicina comunitária, preventiva, da ênfase na atenção primária, e da aplicação dos princípios do SUS: universalização, regionalização, hierarquização, participação comunitária, integralidade e equidade.

Esta trajetória compreende também a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, evento de inspiração na VIII Conferência Nacional de Saúde, de fundamental importância para a afirmação dos princípios da Reforma Psiquiátrica. É importante destacar que este processo não ocorreu sem lutas e mobilização contraditória de interesses, uma vez que ocorreu sem o apoio do DINSAM e ABP, que optavam pela realização de um congresso técnico, não prevendo a realização de grupos de discussão e rejeitando a participação de delegados que não ocupavam cargos técnicos. Desta forma, em virtude da mobilização dos coordenadores estaduais de saúde mental foi possível realizar em alguns estados de conferências municipais e estaduais, no intuito de pressionar e garantir a realização de uma conferência nacional democrática e com ampla participação, sobretudo dos usuários do serviço de saúde mental e seus familiares.

A terceira trajetória da Reforma Psiquiátrica, a trajetória da desinstitucionalização surge também da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Período, este, marcado pela formulação de um novo projeto para a saúde mental no país, a partir de experiências

concretas que possibilitavam a desconstrução do aparato manicomial, tais como: a criação de serviços de atenção diária como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos e o seu desmonte, a criação do Projeto de Lei 3.647/89 de autoria do deputado federal Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais conhecido como o projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira.

É neste período que a Reforma Psiquiátrica, que apesar de ter surgido dentro do movimento da Reforma Sanitária, encontra as bases para a afirmação de suas especificidades. Esta especificidade é concebida a partir de seu viés desinstitucionalizante que se fundamenta em uma problematização dos dispositivos de controle e normatização que a medicina construiu. A trajetória da desinstitucionalização possibilita a emergência de novos atores sociais, os usuários e seus familiares, organizados em diversas associações como a Sosintra (RJ), Associação Franco Basaglia (SP), entre outras. Desta forma, a questão da loucura deixa de ser uma questão técnica e burocrática, passando a ser uma questão também daqueles que a vivenciam de forma mais intensa. “Por uma sociedade sem manicômios” passa a ser o lema deste movimento e, a este respeito afirma Amarante (1995), que apesar de ser um lema que não possibilita uma noção propositiva, apenas de negação do manicômio e podendo ainda ser confundida com desospitalização, possui importância estratégica para a divulgação na opinião pública de uma prática que não deve mais ser tolerada.

A década de 1980, apesar dos desalentadores índices de desenvolvimento social, observa uma articulação de setores progressistas interessados na construção de um sistema de proteção social, momento em que o Brasil encontrava-se em sentido contrário dos demais países, nos quais os agenciamentos neoliberais e sua decorrente desresponsabilização social começava a ganhar força.

A década de 1990, por sua vez, é retratada por Delgado et al. (2001), a partir da obtenção de um grande desenvolvimento no processo de reorientação do modelo psiquiátrico brasileiro, compreendendo a construção de uma rede de atenção psicossocial com a perspectiva de substituir a referência hospitalocêntrica, além de modificações em documentos oficiais que passaram a possibilitar o financiamento das novas ações em saúde mental, como é o caso da tabela de procedimentos SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) e SIH (Sistema de Informação Hospitalar)/SUS (Fagundes, 2001).

Entretanto, apesar destes avanços observa-se grandes dificuldades para a consolidação dos ideários da Reforma Psiquiátrica de substituição do dispositivo asilar, dentre as quais pode-se destacar a permanência do financiamento público para as internações em hospitais psiquiátricos, compondo um total de R\$ 449.083.451 contra R\$ 46.724.039 para os recursos extra-hospitalares, ou seja, apenas 9,42% dos recursos para as ações públicas em saúde mental são alocados em serviços não-manicomiais (Fonte: DATASUS/MS, MS, 2001), além da dificuldade encontrada em reduzir o número de leitos psiquiátricos no Brasil, condição fundamental para a re-alocação dos recursos anteriormente destinados ao modelo manicomial para os serviços extra-hospitalares substitutivos, como indica o gráfico a seguir:



Figura 4. Evolução do número de leitos psiquiátricos no Brasil.
Fonte:SIH/SUS-DATASUS/MS, 1999.

Deste modo, dentro dos atuais desafios para efetivação da Reforma Psiquiátrica encontramos a necessidade de reconstrução de um efetivo sistema de proteção social que tenha correspondência ao texto constitucional de 1988 (Noronha e Soares, 2001), pois, na prática passou por uma interrupção e inflexão na década de 90, em virtude da vigência do ajuste neoliberal e seu decorrente desajuste social¹⁵. Este cenário nacional apresenta-se enquanto um condicionante das experiências locais, muito embora, diferenças significativas em cada cenário específico não possam ser descartadas.

Portanto, o debate até aqui apresentado buscou articular algumas questões relacionadas com loucura e exclusão social, demonstrando que tanto em nível mundial, nacional e local, tal exclusão é atravessada por diversas nuances, como: o desejo de uma sociedade guiada pelas luzes da razão; a construção uma instituição para o recolhimento da loucura; a criação de sistemas especialistas para normatização e controle da vida social; as várias possibilidades de transformação do trato com a loucura a partir da Reforma Psiquiátrica que ainda mantém a segregação; a edificação de novas instituições para lidar com a loucura, dentre outros aspectos. Assim,

¹⁵ Expressão cunhada por Soares (2001).

consideramos importante reter que a perspectiva da desinstitucionalização requisita um olhar micro sobre as realidades específicas, o que não exclui a possibilidade de visualizar os contornos gerais desta problemática, ou seja, as suas diferentes feições de um atravessamento do tipo capitalístico.

Desta forma, estivemos atentos à maneira pela qual a história da Reforma Psiquiátrica se distancia dos pressupostos da desinstitucionalização através de diferentes entraves teórico-práticos e políticos. Em seguida iremos tratar dos desafios para a desinstitucionalização da loucura, agora focalizando a corrosão dos pilares da modernidade e da própria luta pela Reforma, como o princípio para o desvelamento de um novo lugar social para a loucura. Para tanto, a nossa argumentação será conduzida para as décadas de 1960 e 1970 para a emergência dos Novos Movimentos Sociais e do pós-estruturalismo francês, atores sociais cruciais para realizar a crítica ao paradigma da modernidade. Este debate teórico será articulado com a apresentação das questões que nos deparamos em nossa investigação de campo realizada nos CAPS de Natal.

4- A REFORMA PSIQUIÁTRICA E OS DESAFIOS PARA A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

A Reforma Psiquiátrica apesar dos diversos avanços evidenciados tanto em nível local, quanto nacional e mundial, apresenta muitos desafios para gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. Alguns desses pontos podem ser aqui mais uma vez assinalados: investimento insuficiente pelo SUS para os serviços substitutivos; aumento considerável da demanda em saúde mental (especialmente os casos de usuários de álcool e outras drogas); diminuição ainda tímida dos gastos com internação psiquiátrica (modelo hospitalar ainda dominante, o que reflete a política ideológica dos hospitais psiquiátricos), poucos serviços substitutivos e um imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura.

Entretanto, e não obstante de toda problemática apresentada, pretendemos problematizar o que consideramos o pilar central para a sustentação deste processo: a proposta de projetos terapêuticos ancorados na idéia de reinserção social na busca da afirmação da autonomia e cidadania do louco. Neste momento iremos focar este pilar da Reforma evidenciando algumas de suas relações com as transformações no cenário contemporâneo de mobilização política e alguns posicionamentos teóricos derivados do que pode ser considerado como a crítica da modernidade.

4.1- Revelando a corrosão dos pilares da Modernidade e da Reforma

Psiquiátrica: os Novos Movimentos Sociais e as reivindicações que revelam o aprofundamento das contradições do pilares da modernidade e da Reforma

Psiquiátrica

Podemos mais uma vez tratar da trajetória recente da Reforma Psiquiátrica a partir de um de seus princípios organizadores, a cidadania, noção que representa também um dos fundamentos do projeto da modernidade:

Nascido do reclame da cidadania do louco, o movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. A importância analítica de se localizar a cidadania como valor **fundante** e **organizador** deste processo está em que a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si (grifos nossos) (Tenório, 2002, p.30).

Já na análise de Leal (2001), a autonomia, mais um dos princípios marcantes do projeto da modernidade como descrito anteriormente, assume também um lugar de destaque para o movimento da Reforma Psiquiátrica, uma vez que

Na modernidade essa idéia [autonomia] é, sem dúvida, uma representação imediata da liberdade humana. É um valor que qualifica e caracteriza o humano e afirma o indivíduo como um princípio (Leal, 2001, p.70).

Deste modo, sobre a autonomia refere ainda a autora:

Podemos dizer, de forma caricatural, que muitos de nós no campo da Reforma, chegamos mesmo a tomar a “produção de autonomia” como certo ideal

de “cura”. A autonomia freqüentemente é considerada o que de mais importante o processo de tratamento tem a produzir (Leal, 2002, p.70).

Muito embora cientes da importância fundamental da luta pela cidadania e autonomia, consideramos tal perspectiva insuficiente para os desafios impostos pela desinstitucionalização, posicionamento este que nos remete a uma crítica radical a própria constituição do projeto da modernidade¹⁶. Desta forma, continuaremos com a análise de algumas formulações teóricas sobre a Reforma tal como enfatiza Paiva (2003) que:

“Trabalha-se com a **defesa da reforma psiquiátrica**, por ela ser imbuída dos ideais de uma sociedade realmente igualitária e humana, primando pela **reinserção social** dos excluídos, como são os loucos, baseando-se nos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade. Enfim, por uma sociedade livre da opressão, preconceito e ignorância” (grifos da autora) (Paiva, 2003, p. 22).



Figura 5. Fotografia do movimento da Reforma Psiquiátrica em Natal.
Fonte: acervo fotográfico do CAPS II- leste.

¹⁶ Não sendo possível uma apresentação detalhada da complexa e conturbada temática da crise da modernidade, indicamos para um maior aprofundamento desta temática a leitura de Berman (2001), Santos (2001), Habermas (2002), Taylor (1997), que sob angulações teóricas e objetivos muito distintos realizam um rico debate sobre a constituição da modernidade e sua crise.

Assim procedendo, reforçamos o nosso posicionamento de que as mobilizações sociais no campo da saúde mental ao serem guiadas politicamente por um resgate da cidadania desprezam um “paradoxo estrutural” que nos revela Birman (1992) da seguinte maneira:

Portanto, não se trata do não reconhecimento da condição de cidadania dos enfermos mentais de um simples desvio de rota operando sobre um fundo reconhecido de positividade dos seus legítimos direitos sociais, mas de uma positividade que nunca existiu de fato e de direito, sendo esta atribuição de positividade uma ilusão constitutiva da psiquiatria como saber no nosso imaginário. Enfim, a exclusão social da figura da doença mental da condição de cidadania estabeleceu-se estruturalmente na tradição cultural e histórica do Ocidente quando, num lance decisivo, o campo da loucura foi transformado no campo da enfermidade mental, na aurora do século XIX (p. 73).

Desta maneira, acreditamos que o fato de guiarmos a Reforma pela perspectiva da reinserção social, na busca pela reafirmação dos ideais modernos de liberdade, igualdade e fraternidade, nos distancia de uma crítica radical aos fundamentos de um projeto societal que se desenvolveu na rejeição do que não se identificava com a racionalização da vida cotidiana. Assim, distintamente de uma reinserção social, que implica na culpabilização do indivíduo colocado à margem, bem como em uma avaliação da falta de adequação social e necessária adaptação ao que lhe marginalizou, entendemos que Reforma deve buscar a emancipação. Nesta perspectiva, Santos (2001) nos ajuda com este posicionamento ao trazer para o debate contemporâneo a questão da emancipação, concebendo a emergência dos Novos Movimentos Sociais como um dos principais atores responsáveis pela ampliação da crítica ao projeto moderno e suas formas tradicionais de conceber a mobilização política e as reivindicações de mudança social.

Deste modo, Santos (2001) aponta para uma marcante transformação político-social nos idos de 1960/70 ao tratar da emergência dos Novos Movimentos Sociais (NMS). Para Antunes (2001) este período é marcado pela transição do sistema de produção fordista-taylorista para o da acumulação flexível, momento histórico que deve ser entendido como a expressão fenomênica de uma crise estrutural do capitalismo, cujas principais características podem ser assim descritas: a queda da taxa de lucro; retração do consumo; hipertrofia da esfera financeira, que passa a obter relativa autonomia frente ao capital financeiro (mercado de especulação); crise do estado de bem-estar, crise de arrecadação fiscal e conseqüente retração dos gastos sociais e transferência para o setor privado; privatizações em larga escala, entre outras. Portanto, esta transição deve ser percebida muito além de uma transição de modelos, pois representa a maturação e universalização do sistema capitalista que ocasionou profundas transformações nas formas de mobilização política. Possivelmente uma das mais drásticas transformações tenha ocorrido com a política sindical, francamente combatida pela adoção de políticas neoliberais que também caracterizam este momento histórico.

Deste modo, Anderson (1995) nos anuncia as principais medidas adotadas por Margaret Thatcher na Inglaterra como a mais clara tendência desta política: contração da emissão monetária, elevação das taxas de juros, redução dos impostos sobre os altos rendimentos, abolição do controle sobre o fluxo financeiro, desemprego massivo, severo enfretamento das greves, aprovação de legislações anti-sindicais, privatizações. Processo este que contribuiu para a disseminação de uma cultura de resolução de problemas, tecnocrata, uma espécie de ideologia que visa ofuscar as tensões da dinâmica social por meio de soluções tecnológicas ágeis, eficientes e flexíveis. Alcançamos, portanto, uma era de gigantescos obstáculos para as negociações coletivas

em esfera produtiva, contribuindo para o enfraquecimento das mobilizações classistas. Em face destas questões, emergem os NMS.

Os NMS passam a estabelecer reivindicações distintas em relação à noção de classe social. Deste modo, questões sobre a opressão sexual, racial, a ausência de sustentabilidade da vida no planeta, dentre outras a própria questão da loucura¹⁷, entram na ordem do dia a partir da mobilização de movimentos Estudantis, Feministas, Ecológicos e a da Reforma Psiquiátrica. Tais movimentos ocupavam-se não mais exclusivamente de modificações amplas na produção social, mas fundamentalmente alterações nas formas de vida, sociabilidade e destino do planeta (este último, sobretudo, preocupação do movimento Ecológico e Pacifista), questões que, por vezes, se apresentavam negligenciadas nos intertúncios das reivindicações classistas e que não podem mais esperar por macro-revoluções tão-somente, mas por transformações concretas no cotidiano das pessoas descartadas pela sociabilidade vigente.

Esta sociabilidade, enquanto fruto do projeto social da modernidade, havia construído uma invisibilidade social para tais problemáticas, e de uma maneira semelhante, perspectivas teóricas de herança iluminista (como as derivadas do hegelianismo) apresentavam-se, em certa medida, na negação desta realidade. No entanto, mesmo acusados de ilegítimos e fragmentários, por uma crítica engessada na inspiração do que de pior produziu a Tradição marxista, notadamente sob a influência da “Vulgata Stalinista”, os NMS de fato passaram a não mais silenciar na espera do reconhecimento de seus propósitos para o qual o projeto da modernidade-capitalista parecia fazer ouvido de mercador. Deste modo, é nesta arena social marcada pelas profundas transformações em seu cenário, assim como a presença de novos atores

¹⁷ A questão da loucura e conseqüentemente da Reforma Psiquiátrica na discussão sobre os NMS não aparece nas reflexões de Santos (2001), que é a referência central para discussão que propomos aqui, sendo de nossa responsabilidade a inserção desta problemática no escopo da agenda dos NMS.

sociais, que podemos estabelecer algumas das características fundamentais destas novas mobilizações, dentre as quais destacamos a Reforma Psiquiátrica.

Dessa maneira, seguimos mais uma vez de perto a argumentação de Santos (2001) ao tratar dos NMS:

“Os protagonistas dessas lutas não são as classes sociais, ao contrário do que se deu com o duo marshalliano cidadania-classe social ...” (p.261).

Prossegue o autor definindo que tais protagonistas

“... são grupos sociais, ora maiores, ora menores que classes, com contornos mais ou menos definidos em vista de interesses colectivos por vezes muito localizados, mas potencialmente universalizáveis” (p.261).

Assim, muito embora a questão da Reforma Psiquiátrica, bem como as reivindicações dos NMS, possam ser qualificadas como um abandono da verdadeira política do “velho” movimento operário no desígnio de viabilizar as transformações sociais e, neste entendimento, localizando os NMS como uma mobilização fragmentada, isolada e irracional, considero que posicionamentos como o de Santos (2001) acima referido, sugere que uma atenção mais específica aos fenômenos contemporâneos não exclui uma ambição de transformação social ampla (os NMS são potencialmente universalizáveis), apenas passa a considerar outras rotas possíveis, que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também a contestação e desconstrução cotidiana e imediata das relações de dominação.

Retomando o debate acerca dos NMS, sentencia o mesmo autor:

“As formas de opressão e de exclusão contra as quais lutam não podem, em geral, ser abolidas com a mera concessão de direitos, como é típico da

cidadania, exigem uma reconversão global dos processos de socialização (...)” (p. 261).

Assim, consideramos tal posicionamento pertinente para refletirmos acerca das mobilizações sociais guiadas pela defesa da cidadania, tal questão, não poderia em absoluto ser identificada com a negação da importância de tais mobilizações, mas deve ser encarada como uma reflexão que, perante os desafios impostos pela desinstitucionalização da loucura, acredita na insuficiência da luta pela cidadania e autonomia. Trata-se, portanto, de uma luta pela emancipação¹⁸, mas uma emancipação não meramente política, mas antes de tudo uma emancipação pessoal, social e cultural que permita, dentre outras coisas, o não enclausuramento de tantas formas de existências banidas do convívio social, que passe a encampar todas as esferas e espaços sociais, que permita um olhar mais complexo que o generalizante olhar do igualitarismo.

Assim faz-se mister, o reconhecimento da desigualdade, dos contornos singulares envolvidos em tantas outras reivindicações, para além (e muitas vezes aquém, sem que isto implique em uma exigência inferior) das reivindicações classistas, ou seja, que lutemos pela igualdade quando a desigualdade nos inferioriza, mas que também possamos lutar pela desigualdade quando a igualdade nos descaracteriza (Santos, 2001). Portanto, com a adoção desta atitude complexa, passamos a encampar o debate da crítica da modernidade e da desinstitucionalização, pois como já referido anteriormente, a perspectiva desinstitucionalizante visa reconstruir a complexidade de seu objeto, recusando o ideal de uma atuação baseada no estabelecimento da cura, para lidar com a existência de pessoas que sofrem.

¹⁸ Esta problemática também poderia ser acessada por uma angulação teórica distinta da nossa, como por exemplo, Marx, K. e Engels, F. (2003), especificamente no trato de “A questão Judaica” ao contrapor os ideais de emancipação política e emancipação humana, entretanto, consideramos que tal perspectiva não nos permite acessar os aspectos concernentes à produção de subjetividade que estamos focalizando neste momento.

Consideramos, entretanto, que viabilizar a perspectiva acima referida representa um imenso desafio no cotidiano das práticas institucionais e da sociedade em geral, uma vez que processos contraditórios são postos em movimento simultaneamente, como podemos visualizar no seguinte evento de luta local.



Figura 6. Fotografia do movimento da Reforma Psiquiátrica em Natal.

Fonte: acervo fotográfico do CAPS II- leste.

Essa imagem, ao nosso ver, registra a manifestação de forças antagônicas apresentadas em dois planos distintos: o primeiro deles, representado pela faixa, e o segundo, pela corda de contenção. Dessa maneira, observamos que há uma força discursiva embuída dos ideais da reforma psiquiátrica na crítica ao preconceito e valorização social da loucura, bem como a ocupação do espaço público como estratégia de ocupação do território físico e existencial da cidade. Por outro lado, identificamos um movimento quase invisível coexistindo e expressando a manutenção de elementos que historicamente caracterizam o dispositivo psiquiátrico, evidenciados na corda, na

contenção, no isolamento, no ordenamento, na massificação, no controle, na segregação dos loucos e dos normais.

Por seu turno, em um aprofundamento teórico deste debate aqui realizado, Berman (2001) nos ajuda a entender a raiz da atitude crítica à modernidade, afirmando que ela mesma, a crítica, data da própria constituição da modernidade. Nesta perspectiva, a experiência moderna é mais uma vez concebida como impregnada por uma contradição fundamental, a de que “tudo que é sólido desmancha no ar”, como se referiu Karl Marx numa das mais célebres passagens do Manifesto do Partido Comunista. “Dir-se-ia que para ser inteiramente moderno é preciso ser antimoderno...” (p.14), deste modo, afirma o autor que esta crítica já era formulada por autores como: Marx, Dostoievski, Baudelaire, Nietzsche, dentre outros.

Acreditamos que para os nossos propósitos, relacionar a incompatibilidade de alguns dos principais ideais modernos a desinstitucionalização da loucura, Nietzsche tenha as mais valiosas contribuições. Para tanto, regressaremos as décadas de 1960 e 1970, período já destacado pela emergência de novas formas de mobilização política, os NMS, para agora tratar de um panorama intelectual de germinação do pensamento nietzschiano que influenciou pensadores como Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Jacques Derrida na conformação do que ficou conhecido como o pós-estruturalismo, entendido como uma crítica radical ao paradigma da modernidade, ideal este que concebemos como o cerne da perspectiva da desinstitucionalização.

Não sendo possível tratar das nuances da heterogeneidade teórica pós-estruturalista, imaginamos, desta maneira, que a desinstitucionalização implica em uma

desconstrução. Assim, podemos buscar na perspectiva desconstrucionista apresentada por Jacques Derrida reflexões para guiar a execução da Reforma Psiquiátrica em sua radicalidade, ultrapassando os limites impostos a perspectivas como a reinserção social, reabilitação, dentre outras, uma vez que partimos do entendimento de que a desinstitucionalização necessita da desconstrução das relações sociais calcadas no paradigma racionalista problema-solução, processo que atribui nexos causais entre o diagnóstico e prognóstico, entre doença e cura, exclusão e reinserção.

Em um esclarecimento inicial, o desconstrucionismo derridiano pode ser definido como uma proposta de marcantes influências dos filósofos Martin Heidegger e Friedrich Nietzsche que visa:

“... desconstruir o edifício que ora se apresenta como monumento dos diversos elementos constitutivos da tradição, mostrando a contingência e historicidade última de sua configuração. Ao invés de se apresentar como um "para além de", uma ruptura ou uma *Aufhebung* hegeliana, inaugurando algo inteiramente novo e livre de paradoxos e imperfeições, a atitude desconstrutiva joga com as brechas e incompletudes do que é, do que se apresenta como clausura...” (grifo nosso) (Burity,1995).

Podemos afirmar que o pós-estruturalismo emerge no mesmo panorama social do pós-Guerra em que desponta a Reforma Psiquiátrica italiana e conseqüentemente a perspectiva adotada por este trabalho da desinstitucionalização. Desta forma, na Europa devastada pelas Guerras e pelo horror do holocausto observa-se um crescente desacreditar nas possibilidades da “razão esclarecida”. Duas grandes alternativas para a filosofia da década de 60 do século passado se erguem perante a crítica da razão: os partidários da reconstrução da razão moderna e aqueles favoráveis ao seu enterro definitivo. Não trataremos deste primeiro bloco neste trabalho e de suas relações com o segundo bloco, uma vez que não constitui o nosso foco de análise este conturbado

campo de embates entre perspectivas ditas modernistas e pós-modernistas, pois, independentemente do rótulo utilizado para designar tais colisões, reiteramos o argumento de Burity (1995) entendendo que esta questão apresenta-se em aberto:

Exumações prematuras à parte, o destino de uma tradição raramente está posto nas mãos dos que se encontram fora dela. Pelo menos não em se tratando da mera enumeração de suas inconsistências e evidências de fracasso. Porque uma tradição não se sepulta nem se abandona simplesmente. Até onde ela foi capaz de se constituir como objeto de adesão de um grupo de pessoas, seus impasses e paradoxos remetem sempre para possibilidades abertas e (ainda) irrealizadas, ou mesmo irrealizáveis. Obviamente, não está dado de antemão qual será a direção tomada por tais reinvestimentos, tampouco se serão bem sucedidos (p.2).

Desta maneira, sem a mínima pretensão de sepultar o primeiro bloco de perspectivas e, apesar do segundo bloco também apresentar uma grande heterogeneidade teórica, podemos identificar, sob este segundo bloco, a influência central de Frederich Nietzsche, filósofo alemão que, como referido anteriormente, um século antes antevia a crise da razão. Nietzsche nomeava de niilismo a brusca tomada de consciência da perda da verdade, da morte de Deus, ou seja, de uma condição humana sem garantias de verdade ou valores absolutos. Entretanto necessário se faz diferenciar entre o que seria um niilismo reativo, associado a uma atitude de ressentimento, melancolia, paralisia e o niilismo ativo, aquele que admite a corrosão da verdade racionalista e a morte de Deus, mas que daí extrai forças para libertação do potencial criativo (Pecoraro, 2002). Deste modo, um período denominado “*Nietzsche-Renaissance*” passou a se configurar em uma marcante influência do panorama intelectual do pós-guerra.

Desta maneira, contribuindo para este debate crítico Gilles Deleuze afirma que toda filosofia deve começar pela reflexão sobre a diferença. Neste ponto de vista, Deleuze

fixa-se na diferença como elemento característico que permite substituir Hegel por Nietzsche, privilegiando “os jogos da vontade de potência” [ou jogos da diferença] contra o “trabalho da dialética” (Peters, 2000, p. 32).

Assim, é nesta medida que o pós-estruturalismo francês, enquanto uma crítica do paradigma da modernidade deve ser compreendido como uma relativa fuga ao pensamento hegeliano. Deste modo, podemos encontrar na interpretação deleuziana do pensamento de Nietzsche sobre a dialética, os elementos que nos ajudam a entender a diferenciação que estamos querendo estabelecer sobre as questões conceituais subjacentes a reflexão da radicalidade da diferença: a loucura. Este debate trata, portanto, de uma negação ou afirmação da diferença, imanente ao plano conceitual da dialética hegeliana e da filosofia da diferença de inspiração em Nietzsche. Nas palavras do próprio Deleuze:

Três idéias definem a dialética: a idéia de um poder do negativo como princípio teórico que se manifesta na oposição e na contradição; a idéia de um valor do sofrimento e da tristeza, a valorização das “paixões tristes”, como princípio prático que se manifesta na cisão, na separação; a idéia de positividade como princípio teórico e prático da própria negação. Não é exagero dizer que toda a filosofia de Nietzsche, em sentido polêmico, é a denúncia destas três idéias (Deleuze, 1983, p.195-196, citado por Peters, 2000, p. 33).

A problemática da disposição filosófica perante a diferença insere-se na raiz do movimento pós-estruturalista, como a base de uma teorização crítica alternativa também conhecida como a filosofia da diferença. Desta maneira, Deleuze apresenta o que seria uma inclinação reativa da dialética, para em seguida destacar a maneira peculiar como a diferença é por ela tratada:

“... a força negativa da dialética e sua predisposição puramente reativa – o positivo é obtido apenas por meio da dupla negação, ‘a negação da negação’- como a força puramente positiva da afirmação inerente à ‘diferença’, a qual é tomada como a base de um pensamento radical que não é nem hegeliano nem marxista” (Peters, 2000, p.33).

Assim, na obra de Peters (2000) encontramos as pistas para a argumentação deleuziana que serviu de base para esta formulação radicalmente crítica ao projeto da modernidade, a filosofia da diferença:

A dialética hegeliana consiste, na verdade, em uma reflexão sobre a diferença, mas de imagem invertida. No lugar da afirmação da diferença como tal, ela coloca a negação daquilo em relação ao qual difere; no lugar da afirmação do eu, ela coloca a negação do outro; e no lugar da afirmação da afirmação, ela coloca a famosa negação da negação (Deleuze, 1983, p.196, citado por Peters, 2000, p. 34).

Deste modo, queremos chamar atenção para o fato da dialética hegeliana refletir uma falsa imagem da diferença, portanto, é neste sentido que recusamos a tentativa de superação da diferença em um plano conceitual e, assim, buscamos elementos que nos auxiliem a potencializar a diferença, não negá-la através da superação, uma vez que para Deleuze o pensar a diferença constitui uma perspectiva filosófica mais profunda que o debruçar sobre a negação e a contradição. Destarte, para podermos potencializar a

loucura enquanto diferença, necessitamos estabelecer linhas de fuga em relação ao “trabalho dialético” e sua maneira reacionária de tratar da diferença.

Em consonância com este posicionamento, apesar do que se afirma em contrário, a desconstrução derridiana também é caracterizada pela afirmação, movimento e responsabilidade. Assim, necessário se faz distinguir entre o que seria uma desconstrução afirmativa e uma desconstrução reativa, a exemplo da distinção entre niilismo ativo e o niilismo reativo. Portanto, é na perspectiva de uma desconstrução ativa que a investigação da Reforma Psiquiátrica pode

“deixa vir à luz os seus paradoxos intrínsecos, as suas opressões; estudar os seus textos com uma leitura sem a priori, sem hierarquias nem conceitos fortes ou privilegiado (...)” (Pecoraro, 2002, p.53).

Nesta perspectiva, do ponto de vista metodológico, propusemos uma elaboração cartográfica, ou seja, a produção de um certo olhar diferenciado sobre os fatos, atores e cenários das práticas psiquiátricas. Para Amarante (1995) a cartografia busca uma leitura transversal da relação entre os atores sociais imersos em uma rede de saberes/práticas/subjetividades, no intuito de superar leituras que versam sobre a definição de causas/causadores, vítimas/algozes. Neste sentido, esclarecemos que nossa análise não pode ser entendida como uma avaliação de processos locais, próprios ao funcionamento das instituições natalenses. Trata-se, na verdade, de uma reflexão que transcende a cena local para visualizar os contornos de uma problemática posta em emergência pelo próprio paradigma da modernidade.

Assim procedendo, é preciso subverter a micro-política do sentido das cadeias semióticas, pensar fora das redes de linguagem, sair do mundo da representação, transformando a constelação de registros de referência disponíveis (Guattari, 2000). Precisamos ir aquém da linguagem, ir nesses registros, nessas zonas onde

experimentamos intensidades comunicantes, onde se engendram processos sejam minoritários ou não, pois estamos interessados exatamente naquilo que se revela de forma naturalizada, que escapa ao discurso da racionalidade dominante. Neste sentido, abandonamos a eficácia das entrevistas e buscamos privilegiar artefatos como o acervo fotográfico da instituição.

O uso de imagens enquanto instrumento de pesquisa tem sido largamente referido nas ciências humanas e sociais (Feldman-Bianco e Leite, 1998; Saman, 1998; Bittencourt, 1994). Nesta perspectiva, a imagem é um método de apreensão da visão de mundo dos sujeitos, da seleção dos fragmentos da realidade que realiza no seu cotidiano. As imagens são polissêmicas e têm seu sentido produzido subjetivamente. Elas são, na verdade, um pronunciamento visual criado por um sujeito. Assim, a imagem fotográfica possui uma mensagem simbólica cuja especificidade está no fato de que, diferentemente dos relatos escritos solitariamente pelo pesquisador ou revelados na situação de entrevista, é produzida ativamente pelo sujeito no espaço social onde sua vida se desenvolve, ou seja, na mobilização cotidiana rumo a desinstitucionalização.

Desta maneira, seguindo tal inspiração teórica, nos propusemos a investigar aspectos do funcionamento cotidiano dos novos serviços de atenção à saúde mental (CAPS), responsáveis pela substituição da atenção manicomial, e especialmente sobre os "desejos de manicômio", já referidos anteriormente como aqueles que habitam usuários, familiares, técnicos, enfim, a sociedade como um todo. Concebemos que para a consecução de tal intento, necessitávamos lançar mão de dispositivos metodológicos que tenham como foco as linhas que constituem tais desejos.

Assim, partimos da concepção de que a ordem "capitalística" incide nos esquemas de ação, nos gestos, nos sentimentos, nos afetos, dentre outros aspectos. Guattari (1990) nos define o que aqui estamos considerando por ordem capitalística, ao

tratar da emergência do capitalismo pós-industrial preferindo a designação de Capitalismo Mundial Integrado (CMI). Guattari (1990) argumenta que o CMI

tende, cada vez mais, a descentrar seus focos de poder das estruturas de produção de bens e de serviços para estruturas produtoras de signos, de sintaxe e de subjetividade, por intermédio, especialmente, do controle que exerce sobre a mídia, a publicidade, as sondagens etc. (p.31).

Por conseguinte, a ordem capitalística incide na nossa percepção, em nossa memorização e produz os modos das relações humanas até inconscientemente, ou seja, os modos como se trabalha, se come, se ama, se fala. Tal ordem fabrica a relação do homem consigo mesmo e com o mundo e, o que faz a força dessa subjetividade capitalística, que resulta na produção de uma subjetividade manicomial, é que ela se produz tanto no nível dos opressores quanto dos oprimidos, em outras palavras: trata-se de uma instância de atravessamento que não redutível a categorias como classe social, por exemplo. Este movimento nos leva, na maioria das vezes, a estabelecer uma adesão a essas forças de dominação, ou seja, nossos desejos de manicômios são expressões deste desejo onipresente de dominar. Esse movimento é o que nos permite compreender que uma mesma cena social, tal como expressa na figura 6, traga elementos para uma radicalização da diferença através de uma desconstrução ativa dos preconceitos que baniam a loucura da circulação social, mas também apresente outros aspectos que atualizam os “desejos de manicômio” que alimentam clausuras existenciais.

Destarte, necessário se faz destacar, que embora munida das melhores das intenções, a desinstitucionalização pode travestir-se de uma desconstrução reativa, como no caso dos Estados Unidos em que o manicômio obteve a necessidade da sua presença confirmada. As palavras de Doel (2001) parecem nos alertar para esta questão: “... desconstruir, dismantelar ou destruir pode apenas, e sempre, ser uma catástrofe

simulada, na medida em que seu único efeito discernível consiste em fornecer os recursos necessários exigidos para uma re-construção” (p.95).



Figura 7. Fotografia do movimento da Reforma Psiquiátrica em Natal.

Fonte: acervo fotográfico do CAPS II- leste.

Olhando para a fotografia acima nos chama atenção o olhar dirigido à corda por esse sujeito participante de uma das atividades festivas realizadas pelo movimento reformista local. Tomaremos a liberdade de fazer algumas especulações a respeito das questões que parecem estar mobilizando tal sujeito, refletidas em um semblante pensativo. Que limites (cordas) são esses que instituem um lugar social demarcado para os diferentes? Que forças (braço do segurança) sociais sustentam essa demarcação? O que faz com que essas imposições sejam naturalizadas e mantenham a crença na desconstrução mesmo quando apresenta fortes feições reativas? Porque a loucura apenas encontra caminhos para sua afirmação em uma rota caricaturada, carnavalizada, impregnada pela ditadura da felicidade? Seriam essas questões suficientes para expressar o que esse olhar indica? Certamente não para quem vive essa condição.

Ainda sobre a desconstrução, Amarante (1994) apresenta que o seguinte argumento derridiano

“é um gesto a um só tempo estruturalista e anti-estruturalista: desmonta-se uma edificação, um artefato, para fazer aparecer as estruturas, as nervuras ou o esqueleto (...)”. A desconstrução enquanto tal não se reduz a um método (redução ao simples) nem a uma análise; ela vai além da decisão crítica da própria idéia de crítica. É por isso que não é negativa, ainda que muitas vezes, apesar de tantas preocupações, a tenha interpretado assim. Para mim, ela acompanhada sempre uma exigência afirmativa; diria até que ela não acontece jamais sem amor. (Derrida, 1990, p.76-77 citado por Amarante, 1994, p.44).

Portanto, acreditamos que a desconstrução pode ser responsável por potencializar a loucura como diferença, a partir da recusa das violentas técnicas psiquiátricas que se desenvolveram com uma função social de varrer outras formas de existência, seja enquanto uma realidade concreta, como a Reforma Psiquiátrica norte americana, seja de uma maneira mais sutil num plano conceitual como no trabalho da dialética hegeliana como buscamos demonstrar na sua falsa imagem da diferença. O que nos leva a acreditar que a Reforma Psiquiátrica representa a construção de um novo lugar sócio-político-conceitual-cultural para a loucura, de novas formas de lidar com a diferença.

Deste modo, o denominado “*Nietzsche-Renaissance*” passou a se configurar em uma marcante influência do panorama intelectual do pós-guerra, momento histórico também marcado por grandes modificações nos aspectos relativos à mobilização social e política que se apresentavam influenciados por estas novas concepções teóricas, buscando um afastamento da influência hegeliana e conseqüentemente de algumas perspectivas de herança iluminista que acreditam que a razão encerra as possibilidades do progresso da humanidade, pois fazendo a auto-crítica, apontando os erros, ideologias

e ilusões arma a própria defesa. No entanto, esta razão necessita ofuscar a loucura, para só assim poder confiar em seu brilho transcendental de auto-superação.

**5- ÚLTIMAS PALAVRAS (OU, DO CONFINAMENTO AO CONTROLE: OS
DESAFIOS DOS SERVIÇOS TERRITORIAIS PARA A
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA)**



Figuras 8 e 9. Fotografias do movimento da Reforma Psiquiátrica em Natal.

Fonte: acervo fotográfico do CAPS II- leste.

Estas fotografias aqui apresentadas para iniciar a última parte do nosso trabalho representam um retorno para aquilo que, de certa maneira referido no início do trabalho, motivou a realização de nossa investigação. Por muito pouco, se não fosse um profundo incômodo instalado e sistematicamente traduzido em questionamentos sobre a realidade da Reforma Psiquiátrica, este trabalho não seria possível: estivemos sempre conduzindo a pesquisa em uma corda bamba, ou nas palavras utilizadas por Pèlbart (2000), na vertigem por um fio. Após uma trajetória que buscou ajustar o foco para uma analítica que visualizasse aquilo que os outros estudos não discutiam, afirmamos que estas duas fotografias podem indicar o cerne da problemática da Reforma Psiquiátrica com apenas duas palavras: confinamento e controle. Mas como estas palavras se relacionam com os desafios da Reforma Psiquiátrica? Esta última seção vai tratar desta e de outras questões contemporâneas.

Em sua obra “Conversações”, Gilles Deleuze (1992) afirma que estamos passando da sociedade disciplinar descrita por Foucault, para uma sociedade de controle. As sociedades disciplinares atuam basicamente pelas instituições de confinamento, como: família, escola, hospital, prisão, fábrica. No entanto, depois da Segunda Guerra Mundial estas instituições entram em crise e desmoronam os seus muros. Assim, a família nuclear burguesa pulveriza-se; a escola entra em colapso; o manicômio vira hospital-dia; a fábrica se atomiza na acumulação flexível; mas, por mais paradoxal que possa parecer, a lógica de controle se generaliza. Desta maneira, o controle social prescinde das instituições disciplinares e sua decorrente necessidade de confinamento para assumir modalidades mais fluídas, flexíveis, tentaculares, deslizantes (Pèlbart, 1997). Acreditamos que as duas fotografias acima apresentadas, nos despertam para esta discussão.

Nesta perspectiva, a lógica restrita às instituições disciplinares visando à produção de modelos fixos e circuitos rígidos, cede lugar a uma sociedade de controle com redes moduláveis, abarcando todo o campo social: a vida se tornou uma prisão a céu aberto. Toda aquela contenção a céu aberto na figura 9 parece depor a favor desta transição do confinamento dos muros ao controle a céu aberto. Desta forma, Pèlbart (2000) resgata mais uma vez Deleuze ao comentar que a contemporaneidade operou uma diluição das fronteiras entre as instituições, criando para cada uma delas uma extensão ilimitada, irreconhecível, que nunca é inteiramente abandonada, fazendo do sujeito não mais um ser confinado, mas um ser endividado. Assim, não existe mais escola e sim processo de educação permanente, sendo a própria vida uma incessante e grandiosa escola; não existe mais produção restrita à fábrica, mas trabalha-se em casa; e assim por diante: não existe mais laser apenas nos espaços de laser, consumo apenas nos locais de consumo, privação de liberdade apenas nas prisões. Portanto, quando as fronteiras dos espaços são borradas, tudo vira escola, tudo vira empresa, etc. É o projeto societal vigente reeditando a vocação de que tudo tende ao maximalismo no paradigma da modernidade. Assim, não existiria apenas o manicômio, embora ainda atuante, mas nesta lógica surgiria o “Manicômio Mental”, a outra face da clausura (Pèlbart, 1990).

Entretanto, um dos principais desafios para efetivação da Reforma Psiquiátrica consiste na busca pelo deslocamento do modelo assistencial do manicômio para o território. Consideramos que os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial- CAPS) passam a figurar como instituições emblemáticas neste processo e, por este motivo, consistiu em nosso palco de investigação na capital potiguar. Tais serviços se constroem a partir da noção de que o cuidado em saúde mental requer uma ampliação “no sentido de ser também uma sustentação cotidiana da lida diária do paciente, inclusive nas suas relações sociais” (Tenório, 2002, p.31-32). Essas instituições, portanto, “consistem em

uma ampliação tanto da intensidade dos cuidados (todos os dias, o dia inteiro) quanto de sua diversidade (atividades e pessoas diversas etc.)” (Tenório, 2002, p. 32), ou seja, "condições terapêuticas que inexistem nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos" (Goldberg, 1994, p.22). Assim, recusa-se uma abordagem exclusivamente sintomatológica da doença mental, "em benefício da criação de uma clínica psiquiátrica renovada, deslocando o processo do tratamento da figura da doença para a pessoa doente" (Tenório, 2002, p. 32). Portanto, trata-se muito mais do que a construção de novos serviços, ou seja, representa aquilo que alguns autores qualificam como uma genuína mudança de paradigma, a construção de um modo de atenção psicossocial (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003).

Ao ingressar nos CAPS de Natal pude perceber que contam com uma equipe multiprofissional formada por psiquiatra, assistente social, enfermeiro, psicólogo, arte-educador, nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional e educador físico. Dispõem ainda de uma equipe de apoio composta por auxiliar de enfermagem, administrador, auxiliar de farmácia, auxiliar de serviços gerais, cozinheiro, vigia.

O primeiro ponto que destacamos é a rotina de ingresso de um novo usuário nestes serviços, as atividades de triagem, que se realizam através de uma entrevista para o estabelecimento do primeiro vínculo do usuário com a instituição. Esta entrevista ocorre com a participação de dois profissionais de qualquer formação que buscam colher informações sobre a história pessoal e familiar dos usuários, histórico do transtorno mental, dentre outros aspectos. Neste sentido, busca-se “identificar se este apresenta um perfil compatível com os da demanda no NAPS [atualmente CAPS], que priorizam problemas psicóticos e neuroses graves...” (Crives, 2003, p. 99-100).

Desta maneira, chama-nos atenção que já na primeira atividade do CAPS em relação à chegada do usuário à instituição, o ingresso está condicionado a adequação a

um espectro nosológico específico, além do que, ultrapassando esta primeira seleção, o usuário enfrenta uma “lista de espera” que existe por conta da dificuldade de acolher o contingente da demanda que é maior que a capacidade do serviço. Neste sentido, além da denúncia de um dos mais graves problemas da Saúde Pública, a questão da acessibilidade, nos informa Paiva (2003) que a admissão e as altas destes serviços têm diminuído a cada ano conforme os seguintes gráficos:

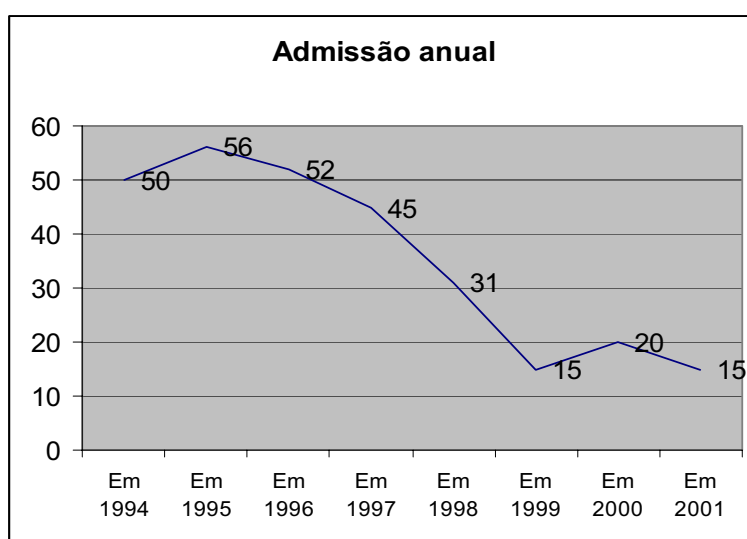


Figura 10. Admissão Anual dos CAPS de Natal de 1994-2001.

Neste gráfico podemos perceber uma progressiva diminuição na capacidade de admissão dos CAPS de Natal, dificultando a acessibilidade ao serviço. Segundo Paiva (2003), esta demanda reprimida pelo CAPS representa uma proporção equivalente a 44% do total de usuários atendidos, segundo a lista de espera dos serviços consultados. Esta problemática pode ser acessada por uma outra questão apresentada por Paiva (2003), conforme o seguinte gráfico sobre a quantidade de altas realizadas pelos serviços:

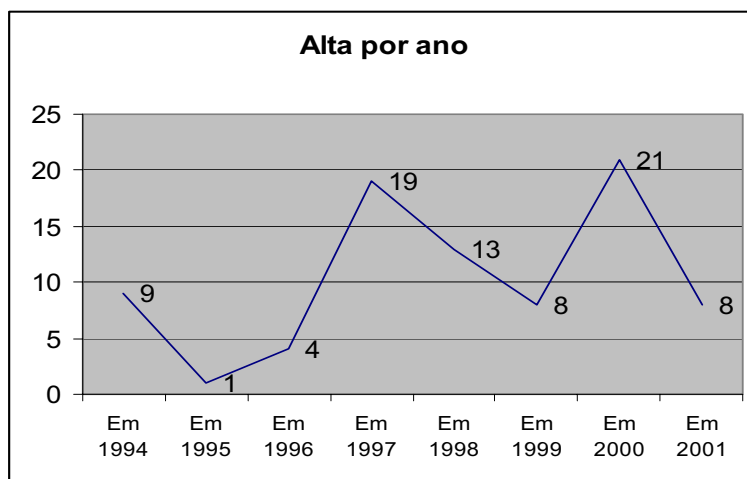


Figura 11. Número de Altas/Ano nos CAPS de Natal de 1994-2001.

Assim, alertava-nos a pesquisadora sobre a possibilidade dos CAPS estarem realizando uma nova modalidade de cronificação, uma vez que estas instituições representavam uma atenção exclusiva para os seus usuários que não dispunham de outros serviços de base comunitária. Logo, consideramos que tais serviços precisam funcionar enquanto dispositivos territoriais, atentos para que estes mesmos serviços não se deixem capturar completamente pelo desejo de abarcar todas as necessidades existenciais destes usuários, ou seja, não deixar se petrificar, reforçando referências identitárias – doente mental, homem, mulher, etc. – configurando-se um espaço padronizado, de serialização empobrecendo a complexidade de fatores que emergem da luta pela Reforma Psiquiátrica no trato com a loucura.

Ainda neste sentido, destacamos o segundo ponto que caracteriza a chegada de um novo usuário ao CAPS, a elaboração de um projeto terapêutico. Para tratar desta etapa, lembro-me de uma situação ocorrida durante a visita a um dos CAPS. Encontrava-me bastante empolgado com a maneira diferenciada com que as pessoas participavam na definição de seu projeto terapêutico, aliás, o próprio fato de cada

pessoa atendida pela instituição possuir um projeto específico já me apontava para uma transformação em relação a massificante realidade manicomial, em um sentido próximo, talvez, daquilo que Crives (2003) chamava de inovações deste serviço. No entanto, a conversa com alguns usuários do CAPS me acrescentavam novas dúvidas em relação à direção que esta inovação tomava. Fiquei bastante intrigado com a maneira como eles respondiam a simples pergunta: “Qual o seu nome?” A resposta apresentava-se muito mais longa que a solicitação e várias referências de pertencimento eram acrescentadas ao que para mim era uma simples pergunta. Assim, muitas foram as respostas neste sentido: “O meu nome é João da Silva, usuário do CAPS a 5 anos, 36 anos, morador do bairro de Cidade Nova, desempregado, estou aqui por que tenho esquizofrenia¹⁹...” Desta maneira, perguntava-me sobre o que parecia depor a favor de uma nova institucionalização, construção de referências massificadas em substituição as manicomiais, assim, que inovação seria essa? Em contraposição à anterior massificação manicomial, seria agora necessário estabelecer uma identidade institucional, mesmo apresentando referências qualitativamente outras? Seria possível escapar da institucionalização sem que isto incorra em uma massificação que nos descaracterize?

Em um sentido semelhante ao que estamos querendo destacar aqui, outro momento da investigação chamou a minha atenção para o que seria uma dimensão presente na equipe de um dos serviços. Ainda buscando me familiarizar com os hábitos da instituição, pois estava diariamente participando de sua dinâmica, embora neste

¹⁹ As características aqui apresentadas são fictícias para salvaguardar a real identidade dos usuários, no entanto, para a construção desta ilustração, buscou-se respeitar o que seria o perfil predominante de usuários que se encontravam no CAPS segundo a pesquisa de Paiva (2003). Assim, segundo esta pesquisa, os CAPS de Natal teriam a seguinte caracterização: em relação ao gênero, 54% masculinos e 46% feminino; quanto à faixa etária, 50% estão entre 31 e 40 anos; no que diz respeito ao distrito sanitário de origem, dos quatro existentes no município, 40% são oriundos do distrito sanitário oeste; quanto à ocupação, 66% são desempregados; a categoria diagnóstica predominante é de esquizofrenia (Paiva, 2003).

momento ainda estava na primeira semana dos quarenta dias que passaria por lá, fui almoçar pela primeira vez no CAPS. O ponto inicial que me chamou atenção foi o refeitório. Embora todos estivessem comendo no mesmo cômodo, reparei que existia uma mesa específica para os profissionais da instituição, esta divisão não acontecia de maneira explícita. No entanto, o fato de ter me sentado junto aos usuários logo motivou o seguinte comentário de uma colega de profissão: “venha sentar aqui conosco, tem um lugar pra você aqui na mesa dos técnicos”. Percebi que não só as pessoas ali presentes precisavam se alimentar, mas fundamentalmente, a Ciência e a conseqüente barreira entre razão e loucura.

No entanto, a situação que mais marcou estes meus primeiros dias na instituição ocorreria logo após o almoço. Ainda buscando conhecer a rotina do serviço, percebi que os usuários se encaminhavam após almoço para uma pia próxima à cozinha para lavar os seus talheres, prato e copo. Fiz o mesmo e, ao chegar na minha vez de limpar o que havia sujado, fui “salvo” mais uma vez por minha atenciosa colega: “você não precisa lavar nada, venha comigo que te mostro onde colocar suas coisas”. Um tanto acanhado, mas de garfo e faca em punho, fui levado até uma parte do serviço que ainda não conhecia: a cozinha. Lá chegando, dou de cara com uma pessoa de avental que com uma cara bastante assustada caminha cautelosamente em minha direção dizendo com uma voz trêmula: “Você não pode entrar aqui, aqui é só para os técnicos, volte lá ...” A advertência da pessoa responsável pela cozinha foi interrompida pela minha sempre alerta colega que vinha logo atrás de mim: “Não se preocupe, ele também é técnico!”.

Imediatamente, percebi na minha frente, toda história do enclausuramento da loucura sendo reeditada, lançando mais uma vez aquilo que a modernidade tinha produzido enquanto uma promessa da salvação da humanidade perante a emergência de um sujeito razoável e autônomo: um técnico. Estranhamente, na mesma hora, deixei de

representar uma ameaça: “Me desculpe meu filho, deixe suas coisas aí que eu lavo pra você, estava gostoso o almoço? Você quer mais um pouco?”. Estando eu de faca em punho, foi aquela senhora que visivelmente amolou uma arma branca, uma daquelas que me referia anteriormente que são responsáveis por assassinatos microscópicos, facas que rasgam o tecido social para se proteger contra a periculosidade atribuída à figura do louco por séculos de aliança entre a justiça e psiquiatria. Passei, desta maneira, a focalizar os territórios existenciais das interações que ali se faziam no CAPS, nas minúcias do cotidiano.

Em aprofundamento ao que estávamos buscando, tratamos de realizar outro ajustamento em nosso foco analítico, encontramos desta vez na obra de Pèlbart (2000) os elementos para pensarmos todos os componentes de uma cidade sob uma ótica pouco convencional, relacionando-a com a produção de subjetividade, ou seja, a cidade enquanto um subterrâneo da memória e do desejo. Assim, partindo de uma das principais obras do movimento surrealista, “O Camponês de Paris” de Louis Aragon, Pèlbart nos relata que a cidade pode ser descrita como um “reservatório inesgotável de detalhes, associações, surpresas, personagens, um campo de deambulação e de errância” (p.43). Desta maneira, trata-se não unicamente de uma descrição de uma cidade, mas segundo Jeanne Marie, que realiza o prefácio da obra de Aragon, representa uma metáfora para o pensamento, ou seja, “perder-se na cidade, perder as referências, perder-se a si mesmo, eis o que o pensamento deveria poder aprender” (Pèlbart, 2000, p.43).

Deste modo, ao caminhar pelas cidades não estaríamos apenas transitando por uma realidade concreta e palpável, mas por várias camadas superpostas, rastros e ruínas, em outras palavras: a cidade remete sempre a um passado com todos os futuros que foram soterrados, como nos informa Pèlbart:

Conforme as belas análises de Walter Benjamin, se o homem habita uma cidade real, ele é, ao mesmo tempo, habitado por uma cidade de sonho. A realidade onírica remete aqui ao sonho coletivo, ao sonho do coletivo, ao desejo do corpo coletivo, suas utopias e esperanças abortadas, as miragens e fantasmagorias que o assediam. Os trajetos reais dos personagens na cidade remetem aos trajetos do sonho do coletivo, como se houvesse duas cidades superpostas, uma real, outra imaginária, e a apologia de um trânsito metódico entre elas (Pèlbart, 2000, p.43).

A partir de então, consideramos importante realizar a articulação da idéia de serviços territoriais (CAPS) com a concepção de cidades subjetivas proposta por Guattari (2000) as quais “engajam tanto os níveis mais singulares da pessoa quanto os níveis mais coletivos” (p.170). Assim, as cidades são pensadas como imensas máquinas produtoras de subjetividade por meio de equipamentos materiais e imateriais. Os CAPS são componentes das cidades subjetivas, tanto em nível material, quanto imaterial, que fazem parte do *socius*, os quais “em toda a sua complexidade, exige ser re-singularizado, re-trabalhado, re-experimentado” (p.176). No entanto, faz-se necessário ressaltar que este exercício de pensamento errante não corresponde a uma dimensão ilusória ou abstrata como nos indica Pèlbart:

“... [o que] o pensamento persegue no seu exercício errante não é mais subjetivo do que aquilo que se vê, embora abra o campo da nossa subjetividade, nem é mais ausente do que aquilo que está dado, mesmo sendo invisível, nem é mais imaginário do que aquilo que se toca, conquanto impalpável. Enfim, essa dimensão não é menos operativa do que a concretude que se cruza – ela é apenas mais molecular” (Pèlbart, 2000, p.44).

Destarte, quando falamos anteriormente em “desejos de manicômio” perpassando todo esse *socius*, a mentalidade coletiva, foi para chamar a atenção de que tais desejos estão presentes nos corações e mentes, perpassando todo o tecido social e

nesse sentido, presentes nos serviços de saúde mental. Por “desejos de manicômio”, estamos nos reportando a discussão de Machado e Lavrador (2001) que ressaltam:

eles [*desejos de manicômio*] se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica [a racionalidade forjada na constituição do projeto da modernidade comentada anteriormente]. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele (p.46).

Assim, o que nos inquieta é o fato de que muitas vezes serviços e equipes são capturados pela subjetividade manicomial, para além das condições materiais, administrativas e financeiras, imprimindo a estes serviços o papel de afirmação do manicômio, multiplicação e pulverização das clausuras do desejo.

Concebemos, desta maneira, que formas manicomiais de expressão ou de subjetividade permeiam todo o espaço-tempo, estando, assim, arraigadas em nossas ações. Isso quer dizer que elas envolvem todos nós; estão dentro e fora dos muros dos hospitais. Ou seja, as novas modalidades terapêuticas não garantem, por si mesmas, a superação desse desejo, nem sempre acessível aos registros imediatos de nossa consciência, que carregamos habitada por desejos de exclusão e de exploração.

Assim, fazemos das palavras das autoras as nossas:

nossa preocupação é a de que essas idéias manicomiais ainda se façam presentes, algumas vezes, nos novos serviços de saúde mental e se atualizem em práticas/discursos de exarcebada medicalização, de interpretações violentas, de posturas rígidas e despóticas. Pois o manicômio em lugar de promover trocas e construções de outros modos de existência, produz ainda submissão,

infantilização e culpa (Machado e Lavrador, 2001, p.46).

Partimos, pois, da concepção de que as desconstruções (não é a própria idéia de desinstitucionalização?), passam necessariamente por revoluções moleculares – produção de subjetividades – e de políticas globais, molares, ambas articuladas e situadas no nível das cidades, do *socius*. A íntima relação entre a economia política e a economia do desejo (lógica de funcionamento do CMI), entre a exploração econômica, produção de miséria social, segregação e exclusão da diferença no mundo globalizado, além da produção de “kits-padrão” de subjetividades serializadas, homogeneizadas, não pode ser desconsiderada como condicionante desta realidade.

Nesse sentido, trata-se de sondar que tipo de meio uma cidade ainda pode ser, que afetos ela favorece ou bloqueia, que trajetórias ela produz ou captura, que devires ela libera ou sufoca, que forças ela aglutina ou espalha e que acontecimentos ela engendra, que potências freiam nela o tempo todo e à espera de quais novos agenciamentos (Pèlbart, 1997, p.33).

Desta maneira, este debate nos traz a lembrança um dos projetos mais valorizados pelos CAPS de Natal, trata-se do projeto Loko.Motiva. Crives (2003) nos informa o contexto da formação do projeto, que iniciou em maio de 2000 na capital potiguar, a citação extensa nos permite visualizar também os objetivos do projeto:

Assim, a inexistência de uma rede de serviços em saúde mental, inserida no contexto do SUS em Natal, tem sido motivo de muitas inquietações das próprias equipes dos NAPS [atualmente CAPS]. Não existe uma “rede”, no sentido de serviços de complexidades e objetivos diferentes, mas complementares e integrados. O que temos, é um pequeno conjunto de unidades pouco articuladas, cujo ponto comum de maior contato é o projeto do movimento e a coordenação central. Dessa forma, os profissionais destas equipes se encontravam muito preocupados e angustiados com a falta de espaços para além do NAPS, que contribuísse com o processo de reabilitação e inclusão social do

portador de transtorno mental. Foi nesse contexto, que surgiu em 2000, a idéia do Projeto Loko.Motiva que, através da expressão artística e da convivência social, pretendia contribuir para romper com o estigma e o preconceito com a loucura **a partir de um trabalho no interior dos serviços de saúde mental da SMS**. Nesse sentido, este projeto procura ampliar os espaços de convivência, diversificando as trocas entre os usuários e a sociedade e discute a cidadania do portador de transtorno mental (grifos nossos) (p.86-87).

Neste sentido, a justificativa do projeto também nos ajuda a visualizar as suas características. No entanto, esta apresentação não pode ser realizada sem antes chamarmos atenção para a contradição presente na argumentação acima destacada, pois mesmo aquilo que se pretende realizar para ampliar os serviços são materializados fisicamente dentro dos próprios serviços. Estas são as características do projeto que foram executadas nos antigos NAPS:

“(...) um espaço de convivência, criação e produção, possibilitando o desenvolvimento da capacidade de produção coletiva e identificação de habilidades. Enfim, se constitui como um recurso terapêutico que permite a passagem da loucura para o campo sócio-cultural da cidade. O seu principal objetivo é possibilitar o processo de inclusão social dos portadores de doença mental assistido pelos NAPS, CAPS e ambulatórios de saúde mental (...)” (SMS, 2000).

As principais atividades desenvolvidas pelo projeto ocorriam nos próprios serviços através de atividades de pinturas em telas e camisetas, confecções de cartões, apresentações culturais, coral, entre outras atividades. Além disso, o projeto Loko.Motiva possuía um espaço físico para comercialização das produções, entretanto, este espaço não mais existe e a concepção inicial de funcionar como um centro de convivência e produção nunca chegou a funcionar. Alguns dos impasses para a operacionalização do projeto são assim descritos por Crives (2003): falta de profissionais e recursos financeiros para gratificá-los, falta ou insuficiência de matéria-

prima e material de consumo, dificuldades na coordenação do projeto. Acreditamos que embora os dois primeiros aspectos levantados sejam um forte condicionante para a falta de continuidade do projeto, vamos nos ater no que a referida autora classificou como dificuldades de coordenação do projeto, no entanto, ampliaremos a sua definição para o entendimento de que esta problemática diz respeito às concepções subjacentes às práticas profissionais.

Desta forma, é importante pensar nos sentidos assumidos pelo projeto Loko.Motiva, pois as suas atividades ocorriam basicamente através da rotina de oficinas terapêuticas no interior dos serviços. Esta modalidade de tratamento (oficinas terapêuticas) é uma das principais ferramentas na vida diária do usuário com o seu sofrimento. No entanto, quando participei de uma destas oficinas, um primeiro questionamento surgiu: o que está sendo concebido por arte? Seria uma instância de criação ou adequação aos padrões estéticos comerciáveis? Do que estamos tratando quando dizemos que os usuários estão produzindo? Que os reinserimos na norma produtiva, na mesma norma que muitas vezes é responsável por sua alienação e a produção de sua anormalidade? Algumas perguntas ficaram sem resposta.

Desta maneira, o que foi percebido é que as oficinas de teatro, pintura e desenho, jornal, escrita aconteciam com a participação voluntária dos usuários, que, no entanto, eram encorajados a participarem, sobretudo aqueles que tinham mais dificuldade de expressar os seus sentimentos e encontravam na arte um plano de expressão mais amplo e livre do que a verbalização. Deste modo, presenciei vários ricos momentos em experiências criativas que favoreciam o reconhecimento de singularidades em situação de sofrimento, sofrimento singular que era enfrentado na coletividade da oficina. No entanto, mais uma vez atento aos fatores que contribuíam para o entrave deste processo criativo, percebia a dificuldade em manter o material

necessário para o andamento das atividades, tanto no nível de insumos: tinta, lápis de cor, papel, telas, etc. como do ponto de vista dos recursos humanos, notadamente os profissionais ligados a arteterapia, a música, processo descrito na investigação de Crives (2003).

Quando questionava sobre o porquê destas dificuldades, encontrei na resposta da coordenadora de um dos CAPS um bom esclarecimento. Dizia ela que a Secretaria Municipal de Saúde só entendia que era necessário remédio, não sabia como eram necessários tantos papéis, tintas, e outras coisas desta natureza para um serviço de saúde. Na mesma lógica ficava o pagamento dos profissionais voltados para as atividades artísticas, possuíam um frágil vínculo, não formalizado pela mesma concepção de saúde que era ancorada na atuação de profissionais do espectro médico-curativo. Entretanto, para além destas dificuldades materiais percebi um entrave no plano da concepção daquelas atividades, como expressas pelo estudo de Crives (2003):

A Oficina de Artes estimula a possibilidade que os usuários expressem seus sentimentos, emoções e sua forma de perceber a vida, através de suas potencialidades criativas que se materializam na atividade plástica. O principal objetivo dessa oficina é propiciar forças sociais e interação entre os usuários, embora a questão da **beleza estética** seja observada, respeitando-se os limites de cada um deles no processo terapêutico (grifos nossos) (p.103).

Mais adiante, a pesquisadora prossegue avaliando as oficinas:

O resultado do trabalho produzido em algumas destas oficinas, como quadros pintados com diferentes técnicas, poesias, camisetas, entre outros, são apresentados em exposições, feiras e outros espaços de circulação de mercadorias e de produção artístico-culturais, onde se espera que sejam vistos e, eventualmente, comprados pelos visitantes. Esses

produtos das oficinas, não são expostos como trabalho do “coitadinhos”, mas como frutos das atividades de pessoas capazes de se expressarem artisticamente a partir de seus sentimentos e emoções, muitas vezes com **qualidade estética** (grifos nossos) (p. 104-105).

Desta maneira, concebia que o posicionamento da autora acessava a concepção que animava as oficinas, tratava-se de uma ditadura do belo, de uma clausura evidenciada por juízos estéticos que desprezavam o caráter de singularização e o potencial de criação e subversão da arte, sobretudo naquilo que nos ensinou o espanhol Pablo Picasso ao declarar o seu ponto de vista a respeito de movimento surrealista: “O belo não me interessa”. No entanto, o belo ainda apresentava-se como a medida das ações nas oficinas terapêuticas, e assim perguntava-me: como pode a vida se expressar em toda a sua potência sob o crivo da clausura do belo? Além disso, como poderia a arte escapar dos condicionantes impostos pela aspiração de se tornar mercadoria a ser consumida pelo olhar estrangeiro a procura do exotismo?

Neste sentido, algumas fotografias de eventos protagonizados pelo projeto Loko.Motiva nos ajuda a acessar o que estamos querendo destacar: a institucionalização do projeto Loko.motiva.



Figura 12. Fotografia do movimento da Reforma Psiquiátrica em Natal.

Fonte: acervo fotográfico do CAPS II- leste.

A fotografia em questão foi retirada no evento que marcou a abertura do carnaval natalense em 2004. O carnaval do Loko.Motiva busca levar as ruas da cidade os participantes e simpatizantes da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, nos chama atenção inicialmente a uniformização daqueles que são considerados os “foliões”. Esta uniformização estética, no entanto, não é exclusividade deste evento, tal procedimento já vem sendo adotado em larga escala pelos diversos carnavais fora de época em todo Brasil, como é o caso do *Carnatal*, o evento local que corresponde a um dos maiores desta natureza em todo o país. Uma rica análise deste evento realizada por Lopes Júnior (2000) nos permite uma aproximação do nosso entendimento desta atividade do Loko.Motiva. Trata-se da produção de lugares para a “desordem ordenada das emoções” (p.147). Assim, um outro aspecto que chama a atenção, visível na figura 13 a seguir, é que os uniformes utilizados pelos participantes apresentam em todo o seu verso as insígnias da SMS, que aqui trazemos em destaque na figura 14, o que para nós simboliza a institucionalização das propostas de desinstitucionalização.



Figura 13. Fotografia do movimento da Reforma Psiquiátrica em Natal.

Fonte: acervo fotográfico do CAPS II- leste.



Figura 14. Logotipo oficial da Prefeitura Municipal do Natal em 2002.

Acreditamos que o agente social colocado em movimento pela Reforma Psiquiátrica pode funcionar de dois modos: fortalecendo o dispositivo psiquiátrico ou pondo em funcionamento o dispositivo da desinstitucionalização, e tais modos se mesclam, não são excludentes, pois nunca se está plenamente em um dos lados. Mas o que importa, no nosso ponto de vista, é manter aceso o jogo de forças, na possibilidade

de manter vibrante o jogo das diferenças. E aí nos perguntamos novamente: será que estamos conduzindo de fato a Reforma Psiquiátrica para a desinstitucionalização?

Alguns norteadores podem servir para essa reflexão. Acreditamos que ao invés de considerar a loucura como um erro, incapacidade, inferioridade, entidade clínica, doença mental, é potencializá-la como diferença, como um modo diferente de relação com o mundo. Essa potencialização implica, segundo Rolnik (2001) conseguir viver “(...) sem o ‘em casa’ de um sentimento de si, uma consistência subjetiva palpável – familiaridade com certas relações com o mundo, certos modos de ser, certos sentidos compartilhados, uma certa crença ...” (p.12) E assim, de uma outra maneira, podemos perceber que teremos, “(...) a subjetividade comandada pelo medo de se perder de si e abrir o corpo aos afetos inusitados, ao estranhamento...” (p.12). Desta maneira conclui a autora que é justamente “nesta contaminação que a potência vital se expande, carregam-se as baterias do desejo, encarna-se devires da subjetividade” (p.18).

Em decorrência deste posicionamento, no lugar do diagnóstico, que é sempre uma promessa de que nós, especialistas, faremos justiça, que nós salvaremos ou reabilitaremos o sujeito, vem a necessidade de responsabilização social que passa por desconstruir a relação de tutela/objeto e produzir uma emancipação terapêutica. A falta de avanços no campo da justiça reflete nossa dificuldade de se libertar desse desejo de tutela. Assim, cura ou saúde torna-se a ação de produzir subjetividade, sociabilidade, fazer funcionar uma potência de criação. Isso significa desconstruir formas idealizadas de sujeitos que correspondem ao que é esperado, ao que está dado, aos apelos midiáticos de homem bem inserido no mundo da produção e do consumo (que para nós é a significação de uma mortificação subjetiva).

É preciso construir a nós mesmos como sujeitos éticos: ampliar o exercício da invenção, da inconformação, da transformação, de ativação de coeficientes de

resistência. O exercício ético nos descola de um regime de tolerância já naturalizado, de servidão, descaso pelo pensar e pela crítica de nós mesmos. Assim, não é só criar equipamentos, equipes, serviços, mas desenvolver outras práticas culturais, outras formas de sentir, de viver, de amar, onde a loucura deixa de ser exterior a nós e possa ser sentida como própria à vida (a loucura faz parte de nós). Precisamos sair do lugar de especialistas: o outro segue doente e nós sabemos dizer sobre essa doença. Acreditamos que todos os espaços podem funcionar como lugares de acolhimento, de abertura para as vivências disruptivas. Em movimento semelhante, buscamos privilegiar novos campos de referência, de sustentação de modos existenciais plurais que ali vão se fazendo. Por isso, consideramos que não importa a formação acadêmica, se é nas Unidades Básicas de Saúde, nos CAPS, nos domicílios, na escola, a desinstitucionalização pode acontecer. Assim, o trabalho deve necessariamente remeter a uma ética, um ser afetado pelo encontro. É algo da ordem dos afetos e não do saber, da razão, do conhecimento.

Desinstitucionalizar não tem fim, não tem modelo ideal, precisa ser inventado incessantemente. Trata-se de um exercício cotidiano de reflexão e crítica sobre os valores estabelecidos como naturais ou verdadeiros, que diminuem a vida e reproduzem a sociedade excludente na qual estamos inseridos. É uma discussão permanente que deve estar presente, alicerçando as diversas propostas de políticas e práticas em saúde. Trata-se de um outro modo de estar na vida e, como tal, de se produzir práticas em saúde. Esse é o desafio que enfrentamos: resistir a tudo aquilo que mutila a vida, que nos torna subjetividades anestesiadas, sem liberdade de criação, destituídos de singularidade. Desinstitucionalizar é construir as “cidades invisíveis” e viventes, relatadas por Calvino (1990), que emanam estados de ânimo, estados de graça, elegias, alegrias e pura vibração, por dentro dos modelos mortificados por onde circulamos, é

cartografar as linhas de fuga que desenham novos modelos de cidadania baseados na liberdade de desejar e inventar zonas de afetos e intensidades, puro devir. Desinstitucionalizar, portanto, é uma processualidade, um movimento que se apresenta quando

o homem deixa de ser princípio ordenador, quando deixa de acreditar na unidade da sua vontade, ele retoma seu lugar como mundo, como vontade de potência. O sujeito que vive a multiplicidade de seu querer é aquele que enfrenta o desconhecido de sua vontade e não impede a luta; dessa forma, ele reinstaura a plasticidade, a provisoriedade e a pluralidade da vida em seu corpo (Mosé, 1999, p.199).

Portanto, em decorrência de tudo que foi discutido, acreditamos que a Reforma Psiquiátrica está para além da Psiquiatria, ou seja, os desafios para a desinstitucionalização da loucura requisitam uma complexidade de fatores administrativos, financeiros, organizacionais, técnicos, afetivos, subjetivos, enfim, uma gama de questões que estão no *socius*, articuladas com a produção de novas formas de vida em sociedade, especificamente a produção de uma nova subjetividade. Isto que estamos afirmando não poderia jamais ser interpretado como um abandono da luta por financiamento, avanços técnicos, organizacionais, dentre outros possíveis, mas significa manter sempre vigilante nosso foco analítico em virtude da sedução fácil de determinados ganhos que aparentemente indicam a superação de modelos, mas apenas camuflam uma manutenção aprofundada de séculos de domínio.

Desta maneira, considero que o principal desafio para a Reforma Psiquiátrica não reside apenas na sua falta de velocidade para implementação, mas na sua direção. Imagino que os primeiros passos para esta trajetória implicam em um imprescindível abandono do lugar de especialista ocupado por vários dos atores sociais envolvidos com a Reforma. Este percurso requer atenção especial para aquelas pequenas amarras

que conduzem as nossas próprias vidas, que nos fazem reproduzir valores, preconceitos, para não dizer “paixões tristes”, culpabilização, infantilização, todas em nome da razão. Este movimento requer rupturas, uma radicalização e não uma superação que acaba por promover pactos entre o aparentemente novo e as articulações de manutenção de séculos de dominação. Mas, não guardamos em nosso íntimo a veleidade de que esta tarefa seja fácil e que este trabalho represente uma tentativa bem sucedida disto, uma vez que, isto sim temos certeza, que somos constantemente capturados por nossos desejos de controle, fixidez, identidade, normatização, subjugação, ou em outras palavras, nossos desejos de manicômio. Por conseguinte, analisamos que a nossa caminhada requer um esforço analítico que considere não apenas os condicionantes que atravessam a realidade micro, mas aqueles que estão em um plano mais extenso, como é o caso do CMI. Esta lógica de funcionamento acaba por evidenciar uma disposição incessante para a exclusão, como foram sentidos nos primeiros passos de nossa pesquisa ainda em Cidade Nova. Assim muitos são os desafios para trilharmos rumos a desinstitucionalização da loucura e nos mantermos de pé.

Referências

Alarcon, S. (2000). Aos Homens de Boa Vontade: estudo sobre sujeição e singularidade. In P. Amarante. (org.) . *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. (pp.25-40). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Alves, D. S. (1993). Transformações na assistência psiquiátrica no Brasil. In *Duzentos anos de psiquiatria; coletânea de trabalhos apresentados na Jornada de Psiquiatria do Estado do Rio de Janeiro, 1992*. J. A., Russo & J. F., Silva (orgs.). Rio de Janeiro: Editora UFRJ.

Amarante, P. (1994). Algumas Reflexões sobre Ética, Cidadania e Desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica. *Saúde em Debate*, 45 (Dezembro), 43 - 46.

Amarante, P. (1995). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.

Amarante, P. (1997). Loucura, Cultura e Subjetividade. Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In Fleury, S. (org.) *Saúde e Democracia - A Luta do CEBES*. (pp. 163-185). Rio de Janeiro: Lemos Editorial.

Amarante, P. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In M. I. Fernandes, I. R. Scarcelli & E. S. Costa (Orgs.). *Fim de Século: ainda manicômios?* (pp.47-53). São Paulo:IPUSP.

Amarante, P. (2003) (org.). *Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ.

Anderson, P. (1995). Balanço do Neoliberalismo. In: *Pós-neoliberalismo*. Rio de Janeiro:Paz e Terra.

Antunes, R. (2001). *Os sentidos do trabalho, ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo editorial.

Augé, M. (1994). *Não-lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade*. Campinas: Papyrus.

Baptista, L. A. (1999). *A cidade dos sábios*. São Paulo: Summus.

Barbosa, M. G. (2000). *Nietzsche, crítica ao conceito de consciência*. São Paulo: Beca Produções Culturais.

Barros, D. D. (1994). *Os Jardins de Abel- Desconstrução do Manicômio de Trieste*. São Paulo: Edusp.

Belmonte, P. R. et al. (1998). Temas de Saúde Mental. *Textos Básicos do CBAD*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Berman, M. (2001). *Tudo que é sólido se desmancha no ar – A aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras.

Birman, J. e Costa, J.F. (1994). Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In Amarante, P. (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. (pp.41-72). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Birman, J. (1992). A cidadania tresloucada. In Bezerra Jr, B. e Amarante, P. (orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. (pp.71-90). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Bittencourt, L. A (1994). Fotografia enquanto instrumento etnográfico. *Anuário Antropológico 92*, Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Botomé, S. P. (1979). A quem, nós, psicólogos, servimos de fato? *Psicologia*, São Paulo, 5 (1), 1-15.

Brasil, Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde (2001). *Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: ISBN.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. (2004) *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde.

Burity, J. (1995). *Desconstrução, Hegemonia e Democracia: o Pós-Marxismo de Ernesto Laclau* (manuscrito não-publicado).

Calvino, I. (1990). *As cidades invisíveis*. São Paulo: Companhia das Letras.

Campos, S. (1959). *O problema médico-social do doente mental*. Trabalho de conclusão do curso de Serviço Social. Natal: UFRN.

Caplan, G. (1966). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Buenos Aires: Paidós.

Carvalho, D. (2001). *A Cidade e a alma Reinventadas: modernização urbana e a consolidação acadêmica e profissional da Psicologia na Cidade de natal – RN*. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: UFRN.

Carvalho, G. I. (2001). *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde*. Campinas: Editora Unicamp.

Carvalho, M.C. (2001). Os desafios da desinstitucionalização. In Figueiredo, A. C. e

Cavalcanti, M. T. (orgs.). *A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização - Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental*. (pp. 9-38). Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.

Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica – A idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.

Castel, R. (1987). *Gestão dos Riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Chauí, M. S. (1980). Ideologia e educação. *Educação & Sociedade*. Campinas, 5 (2), 24-40.

Cooper, D. (1982). *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva.

Crives, M. N. (2003). *Os Naps Leste e Oeste de Natal-RN: semeando mudanças em saúde mental*. Dissertação de mestrado do programa de pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: UFRN.

Costa- Rosa, A., Luzio, C. A. e Yasui, S. (2001). As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 25 (58), 12-24.

Costa-Rosa, A., Luzio, C. A. e Yasui, S. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In Amarante, P. (org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. (pp. 13- 44). Rio de Janeiro: Nau Editora.

Deleuze, G. (1983). *Nietzsche and Philosophy*. New York: Columbia University Press.

Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34.

Delgado, P. G. G. (2000). Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In Tundis, S. e Costa, N. (orgs.), *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. (pp. 9-14). Petrópolis: Vozes.

Delgado, P. G. G. et al. (2001). O Ministério da Saúde e a Saúde Mental no Brasil: panorama da última década. In Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: ISBN.

Desviat, M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Dimenstein, M. (1998). O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia: UFRN*, 3 (1), 53-82.

Dimenstein, M. D. B. (2000). A Cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia: UFRN*, 5 (1), 95-122.

Doel, M. (2001). *Corpos sem órgão: esquizoanálise e desconstrução*. In: T., Silva. *Nunca Fomos Humanos*. Belo Horizonte: Autentica.

Fagundes, S. (2001). O financiamento na reorientação do modelo assistencial em saúde mental. In Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: ISBN.

Farr, R. (2000). A individualização da psicologia social. In Campos, R. H. F. e Guareschi, P. A.(orgs.). *Paradigmas em psicologia social – A perspectiva latino-americana*. (pp. 11-26). Petrópolis: Vozes.

Feldman-Bianco, B. e Leite, M. M. (1998). *Desafios da imagem: fotografia, iconografia e video nas ciências sociais*. São Paulo: Papirus.

Figueira, S. A. (1985). Introdução: psicologismo, Psicanálise e Ciências Sociais na “cultura psicanalítica”. In S. A. Figueira (Org.), *Cultura da Psicanálise* (pp.7-13). São Paulo: Brasiliense.

Figueiredo, L. C. M. (1996). *Psicologia – uma introdução, uma visão histórica da Psicologia como Ciência*. São Paulo: EDUC.

Foucault, M. (1972). *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.

Foucault, M. (2000). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

- Giddens, A. (1991). *As conseqüências da modernidade*. São Paulo: Unesp.
- Goldberg, J.(1994). *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te-Corá/ Instituto Franco Basaglia.
- Gomes, M. P. C. *A política de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro*. Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Rio de Janeiro.
- Guattari, F. e Rolnik, S.(1986). *Cartografias do desejo*. Rio de Janeiro:Vozes.
- Guattari, F. (1990). *As três ecologias*. Campinas: Papirus.
- Guattari, F. (2000). *Cartografias Esquizoanalíticas*. Buenos Aires: Bordes Manantial.
- Habermas, J. (2000). *O discurso filosófico da modernidade: doze lições*. São Paulo: Martins Fontes.
- Haguette, D. M. F. (2000). *As metodologias qualitativas na sociologia*. Petrólis: Vozes
- Jacobi, P. R. (1989). *Movimentos Sociais e Estado: efeitos políticos-institucionais da ação coletiva*. In Costa, N. R., Minayo, M. C. S., Ramos, C. L. e Stotz, N. (orgs.) *Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde. Saúde e Realidade Brasileira II*. (pp. 13-36). Petrópolis: Vozes.
- Kinoshita, R. T. (1986). *Uma experiência pioneira. A Reforma Psiquiátrica Italiana*. In *Saúde Mental e Cidadania*. Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental. São Paulo: Mandacaru.

Leal, E. M. (2001). Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na Reforma Psiquiátrica brasileira. In Figueiredo, A. C. e Cavalcanti, M. T. (orgs.). *A Reforma Psiquiátrica e os Desafios da Desinstitucionalização- Contribuições à III Conferência Nacional de Saúde Mental*. (pp. 69-84). Rio de Janeiro: IPUB/CUCA.

Lopes Jr., E. (2000). *A construção social da cidade do prazer: Natal*. Natal: EDUFRN.

Machado de Assis, J. M. (1998). *O alienista*. Porto Alegre: L&PM.

Machado, L.D. e Lavrador, M.C.C. (2001). Loucura e Subjetividade In Machado, L.D; Lavrador, M.C.C e Barros, M.E.B (orgs.): *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. (pp.45-58). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Machado, R. (2000). *Foucault, a Filosofia e a Literatura*. Rio de Janeiro; Jorge Zahar.

Marx, K. e Engels, F. (2002). *Manifesto do Partido Comunista*. São Paulo: Martin Claret.

Marx, K. e Engels, F. (2003). *A Sagrada Família*. São Paulo: Boitempo Editorial.

Mancebo, D. (2002). Modernidade e Produção de Subjetividades: breve percurso histórico. In: *Psicologia Ciência e Profissão*. 22 (1) 100– 111.

Mello, S. L. (1975). *Psicologia e profissão em São Paulo*. São Paulo: Ática

Milagres, A. L. D. (2002). Porta de saída do asilo: cotidiano, narrativa e subjetividade nas residências terapêuticas em Saúde Mental do IMAS Juliano Moreira. Dissertação de mestrado do programa de pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro:UERJ.

Miranda, L. L. (2000). Subjetividade: a (des) construção de um conceito. In Souza, S. J. (org.) *A infância como crítica da cultura*. (pp. 29-46). Rio de Janeiro: 7 letras.

Mosé, V. (1999). Nietzsche e a genealogia do sujeito In Barrenechea, M.A. e Pimenta Neto, O.J. (orgs.): *Assim falou Nietzsche*. (pp. 188-200). Rio de Janeiro: 7 letras.

Natal, Secretaria Municipal de Saúde (2000). Projeto Loko.motiva.

Neves, C. E. A.B. (1997). Sociedade de controle, o neoliberalismo e os efeitos de subjetivação. In Lancetti, A. (org.). *Saúdeloucura* 6, (pp. 84-91). São Paulo: Hucitec.

Noronha, J. C. e Soares, L. T. (2001). A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6 (2), 445-450.

Nunes, E. (2000). *O meio ambiente da Grande Natal*. Natal: Imagem Gráfica.

Paiva, I. (2003). *Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença*. Dissertação de mestrado do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: UFRN.

Pecoraro, R. R. (2002). Nihilismo, Metafísica e Desconstrução. In Duque-Estrada, P. (org.). *Às margens: a propósito de Derrida*. (pp. 49-72). Rio de Janeiro: PUC-Rio. São Paulo: Loyola.

Pèlbart, P. P. (1990). Manicômio mental – a outra face da clausura. In. Lancetti, A. (org.). *Saúdeloucura* 2. (pp. 130-138). São Paulo: Hucitec.

Pèlbart, P. P. (2000). *A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea*. São Paulo: Iluminuras.

Peters, M. (2000). *Pós-estruturalismo e filosofia da diferença*. Belo Horizonte: Autêntica.

Pitta, A. (2001). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.

Resende, H. (2000). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In Tundis, S. & Costa, N. (orgs.). *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. (pp. 15-74). Petrópolis: Vozes.

Rolnik, S. (2001). Subjetividade antropofágica. In Machado, L.D; Lavrador, M.C.C e Barros, M.E.B. (Org.): *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. (pp.11-27). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rotelli, F. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via. In Nicácio, F. (org.) *Desinstitucionalização*. (pp. 17- 59). São Paulo: Hucitec.

Rouanet. S. P. (1993). *Mal-estar na modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras.

Russo, J. A. (1993). Psiquiatria, Manicômio e Cidadania no Brasil. In: *Duzentos anos de psiquiatria; coletânea de trabalhos apresentados na Jornada de Psiquiatria do Estado do Rio de Janeiro, 1992*. J. A., Russo & J. F., Silva (Orgs.). Rio de Janeiro: Editora UFRJ.

Saman, E. (1998). *O Fotográfico*. São Paulo: Hucitec.

Santos, B. S. (2001). *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. São Paulo: Cortez.

Silva, J (1989). *Histórico da Evolução da Psiquiatria no Rio Grande do Norte*. Natal: Editora Universitária.

Soares, L. T. R. (2001). *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Petrópolis: Vozes.

Sucar, D. (1993). *Nas origens da psiquiatria social no Brasil: um corte através da psiquiatria do Rio G. do Norte*. Natal: Clima.

Taylor, C. (1997). *As Fontes do Self – a construção da identidade moderna*. São Paulo: Loyola.

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

Touraine, A. (1999). *Crítica da modernidade* Petrópolis, 6^a Ed., Rio de Janeiro: Vozes.

Vasconcelos, E. M. (1992). *Do Hospício à Comunidade*. Belo Horizonte: SEGRA.

Weber, M. (1989). *A ética protestante e o espírito do capitalismo* (6^a ed.). São Paulo: Pioneira.