

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO EMPRESA SOCIAL:
UM ESTUDO SOBRE A REORIENTAÇÃO DO MODELO
ASSISTENCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
MENTAL**

EDUARDO HENRIQUE GUIMARÃES TORRE

Setembro de 2004

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO EMPRESA SOCIAL:
UM ESTUDO SOBRE A REORIENTAÇÃO DO MODELO
ASSISTENCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
MENTAL

EDUARDO HENRIQUE GUIMARÃES TORRE

ORIENTADORA: PROF. DRA. REGINA CELE DE ANDRADE BODSTEIN

Data da defesa: ____ / 10 / 2004

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde

Setembro de 2004

EDUARDO HENRIQUE GUIMARÃES TORRE

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO EMPRESA SOCIAL:
UM ESTUDO SOBRE A REORIENTAÇÃO DO MODELO
ASSISTENCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
MENTAL**

BANCA EXAMINADORA

**PROF. DRA. REGINA CELE DE ANDRADE
BODSTEIN (ORIENTADORA)**

**PROF. DR. PAULO DUARTE DE
CARVALHO AMARANTE**

**PROF. DRA. MARIA ELIZABETH BARROS
DE BARROS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA
EM ____ / ____ / ____.**

“Cada palavra é uma obra poética”

Jorge Luís Borges

“Rir é afirmar a vida e, na vida, até o sofrimento. Jogar é afirmar o acaso e, do acaso, a necessidade. Dançar é afirmar o devir e, do devir, o ser”

Gilles Deleuze

“É preciso ainda ter o caos dentro de si para dar à luz a uma estrela dançarina”

“Deve-se falar somente quando não se pode calar; e falar somente daquilo que se superou (...) Os grandes eventos não são nossas horas mais ruidosas, mas nossos instantes mais silenciosos”

“Ninguém pode construir em teu lugar as pontes que precisarás passar, para atravessar o rio da vida -- ninguém, exceto tú, só tú”

Friedrich Nietzsche

“Um pássaro na gaiola na primavera sabe muito bem que existe algo em que ele pode ser bom, sente muito bem que há algo a fazer, mas não pode fazê-lo. O que será? Ele não se lembra muito bem. Tem então vagas lembranças e diz para si mesmo: ‘Os outros fazem seus ninhos, têm seus filhotes e criam a ninhada’, e então bate com a cabeça nas grades da gaiola. E a gaiola continua ali, e o pássaro fica louco de dor”

Van Gogh, 1880

(“Cartas a Théo”)

Agradecimentos

Agradecimentos sem tamanho são essenciais para quem fez a diferença nesse aprender a caminhar com as próprias pernas...

Aos colegas de mestrado da ENSP das Políticas Públicas e agregados e aos professores, em primeiro lugar. E aos meus 'Mestres', que tiveram investido Todos Estes Anos para que eu me torne sempre um profissional melhor e uma pessoa mais inteligente e forte: À **Viviane Mosé**, minha 'iniciadora', tudo começou mesmo ali nos grupos, claro que o movimento já havia, mas você foi decisiva. A Filosofia a marteladas fincou mastro, poeticamente... Toda Palavra dita foi bemvinda! Tudo pleno de sentido, nada vazio, e aprendi assim a saber melhor quem eu sou (até porque o Rio que corre por esta dissertação se deve muito a você). Para você (e agora D & D também queridos) desejo só 'ouro'. Obrigado, pela amizade, pela confiança. À **Beth Barros**, que praticamente 'me ensinou a viver' o psicólogo que sou, em tantos 'entre' sem início nem fim. Você me trouxe pelos caminhos básicos que sei que vão marcar minha vida profissional sempre. Espero que você se encontre 'entre' muitas páginas daqui. Suas cartografias são 'Locomotivas' que rasgam o turbilhão: elas *não* passaram despercebidas... criaram outros mundos! Ao **Nelson Lucero**, pela fonte inesgotável de preciosidades, você é alguém que *sempre* esteve presente. Na Psicologia, no IWR e Nos Caminhos de Reich, nos grupos, nas aulas, palestras, minicursos, workshops, festas (ops) são muitos encontros marcantes e muitas afinidades, você foi e é fundamental, sunsei...; À **Cristina Lavrador**, que enraizou minha caminhada na árdua busca pelo confronto com a loucura. Como 'genealogista da moral', me ensinou muito sobre 'o conhecimento psicológico' e faz parte da base desta minha construção na Saúde Mental. À minha orientadora **Regina Bodstein**, por receber meu trabalho, por entender meus problemas com o tempo, e os sumiços, pelos encontros sempre com receptividade e carinho e por 'salvar a pátria' nos pênaltis depois da prorrogação. E ao **Paulo Amarante**, que sempre esteve do lado, que inspirou, incentivou, alimentou, ensinou e dividiu tudo o que está aqui. Trabalhar junto é algo que realmente me anima, me envolve, nestas 'aventuras pelos manicômios', nesta luta do produzir conhecimento para a Reforma Psiquiátrica; espero ajudar com mais outras histórias para a loucura e a psiquiatria... Agradeço também aos meus orientandos de Saúde Mental da Faesa, que foram importantes, Renata Quintas, Helenise Buffon, Fernanda Ferreira, Zenith Azolin, Maristela Coelho e Marcelo Kill, os dois últimos especialmente por 'outros carnavais' em que fui eu o "aprendiz", como ainda sou desde o Caps. Todos os alunos que tiveram

encontros com o 'professor' que sou foram importantes, pois fizeram com que eu tirasse o melhor de mim, mas especialmente aqueles encontros em que houve uma cumplicidade explícita. Na UFES, na Estácio, na Faesa e na ABPC. E principalmente no Pólun de São Mateus. Agradeço aos meus amigos e amigas psicólogos (e alguns não-psicólogos) que trabalharam e conviveram muito próximos, todos fundamentais, seja em nossas 'doças' ondas à beira-mar em Caraíva ou Salvador ou nos enfrentamentos cotidianos que travamos. E aos mestres que também me inspiram: Leila Domingues, Sônia Pinto, Robinson Lima, Orieta Dalmonechi, Beth Aragão, Kathy Marcondes. Agradeço a Ya, Lu e Tamy por me aguentarem nesse processo. E agradeço à Escola Nacional de Saúde Pública por permitir a conclusão deste trabalho.

O melhor do andarilho (mesmo o que não sai de onde está pisando) é sua arte de saber o valor que cada coisa e pessoa tem para ele, porque o trabalho do caminho exige que ele saiba separar o melhor de si, e avaliar o que realmente importa.

“Nada dito tem todos os sentidos”

homenagem ao Livro de Areia

de Jorge Luís Borges

**Para Paulo (in memoriam)
e Yamara, por tudo que eu sou**

Para Luísa, preciosa beleza e inspiração

Para Tamy, pelo amor e dedicação de viver a dois

**E para Paulo Amarante, meu guia
e quem desejo como parceiro por toda vida**

A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO EMPRESA SOCIAL: UM ESTUDO SOBRE A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL

Resumo/ Abstract 11

Introdução..... 13

PARTE I – Saúde Mental – História e Estado da Arte

CAPÍTULO 1:

Da Produção da Doença Mental à Instituição Inventada 18

I – Do “Gênio da Espécie” ao Pensamento Nômade: genealogia da loucura como ferramenta metodológica 19

1 – “O fazer é ontológico”: Genealogia, Ruptura e Invenção 19

2 – As ‘Práticas Discursivas’23

3 - Do “Gênio da Espécie” ao Pensamento Nômade 26

4 – A Genealogia e a Microfísica do Poder 29

II – A Produção da Doença Mental e o Dispositivo Psiquiátrico..... 41

1 – Genealogia do Poder e Produção de Subjetividade no campo da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica 41

2 – O nascimento da Doença Mental 44

3 – O Dispositivo Psiquiátrico 46

4 – O Princípio do Isolamento 52

5 – O conceito de ‘Medicalização’ e a captura da loucura 54

III – Superação do manicômio: a Desinstitucionalização como desconstrução	57
1 - A Desconstrução como produção de novas formas de relação com a loucura e novos modelos de políticas públicas de saúde mental	57
2 – O Dispositivo da Clínica e a Desinstitucionalização	59
3 – Reforma Psiquiátrica e Modelos Assistenciais	70
4 - Promoção e Produção de Saúde	72
5 – O projeto de ‘recentrar a saúde na cidade’	76
6 – Os dois modelos de saúde-loucura	81
IV – A complexidade da Reforma Psiquiátrica	85
1 – Da Genealogia da Loucura à Cartografia Micropolítica como ferramenta de análise de políticas de saúde mental.....	85
2 – A Cartografia das linhas	88
3 – O Modelo Estratégico	92

PARTE II - Loucura e Complexidade

CAPÍTULO 2:

A Reversão do Psiquiatrismo: A Reforma Psiquiátrica como Empresa Social	95
I – Complexidade: uma “Nova Aliança”	97
II – Fechando o circuito anti-alienista	107
1 – Micropolítica Basagliana	108
2 – Do manicômio ‘lugar-zero’ ao território lugar infinito das trocas sociais...121	

3 – A Reforma Psiquiátrica como Empresa Social: o que é uma ‘sociedade sem manicômios’	130
4 -- O circuito psiquiátrico e a produção de subjetividade	142

PARTE III - CONCLUSÃO

CAPÍTULO 3:

“Descendo pela Toca do Coelho”: A Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo	153
---	-----

1 - “Descendo pela toca do coelho”: A Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo	153
---	-----

2 – A “gestão” da empresa social	160
--	-----

3 – Heterostase em Saúde Mental: da instituição inventada à empresa social..	169
--	-----

Referências Bibliográficas.....	176
---------------------------------	-----

ANEXOS.....	192
-------------	-----

RESUMO

O escopo desta dissertação é a reflexão sobre o conceito de Reforma Psiquiátrica à luz do problema da reorientação do modelo assistencial nas políticas públicas de saúde mental. Fundamentando-se nas análises genealógicas sobre o poder psiquiátrico e a história da loucura, tal como concebido por Michel Foucault, busca-se contribuir com ferramentas conceituais e metodológicas no sentido de problematizar a discussão de que Reforma Psiquiátrica não é apenas uma reforma de serviços sanitários, de caráter administrativa, formal ou operacional, e também de que a loucura não pode ser tratada exclusivamente num âmbito médico, biológico e psicológico. A conclusão se sustenta na concepção de Reforma Psiquiátrica como Empresa Social, dentro da tradição basagliana, tal como desenvolvida por Rotelli et col., que aponta para a noção de que a desinstitucionalização, como processo condutor da Reforma Psiquiátrica, só se realiza plenamente quando atinge sua dimensão mais ampla de transformação cultural, nos levando à construção de novas formas de relação social com a loucura e novas possibilidades de exercer a participação social nas instituições e na vida democrática, redimensionando os objetivos da Reforma Psiquiátrica como sendo os de ‘invenção de saúde’ e produção de vida.

Palavras-chave: 1) Reforma Psiquiátrica; 2) Desinstitucionalização; 3) Loucura; 4) Modelo assistencial em saúde mental; 5) Políticas Públicas de Saúde Mental

ABSTRACT

The mark of this dissertation is the reflection on the concept of Psychiatric Reform to the light of the problem of the reorientation of the health care model in the public politics of mental health. Being based in the genealogical analyses on the psychiatric power and the history of the madness, just as having become pregnant for Michel Foucault, it is looked for to contribute with conceptual and methodological tools in the sense of problematizing the discussion that it Reforms Psychiatric it is not just a reform of sanitary services, of administrative, formal or operational character, and also that the madness cannot be treated exclusively in an extent medical, biological and psychological. The conclusion is sustained in

the conception of Psychiatric Reform as Social Company, inside of the Basaglia's tradition, just as having developed for Rotelli et col., that it appears for the notion that the deinstitutionalization, as conductive process of the Psychiatric Reform, only takes place fully when it reaches his wider dimension of cultural transformation, taking us to the construction in new ways of social relationship with the madness and new possibilities of exercising the social participation in the institutions and in the democratic life, remaking the objectives of the Psychiatric Reform as being the ones of 'invention of health' and life production.

Key words: 1) Psychiatric Reform; 2) Deinstitutionalization; 3) Madness; 4) Health Care Model in Mental Health; 5) Public politics of Mental Health

A Reforma Psiquiátrica como Empresa Social: Um estudo sobre a Reorientação do Modelo Assistencial nas Políticas Públicas de Saúde Mental

INTRODUÇÃO

A questão fundamental para os sistemas de saúde mental na implementação da Reforma Psiquiátrica tem sido de como reorientar o modelo assistencial de forma a permitir a extinção do manicômio. Os desafios práticos dessa transformação levam a um complexo universo de novos problemas no âmbito do sistema de saúde brasileiro, e nesse contexto é que pretende-se através de algumas reflexões centrais fornecer ferramentas para a produção de políticas públicas de saúde mental.

A municipalização do S.U.S. tem sido um dos grandes instrumentos de implementação das políticas de saúde, e é neste âmbito da municipalização e descentralização da saúde pública que se colocam alguns dos principais desafios e dificuldades da Reforma Psiquiátrica.

A reorientação do modelo assistencial em saúde mental se relaciona diretamente com a engenharia institucional e política da municipalização. Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica deve ser alvo de uma constante análise do curso das experiências locais; no entanto apenas isso não é suficiente. Na transformação do modelo assistencial (em sua reorientação do manicômio à produção de vida) alguns problemas se apresentam de forma repetida. Conservando a especificidade do caráter singular da construção de cada experiência de Reforma Psiquiátrica, em todos os processos caminha-se num “campo minado” onde se carrega toda a história implicada no campo da saúde mental. Diante dessa realidade, destacam-se dois grandes aspectos. O problema da reinstitucionalização das políticas e da homogeneização das práticas na forma do ‘aggiornamento’ (CASTEL, 1987); e o problema da transformação cultural como dimensão mais completa do processo de desinstitucionalização. Esses dois eixos como grandes problemas da Reforma Psiquiátrica são o fio condutor de uma dissecação do objeto ‘reorientação do modelo assistencial’, buscando suas relações com o conceito central de **produção de subjetividade** (DELEUZE

& GUATTARI, 1995). A questão fundamental é rediscutir o conceito de Reforma Psiquiátrica à luz desses dois eixos de reflexão.

A dissertação é composta de três partes. A parte I, que trata da história e estado da arte do campo da saúde mental; a parte II, que desenvolve os estudos sobre loucura e complexidade; e a parte III, que pensa a Reforma Psiquiátrica como processo social complexo e finaliza com uma conclusão do percurso realizado, conclusão aberta e provisória.

Na primeira parte, para discutir o ‘estado da arte’ no campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, partindo das análises genealógicas do poder psiquiátrico, no capítulo 1, a Genealogia da Loucura conduz à compreensão do processo histórico de *produção da doença mental*, isto é, produção das formas através das quais foi possível efetivamente fabricar o objeto “doença mental” através do dispositivo psiquiátrico, em seus saberes e paradigmas fundantes, bem como em suas práticas e instituições. A reflexão se sustenta na conclusão de que *o dispositivo psiquiátrico*, por meio de suas tecnologias e procedimentos de poder, *captura a loucura transformando sua experiência*. Para pensar a produção histórica dos saberes e práticas, a **análise genealógica** introduz conceitos como o de *ruptura* arqueológica na história do conhecimento, *positividade* do poder e produção de regimes de *visibilidade* sobre os objetos (FOUCAULT, 1974, 1978, 1979; MACHADO, 1979; 1986).

O método alienista e o método psiquiátrico são analisados como produtos de uma racionalidade naturalista que simplifica os objetos, reduzindo sua complexidade a fórmulas universais e a-históricas. Propõe-se, por fim, uma retomada da complexidade do processo saúde-loucura, através da desconstrução das simplificações e conceituações psiquiátricas – processo constituído pela articulação dos movimentos de *desconstrução do dispositivo psiquiátrico* e de *superação do manicômio*, como interdependentes, mas não redutíveis um ao outro. A problematização do naturalismo e cientificismo que sustentam o paradigma psiquiátrico torna-se esse processo que estabelece a possibilidade de novas relações com a loucura, pela retomada de sua complexidade enquanto fenômeno. “Da produção da doença mental à instituição inventada” busca fundamentar o conceito de *dispositivo*, que permite repensar as relações de poder em sua invenção de objetos e sujeitos do conhecimento, para além do Estado e de sua dimensão jurídica. O poder passa a ser analisado em suas dimensões macropolíticas e micropolíticas, isto é, não como ‘grande’ (macro) e pequeno

(micro), mas como relações instituídas e relações de processualidade. Assim, as políticas de saúde mental são pensadas em suas relações de poder e a desinstitucionalização da loucura como caminho para a ‘instituição inventada’, que pode ser entendida como um incessante processo de ‘invenção de saúde’ e produção de vida.

Através da concepção da produção da doença mental, as políticas de saúde mental são problematizadas sobre outras bases, não mais internas à psiquiatria, mas direcionadas por uma nova complexidade no fazer dos operadores. A *Desinstitucionalização* nas políticas de saúde mental, que se torna possível nos processos de desconstrução da psiquiatria e de superação do manicômio, objetiva a construção de uma “sociedade sem manicômios”, nos confrontando com os difíceis problemas e dificuldades da reorientação do modelo assistencial de saúde mental.

Os desdobramentos da desinstitucionalização como processo social complexo levam ao projeto de ‘recentrar a saúde na cidade’, concebendo que o melhor espaço de reabilitação é a cidade, isto é, a ‘invenção de saúde’ e a produção de vida não podem se restringir a um melhor serviço ou tecnologia de cura, nem tampouco a uma política normativa que instaure uma assistência capaz de impor condições de cura ou readaptação dos sujeitos ‘em desvantagem social’.

A instituição inventada como desconstrução do dispositivo psiquiátrico e superação do manicômio, em sua relação com as Reformas Psiquiátricas realizadas na história da psiquiatria e do campo da saúde mental, constitui-se como referência para um arcabouço analítico das transformações do modelo assistencial nas políticas públicas de saúde mental. O produto metodológico dessa crítica histórica é pensar os três grandes modelos técnico-assistenciais que conformam políticas de saúde mental. O Modelo Assistencial pode ser reorientado primariamente a partir de três dispositivos de poder, que são o dispositivo da doença mental, o dispositivo da saúde mental e o dispositivo da desinstitucionalização.

A desinstitucionalização se torna referência para repensar essa reorientação, na medida em que atinge como processo social sua dimensão mais ampla de mudança cultural. O foco de discussão então passa a ser pensar a Reforma Psiquiátrica através do conceito de *empresa social* (ROTELLI et col., 1990; 1995), que põe em jogo a desinstitucionalização como um processo de *produção de subjetividade* (DELEUZE & GUATTARI, 1995; GUATTARI, 1992). Isto nos abre novas dimensões no estado da arte, na construção do movimento de Reforma Psiquiátrica, trazendo à luz reflexões sobre a participação social nas

instituições públicas, sobre conceitos de promoção e produção de saúde, sobre a ação cultural das políticas e sistemas de saúde. É nesta parte II que serão desenvolvidas as relações entre loucura e complexidade, através das discussões sobre a crise da racionalidade científica moderna e a crise da saúde pública em seus modelos clássicos, como problemas que atravessam a Reforma Psiquiátrica, e através das discussões sobre a necessidade de trazer para a implementação das políticas públicas de saúde mental uma ampliação das formas de entender a loucura e a condução da mudança social, não mais definida enquanto apenas uma redução de quadros epidemiológicos mórbidos ou resolução de problemas de ‘risco social’.

Uma análise da política de saúde mental em suas dimensões macropolíticas e micropolíticas, que insere a possibilidade de novas análises na reorientação do modelo assistencial em saúde mental, em suas transformações entre os dois modelos de saúde-loucura: o modelo de saúde-loucura psiquiatrizado e o modelo de saúde-loucura de ‘recentrar a saúde na cidade’ ou de produção de saúde. A problematização central que emerge desta orientação de análise micropolítica é a de que não é possível realizar a desinstitucionalização através de um controle social disciplinar, seja técnico, institucional ou jurídico. Através da mudança cultural e da produção de subjetividade, realiza-se um deslocamento da função de Polícia Médica que se infiltra nas práticas de saúde e na organização do trabalho nas instituições de saúde.

Nesse sentido, discute-se como pensar a municipalização da saúde mental como uma política construída, não há implementação vertical que garanta as políticas públicas ou controle disciplinar que transforme as subjetividades na relação social com a loucura e o louco. Trata-se de um processo social complexo, uma Empresa Social que promove processos de produção de subjetividade que escapam às sobrecodificações produtoras de subjetividades mortificadas, que são o efeito fundamental do funcionamento do circuito psiquiátrico, instaurado pelo dispositivo psiquiátrico, na sociedade, nas instituições democráticas, nas relações sociais.

PARTE I

Saúde Mental:

História e Estado da Arte

CAPÍTULO 1:

DA PRODUÇÃO DA DOENÇA MENTAL À INSTITUIÇÃO INVENTADA

Um dos eixos de discussão mais importantes dentro das problemáticas do campo da saúde mental e dos processos políticos de Reforma Psiquiátrica, concerne à reorientação do modelo assistencial, também chamado de “nó” da Reforma. Não surpreende que as concepções sobre essa ‘reorientação’ ainda sejam bastante contraditórias nos discursos e práticas da área. Neste sentido, torna-se atual discernir com clareza de que reorientação está se tratando e como ela pode ser conduzida.

Para tanto, busca-se desenvolver a concepção de que são necessários dois movimentos: a **desconstrução da psiquiatria e a superação do manicômio**. Os dois são articulados e interdependentes, mas não se reduzem um ao outro. O primeiro coloca o problema da construção do dispositivo psiquiátrico. A tese desenvolvida segue a análise genealógica da história da loucura, concluindo com a formulação do conceito de ‘produção da doença mental’. O segundo movimento nos leva além: será necessário criar novas referências que superem a crítica e permitam a afirmação de novas bases teóricas e metodológicas, bem como sua sustentação na capacidade de produzir transformações na formação de profissionais e outros atores sociais e nas práticas em saúde mental. Começa o desafio de compreender como formular e implementar políticas públicas de saúde mental que estejam em *ruptura* com o que se afigurava inquestionável – a doença mental.

Através do processo de **desconstrução da psiquiatria** enquanto verdade da loucura, para que a loucura possa se expressar em outras verdades, não mais absolutas, mas antes éticas e estéticas, as experiências de Reforma Psiquiátrica em curso colocam a necessidade de problematizar a norma e a doença mental como forma de possibilitar o processo de **superação do manicômio**, enquanto um processo complexo, sócio-cultural, técnico-assistencial, teórico-conceitual, jurídico-legal, que produz a desinstitucionalização do louco e da loucura e a desnaturalização da noção de doença mental.

A questão fundamental para um enfoque crítico em saúde mental passa a ser saber que *formas de relação com a loucura* estão em movimento sendo produzidas, na construção do processo de reforma psiquiátrica, conferindo coerência histórica, conceitual e prática às intervenções nos novos serviços de saúde mental e na implementação de políticas, bem como na formação de profissionais que atuam sobre a relação saúde-loucura. As formas de relação social que se estabelecem com a loucura são o que sustenta a construção de modelos de políticas públicas de saúde mental, bem como o que sustenta a transformação da atenção em saúde mental no sentido de desconstruir o saber e a prática psiquiátricos.

I - Do Gênio da Espécie ao Pensamento Nômade: Genealogia da Loucura como ferramenta metodológica

1 - “O Fazer é Ontológico”: Genealogia, Ruptura, Invenção

Com o modelo científico clássico construído da modernidade, fundado no antropocentrismo que emerge da decadência do mundo feudal e divino, sustentado pelo racionalismo cartesiano e pelo modelo lógico-matemático newtoniano, configura-se uma nova sociedade e uma nova experiência individual e coletiva do homem. O pensamento torna-se proveniente do homem, em seu livre arbítrio, que ordena o mundo descobrindo nele suas leis e regularidades, através da lógica, da causalidade e da previsibilidade, fundamentos da criação de uma nova categoria: o *sujeito do conhecimento*. É através dela que se torna possível, em primeiro lugar, pensar que pela Razão o homem pode decifrar e controlar a natureza. Perde-se a dimensão histórica e imprevisível dos processos: o naturalismo racionalista e o mecanicismo determinista, como fundamentos do sujeito da modernidade (o ‘sujeito do conhecimento’) tornam também o **processo saúde-doença** como um acontecimento previsível e a-histórico. Não se vincula ao estatuto social da doença, já que a clínica é objetiva e a medicina revela a doença em sua verdade, tornando-a

previsível, porém, somente se interpretada através de sua codificação específica da relação saúde-doença. O naturalismo que sustenta o olhar e a prática médica escamoteia a percepção da construção social da doença, e da construção social do lugar do doente e da experiência do adoecimento, situando-os como aspectos externos à verdade clínica do processo saúde-doença, quando este é visto apenas do interior da medicina. Sob este prisma, retomar a capacidade de historicizar o processo saúde-doença é a referência fundamental para pensar o campo da saúde coletiva de novas formas críticas para um debate contemporâneo.

A racionalidade da ciência clássica, através do paradigma fundante do naturalismo, opera um reducionismo no ato de conhecimento, considerando o sujeito e o objeto como dados a priori. O *sujeito do conhecimento* cartesiano se constrói sobre esse pressuposto; há uma neutralidade e uma objetividade total do sujeito no ato do conhecimento naturalista. Para problematizar esta noção clássica de conhecimento, o sujeito e o objeto devem ser pensados como produções, realidades em constante constituição, nunca permanentes. O observador está implicado no processo de conhecimento, que por sua vez se torna uma invenção de si e do mundo, o sujeito é uma construção, pois as práticas têm um caráter de produtoras de formas de pensar e modos de existência: “o fazer é ontológico” (MATURANA & VARELA, 1995).

Para Foucault (1974: 11), o sujeito do conhecimento (ou seja, a relação sujeito-objeto) se constitui nas práticas sociais e sua relação com os domínios de saber. O sujeito, portanto, não existe a priori, não é dado. Através da análise genealógica, toma-se o conhecimento como Invenção ao invés de meio para a Verdade, como algo não-natural e fruto de uma produção histórico-política. A Genealogia (FOUCAULT, 1979a), enquanto um método de análise, considera que a história da verdade possui discontinuidades que marcam a emergência de novos saberes, ou a produção histórica das noções que direcionam a visão de mundo de uma época, a invenção de formas de pensar, que não são mais ou menos verdadeiras ou evoluídas, mas diferentes entre si e produzem cada uma efeitos diversos.

Seria como se houvessem duas histórias da verdade, uma INTERNA onde a verdade se corrige por seus erros, sempre ficando mais precisa e evoluída desde sua origem. É a História das Ciências ou a história linear, contínua, evolutiva. E uma outra EXTERNA ou exterior, em que se buscam diversos outros lugares onde a verdade se forma (que não

apenas no interior do discurso científico) e na qual não há evolução, linear e contínua, mas sim *rupturas* onde inauguram-se formas totalmente novas de pensar o mundo, bem diferentes das formas precedentes.

“Pareceu-me que em certas formas de saber empírico como a biologia, a economia política, a psiquiatria, a medicina etc., o ritmo das transformações não obedecia aos esquemas suaves e continuistas de desenvolvimento que normalmente se admite (...) Não são simplesmente novas descobertas; é um novo 'regime' no discurso e no saber.” (FOUCAULT, 1979: 03)

Para Foucault, “as épocas pensam” na medida em que criam seus *regimes de visibilidade* e de produção da verdade. A concepção genealógica da história opõe à história linear e evolutiva uma compreensão da *história por rupturas*.

Nesse sentido, concebe-se que antes do conhecimento puro que busca sempre a Verdade, há uma dimensão POLÍTICA, há uma maldade radical na história, um jogo, uma luta de forças. A Genealogia busca analisar as relações de poder que compõem condições de possibilidade para a emergência de Verdades. Para a Genealogia, é fundamental pensar a história para além da evolução linear, superando a idéia de verdade, através do conceito de **ruptura**, pelo qual a história se torna descontínua e não possui *origem*, mas pequenos começos que guardam uma *invenção*. Ruptura das formas de pensar estabelecidas num momento histórico e emergência de novas formas. A noção de *invenção* torna-se a ferramenta básica para repensar a produção de conhecimento.

A partir desta perspectiva, a *linguagem* já não é mais instrumento de representação do mundo, já que o signo, ou a palavra, não pode representar algo que seja verdadeiro, essencial ou que está constituído de forma imutável. Ao contrário, num mundo em constante processo de constituição, o sentido provém do choque de forças, é imprevisível e singular, dado por condições únicas numa rede histórica e social de práticas e saberes produzidos. A linguagem se torna instrumento de Invenção e não de Representação (DELEUZE, 1974; FOUCAULT, 1974). Para além de comunicar e informar apenas, único nível que algumas análises linguísticas atingem reduzindo sua função, a linguagem funciona como *ordenadora*, *classificadora* das coisas, promovendo um esquadrinhamento

determinado do mundo. Há uma dimensão criadora na linguagem, que é ao mesmo tempo política. A linguagem inventa, cria, produz formas de ordenação do real. Processo que é sustentado por relações de poder que permitem a produção das verdades. Poderes que criam possibilidades de existência de modos de trabalho, loucura, saúde, doença, justiça, sexualidade.

Em relação ao campo da saúde, o olhar genealógico ou a possibilidade de sair do naturalismo significa realizar uma análise histórica do processo de saúde-doença, isto é, passar a considerar a experiência que o sujeito e a sociedade têm do adoecimento como um processo que ultrapassa a dimensão orgânica e fisiológica do corpo doente e se inscreve na constituição de valores e normas, instituições e modos de conduta. O processo de saúde-doença deixa de ser individual e passa a ser um processo histórico coletivo no qual a sociedade forja as formas de experienciar doença ou saúde, modelando as reações e atitudes em relação à doença, produzindo um lugar social para tal acontecimento. O que, por sua vez, implica em definir o status social do doente, as formas de intervenção sobre ele, as formas de compreensão dos sãos acerca da doença do outro e do próprio doente em relação a si mesmo, os equipamentos sociais que deverão agir sobre o fenômeno. Pensar, portanto, numa produção histórica do processo de saúde e doença, tem implicações decisivas para o desenvolvimento das análises e para as práticas no campo da saúde.

“É essa análise do porquê dos saberes, que pretende explicar sua existência e suas transformações situando-o como peça de relações de poder ou incluindo-o em um dispositivo político, que em uma terminologia Nietzscheana Foucault chamará genealogia.”
(MACHADO, 1979: X)

2 - As Práticas Discursivas

Segundo Deleuze (1988), a Arqueologia dos saberes é a primeira fase da produção de Foucault, seguida da Genealogia do poder. Pode-se dizer que a obra de Foucault tem três momentos distintos de produção no percurso de seu pensamento, muito embora eles se entrelacem de maneira constante (DELEUZE, 1988; MACHADO, 1979). O 'primeiro Foucault' é o da arqueologia do saber, que se inicia em “História da Loucura” [1961]; o 'segundo Foucault' é o da genealogia do poder, a partir de “Vigiar e Punir” [1975]; e o 'último Foucault', período final de sua obra, corresponde à genealogia da subjetividade, a partir de “História da Sexualidade”, volume I – “A Vontade de Saber”, englobando estudos bastante variados sobre a sexualidade, a biopolítica, a governamentalidade, a literatura e as Artes, dentre outros.

Para a invenção da genealogia foucaultiana, a concepção das ‘práticas discursivas’ foi essencial como uma *démarche* original em relação à epistemologia francesa, inspirando a possibilidade de um *novo tipo de história*. As ‘práticas discursivas’ deslocam o problema do conhecimento do nível lingüístico e permitem que o conceito de ‘saber’ se desenvolva na direção da análise das relações de poder, isto é, da arqueologia dos saberes ao conceito de ‘dispositivo político’, estratégico para a genealogia. (MACHADO, 1986; FOUCAULT, 1997; AMARANTE & TORRE, 2001)

As práticas discursivas definem objetos, técnicas, modos de intervenção, modos de ver e falar sobre as coisas e os indivíduos.

“As práticas discursivas não são pura e simplesmente modos de fabricação de discursos. Ganham corpo em conjuntos técnicos, em instituições, em esquemas de comportamento, em tipos de transmissão e de difusão, em formas pedagógicas, que ao mesmo tempo as impõem e as mantêm.” (FOUCAULT, 1997: 12)

Elas produzem efetivamente verdades legitimadas pelo corolário que ‘faz ver’ o que se fala e ‘faz falar’ o que se vê, isto é, entre o *visível* e o *enunciável* estabelece-se uma relação (MACHADO, 1990: 181-203), que não é causal, são registros heterogêneos que

não se confundem, no entanto se atravessam formando domínios de saber, formas de intervenção, estratégias de poder-saber.

“... cada formação histórica vê e faz ver tudo o que ela pode em função de suas condições de visibilidade, como ela diz tudo o que ela pode em função de suas condições de enunciado” (DELEUZE, 1988: 68)

A análise das práticas discursivas permite analisar os sistemas de pensamento que funcionam fazendo os indivíduos e sociedades pensarem e agirem. O nível das práticas discursivas tem uma sistemática que não é do tipo lógico, nem de tipo linguístico.

“As práticas discursivas caracterizam-se pelo recorte de um campo de projetos, pela definição de uma perspectiva legítima para o sujeito de conhecimento, pela fixação de normas para a elaboração de conceitos e teorias” (FOUCAULT, 1997: 11)

Neste sentido não há um sujeito na fala, mas formas de funcionamento nas práticas discursivas, que funcionam sem dependerem do sujeito, formando redes que se produzem com uma certa autonomia nos jogos de poder, sem que se possa controlar ou ‘prevenir’ este funcionamento:

“Ora, tais conjuntos de regularidades não coincidem com obras individuais; mesmo que se manifestem através delas (...) ultrapassam-nas largamente, e concentram, com frequência, um considerável número delas. Mas também não coincidem obrigatoriamente com o que se costuma chamar ciências ou disciplinas, por mais que, às vezes, suas delimitações possam ser provisoriamente as mesmas. Ocorre com mais frequência de uma prática discursiva reunir diversas disciplinas ou ciências, ou ainda de ela atravessar um determinado número dentre elas e de reagrupar numa unidade, por vezes não aparente, várias de suas regiões (...)

Estudos empíricos sobre a psicopatologia, sobre a medicina clínica, sobre a história natural, etc. haviam permitido isolar o nível das práticas discursivas. As características gerais dessas práticas e os métodos próprios para analisá-las haviam sido inventariados sob o nome de arqueologia” (FOUCAULT, 1997: 11-12)

A Genealogia é um método histórico que concebe a história como caracterizada por descontinuidades, que marcam ruptura das verdades e modos de existência vigentes num momento e a emergência de novos regimes de verdade e modos de vida -- o conhecimento é tomado como ‘invenção’ e possui um caráter produtivo. A genealogia, bem como a arqueologia, são métodos que rompem com a tradição filosófica e científica positivista da “Representação”, hegemônica no conhecimento ocidental. A análise genealógica das práticas discursivas permite explicitar a constituição de sujeitos nas redes da história, isto é, permite analisar o caráter produtivo de formas de vida e subjetividades dos dispositivos políticos, dos discursos (saberes) e práticas de um momento histórico ou uma realidade específica.

3 - Do Gênio da Espécie ao Pensamento Nômade

“... Naquele Império, a Arte da Cartografia logrou tal Perfeição que o mapa de uma única Província ocupava toda uma cidade, e o mapa do Império toda uma Província. Com o tempo, esses Mapas Desmedidos não satisfizeram e os Colégios de Cartógrafos levantaram um mapa do Império que tinha o tamanho do Império e coincidia pontualmente com ele. Menos Adictas ao estudo da Cartografia, as Gerações Seguintes entenderam que esse dilatado mapa era Inútil e não sem Impiedade o entregaram às Inclemências do Sol e dos Invernos. Nos desertos do Oeste perduram despedaçadas Ruínas do Mapa, habitadas por Animais e por Mendigos; em todo o país não há outra relíquia das Disciplinas Geográficas”.

Jorge Luís Borges

“O Rigor na Ciência”

Aqui neste texto de Borges, estamos diante da Cartografia como técnica de revelar a verdade na sua essência mais profunda. Os Mapas Desmedidos que buscam a Perfeição são uma analogia perfeita para a filosofia metafísica socrático-platônica que se impõe à história do pensamento, expressa na Teoria do Mundo das Idéias e na oposição entre essência e aparência, e sua mutação na forma do pensamento racional mecanicista da modernidade. É uma espécie de “cartografia metafísica”, se bem que ‘cartografia’ se refira às mudanças no terreno ou paisagem, e por isso, opõe-se à metafísica, que se refere à busca da Verdade imutável e ignora as mudanças ou a variabilidade como ‘aparência’. Por isso seria contraditório usar essa expressão, no entanto, este é o sentido do trecho.

Para fazer um contraponto a essas ‘Disciplinas Geográficas’ metafísicas e mecanicistas, o aforismo 354 do livro “Gaia Ciência” de Nietzsche é incalculavelmente valioso. Nele, o homem inventor de signos sabe que a consciência, como rede de comunicações homem a homem, só se desenvolve relativamente à sua utilidade para a necessidade de comunicação. A consciência é produto da fragilidade do homem que tem necessidade de tornar-se inteligível para sobreviver. A consciência é o ‘saber’ através dos signos, e ela

“... não faz propriamente parte da existência individual do homem, mas daquilo que existe nele da natureza da comunidade e do rebanho (...) nosso próprio pensamento sendo acrescido de algum modo pelo caráter próprio da consciência, pelo ‘gênio da espécie’ que o comanda e retranscrito na perspectiva do rebanho” (NIETZSCHE, 2000: 200)

O que é o “Gênio da Espécie” ? É a consciência do rebanho, mas é também a ‘inteligência’ que através da linguagem racional procura realizar as ‘Disciplinas Geográficas’ como desvelamento da Verdade, como busca do saber absoluto. ‘O gênio da espécie’ é a moral que reduz o pensamento à metafísica. Nietzsche é o ‘psicólogo da moral’ que busca martelar os ídolos para tornar o pensamento uma potência de “transvaloração de todos os valores”, como ele chama seu projeto a partir de uma ‘genealogia da moral’. (NIETZSCHE, 1987; 2000; MARTON, 1990, 1991; MACHADO, 1999; MOSE, 1995)

O que é a filosofia ? É uma máquina despótica no pensamento: “O discurso filosófico sempre esteve ligado essencialmente à lei, à instituição, ao contrato que constituem o problema do Soberano, e que atravessam a história sedentária das formações despóticas até as democracias.” (DELEUZE, 1985: 17)

Destruir o Gênio da Espécie tem como finalidade transformar o pensamento em uma máquina de guerra, pois o homem ‘inventor de signos’ pode “... fazer passar algo que não seja codificável – confundir todos os códigos” (DELEUZE, 1985: 11):

“É verdade que no centro as comunidades rurais são tomadas e fixadas na máquina burocrática do déspota, com seus escribas, seus

sacerdotes, seus funcionários: porém, na periferia, as comunidades entram em outro tipo de aventura, em um outro tipo de unidade desta vez nômade, em uma máquina de guerra nômade, e se descodificam em vez de se deixarem sobrecodificar (...) O nômade com sua máquina de guerra se opõe ao déspota com sua máquina administrativa; a unidade nômade extrínseca se opõe à unidade despótica intrínseca.” (DELEUZE, 1985: 16)

Se Nietzsche “não pertence à filosofia”, é porque concebe um outro tipo de discurso, “nômade acima de tudo, cujos enunciados não seriam produzidos por uma máquina racional administrativa, os filósofos como burocratas da razão pura, porém por uma máquina de guerra móvel”. O Pensamento Nômade é possível através daqueles que

“... se põem à vida nômade para ficar no mesmo lugar escapando aos códigos. Sabe-se bem que o problema revolucionário hoje é encontrar uma unidade de lutas pontuais sem cair na organização despótica e burocrática do partido ou do aparelho de Estado: uma máquina de guerra que não repetisse um aparelho de Estado, uma unidade nômade ligada ao exterior, que não repetisse a unidade despótica interna. Eis talvez o mais profundo de Nietzsche à medida de seu rompimento com a filosofia, tal como ela se manifesta no aforisma: ter feito do pensamento uma máquina de guerra, ter feito do pensamento uma potência nômade” (DELEUZE, 1985: 17)

4 – A Genealogia e a Microfísica do Poder

“... esta é a tarefa de uma história do pensamento por oposição à história dos comportamentos ou das representações: definir as condições nas quais o ser humano "problematiza" o que ele é, e o mundo no qual ele vive.” (FOUCAULT, 1984: 14)

Como se pode perceber, um dos principais pensamentos de que se utiliza Michel Foucault, é a filosofia de Friedrich Nietzsche, do final do século XIX. A base para a compreensão da reflexão de Foucault sobre a loucura tem grande relação com o pensamento de Nietzsche. Porque é em Nietzsche que Foucault encontra uma crítica da produção de conhecimento que permite escapar ao platonismo e à metafísica, isto é, à filosofia da representação. Para Nietzsche, o sujeito é uma construção do pensamento, produto de um processo de produção conceitual ao longo da história do pensamento. (MOSE, 1995)

No lugar do conhecimento que possui *origem* ('ursprung'), Nietzsche pensa num conhecimento como *invenção* ('erfindung'), reflexão central para a genealogia (FOUCAULT, 1979a). Nietzsche também faz uma crítica da idéia de sujeito como unidade, questionando este que é um dos fundamentos cruciais para a filosofia da representação e o pensamento científico.

A filosofia da representação é todo pensamento que tem como referência uma concepção metafísica e platônica do mundo. A essência e a mudança são separadas, perde-se a dimensão histórica e imprevisível dos processos. O naturalismo racionalista, em sua compreensão mecanicista e determinista da história, torna tudo estático. A transformação, o tempo, tudo que é mutável e imprevisível, são excluídos do pensamento. Nietzsche pensa o conhecimento como choque de forças em luta, tudo que vive quer a superação de si, "a vida é vontade de potência". Neste sentido, a *Genealogia* é uma problematização dos fundamentos que sustentam o edifício conceitual produzido pela história da metafísica e da ciência. Ao invés de pensar através da causalidade ou da relação linear de causa-efeito como modelo explicativo, utiliza-se as noções de luta de forças ou rede; ao invés de pensar

em verdade ou sentido preexistente, pensa-se em produção; ao invés da origem e evolução linear, o conceito de invenção; ao invés da previsibilidade, a multiplicidade, a criação, a imprevisibilidade, o caos.

O conhecimento não tem origem, não é natural e não comporta nenhuma semelhança prévia com o mundo a conhecer. Não há continuidade entre o desejo de conhecer, o ato mesmo do conhecimento e o mundo. No entanto, o sujeito do conhecimento se funda na idéia de ordem e de uma continuidade entre o objeto e a possibilidade do sujeito capturá-lo na consciência através da Razão. Contra este mundo ordenado e racional que fabula o conhecimento científico é que se coloca a crítica - é através dele que é possível pensar em leis da natureza, determinismo, causalidade e previsibilidade, e também em evolução. Mas a crítica da verdade nos coloca frente a um outro olhar para o mundo, como Nietzsche (2000: 183) coloca no aforismo 109 de *Gaia Ciência*: “O caráter do mundo é o de um caos eterno; não devido à ausência de necessidade, mas devido à ausência de ordem, de encadeamento, de formas, de beleza e de sabedoria”. E Foucault prossegue:

“O mundo não procura absolutamente imitar o homem, ele ignora toda lei. Abstenhamo-nos de dizer que existem leis na natureza. É contra um mundo sem ordem, sem encadeamento, sem formas, sem beleza, sem sabedoria, sem harmonia, sem lei, que o conhecimento tem de lutar. É com ele que o conhecimento se relaciona. Não há nada no conhecimento que o habilite, por um direito qualquer, a conhecer esse mundo. Não é natural à natureza ser conhecida. (...) entre o conhecimento e as coisas que o conhecimento tem a conhecer não pode haver nenhuma relação de continuidade natural. Só pode haver uma relação de violência, de dominação, de poder e de força, de violação. O conhecimento só pode ser uma violação das coisas a conhecer e não percepção, reconhecimento, identificação delas ou com elas.” (FOUCAULT, 1974: 13-14).

Enquanto havia uma unidade do sujeito humano, uma continuidade do desejo ao conhecer, do instinto ao saber, do corpo à verdade, isto assegurava a existência do sujeito.

Ao afirmar a disjunção desses pares, está se pensando que no lugar da continuidade, há a produção de sujeitos, no plural (não um idêntico a si mesmo e já dado, já garantido) ou que o sujeito não existe de forma absoluta, não havendo nada que o sustente como algo natural. Há antes uma produção do sujeito e do objeto no processo no qual entram em relação, sem que existissem previamente. Estamos pensando numa “*história política do conhecimento*”, seus fatos e seu sujeito. Não há conhecimento em si, nem condições universais para ele. Não é uma faculdade, nem uma estrutura universal. É o caráter perspectivo do conhecimento. O conhecimento é uma relação estratégica em que o homem se situa, uma batalha. Como a Genealogia precisa da “*erfindung*” (invenção), só sem sujeito absoluto há história da verdade. Há um duelo, no qual se dá a formação de domínios de saber a partir de relações de força e políticas.

O modelo científico que se configura na modernidade tem uma lógica platônica que sempre remete o ato do conhecimento a um desvelamento da verdade, à busca da essência, da origem, da causa primeira, de uma identidade, do fundamento, da ordem, do imutável na natureza.

“A identidade é uma crença nascida do medo do caráter absolutamente transitório de tudo que vive. (...) é para se distanciar desse caráter transitório da vida que o pensamento produz unidades conceituais, verdades, essências, que vão fornecer a segurança, a sistematização que a vida não apresenta.” (MOSÉ, 1995: 12)

A busca da verdade é a busca de algo fixo, de uma identidade ou unidade fundante, que por sua vez se constitui como uma negação do tempo, da dor, da transformação, da morte, do caos. A tentativa de controlar o tempo e a natureza, usando códigos de linguagem que se tornam mais verdadeiros que a própria vida - essa é a filosofia da representação. A busca de algo fixo na existência é a negação da dor e do sofrimento, um afastamento do corpo, da terra. No pensamento de Nietzsche,

“O móvel de todo conhecimento é sempre a busca por um além-mundo, um mundo diferente do que se apresenta a nós, um mundo sem sofrimento, um mundo que nos faça esquecer da morte. É

o medo enquanto instinto que nos leva a conhecer. O homem, diante da pluralidade caótica de forças da vida, sente medo. O conhecimento, que resulta desse medo, instaura-se como um filtro que simplifica a pluralidade, torna semelhante a diferença, permitindo um mapa, um esquema reduzido, capaz de fornecer algum controle sobre a diversidade. A linguagem é a simplificação primeira, é ela que permite traduzir a pluralidade do mundo em um código reduzido de sinais. No entanto, isso que era apenas uma simplificação, uma redução capaz de permitir ao homem algum controle sobre a intensidade e a diversidade das forças da vida, passa a ter valor de verdade” (MOSÉ, 1995: 11)

Como Foucault explicita textualmente, no início da primeira conferência de “A Verdade e as formas jurídicas” (1974), o método de Nietzsche seria o que melhor se aplica às suas análises históricas. Por isso, ele não pode ser considerado um “filósofo”, no sentido tradicional do termo, já em que Nietzsche ele encontra sua ‘contra-filosofia’, e isto nos leva a um Foucault como historiador, ou pensador, mas não filósofo, o que implicaria incluí-lo na história da filosofia, e o mais adequado é sem dúvida dizer que os dois são ‘rupturas’ na história da filosofia e dos sistemas de pensamento.

“Abandonando a questão da cientificidade - que define propriamente o projeto epistemológico - a arqueologia realiza uma história dos saberes de onde desaparece qualquer traço de uma história do progresso da razão (...) Desaparecimento, portanto, das categorias de ciência e epistemologia que tem como correlato o aparecimento de um novo objeto - o saber - e um novo método - a arqueologia.” (MACHADO, 1986: 11-12)

Os discursos tem sua lógica num determinado tempo e num determinado espaço. A lógica interna de uma época determina a emergência de um saber dito "científico" - é a *epistemè* - o a priori histórico que possibilita a emergência de um saber. Os discursos são sempre montados estrategicamente e articulados a práticas sociais, e para analisar a

emergência de um saber ou objeto é necessário levar em consideração os discursos científicos e extra-científicos, bem como elementos discursivos e extra-discursivos. Em “História da Loucura” já estão presentes estes elementos. Os saberes e instituições que se configuram a partir do século XVIII, ou mesmo antes, compõem um campo de forças histórico e político no qual a experiência individual e coletiva da loucura é transformada completamente.

"Articulando o saber médico com as práticas de internamento e estas com instâncias sociais como a política, a família, a Igreja, a justiça, generalizando a análise até as causas econômicas e sociais das modificações institucionais, foi possível mostrar como a psiquiatria, em vez de ser quem descobriu a essência da loucura e a libertou, é a radicalização de um processo de dominação do louco que começou muito antes dela e tem condições de possibilidade tanto teóricas quanto práticas." (MACHADO, 1979: VIII)

A razão não tem valor universal, e se constitui em relação à sua negação. Isto significa que a racionalidade e a ciência precisaram estabelecer uma certa relação com a desrazão para que pudessem se constituir. O silenciamento da loucura passa a ser não uma descoberta da doença mental ignorada no passado, mas uma necessidade intrínseca à formação da Revolução Industrial, da soberania dos Estados nacionais e da regulação da conduta e da sanidade dos indivíduos. Ou seja, uma necessidade mais estratégica e política do que científica e humanista. A ciência não é pura, mas articulada a fatores sociais e econômicos. Por isso, a arqueologia analisa os discursos em seus elementos discursivos e extra-discursivos:

“é que, para ele [Foucault], não se deve reduzir o discurso a texto cujos traços seriam lidos a partir de sua estrutura interna como se nada existisse fora dele. O discurso é uma prática, um acontecimento e quando é considerado como tal, isto é, quando não se busca seu sentido ou sua estrutura, lança o investigador para fora do discurso. A arqueologia relaciona diferentes discursos e, não se

limitando a este nível, articula as 'formações discursivas' com práticas econômicas, políticas e sociais.” (MACHADO, 1986: 62)

No modelo científico, o saber tem mecanismos de legitimação ou desqualificação definidos, isto é, critérios de cientificidade. No entanto, o saber sobre um objeto muitas vezes surge de práticas extra-científicas. As práticas alienistas utilizadas no início do século XIX, denominadas sob o nome de tratamento moral, sendo uma confusão de precaução social e intervenção terapêutica, mistura punições medievais, como cadeiras giratórias e sangrias, com repouso e banhos calmantes. É a mistura de práticas que aspiram à ciência médica e práticas que podem ser prontamente reconhecidas como extra-científicas.

Existem, portanto, muitos elementos em "História da Loucura" (FOUCAULT, 1978) que fazem com que esta obra seja diferente das visões culturalistas e antropológicas da loucura:

“Qual a grande inovação metodológica assinalada, em 1961, pela História da Loucura? A resolução de estudar - em diferentes épocas e sem se limitar a nenhuma disciplina - os saberes sobre a loucura para estabelecer o momento exato e as condições de possibilidade do nascimento da psiquiatria. Projeto este que deixou de considerar a história de uma ciência como o desenvolvimento linear e contínuo a partir de origens que se perdem no tempo e são alimentadas pela interminável busca de precursores. Mas que também se realizava sem privilegiar a distinção epistemológica entre ciência e pré-ciência, tendo no saber o campo próprio de investigação. O objetivo da análise é estabelecer relações entre os saberes - cada um considerado como possuindo *positividade* específica, a positividade do que foi efetivamente dito e deve ser aceito como tal e não julgado a partir de um saber posterior e superior - para que destas relações surjam, em uma mesma época ou em épocas diferentes, compatibilidades e incompatibilidades que não sancionam ou invalidam, mas estabelecem regularidades, permitem individualizar formações discursivas. A partir de então, a história da loucura

deixava de ser a história da psiquiatria. Esta era, ao mesmo tempo, um momento determinado de uma trajetória mais ampla - cujas rupturas ao nível do saber permitem isolar diferentes períodos ou épocas - e o resultado deste mesmo processo. Portanto, não se limitando às fronteiras espaciais e temporais da disciplina psiquiátrica, a análise percorre o campo do saber - psiquiátrico ou não - sobre a loucura, procurando estabelecer suas diversas configurações arqueológicas." (MACHADO, 1979: VII-VIII)

A arqueologia não foi algo estático em sua elaboração, foi a todo momento reformulada e modificada a cada livro, e não é a última palavra de Foucault em termos de metodologia. Por isso, é possível falar numa trajetória da arqueologia, que vai se definindo, e portanto também não é "um número determinado de procedimentos invariáveis a serem utilizados na produção de um conhecimento" (MACHADO, 1986: 14).

Na medida em que a arqueologia é uma reflexão sobre o próprio modo de produção do conhecimento, ela traz um questionamento fundamental sobre a razão e o modelo filosófico e científico. Na história do pensamento, a linguagem foi hegemonicamente utilizada como meio de desvelamento. Através dos signos, que nomeiam as coisas, é possível conhecê-las. Esta crença faz com que a palavra se torne representante da coisa, isto é, é possível representar a realidade. A filosofia da representação produz uma relação de verdade com a linguagem, que faz com que ocorra a substituição da coisa pelo conceito. O conhecimento passa a ser a descoberta da natureza das coisas através da linguagem.

De outro modo, toda a reflexão arqueológica aponta para a compreensão de que o conhecimento é uma produção, uma invenção. "História da Loucura" (FOUCAULT, 1978) demonstra que antes do século XVII, a loucura possuía outra percepção social. Através das artes, dos costumes, da literatura, Foucault vai mostrando uma compreensão própria à época clássica que não pode ser caracterizada como erro ou inferior a um saber psiquiátrico posterior, pois se constituiu como uma outra forma de relação com a loucura (FOUCAULT, 1975). Com o 'Grande Enclausuramento' e o alienismo pineliano, ocorre a inauguração de uma nova forma de relação com a loucura, agora intermediada pela emergência de um saber denominado *alienismo* ou medicina mental, candidato a um estatuto de cientificidade, que seria sempre questionado, mesmo quando mais reconhecido

sob a forma posterior da psiquiatria e da clínica psiquiátrica. Foucault reflete sobre a existência de uma produção de formas de relação com a loucura, mais especificamente a produção da loucura como alienação mental e doença mental que transformam a experiência que se tinha da loucura na época clássica.

Foucault fornece em suas análises da loucura uma multiplicidade de elementos que levam à produção da loucura como doença mental. Na medida em que o hospital permite o nascimento da clínica (FOUCAULT, 1987; 1979b; 1979c) e que o asilo e o alienismo permitem o nascimento da medicina mental (FOUCAULT, 1975; 1979d), a medicina e a psiquiatria teriam suas bases fundadas.

Por um lado, a arqueologia toma a verdade como uma configuração histórica e para isso não se limita ao discurso científico, mas busca a análise das formas de produção dos saberes e práticas, ou das 'práticas discursivas' (FOUCAULT, 1997: 12-13). Por sua vez, a genealogia trata da questão do poder em sua relação com o saber, isto é, como um poder produz um saber e como este saber gera e alimenta este mesmo poder. Ao nascimento das ciências do homem, corresponde a instauração de novos mecanismos de poder. O papel do saber não é apenas a produção da verdade, mas o exercício de poder.

As relações de saber-poder existentes na sociedade constituem sujeitos. Sujeitos não são indivíduos, mas modos de existência, formas de experiência individual e coletiva, formados socialmente, que organizam e modelam as condutas dos indivíduos.

O "indivíduo" é um produto do processo de captura dos corpos pelas relações de saber-poder. É o resultado do processo de "*normalização*" dos corpos, de imposição de normas aos corpos. O "indivíduo" é aquele que pode ser julgado, medido, diagnosticado, examinado, classificado, vigiado, adestrado. É o produto de uma necessidade histórica na constituição do capitalismo e produto da interferência real de uma nova forma de poder que passa a ser exercido na modernidade. É o poder disciplinar, formado de técnicas de incitação produtiva das habilidades e disposições do corpo dos indivíduos. A **genealogia** busca desnaturalizar as relações de poder-saber mostrando sua história, sua produção social e que não são naturais, desta forma busca entender as condições de possibilidade para a produção do sujeito, para a invenção de formas de vida nas redes da história.

"...um mesmo modo de subjetivação, presente desde pelo menos o século XVIII, quando ganha força 'O indivíduo' como dominância de

expressão da subjetividade. Este modo, composto também por linhas diversas - o liberalismo político ascendente; o romantismo valorizador das expressões de 'cada um'; o êxodo de grande parte da população do campo para a cidade e a instauração de uma nova utilização do corpo nas relações de trabalho; a mudança nas relações entre o domínio público e o privado; a criação de novos equipamentos sociais, difusores de ideais da burguesia ascendente, etc. - passa a se apresentar em diferentes práticas sociais produzindo objetos e sujeitos conforme este modo. Desta forma, encontraremos diferentes saberes recortados por este 'modo-indivíduo'." (BENEVIDES, 1993: 98)

Com as análises sobre o poder, novas dimensões são colocadas em questão e Foucault passa da arqueologia dos saberes para uma genealogia do poder (AMARANTE & TORRE, 2001). Noções como a do poder enquanto entidade, do poder como ideologia, do poder como 'o Estado', do poder como repressão, são algumas noções colocadas em xeque. Pensa-se no poder como relação, exercício e prática; como microfísico ou como multiplicidade de pontos de articulação; como luta de forças e como constante produção, isto é, todo poder pressupõe uma possibilidade de resistência.

“ ...[poder]não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não. Não existe de um lado os que têm o poder e de outro aqueles que se encontram dele alijados. Rigorosamente falando o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. E que funciona como uma maquinária, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda estrutura social....Esse caráter relacional do poder implica que as próprias lutas contra seu exercício não possam ser feitas de fora, de outro lugar, do exterior, pois nada está isento de poder. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede de poder, teia que se alastra por toda sociedade e a que ninguém pode escapar: ele está sempre

presente e se exerce como uma multiplicidade de relações de forças. E como onde há poder há resistência, não existe propriamente o lugar da resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social. Foucault rejeita, portanto, uma concepção do poder inspirada pelo modelo econômico, que o considera como uma mercadoria... Ele é luta, afrontamento, relação de força, situação estratégica. Não é um lugar, que se ocupa, nem um objeto, que se possui. Ele se exerce e se disputa. E não é uma relação unívoca, unilateral; nessa disputa ou se ganha ou se perde... o poder gere a vida dos homens, controla em suas ações, fabrica o tipo necessário ao funcionamento da sociedade.” (MACHADO, 1979: XV)

É a análise da relação saber/prática enquanto poder, enquanto força que constrói diferentes mundos. A análise genealógica não é um olhar preso numa relação de causa-efeito, mas um olhar disperso e atento aos acontecimentos, aos fatos, às forças presentes na constituição de nossas histórias. Forças políticas, econômicas, sociais, morais, afetivas, tecnológicas... espalhadas na sociedade, localizadas em instituições (escola, fábrica, hospital, universidade, televisão...), nas práticas de políticos, de profissionais liberais, de trabalhadores da saúde, de grupos não governamentais organizados, de cidadãos de fato ou apenas de direito. (BARROS et al., 1998)

O poder é analisado em sua produtividade, sua eficácia estratégica e produtiva, prescindindo do modelo jurídico-monárquico que pensa o poder como repressão, censura, veto, interdição – o modelo do direito. O **poder disciplinar** (FOUCAULT, 1983) é o poder que exerce dominação ao nível dos corpos, modelando seus atos e sensibilidades, e que produz formas de política e de intervenção. Um poder que não funciona estritamente através da codificação das normas e da lei, mas que se exerce também por outras vias. Se exerce através de dispositivos políticos, que possuem um sentido estratégico amplo, ao mesmo tempo que é realizado através de táticas locais e dispersas em pontos e formas heterogêneos. É a análise da microfísica do poder que nos conduz do modelo jurídico-político ao modelo estratégico, como será desenvolvido mais adiante. (Cf. p. 92)

É fundamental conceber o poder em sua positividade ao nível das práticas, o que significa considerar as práticas e discursos como produtores de subjetividades e considerar o poder para além do Estado, sendo exercido cotidianamente em cada relação estratégica, nas escolas, nas clínicas, consultórios e hospitais, nas fábricas e locais de trabalho, nas igrejas, nos hospitais psiquiátricos e hospitais-dia, ou seja, considerar o poder em sua capilaridade como poderes locais mas não menores.

"A idéia básica de Foucault é de mostrar que as relações de poder não se passam fundamentalmente nem ao nível do direito, nem da violência: nem são basicamente contratuais nem unicamente repressivas." (MACHADO, 1979: XV)

O método genealógico evidencia formas de exercício do poder que funcionam para além do aparelho de Estado, ou que o poder não está localizado no aparelho de Estado: "...nada mudará na sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo e ao lado dos aparelhos de Estado a um nível muito mais elementar, cotidiano, não forem modificados" (FOUCAULT, 1979: 149-150)

Por isso, a transformação social depende da constituição de sujeitos ativos que possam fazer mais do que reproduzir as verdades constituídas. É preciso problematizar o que somos para descobrir o que ainda não somos, como é preciso recusar a história para podermos ser outros e nos afastar dela para poder pensar diferentemente. A genealogia é uma forma de pensamento que pretende fazer do pensamento uma máquina de guerra para que possamos pensar diferentemente, para que o pensamento seja nômade o suficiente para problematizar nossas formas históricas. Por isso, o projeto da genealogia é o de colocar problemas, mas antes de tudo, de combater os efeitos de poder produzidos pelas ciências no interior do capitalismo, dar ferramentas para escapar à normalização e controle dos corpos, desnaturalizar a serialização e modelização das subjetividades, isto é, de nossas formas de pensar, agir e sentir.

"Não é um empirismo nem um positivismo, no sentido habitual do termo, que permeiam o projeto genealógico. (...) As genealogias não são portanto retornos positivistas a uma forma de

ciência mais atenta ou mais exata, mas anti-ciências. Não que reivindicuem o direito lírico à ignorância ou ao não-saber; não que se trate da recusa de saber ou de ativar ou ressaltar os prestígios de uma experiência imediata não ainda captada pelo saber. Trata-se da insurreição dos saberes não tanto contra os conteúdos, os métodos e os conceitos de uma ciência, mas de uma insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa (...) são os efeitos de poder próprios a um discurso considerado como científico que a genealogia deve combater." (FOUCAULT, 1979: 171)

Nesse sentido, esta dissertação contribui para o campo da saúde mental na medida em que se torne ferramenta para criar a possibilidade de ter clareza da diferença entre uma Reforma Psiquiátrica administrativa, técnica e médico-psicológica e uma Reforma Psiquiátrica na qual os atores são sujeitos políticos com funções sociais locais, num trabalho de reconstrução da cidadania e transformação cultural das formas de relação com a loucura e com a saúde.

Isso é fundamental tanto quanto for preciso manter-se uma ‘insurreição’ contra absurdos históricos como o manicômio e todas as formas de domínio do capital sobre os indivíduos e de mercantilização do sofrimento e do prazer, bem como de controle de nossas possibilidades de ‘enlouquecimento’, isto é, de superação do que nos limita ou nos impede de ter o direito de não aceitar algo, o direito ao contrasenso.

II - A Produção da Doença Mental e o Dispositivo Psiquiátrico

1 - Genealogia do Poder e Produção de Subjetividade no campo da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica

No processo de saúde-loucura, pensar a produção do sujeito leva a um colocar em questão toda e qualquer tentativa de explicar o louco através da psiquiatria. Através de uma análise genealógica da loucura, os conceitos e práticas tornam-se produções históricas. A psiquiatria se constitui como uma ruptura com o louco possuído medieval. Como nova codificação da loucura, a psiquiatria torna-se detentora da verdade sobre o louco, que se torna um alienado mental segundo o alienismo, e mais tarde um doente mental com o desenvolvimento da clínica psiquiátrica. Com os conceitos de *ruptura* e *invenção*, o conhecimento é desnaturalizado como verdade e se torna possível pensar numa história política dos saberes e sujeitos, que deixam de ser absolutos para se tornarem histórico-sociais. Para compreender o caráter de ‘produção’ do saber e da prática psiquiátricos, os conceitos de **positividade** e **visibilidade** são bastante úteis.

Através do *sujeito do conhecimento* o homem se funda como ser racional, em relação ao qual a loucura se torna contraponto. O sujeito da razão e da ordem produz a **norma** como grande criação da Razão, pois é através dela que as tecnologias institucionais do **confinamento** encontram sua explicação e justificação e que a delinquência, o desvio e a marginalidade se tornam capturados para reforçar ainda mais os padrões ideais de regulação e de conduta que os fundaram. O confinamento é a principal estratégia de uma nova forma de exercício do poder que passa a se exercer a partir do século XVIII e XIX.

A reorganização dos significados sociais na constituição da modernidade e no desenvolvimento do capitalismo está articulada ao surgimento de uma nova forma de poder que se exerce no campo social, o **poder disciplinar** (FOUCAULT, 1983). O poder disciplinar difere da forma de exercício do poder soberano das grandes monarquias administrativas da época do absolutismo, que funcionava por repressão, coerção, impedimento, proibição. Ele é exercido através de um processo contínuo de adestramento e

controle dos indivíduos, de modelagem de seus atos, de incitação produtiva sobre suas habilidades e ações. Esse processo de controle e vigilância que passa a se exercer incide sobre os corpos que agora se tornam classificados, medidos, diagnosticados, julgados, adestrados individualmente. Tanto as fábricas, como a escola e o exército, os asilos psiquiátricos, as prisões, os hospitais e conventos, para citar alguns exemplos, foram alvo deste novo tipo de poder. Esta nova técnica de poder não funciona exclusivamente por repressão, censura, impedimento, ameaça, veto, mas modela, prescreve, induz comportamentos, sentimentos, formas de pensar, possui uma produtividade. Os saberes e instituições disciplinares não extraem o conhecimento dos indivíduos que se encontram em seu interior, mas produzem neles seu significado, reorganizando-o no interior de sua rede de poder, em seus procedimentos e técnicas. Há uma **positividade** no poder disciplinar que o coloca para além da repressão. Ele produz efetivamente objetos e práticas, que constituem saberes legitimados os quais realimentam o exercício de poder. A positividade se articula à produção de **visibilidades**, processo resultante da constituição de normas. Produz-se, através da norma, uma visibilidade específica sobre a loucura, fazendo 'ver' diferente o louco, que se torna erro e deve ser corrigido.

A análise se centra sobre as relações de poder-saber em suas **positividades**, naquilo que é produzido, já que a genealogia considera o saber em sua "materialidade, como prática, como acontecimento, como peça de um dispositivo político... Não há saber neutro. Todo saber é político." (MACHADO, 1979: XX). Desta forma, todo saber/prática/poder possui uma positividade na medida que cria realidades e esta positividade deve ser analisada tal como aparece e não julgada a partir de um saber pré-determinado.

"O fundamental da análise é que saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder." (MACHADO, 1979: XXI)

Quando Michel Foucault produz a noção de uma subjetividade como constituição de modos de existência, produzidos pela relação de forças do poder, ele rompe com uma tradição no campo da ciência psicológica e mesmo com a tradição filosófica. Se a Razão é uma faculdade do indivíduo, se o pensamento é algo da interioridade do sujeito, seja de sua

alma ou de seu cérebro, ou de sua psiquê; se a própria noção de indivíduo serve à constituição da modernidade e o sujeito do conhecimento, essa grande noção que Descartes produz, é algo dado de antemão, um *a priori* no ato do conhecer - bem, então a subjetividade se identifica à noção de indivíduo. Mas se, por outro lado, a subjetividade é essencialmente produzida e não possui uma essência, se ela não é natural, mas sim forjada politicamente em condições históricas específicas - então não há absolutamente nada no homem que seja de sua natureza pura, completamente independente de condições que permitam a sua manifestação e sua presença no mundo.

A **produção de subjetividade** (GUATTARI, 1985, 1986, 1992; GUATTARI & ROLNIK, 1987) pode ser operada nas mais diversas instâncias coletivas de difusão de normas, regras, leis, modelos, ideais de conduta, produzindo as formas de pensar, sentir e agir dos indivíduos, que por sua vez podem reproduzir as subjetividades dominantes que modelam os modos de existência capitalísticos ou podem promover **processos de singularização** que produzem a desnaturalização de verdades e a criação de modos de vida singulares, rompendo a homogeneização das subjetividades.

“... seria conveniente dissociar radicalmente os conceitos de indivíduo e de subjetividade. Para mim, os indivíduos são resultados de uma produção de massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado. (...) A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social” (GUATTARI, 1985: 31)

O ato de conhecer implica uma postura ética e política, pois produz efeitos diversos na sociedade, ou seja, a produção de conhecimento é ela própria construtora de subjetividades. Nesse sentido, as práticas inventam, incessantemente, conhecimentos sobre o louco, sobre a relação saúde-doença e sobre a prática do profissional de saúde mental.

2 - O nascimento da doença mental

Uma multiplicidade de elementos levam à produção da loucura como doença mental. Na medida em que o hospital permite o nascimento da clínica e que o asilo e o alienismo permitem o nascimento da medicina mental, a medicina e a psiquiatria teriam suas bases fundadas. No século XIX, com o surgimento rápido de vários campos de saber nas ciências humanas, influenciados pelas ciências naturais estabelecidas, o paradigma psiquiátrico ganha novas bases e se fortalece, se utilizando de várias fontes que se vinculam e lhe servem para sua operação final: transformar a loucura em doença mental (FOUCAULT, 1975, 1979b, 1987, 1981; CASTEL, 1978).

A psicologia é uma destas novas ciências, que entra em cena com vários discursos sobre a loucura, explorando o campo psíquico das doenças mentais - a psicopatologia e a psicologia tornam-se saberes oficiais que ampliam o alcance da psiquiatrização que se sobrepõe à medicalização das populações. Ambas funcionam como formas de controle, que em meio à constituição de outras ciências humanas, sociais e médicas, criam o objeto “homem”, atrelado à idéia de indivíduo, colocando a loucura como algo da ordem individual. Dentro da tradição naturalista científica, a medicina e a psiquiatria privilegiaram um enfoque biológico, e a doença mental foi tomada como algo do corpo ou do cérebro do doente, que deve ser curado.

Noções como ‘distúrbio mental’, ‘demência precoce’, ‘distúrbio psicológico’ ou ‘psicopatológico’, ‘esquizofrenia’, ‘paranóia’, e tantas outras, vão sendo forjadas pelos psiquiatras e especialistas. A anatomopatologia confere bases sólidas para a identificação da doença. Seu efeito na psiquiatria, na forma da psicopatologia biológica e da neurologia, seria decisivo para transformar a ‘alienação mental’ de Pinel em doença mental, nas bases da moderna psiquiatria do final do século XIX e do século XX. Muitos Psiquiatras desta nova geração influenciam a abordagem da loucura, lançando as bases do estudo da loucura segundo o modelo anatomopatológico em voga. Morel, em 1846, escreve o “Tratado das Degenerescências”, identificando as classes perigosas no meio social, aquelas que são nocivas, amorais, com uma série de vícios. Suas idéias influenciam incontáveis teorias racistas e higienistas, que levam à eugenia e à exterminação dos parasitas: bêbados, mendigos, pobres, imorais, mulatos, mestiços e negros. Todo tipo de desvio possui

parentescos e é colocado como portador de uma degeneração. Morel é como um elo entre Pinel, com seu “Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania”, e Kraepelin, já no fim do século XIX, principal autor da clínica psiquiátrica, com as bases de uma psicopatologia moderna e biológica e sua noção de “demência precoce”.

Para as histórias da psiquiatria, o louco na Idade Média e no Renascimento era um doente ignorado, preso no interior da rede de significações religiosas e mágicas. Era um possuído até o surgimento da medicina positiva, que com o olhar objetivo e científico passa a descobrir a deterioração da natureza onde se viam perversões sobrenaturais. Mas o que ocorre “não é a descoberta progressiva do que é a loucura na sua verdade de natureza, mas somente a sedimentação do que a história do Ocidente fez dela em 300 anos.(...) O homem só se tornou uma ‘espécie psicologizável’ quando sua relação com a loucura permitiu uma psicologia.” (FOUCAULT, 1975: 84). A psiquiatrização da loucura e o saber classificatório que o discurso sobre a doença mental introduz não revelam a natureza essencial escondida da loucura, mas ao contrário, produzem todo um campo de loucuras e perversões, refinam as espécies de delinquência mental em detalhes e constituem a experiência da doença mental e dos personagens psicopatológicos.

Em outras palavras, o paradigma psiquiátrico, através de seu poder e saber, constitui a doença mental e inventa todo um universo grotesco de anomalias, que funda uma nova relação com a loucura, medicalizada. O poder psiquiátrico configura um mundo de desvios para que se infiltre ao máximo nas condutas individuais, para que torne explicável de forma científica todo e qualquer comportamento da loucura, que manifesta nada além de seus sintomas e incorreções. Os gestos do louco são interpretados sistematicamente como produtos de seu distúrbio e são apenas isso; e o discurso e a prática da psiquiatria são os únicos legítimos para atuar e falar sobre a loucura. Tais gestos loucos não foram extraídos do corpo do louco, foram consolidados nele; “mediante múltiplos dispositivos de poder, foram solicitados, instalados, isolados, intensificados, incorporados (...) É o produto real da interferência de um tipo de poder sobre os corpos” e sua saúde ou loucura (FOUCAULT, 1985: 47). A **‘implantação dos desvios psicopatológicos’** é um efeito-instrumento: é através do isolamento, da intensificação e da consolidação dos distúrbios mentais desviantes que as relações do poder com a loucura se ramificam e se multiplicam, medem os corpos e penetram nas condutas. E nesse avanço dos poderes, fixa-se uma sanidade definida e disseminada como norma. Proliferação do desvio mental por extensão do poder; majoração

do poder ao qual cada uma dessas loucuras multiformes dá um campo de intervenção: conexão, sobretudo no século XIX, garantida e relançada pelos inumeráveis lucros econômicos que, por intermédio da medicina, da psiquiatria, da psicologia, da pedagogia, e mais tarde, da indústria farmacêutica e técnico-tecnológica vincularam-se a essa proliferação de formas loucas. (FOUCAULT, 1985: 48).

3 - O Dispositivo Psiquiátrico

De fato, no dispositivo da psiquiatria, trata-se, antes, da própria produção da loucura, ou melhor, da **produção da doença mental**. É um dispositivo histórico e político que não se exerce apenas na forma do direito ou da interdição, que se processa por mecanismos que extravazam o Estado, que possui táticas pontuais localizadas, nos tratamentos e diagnósticos, mas um efeito estratégico global definido - instituir uma certa relação com a loucura, que atende a objetivos próprios, tais como a normalização do processo saúde-loucura, a produção de um *homo psicologicus* e de uma norma de sanidade como controle sobre o funcionamento psicológico dos indivíduos. O dispositivo da psiquiatria prolifera e inventa, penetra nos corpos e nas mentes “de maneira cada vez mais detalhada, para controlar as populações de maneira cada vez mais global” (FOUCAULT, 1985: 101). A política da doença mental põe em ação todo um aparato técnico que leva à produção da loucura como tal - esta é a função do dispositivo da psiquiatria. A noção de *dispositivo* é construída para designar a montagem de uma máquina de poder que funciona em muitos registros distintos:

“Através deste termo [dispositivo] tento demarcar... um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (...) entendo dispositivo como um

tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante. Este foi o caso, por exemplo, da absorção de uma massa de população flutuante que uma economia de tipo essencialmente mercantilista achava incômoda: existe aí um imperativo estratégico funcionando como matriz de um dispositivo, que pouco a pouco tornou-se o dispositivo de controle-dominância da loucura, da doença mental, da neurose.” (FOUCAULT, 1979: 244)

O conceito mais fundamental nessas análises é o de **dispositivo**. O dispositivo é sempre estratégico e sempre político e histórico, ou seja, está inserido em relações de poder-saber. Mas uma análise ‘estratégica’ estaria fundada sobre que princípios? Qual é sua novidade em termos de investigação dos problemas sociais e políticos? Em primeiro lugar, temos que o ‘dispositivo’ parte desse ponto central da genealogia, que é a análise das relações de saber-poder.

“Disse que o dispositivo era de natureza essencialmente estratégica, o que supõe que trata-se no caso de uma certa manipulação das relações de força, de uma intervenção racional e organizada nestas relações de força, seja para desenvolvê-las em determinada direção, seja para bloqueá-las, para estabilizá-las, utilizá-las, etc... O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem mas que igualmente o condicionam. É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles.” (FOUCAULT, 1979: 246)

Em segundo lugar, o conceito de dispositivo transforma as relações de poder numa guerra cotidiana que se apóia no Estado, mas que não se finda no mesmo, ao contrário, as políticas públicas devem considerar as relações de saber-poder como relações dispersas na sociedade, em focos múltiplos de exercício do poder, mas com estratégias globais de

controle. O conceito de ‘dispositivo’ não se enquadra nos moldes dos marxismos acadêmicos, sob a possível similaridade com o conceito de ‘ideologia’, nem tampouco na noção de ‘aparelho de Estado’ do pós-marxismo de Althusser. O dispositivo deve ser abordado através do que Foucault se refere como uma geopolítica:

“Cada vez mais me parece que a formação dos discursos e a genealogia do saber devem ser analisadas a partir não dos tipos de consciência, das modalidades de percepção ou das formas de ideologia, mas das táticas e estratégias de poder. Táticas e estratégias que se desdobram através das implantações, das distribuições, dos recortes, dos controles de territórios, das organizações de domínios que poderiam constituir uma espécie de geopolítica” (FOUCAULT, 1979: 164-5)

Para melhor definir o que vem a ser o conceito de dispositivo, faz-se necessário abordar o entendimento de Foucault sobre a questão do poder. Foucault (1985: 82-3) coloca em questão uma suposta unidade do dispositivo de poder. Se um dispositivo fosse uno, encontraria-se nele “a mesma hipotética mecânica do poder” - a de que

“de alto a baixo, em suas decisões globais como em suas intervenções capilares, não importando os aparelhos ou instituições em que se apóie, agiria de maneira uniforme e maciça; funcionaria de acordo com as engrenagens simples e infinitamente reproduzidas da lei, da interdição e da censura (...) das instâncias da dominação social às estruturas constitutivas do próprio sujeito, encontrar-se-ia, em escalas diferentes apenas, uma forma geral de poder. Essa forma é o direito, com o jogo entre o lícito e o ilícito, a transgressão e o castigo (...) de qualquer modo se esquematiza o poder sob uma forma jurídica e se definem seus efeitos como obediência.” (...) “...um poder cujo modelo seria essencialmente jurídico, centrado exclusivamente no enunciado da lei e no funcionamento da interdição” (...) “Por que se aceita tão facilmente essa concepção jurídica do poder? E, através

dela, a elisão de tudo o que poderia constituir uma eficácia produtiva, sua riqueza estratégica, sua positividade? (...) Por que reduzir os dispositivos da dominação ao exclusivo procedimento da lei de interdição?” (FOUCAULT, 1985: 82-3)

Foucault está tentando deslocar uma análise do poder unicamente através de uma hipótese repressiva. Sua grande contribuição, nesse ponto, é que já na análise histórica da *disciplina* (FOUCAULT, 1983) e seu funcionamento como forma de poder, uma hipótese positiva do poder estava configurada. Poder que exerce dominação ao nível dos corpos, modelando seus atos e sensibilidades, que também produz formas de política e de intervenção. Um poder que não funciona estritamente através da codificação das normas e da lei, mas que se exerce também por outras vias. Se exerce através de dispositivos políticos, que possuem um sentido estratégico amplo, ao mesmo tempo que é realizado através de táticas locais e dispersas em pontos e formas heterogêneos.

A hipótese positiva busca analisar estes tipos de engrenagens do poder, que não são mecânicas e sim complexas, não formam uma unidade no seu modo de funcionamento, mas se constituem de dispositivos, de práticas e instituições, bem como de regulações jurídicas. Para isto, é preciso deslocar a análise do poder de sua hipótese repressiva.

“Através do desenvolvimento da monarquia e de suas instituições, instaurou-se essa dimensão do jurídico-político (...) A história da monarquia e o recobrimento, pelo discurso jurídico-político, dos efeitos e processos de poder, vieram de par. Ora, apesar dos esforços feitos para separar o jurídico da instituição monárquica e para liberar o político do jurídico, a representação do poder permaneceu presa nesse sistema.” (FOUCAULT, 1985: 85)

Mas se o poder nas formas históricas da monarquia jurídica ainda subsistiu, “ela foi penetrada pouco a pouco por mecanismos de poder extremamente novos, provavelmente irreduzíveis à representação do direito” (...) “... novos procedimentos de poder que funcionam, não pelo direito, mas pela técnica, não pela lei mas pela normalização, não pelo

castigo mas pelo controle, e que se exercem em níveis e formas que extravazam do Estado e de seus aparelhos.” (FOUCAULT, 1985: 86)

Chegamos neste dado fundamental - um dispositivo funciona a partir destes novos procedimentos de poder, assim como os condiciona. Um poder que não tem como dados iniciais a soberania do Estado, a forma da lei ou a unidade global de uma dominação, pois estas são suas formas terminais.

“Parece-me que se deve compreender o poder, primeiro, como a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, investe; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas... (...) A condição de possibilidade do poder, em todo caso, ...não deve ser procurada na existência primeira de um ponto central (...) é o suporte móvel das correlações de força que, devido a sua desigualdade, induzem continuamente estados de poder, mas sempre localizados e instáveis... porque se produz a todo instante (...) O poder está em toda parte; não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares (...) o poder não é uma instituição e nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada.” (FOUCAULT, 1985: 88-9)

Para Foucault, “não há poder que se exerça sem uma série de miras e objetivos”. Mas estes não resultam da escolha ou decisão de um sujeito ou grupo, pois “a racionalidade do poder é a das táticas... que, encadeando-se entre si... esboçam finalmente dispositivos de conjunto” (1985: 90-1). O dispositivo é, portanto, essencialmente estratégico. Se a loucura “se constituiu como domínio a conhecer, foi a partir de relações de poder que a instituíram como objeto possível; e em troca, se o poder pôde tomá-la como alvo, foi porque se tornou possível investir sobre ela através de técnicas de saber e de procedimentos discursivos... Partir-se-á, portanto, do que se poderia chamar de “focos locais” de poder-saber”: por

exemplo, as relações do psiquiatra com o louco (1985: 93-4). Há um duplo condicionamento no dispositivo: “o de uma estratégia, através da especificidade das táticas possíveis e, das táticas, pelo invólucro estratégico que as faz funcionar” (1985: 95).

Afinal, o ‘*Modelo Estratégico*’ torna-se uma orientação essencial, através do ‘dispositivo’ entende-se os focos locais de poder-saber em suas dimensões microfísicas, em seus modos de funcionamento e exercício. O poder como ‘posse’, como ‘propriedade’ de um grupo ou classe é a sua configuração *a posteriori*, sua forma ‘terminal’, por isso deve-se retomar as relações de processualidade que levam aos mecanismos de reprodução do poder, isto é, explicitar suas dimensões de combate, de luta, de relações de dominação e resistência para além do estruturalismo. Enfim, uma análise da pluralidade das relações sociais pela noção da disseminação de sobrecodificações nas práticas discursivas que se articulam em pontos dispersos do tecido social. Através dos ‘especialistas’ técnico-científicos, não só são produzidos discursos, teorias científicas, verdades sobre os sujeitos objetificados (que se tornam “indivíduos”, capturados pelas ciências humanas), mas mecanismos de desqualificação e naturalização dos valores do sistema, separando pela noção de “competência”, os ‘competentes’ dos ‘não-competentes’ para saber, para agir, para gerir suas vidas. Assim, as instituições de ‘correção dos desvios’ são muito mais do que formas de controle dos miseráveis e marginais excluídos, são sobrecodificações das próprias relações sociais, das possibilidades de os indivíduos reconhecerem-se, são máquinas produtoras de identidades que limitam e constroem as formas de expressão na vida coletiva.

“Não se trata de perguntar aos discursos sobre o sexo [ou sobre a loucura] de que teoria implícita derivam, ou que divisões morais introduzem, ou que ideologia - dominante ou dominada - representam; mas, ao contrário, cumpre interrogá-los nos dois níveis, o de sua produtividade tática (que efeitos recíprocos de poder e saber proporcionam) e o de sua integração estratégica (que conjuntura e que correlação de forças torna necessária sua utilização em tal ou qual episódio dos diversos confrontos produzidos). (...) Trata-se, em suma, de orientar, para uma concepção do poder que substitua o

privilégio da lei pelo ponto de vista do objetivo, o privilégio da interdição pelo ponto de vista da eficácia tática, o privilégio da soberania pela análise de um campo múltiplo e móvel de correlações de força, onde se produzem efeitos globais, mas nunca totalmente estáveis, de dominação. O modelo estratégico, ao invés do modelo do direito. E isso, não por escolha especulativa ou preferência teórica; mas porque é efetivamente um dos traços fundamentais das sociedades ocidentais o fato de as correlações de força que, por muito tempo tinham encontrado sua principal forma de expressão na guerra, em todas as formas de guerra, terem-se investido, pouco a pouco, na ordem do poder político.” (FOUCAULT, 1985: 97).

4 - O princípio do isolamento

É certo que a instituição do alienismo e da doença mental, isto é, a institucionalização da loucura e a produção da norma são ágeis no tecido social e não apenas no interior de seus estabelecimentos e espaços físicos. No entanto, há uma especificidade no *confinamento* perpetrado pelas instituições disciplinares que agem sobre os sujeitos “indivíduos”. Se, a partir do ‘modelo estratégico’, somos levados à idéia de que a grande operação do *confinamento* dos desvios, da reclusão dos ‘desviantes’, é a de ocultar as contradições sociais sob o invólucro técnico da desqualificação patológica, penal, médica ou de outra natureza (e isso será analisado daqui em diante até na “micropolítica basagliana”, pg. 108), o confinamento como ‘isolamento terapêutico’ é um outro problema que se apresenta, pois o ‘alienismo’ em seu ato fundante, por Pinel, faz daquele um de seus princípios mais primários e definitivos, pondo em funcionamento o lugar do “não-sujeito da alienação”, do sujeito desarrazoado, sem juízo, irracional.

O isolamento havia se tornado um princípio científico - tirar os objetos de investigação de seus meios caóticos e tirar as interferências do ambiente natural, transportando ao ambiente asséptico do laboratório. No alienismo, um dos conceitos fundamentais é o do “isolamento terapêutico”, uma condição para o tratamento, e a

institucionalização torna-se uma necessidade. O método alienista se funda no princípio da Botânica, modelo para as ciências naturais do século XVIII, no qual isolar e nomear significa conhecer. O isolamento retira as más influências que interferem no conhecimento exato do objeto de estudo – semelhante ao estado *in vitro*. A institucionalização é o processo pelo qual o sujeito é retirado de seu meio de relações para ser melhor estudado e tratado. Nos deparamos com um problema epistêmico fundamental: como estudar a doença isolando o louco pelo esquadramento do hospital? O princípio se fundava na idéia de que para tratar é preciso conhecer. A observação *in vitro* tira as más influências, permite a separação em tipos para a constituição de um espaço de conhecimento.

Chegamos então ao ponto central: as investigações científica, médica e psiquiátrica operam, cada uma da sua maneira, *in vitro*, fosse no laboratório, no hospital geral ou no hospital psiquiátrico. **Mas, *in natura*, muda a natureza da “doença”...** A experiência da institucionalização alterou muito a experiência da alienação. Um objeto se manifesta pela rede de relações que estabelece, o método científico opera um reducionismo da complexidade dos fenômenos e objetos que investiga. Ao retirar a doença do seu meio de relações, altera-se sua experiência. O que a psiquiatria concebe como efeitos da cronicidade da natureza da doença mental são efeitos largamente produzidos pelo enclausuramento indefinido e pelo submetimento ao tratamento psiquiátrico. A institucionalização, ao invés de tirar as influências externas para um estudo puro da manifestação da natureza da loucura e dos tipos e características da insanidade, introduz uma alteração decisiva no curso que o paciente vai ter na suposta evolução natural da sua deterioração. A loucura institucionalizada não mostra a doença mental em sua forma pura, mas produz uma forma de loucura específica. Quem perde os laços sociais, utiliza medicamentos de ação direta no sistema nervoso durante anos, passa décadas depositado num manicômio em condições precárias de vida e sem nenhuma atividade ou trabalho, vivendo e se vendo como um doente, incapaz e inferior, não pode continuar perfeitamente íntegro como indivíduo e cidadão. No entanto, para o saber psiquiátrico a degeneração é causada pela doença mental, sem nenhuma ligação com a forma de relação que se estabelece com a loucura e o louco. A doença mental concebida sob um ponto de vista naturalista, é a noção que dá o suporte fundamental da prática, do poder e do saber psiquiátricos. A “História da Loucura” de Foucault (1978) demonstra a história do asilamento da loucura e de sua medicalização e patologização, e sua transformação em Doença Mental. “Nossa sociedade não quer

reconhecer-se no doente que persegue ou encerra” (FOUCAULT, 1975: 79). É através desta operação que é possível uma psiquiatria da loucura.

5 - O conceito de ‘Medicalização’ e a captura da loucura

Duas conclusões principais nos interessam, dentre muitas, em *A História da Loucura* (FOUCAULT, 1978). A primeira é que a doença mental não existiu sempre - antes do alienismo havia outra forma de relação com a loucura, diferente, e a ‘doença mental’ é produto da constituição da psiquiatria. A segunda é que o asilo é que permite a doença mental e não o inverso. Não se cria o asilo para dar conta da alienação, nem se configura o hospital psiquiátrico para agir sobre a doença mental. É a reclusão da loucura, sua captura pela “instituição de sequestro” (FOUCAULT, 1974) e a configuração de uma tecnologia de poder-saber da psiquiatria em torno dela que faz surgir a existência de um objeto Doença Mental. O asilo é o *a priori* da psiquiatria e não se constitui por um avanço no conhecimento, mas por necessidades externas ao conhecimento.

O método alienista é o operador de uma verdadeira **captura da loucura** por uma rede de significações científica: através de uma captura física, pela relação de tutela do manicômio, e de relações de dependência e de contenção, restrição à liberdade e controle do funcionamento, normas e horários internos à instituição; e através de uma captura moral e social, na perda de direitos civis e políticos, na deshistorização e objetificação do sujeito, de seu corpo, seus gestos e seu desejo, na “carreira de doente mental” e na “mortificação do eu” causada pela institucionalização (GOFFMAN, 1974). O próprio sujeito transforma sua percepção de si, como os outros também o vêem de outra forma.

“Cada carreira moral, e, atrás desta, cada eu, se desenvolvem dentro dos limites de um sistema institucional, seja um estabelecimento social – por exemplo, um hospital psiquiátrico – seja um complexo de relações pessoais e profissionais. Portanto, o eu pode ser visto como algo que se insere nas disposições que um sistema social estabelece para seus participantes. Neste sentido, o eu

não é uma propriedade da pessoa a que é atribuído, mas reside no padrão de controle social que é exercido pela pessoa e por aqueles que a cercam. Pode-se dizer que esse tipo de disposição social não apenas apóia, mas constitui o eu.” (GOFFMAN, 1974: 142)

Alguns pacientes ainda buscam não serem tragados pela instituição, e o que parece sintoma pode ser forma de resistir à mortificação, último recurso de produção de si mesmo.

“O doente é já unicamente um *corpo institucionalizado*, que vive como um objeto e que, às vezes, tenta - quando ainda não está completamente domado - reconquistar mediante *acting-out*, aparentemente incompreensíveis, os caracteres de um corpo pessoal, de um corpo vivido, recusando identificar-se com a instituição (...) ...é-lhe negada - de forma concreta e explícita - a possibilidade de reconstruir um corpo próprio que consiga dialetizar o mundo” (BASAGLIA, 1985: 58-59).

A operação que torna o doente um objeto é a mesma que o deshistoriza. A ‘objetivação’ do louco, segundo Basaglia, impede que ele crie o seu próprio corpo pessoal, tornando-o um corpo institucional. Para Basaglia (1985: 39) “A aproximação de tipo objetivante acaba por influir sobre a idéia que o doente faz de si mesmo, o qual - através deste processo - só pode comportar-se como corpo doente, exatamente da mesma maneira em que vivem o psiquiatra e a instituição que cuidam dele.”

Por sua vez, a *medicalização* transforma o lugar social do louco. Ela não se restringe apenas à sua captura pelo olhar e prática médicos sobre o louco.

“A ‘medicalização’ não significa, de fato, a simples confiscação da loucura por um olhar médico. Ela implica na definição, através da instituição médica, de um novo status jurídico, social e civil do louco: o *alienado*, que a lei de 1838 fixará, por mais de um século, num completo estado de minoridade social” (CASTEL, 1978: 55)

Se a manifestação da loucura na forma de doença mental, no interior da instituição psiquiátrica, e os efeitos que se produzem no louco, não são produtos da natureza da loucura, mas estão intimamente relacionadas à experiência da institucionalização, e a retirada da loucura de seu meio de relação altera sua expressão, torna-se necessário criar uma definição complexa de ‘doença’, ou da experiência de sofrimento, em face à definição analítica e reducionista da sua noção na forma psiquiátrica. Por meio da concepção de ‘doença’, de ‘patologia’ e de ‘anormalidade’ é que se atualiza a “função PSI”, qual seja, a de controle da norma de sanidade mental aplicada às populações. A clínica é a inteligibilidade da doença, sendo assim, desafia-nos a necessidade de reinventar a inteligibilidade do fenômeno da experiência-sofrimento, e não sabemos exatamente aonde isso irá levar, somente uma coisa é certa: o objeto de uma Reforma Psiquiátrica crítica não é mais ‘a doença’ em sua existência independente, mas sim a ‘mortificação do eu’ e a perda dos sentidos para as relações de troca social, entre os ‘loucos’ e os ‘normais’ (mas não só), ou as “subjetividades mortificadas”, e este é o assunto da Parte II (Cf. pg. 107-152).

III - Superação do Manicômio: a Desinstitucionalização como Desconstrução

1 - A Desconstrução como produção de novas formas de relação com a loucura e novos modelos de políticas públicas de saúde mental

A partir desta discussão sobre “o conceito de medicalização e a captura da loucura”, a estratégia de poder-saber sobre a loucura, que é o dispositivo psiquiátrico, constituída histórica e socialmente, torna-se objeto de uma **desconstrução**.

Todo o debate crítico em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica, na atualidade, bem como a literatura da área, colocam a *desconstrução* como uma busca de superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade nas ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, saúde, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade, bem como colocam a incapacidade da psiquiatria de explicar ou curar o seu objeto de intervenção, a doença mental (BASAGLIA, 1981 e 1985; ROTELLI, 1990 e 1994; ROTELLI et col., 1990). A desconstrução está relacionada à noção de *invenção*, de construção do real, de produção da subjetividade, recolocando em discussão a ciência e a psiquiatria. “Desconstrução” do dispositivo psiquiátrico e clínico em seus paradigmas fundantes e suas técnicas de poder-saber. Desconstrução como uma:

“... ação prática de desmantelamento das incrustações institucionais que cobriam a doença; foi necessário tentar colocar entre parênteses a doença como definição e codificação dos comportamentos incompreensíveis, para buscar suprimir as superestruturas dadas pela vida institucional, para poder assim individualizar quais partes eram de responsabilidade da doença e

quais da instituição, no processo de destruição do doente e da doença” (FRANCA O. BASAGLIA, 1981: xxii).

A desmontagem do dispositivo psiquiátrico se orienta, por um lado, pelo princípio da “luta contra a institucionalização”, que diz respeito à idéia de desconstrução do manicômio, entendido enquanto o conjunto de práticas multidisciplinares e multiinstitucionais, exercitadas e reproduzidas em múltiplos espaços sociais, e não apenas no interior do hospício (BASAGLIA, 1981: 504). Por outro lado, pela recusa à tecnificação, ou à *vocação terapêutica*, isto é, a simples substituição de tecnologias antigas por novas. E, finalmente, pelo princípio de construção de uma *relação de contrato* com o sujeito que substitua a *relação de tutela* instaurada pela psiquiatria.

O modelo manicomial fundou a loucura como erro, e seu processo de transformação radical centra-se na superação do conceito de doença. Não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito. Neste sentido Rotelli propõe, no lugar do objeto doença mental, o objeto ‘existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social’ (ROTELLI, 1990: 90-91).

Para Basaglia, a psiquiatria colocou o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença enquanto fenômeno da natureza, sendo necessário uma inversão, isto é, colocar a doença entre parênteses, para tornar-se possível lidar com o sujeito e não com a doença:

“O colocar entre parênteses a doença mental não significa a sua negação, no sentido de negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal-estar, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao ‘duplo’ da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado.” (AMARANTE, 1994: 65).

Neste sentido, o papel do técnico é reinsserir a complexidade dos problemas com os quais lida, abrindo mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental - e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades, sujeitos ativos, espaços de sociabilidade. A técnica deixa de ser instrumento da violência quando a prática funciona como uma desconstrução da clínica. No lugar do diagnóstico, a *tomada de responsabilidade* (DELL'ACQUA & MEZZINA, 1991) e a quebra da hierarquia. Se a clínica se sustenta no conceito de doença, que, por sua vez, é o fundamento do poder-saber médico-psiquiátrico, o colocar esse conceito em questão, equivale a fazer funcionar o que poderíamos denominar de “dispositivo da complexidade”, isto é, a desconstrução da clínica (enquanto clínica psiquiátrica). Esse é o cerne da atuação política dos novos operadores da desinstitucionalização:

“Mas a clínica não é apenas um olhar. Agora a doença, bem fora de parênteses, se revela como o lugar geométrico das incrustações judiciárias, diagnósticas e científicas aplicadas sobretudo, e sem contradição, às classes subalternas. Conjunto de aparatos administrativos, disciplinares, científicos, normativos, coerentes com o velho estatuto epistemológico da doença...”
(ROTELLI, 1990: 93).

2 - O dispositivo da clínica e a desinstitucionalização

O dispositivo da clínica é o mecanismo que permite lançar visibilidade sobre o processo de saúde-doença, e como um paradigma racionalista, opera pela fórmula problema-solução. Em psiquiatria, isso equivale ao raciocínio clínico que busca para o problema ‘doença mental’, a solução ‘cura’ através do ato terapêutico. A desconstrução leva a desmontar esta fórmula:

“Estas instituições funcionam com base em uma relação codificada entre ‘definição e explicação do problema e resposta (ou solução) racional’, tendencialmente ótima. Para esclarecer melhor a ação deste paradigma racionalista problema-solução é suficiente referir-se à terapia no âmbito da medicina. A terapia entendida não tanto como uma relação individual entre médico e paciente mas sobretudo como um sistema organizado de teoria, normas, prestações - é em geral o processo que liga o diagnóstico ao prognóstico, que conduz da doença à cura. Este é portanto um sistema de ação que intervém em relação a um problema dado (a doença) para perseguir uma solução racional, tendencialmente ótima (a cura).” (ROTELLI et col., 1990: 26).

Entretanto não estamos lidando mais com um problema dado, que deve ser resolvido por uma eficiência técnica, ou que possui uma lógica linear que liga o problema à solução. O problema é construído e sem solução padrão, a busca é de reconstruir sua complexidade. Neste sentido, entende-se que:

“...o primeiro passo da desinstitucionalização, foi o de começar a desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da Psiquiatria é a normalidade plenamente restabelecida (...) ...na relação que liga o problema à solução, é a solução que formula o problema (...) Por isso, a reposição da *solução* reorienta de maneira global, complexa e concreta a ação terapêutica como ação de transformação institucional (...) O processo de desinstitucionalização torna-se agora reconstrução da complexidade do objeto. A ênfase não é mais colocada no processo de ‘cura’ mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’.” (ROTELLI et col., 1990: 28-30).

Novas tecnologias científicas, que se destinem à cura da doença mental, continuam apenas recolocando um problema que não pode ser resolvido. Não há modernização que resolva a questão sempre nebulosa da cura em psiquiatria. A cura se torna a ação de produzir sociabilidade, mudar a história dos sujeitos - que passa a ser mudar a história da própria doença. Para Rotelli et col. (1990: 28) a hipótese é a

“de que o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a ‘instituição’), todos referidos à ‘doença’. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto ‘existência’ doente.”

A produção de saúde ou ‘invenção de saúde’, enquanto reprodução social dos sujeitos, torna-se o centro das ações, o que leva a intervenção a extravazar o âmbito sanitário. Em coerência com o movimento de repensar o campo da saúde coletiva através da superação do modelo médico-curativo, na reforma psiquiátrica os modelos de políticas públicas se informam por uma tentativa de repensar seus modelos clássicos.

“Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas *para transformar o seu sofrimento*, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. O que é, portanto, nesse sentido ‘a instituição’ nesta nova acepção? É o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência e de relações de poder que se estruturam em torno do objeto ‘doença’. Mas se o objeto ao invés de ser ‘a doença’ torna-se ‘a existência-sofrimento

dos pacientes' e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior” (ROTELLI et col., 1990: 29-30).

O movimento de *tomada de responsabilidade* individual e coletiva se constitui como meio para a transformação institucional e para o processo de desconstrução. O trajeto que compreende da saída da condição de sujeito, um corpo marcado pelo exame clínico e pelo diagnóstico psiquiátrico, até a transformação em um usuário do sistema de saúde que luta para produzir cidadania para si e seu grupo passa necessariamente pelo aspecto central da autonomia. Ao invés da cura, incitação de focos de autonomia. A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito. Para Rotelli et col. (1990: 31), “A emancipação terapêutica (que se torna o objetivo substituto da ‘cura’) só pode ser (cientemente) a mobilização de ações e de comportamentos que emancipem a estrutura inteira do campo terapêutico”.

A questão da cidadania e da autonomia são pontos centrais de discussão e ação. Por um lado, coloca-se o questionamento do estatuto legal do doente e da técnica como discurso natural que anula a questão social da exclusão e da gestão dos riscos. A função terapêutica e a função político-administrativa de controle social da instituição psiquiátrica são contraditórias, pois a cura e a custódia não apontam para objetivos compatíveis. Há uma contradição interna à Psiquiatria que coloca em questão sua capacidade de realizar o projeto que se propõe – tratar e curar a doença mental. Na definição do estatuto legal do doente, temos as noções de incapacidade, periculosidade, inimputabilidade como critérios absolutos e constitutivas da própria formulação de doença mental. Elas justificam a tutela do louco, a custódia do tratamento psiquiátrico sobre o doente mental. Por isso,

“A inscrição da cidadania no território da Reforma Psiquiátrica implica também a possibilidade de superação do dilema constitutivo do paradigma asilar, entre cura e custódia (...) Nesta

perspectiva, cidadania como direito à vida (...) a transformação que se advoga não se reduz a um elenco formal de direitos – implica em poder percorrer as principais bases conceituais que historicamente nortearam suas diferentes formulações transcendendo a noção de cidadania no estático enquadre da categoria burguesa – ou seja, apreender como terreno cultural e de ação conceitos como a do exercício da vida nas cidades, da propriedade sobre o próprio corpo, da liberdade, da não legitimidade da autoridade natural sobre o outro, da qualidade ética da igualdade de direitos” (NICÁCIO, 1994: 50).

Os projetos de Reforma Psiquiátrica balizados pela cidadania agem para além da técnica, conduzindo sua prática como uma transformação social. O projeto de desinstitucionalização se identifica, então, com a transformação do próprio objeto da psiquiatria – implica em desmontar os conjuntos institucionais referidos à doença, romper com o paradigma clínico que reduz a loucura em doença mental. Este trabalho é o de desmontar, desconstruir a resposta científica e institucional (a solução) para desconstruir o problema, resignificando-o.

Por outro lado, quanto à autonomia e à cidadania, temos o problema da sociabilidade, da saída do louco de doente sujeito e da produção de saúde ou invenção de saúde como reprodução social dos pacientes.

“A governabilidade teve a Psiquiatria entre os seus instrumentos de gestão da desordem e da miséria (...) O manicômio é: *o lugar zero da troca*. A tutela, a internação têm esta única finalidade: subtração das trocas, estabelecer relações de mera dependência pessoal” (ROTELLI, 1990a: 61).

O dispositivo psiquiátrico funciona em espaços os mais disseminados, mas tem por excelência o seu exercício no manicômio. No manicômio, a sociabilidade é reduzida a zero, e isto confronta os projetos de Reforma Psiquiátrica com um dos fundamentos psiquiátricos, a tutela como abordagem ao doente.

“O problema não é cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa.” (ROTELLI et col., 1990: 30).

Félix Guattari entende que “A cura não é uma obra de arte, mas deve proceder do mesmo tipo de criatividade. A interpretação não fornece chaves padronizadas para resolver problemas gerais (...) mas deve constituir um acontecimento, marcar uma bifurcação irreversível da produção de subjetividade...” (GUATTARI, 1992: 200-201)

Esse trabalho se inicia com medidas básicas de abertura dos mecanismos de violência e enclausuramento e necessita, principalmente, do estabelecimento de novas relações entre os pacientes, a equipe e os psiquiatras, através do questionamento das relações de poder tradicionais estabelecidas. Assim é que, para Rotelli et col.,

“O objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos e, em primeiro lugar, os pacientes. Inicialmente, isto é, no trabalho de desconstrução do manicômio, esta transformação é produzida através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade da palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso aos intercâmbios sociais.” (ROTELLI et col., 1990: 32).

O ato terapêutico ganha outros sentidos. É possível perceber como os conceitos formam uma rede: a clínica encerra a atuação sobre a doença, que requer um diagnóstico que a reconheça e possibilite a escolha do tratamento ou ato terapêutico apropriado, que por sua vez objetiva a cura. A desmontagem e desnaturalização dessa rede, bem como a

proposição de novos conceitos ou novos sentidos para os mesmos conceitos é o trabalho da desinstitucionalização. O ato terapêutico, se não é mais fundado sobre a doença e não provém da autoridade médica, torna-se a própria organização coletiva, convertendo-se em “produção de subjetividade” (GUATTARI, 1985, 1992; GUATTARI & ROLNIK, 1987) e *tomada de responsabilidade*: “ao invés de fundar-se sobre uma regra imposta de cima, a organização se convertia, por si mesma, num ato terapêutico...” (BASAGLIA, 1985: 51). Quando se trabalha para a desconstrução do paradigma psiquiátrico, desorganiza-se alguns princípios, como o das relações de poder nos grupos e na instituição psiquiátrica, para que seja possível romper com conceitos e padrões que se encontram cristalizados no pensamento, na prática, na sensibilidade:

“Essa atividade incessante de questionamento [e mobilização], aos olhos de um organizador-conselho, pareceria inútil, desorganizadora e, entretanto, é somente através dela que podem ser instauradas tomadas de responsabilidade individuais e coletivas, único remédio para a rotina burocrática e para a passividade geradas pelos sistemas de hierarquias tradicionais.” (GUATTARI, 1992: 187).

Aos poucos, as relações passam a não se assentar mais nas hierarquias, mas na sociabilidade e na produção de instâncias coletivas, através do trabalho de mudança destas relações e na produção de outras formas de expressão para o louco e sua loucura que se mostram não só viáveis, mas inovadoras e de extrema riqueza. Guattari relata sua própria experiência em relação a este processo:

“Foi então que aprendi a conhecer a psicose e o impacto que poderia ter sobre ela o trabalho institucional. Esses dois aspectos estão profundamente ligados, pois a psicose, no contexto dos sistemas carcerários tradicionais, tem seus traços essencialmente marcados ou desfigurados. É somente com a condição de que seja desenvolvida em torno dela uma vida coletiva no seio de instituições apropriadas que ela pode mostrar seu verdadeiro rosto, que não é o da estranheza e da violência, como tão freqüentemente ainda se

acredita, mas o de uma relação diferente com o mundo (...) Os psicóticos, objetos de um sistema de tratamento quase animal, assumem necessariamente uma postura bestial (...) No estilo de vida comunitária que era então o de La Borde naqueles anos, os doentes me apareceram sob um ângulo completamente diferente...” (GUATTARI, 1992: 183-4).

A desinstitucionalização levada ao extremo, como projeto radical de superar a psiquiatria como verdade da loucura, coloca em funcionamento a produção de um novo lugar do louco, sem regulá-lo no jogo das sanções institucionais e legais ou objetificá-lo, fazendo com que se deshistoricize e deixe de ser um sujeito. Para isto, é preciso a tomada de um sentido para a própria existência e da produção de sua própria singularidade. A noção de *tomada de responsabilidade* (DELL’ ACQUA & MEZZINA, 1991) ganha centralidade na discussão e na prática:

“O que visávamos, através de nossos múltiplos sistemas de atividade e sobretudo de tomada de responsabilidade em relação a si mesmo e aos outros, era nos libertarmos da serialidade e fazer com que os indivíduos e os grupos se reapropriassem do sentido de sua existência em uma perspectiva ética e não mais tecnocrática. Tratava-se de conduzir simultaneamente modos de atividades que favorecessem uma tomada de responsabilidade coletiva e fundada entretanto em uma re-singularização da relação com o trabalho e, mais geralmente, da existência pessoal. A máquina institucional que instalávamos não se contentava em operar uma simples remodelagem das subjetividades existentes, mas se propunha, de fato, a produzir um novo tipo de subjetividade.” (GUATTARI, 1992: 187).

O trabalho de desconstrução do manicômio necessariamente extravaza o contexto institucional específico. A desinstitucionalização não deve ser restrita à reforma administrativa ou técnica dos serviços, só atingindo seu objetivo mais amplo como transformação cultural, quando o trabalho visa reinscrever o lugar da loucura na sociedade:

“Trabalhando regularmente com sua centena de pacientes, La Borde se encontrou progressivamente implicada em um questionamento mais global sobre a saúde, a pedagogia, a condição penitenciária, a condição feminina, a arquitetura, o urbanismo. (...) E começamos a sonhar com o que poderia se tornar a vida nos conglomerados urbanos, nas escolas, nos hospitais, nas prisões etc..., se, ao invés de concebê-los na forma da repetição vazia, nos esforçássemos em reorientar sua finalidade no sentido de uma recriação interna permanente. Foi pensando em uma tal ampliação virtual das práticas institucionais de produção de subjetividade que, no início dos anos 60, forjei o conceito de ‘análise institucional’.” (GUATTARI, 1992: 191; 189).

A desinstitucionalização, enquanto um processo social de desconstrução do dispositivo da doença mental e recusa do saber-poder psiquiátrico, constitui-se como um novo dispositivo (AMARANTE, 1994: 61), na medida em que promove uma ruptura com o dispositivo psiquiátrico. Em sua negação/superação da psiquiatria, o dispositivo da desinstitucionalização rompe com a psiquiatria tradicional e também com as novas psiquiatrias, que surgem com as Reformas Psiquiátricas do pós-Segunda Guerra. Através do termo ‘dispositivo da desinstitucionalização’ se compreende a tentativa de construir um dispositivo de desconstrução, de instituir mecanismos que subvertam as linhas de saber-poder do dispositivo psiquiátrico, ‘instituir uma máquina que desinstitui’, que não aprisione a prática em concepções fixas.

“Este novo dispositivo poderia ser provisoriamente denominado de dispositivo da desinstitucionalização, embora o termo indique em si uma contradição, pois o conceito de dispositivo implica uma reinstitucionalização, e o de desinstitucionalização, aparentemente, uma ausência de qualquer processo de institucionalização. A escolha do termo prende-se à acepção construída por Basaglia, e retomada por Rotelli, quando deixa de ser

entendido como simples desospitalização, para tratar da ruptura dos paradigmas que fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica clássica. Tais paradigmas produziram “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturadas em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto ‘periculosidade’ (...) Portanto, as antigas instituições eram superadas por serem cultural e epistemologicamente incongruentes (...) A ruptura do paradigma fundante destas instituições, o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização (...) O projeto de desinstitucionalização coincidia com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado (...) Mas, se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada)” (Rotelli, 1990: 90-1)” (AMARANTE, 1994: 62).

A *‘instituição inventada’* é o projeto que move a desinstitucionalização em direção ao novo objeto em estado de não-equilíbrio. A complexidade como desafio da Reforma Psiquiátrica (Cf. p. 85-107) é enfrentada ao negarmos a banalização que desvia o caminho da desinstitucionalização para uma ‘humanização’, que por sua vez, resulta da definição de um fim único e correto para os processos de desconstrução. O anseio por sistematização do trabalho, do ‘que fazer’, na criação de novas relações com a loucura também é uma fuga do confronto com as contradições, no lidar com este objeto, que se é por definição um estado de não-equilíbrio, é justamente essa ausência de uma ordem sistemática que abre espaço para o escapar aos modelos prontos. A complexidade do não-equilíbrio em ‘estruturas dissipativas’ (Cf. p. 97-107) é similar à complexidade do suportar o não-equilíbrio no sair das respostas prontas, na mudança cultural do lugar social da loucura. A instituição inventada é o movimento de produzir um pensamento nômade, na crítica à psiquiatria, que

se converta em ação de construção de algo que nunca está dado, numa heterostase permanente (Cf. p. 153-176).

O processo de desconstrução deve se dar através de movimentos distintos, articulados e simultâneos, em diferentes campos: o campo teórico-conceitual, que diz respeito ao conceito de doença, cura e terapêutica; o campo técnico-assistencial, que se refere às técnicas de intervenção, aos novos serviços, tecnologias e dispositivos; o campo político-jurídico, que inclui a legislação sanitária, os Códigos Civil e Penal e a cidadania -- o estatuto civil e legal do louco; e o campo sócio-cultural, que compreende o imaginário social e a construção de novos sujeitos de direito e novamente de cidadania, isto é, o ‘lidar’ cultural que permeia todos os outros campos. Essa compreensão da desinstitucionalização como desconstrução nos quatro campos retoma o processo em sua complexidade, sem reduzi-lo a uma das dimensões, num pensamento estratégico que se une à idéia de *ruptura*, buscando produzir a reconstrução do lugar social do louco e do diferente. É a desconstrução: do princípio do isolamento terapêutico; do método de conhecimento alienista; da estratégia do tratamento moral; do conceito de doença, erro, déficit; da relação entre doença mental e periculosidade; do hospital como casa de cura; da custódia como sinônimo de terapêutica; da cura como normatização. Por isso, as ações do trabalho da reforma enquanto transformação ampla:

“devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro.” (ROTELLI, 1990: 94).

3 - Reformas Psiquiátricas e modelos assistenciais

A idéia de ‘reforma’ na psiquiatria é quase tão antiga quanto seu surgimento como especialidade no campo da medicina, e em todo seu percurso histórico-social existiram projetos de ‘reforma’ psiquiátrica. O modelo de colônias de alienados realizado em meados do século XIX pode ser considerado um exemplo, dentre muitos, ainda que se utilizassem outros títulos e conceitos. No entanto, é no pós Segunda Guerra Mundial que surgem os projetos mais delimitados de reforma psiquiátrica, que compõem um “campo disciplinar e de intervenção da psiquiatria que, assim, passam a ser explicitamente denominados de reformas psiquiátricas” (AMARANTE, 1996: 15).

As reformas psiquiátricas do pós-Guerra constituem-se como respostas à crise teórica e prática que a psiquiatria clássica foi desenvolvendo, “detonada principalmente pelo fato de ocorrer uma radical mudança no seu objeto, que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental. É certamente no contexto desta crise que surgem as novas experiências, as novas psiquiatrias” (AMARANTE et col., 1998: 21). Estas reformas empreendidas formulam diferentes orientações que redimensionam os campos teórico-assistenciais da psiquiatria.

Segundo Birman & Costa (1994), há dois grandes períodos nas experiências de reforma. O primeiro período corresponde ao surgimento das Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra e EUA, e da Psicoterapia Institucional, na França. Partindo da crítica à estrutura asilar e seus altos índices de cronificação, pensa-se em resgatar a capacidade terapêutica do manicômio, ainda considerado instituição de cura, eliminando os meios violentos e a segregação integral. A solução é “resgatar esse caráter positivo da instituição através de uma reforma interna da organização psiquiátrica” (AMARANTE et col., 1998: 22). O segundo período corresponde às experiências da Psiquiatria de Setor, na França, e da Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, nos EUA. Agora a psiquiatria se expande para o espaço público, visando prevenir e promover a saúde mental da população.

Nestes projetos, embora divididos em dois períodos, o que se coloca é um deslocamento da psiquiatria tradicional em sua terapêutica das enfermidades para um ideal, bastante ampliado e ambicioso, de promover a saúde mental não só em indivíduos, mas na comunidade como um todo. “Visto de outra forma, a terapêutica deixa de ser individual

para ser coletiva, deixa de ser assistencial para ser preventiva (...) o certo é que a psiquiatria passa a construir um novo projeto, um projeto eminentemente social, que tem consequências políticas e ideológicas muito importantes” (AMARANTE et col., 1998: 22). Busca-se a promoção da Saúde Mental, tomada como processo de adaptação social.

Nestas experiências, nos dois períodos, objetiva-se uma reforma do modelo psiquiátrico, sendo que a instituição psiquiátrica é creditada como lugar de tratamento e o saber psiquiátrico como competente e autorizado. O modelo psiquiátrico precisaria ser reformulado pois teria se desviado de seus objetivos legítimos.

Outras experiências surgem, como a Antipsiquiatria, na Inglaterra, e a Psiquiatria Democrática Italiana, nos quais inaugura-se um novo movimento nos processos de reforma psiquiátrica. Nestas experiências, trata-se de recusar o modelo psiquiátrico, ao invés de reformá-lo de seu interior -- o manicômio não é lugar de tratamento e não se acredita na psiquiatria como saber autorizado para atuar sobre a loucura. Desta forma, procede-se a um questionamento epistemológico do saber e da prática psiquiátricos em seus fundamentos, seu estatuto de verdade e cientificidade, sua capacidade de responder a seu objeto – a doença mental – e atingir a cura. A psiquiatria é tomada como operadora do status quo e instrumento de gestão da desordem e da exclusão, aprisionando e reduzindo a complexidade dos fenômenos. Na Itália, a desinstitucionalização na tradição basagliana foi um “movimento inicialmente político, referido a questões do direito e da cidadania dos pacientes” (AMARANTE et col., 1998: 22):

“A trajetória italiana propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber e a prática psiquiátrica, na medida em que atingiu seus paradigmas (...) tal ruptura teria sido operada tanto em relação à psiquiatria tradicional (o dispositivo da alienação), quanto em relação à nova psiquiatria (o dispositivo da saúde mental).” (AMARANTE et col., 1998: 49)

Situar em linhas gerais os diferentes movimentos de reforma psiquiátrica, interessa aqui particularmente pelo fato de servirem como modelos teórico-assistenciais nos seus contextos de existência, e de influenciarem ainda hoje a atuação em saúde mental, inspirando modelos assistenciais e formas de cuidado em diferentes realidades.

Como referência para realizar uma ‘cartografia’ (Cf. pg. 85-93) do processo de estruturação do campo da saúde mental em um contexto específico, ou para realizar a análise das transformações do modelo assistencial, está se partindo da composição de um *arcabouço analítico que tem como conteúdo os diferentes modelos assistenciais possíveis na história da psiquiatria e nas políticas públicas de saúde mental*: o dispositivo da alienação e da doença mental; o dispositivo da saúde mental; e o dispositivo da desinstitucionalização. Esses são os três grandes modelos teórico-assistenciais que conformam políticas de saúde mental. Situados estes modelos históricos, está constituída a **primeira referência metodológica de análise**.

Coloca-se então a constituição de um espaço conceitual que possui dois pólos antagônicos, a partir dos quais os modelos assistenciais são desenvolvidos: o modelo de saúde-loucura psiquiatrizado e o modelo de Produção de Saúde, de ‘recentrar a saúde na cidade’ (Cf. p. 76).

Mas antes vamos analisar algumas das novas concepções que vêm se desenvolvendo no campo da Saúde Coletiva e da Saúde Pública, por dois motivos. Primeiro, para situar o dispositivo da saúde mental em sua dimensão preventivista, possível ao fazermos uma discussão dos enfoques e conceitos da “Promoção de Saúde”, que hoje é amplamente difundida nos meios acadêmicos, governamentais e técnico-assistenciais. A Promoção de Saúde se propõe a superar o preventivismo, outra face do curativismo, e desta forma pode-se sugerir que o campo da saúde mental pode polemizar este debate, pondo à prova a possibilidade de pensar em promoção e produção de saúde. E segundo, se o dispositivo da doença mental ainda não foi superado nas práticas sociais, muito menos o dispositivo da saúde mental; assim se a saúde coletiva e a saúde mental possuem pontos de articulação fundamentais, a relação entre a ‘saúde mental preventivista’ e os modelos de promoção e produção de saúde como tentativas de superação da mesma é decisiva.

4 – Promoção e Produção de Saúde

A reorientação do modelo assistencial nas políticas públicas de saúde mental pode ser problematizada de forma eficiente, a partir de toda essa construção metodológica

sintetizada nos ‘três dispositivos’ e nos dois modelos de saúde-loucura, ancorada na formulação da desinstitucionalização como desconstrução. A contribuição fornecida nessas reflexões é a de trabalhar no sentido de tornar concreto o projeto de ‘recentrar a saúde na cidade’, buscando compreender suas implicações. Mas primeiro é bastante válido desenvolver sucintamente o problema da *promoção e da produção de saúde* e em que medida estes enfoques podem nos lançar para além das teias do **curativismo** e principalmente do **preventivismo**. Em que lugar está o cerne do poder ‘revolucionário’ que permitiria escapar dos eixos risco-doença, contaminação-prevenção, predisposição-ação asséptica? É possível ‘promover saúde’? É possível ‘produzir saúde’? Como destruir ou desmontar os ‘higienismos’ que atravessam os modelos assistenciais na saúde coletiva e na saúde mental? Não serão questões respondidas, mas apontadas de forma estratégica.

O enfoque da **promoção de saúde** vem ganhando força pelo menos nos últimos 20 anos, como reação à acentuada medicalização da vida social e como articulação múltipla de recursos e ações em resposta ao diagnóstico de crise e insuficiência dos modelos de intervenção na saúde pública. O modelo médico curativo concebe a saúde como ausência de doença, o que coloca as ações centradas sobre a doença e seu evitamento. Centra-se os investimentos no complexo médico industrial, no parque hospitalar e no mercado farmacológico, na assistência médica curativa e individual como formas de buscar a saúde, embora se saiba que intervir no final da cadeia que produz a dinâmica do processo saúde-doença seja mais dispendioso e menos eficaz. É na mudança desse modelo que se apresentam as alternativas atuais. Não se centra mais a determinação do processo saúde-doença no indivíduo ou sua interação com o meio. O investimento deve centrar-se nas condições sócio-educacionais, na capacidade de mobilização e cidadania, nas condições de vida (nutrição, segurança, saneamento, transporte, lazer, condições de trabalho), isto é, na produção de meios de elevar o nível de qualidade de vida, ao invés de intervir quando a doença já está instalada. A saúde é socialmente produzida e não basta diminuir o risco de doenças, mas potencializar a aquisição de saúde e de vida.

“É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda sua amplitude, o que requer políticas públicas

saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população” (BUSS, 2000: 163)

Isto se coloca em especial nos países que possuem enormes índices de desigualdade sócio-sanitária. A OPAS (1998), em seu estudo sobre “La Salud en las Américas”, ressalta como as variações nas tendências dos indicadores básicos de saúde e desenvolvimento humanos são determinados pelos diferenciais econômicos entre os países, o que aproxima de forma decisiva saúde e qualidade de vida. Alguns importantes marcos no enfoque da ‘promoção da saúde’ remontam à realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, pela Organização Mundial de Saúde, em 1978 em Alma-Ata, que traz um novo enfoque para o campo da saúde e no qual se cria a meta de “Saúde para todos no ano 2000”. Alma-Ata tornou-se referência fundamental para um novo entendimento e prática em saúde, gerando frutos posteriores. Um dos mais importantes é a Carta de Ottawa (WHO, 1986), divulgada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, que também se constitui como referência fundamental para o enfoque da Promoção da Saúde, já que é:

“... um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, este termo está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos” (BUSS, 2000: 165-6)

A produção de “políticas públicas saudáveis” torna-se um dos pontos de partida para mudar o lugar da saúde – que deixa de ser estritamente técnico para ser coletivo, deixa de ser estritamente sanitário para ser político e institucional. Mais precisamente, uma

intervenção multi e interinstitucional sobre os determinantes do processo saúde-enfermidade, superando a fragmentação presente nos moldes clássicos das políticas públicas, a partir de uma nova concepção de Estado. Deve se constituir formas de não só evitar a doença e prolongar a vida, mas ampliar a capacidade de autonomia e bem-estar, como valores socialmente definidos, além de possibilitar o empowerment da população organizada.

“A idéia moderna de políticas públicas saudáveis envolve um duplo compromisso: o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda pública, promovendo-a de setor da administração a critério de governo, e o compromisso técnico de enfatizar como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde-doença. A perspectiva das políticas públicas saudáveis distingue-se e ultrapassa em abrangência as ações ambientais da saúde pública tradicional e, mesmo, as políticas urbanas de expansão de serviços e bens de consumo coletivo. Implica uma abordagem mais complexa, devendo ser compreendida como uma (re) formulação inovadora tanto do conceito de saúde quanto do conceito de Estado (e, portanto, de política pública) e de seu papel perante a sociedade” (BUSS, 2000: 173-4)

Temos assim um modelo historicamente hegemônico que produziu simplificações e dicotomizações no entendimento do fenômeno saúde-doença, presentes na saúde pública em seus paradigmas modernos, na oposição saúde-doença e indivíduo-sociedade, na biologização, na psicologização e mesmo no determinismo sociológico. As visões deterministas em saúde, através de uma causalidade linear, interpretam a saúde de forma reducionista, o que é uma das principais características que levam à crise da saúde pública.

A possibilidade de superar o preventivismo se encontraria primeiro, dentre outras coisas, na postura de renunciar à “vocação terapêutica” (BASAGLIA & GALLIO, 1991), não tornando o problema dos comportamentos e estilos de vida um problema normativo, não permitindo que a cultura das comunidades e das pessoas se reduza ao modelo de uma saúde ‘ideal’ e menos ainda de uma saúde mental ‘ideal’, dos hábitos e escolhas ‘corretas’

para a ‘massa ignorante’. Pois é na tentativa de promover ou produzir saúde, ‘levar saúde às comunidades carentes’, que se atualizam os preventivismos e higienismos. A simples resolução do problema do acesso aos serviços de saúde e saúde mental e do direito à saúde na forma do ‘sair do serviço’ (lembramos do Programa de Saúde da Família do S.U.S.) pode se transformar em intervenções que mais configuram uma “Polícia Médica” (FOUCAULT, 1979c; ROSEN, 1979), que inversamente ao movimento de produzir saúde e construir direitos, acaba conduzindo ao assistencialismo, à cultura medicalizante, à reprodução das ‘políticas de doença’, especialmente dentro das tradições de formação biomédica enrijecidas que existem na realidade brasileira e que ainda são, senão intocadas, certamente ‘protegidas’ por lobbys e interesses bastante enraizados na história do nosso país (LUZ, 1982, 1986; BODSTEIN, 1993; GENTILE DE MELO, 1981; GUIMARÃES & TAVARES, 1994; CAMPOS, 1993; FREIRE COSTA, 1979).

5 - O projeto de ‘recentrar a saúde na cidade’

Através do trabalho no campo social a desconstrução atinge seu sentido mais abrangente, como processo social amplo e complexo de participação popular, territorialização dos serviços, envolvimento de diferentes atores sociais, e mudança da relação social com o fenômeno da loucura. Nesse sentido, o melhor espaço de reabilitação é a cidade (BASAGLIA, 1982), não um serviço que ofereça tão-somente uma tecnologia de cura:

“Recentrar a psiquiatria na cidade não significa implantar aí mais ou menos artificialmente equipamentos e equipes extra-hospitalares, mas reinventá-la ao mesmo tempo em que se desenvolvem outras práticas sociais com a ajuda direta das populações concernidas” (GUATTARI, 1992: 194-5).

Recentrar o lugar da saúde na cidade implica uma transformação radical no entendimento do conceito de saúde em relação aos modelos clássicos que constituem o

campo da saúde pública. **Entende-se ‘mudar o lugar da saúde’ como o processo de reorientar políticas e sistemas de atenção em direção à *produção de saúde*.**

No campo da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica tem utilizado referências que se aproximam desse novo enfoque da saúde e das políticas públicas, expresso na “Promoção de Saúde”. Para repensar a loucura e o trabalho em saúde mental, tem-se a *produção de saúde* como parâmetro de ação. Isto se expressa no caráter político da Reforma e na necessidade de substituir a cura da doença mental pela produção de saúde dos indivíduos de experiência psíquica diferente, que então identifica-se à ‘invenção de saúde’ e à produção de vida. Para Nicácio, no contexto da construção do Núcleo de Atenção Psicossocial de Santos, é preciso:

“...na estratégia de regionalização, para além da divisão administrativa da cidade (...) conhecer e intervir nas organizações institucionais que tecem a Região, no sentido do NAPS ser um ponto de referência, de possibilitar o real acesso ao serviço e do serviço às pessoas que implica superar a lógica da assistência como reparação do dano para a lógica de produção de saúde (...) O ‘cuidar de uma pessoa’, ou seja a construção do projeto terapêutico implica a existência daquele sujeito para além da remissão do sintoma, reparação do dano ou o olhar para a doença.” (NICÁCIO et al., 1990: 03-04).

A *produção de saúde* centra-se sobre a reinscrição da loucura na cidade, isto é, a inserção do paciente na vida da cidade e sua reprodução social. Superar o manicômio é o processo de construir estruturas e políticas que viabilizam a ‘invenção de saúde’, que nesse sentido fica claro que não é algo pronto nem estático, há uma ‘incerteza’ implicada no ‘sair do manicômio’:

“(...) sair do manicômio (e esta saída não é aquela triunfal, romântica, mas um processo cotidiano, técnico, político, cultural, legislativo) abre um campo de possibilidades e como tal incerto, rico, contraditório, por vezes extremamente difícil, novo, e belo (...) A

complexidade desta nova realidade implica instituições em movimento, (...) em ‘aceitar o desafio da complexidade dos múltiplos planos da existência não reduzindo o sujeito à doença ou a comunicação ‘perturbada’, ou e apenas a pobre, ou autonomizando o corpo e ou o psíquico, mas reinscrevendo-o no corpo social’.” (NICÁCIO et al., 1990: 02-03)

Na medida que não se toma a desinstitucionalização como desconstrução do dispositivo e do paradigma psiquiátricos, há grande possibilidade de produzir a gestão da loucura em serviços sanitários que não desenvolvem o trabalho cultural, isto é, acaba-se com as “instituições da violência” para criar “instituições da tolerância”. É o risco de sair do manicômio e continuar reproduzindo os mecanismos do dispositivo psiquiátrico, operação que Castel (1987: 38) chama de *aggiornamento*, algo como um cosmético da psiquiatria, uma reforma superficial, que mantém a função da psiquiatria enquanto saber-poder. Para Guattari “Podem-se criar equipamentos psiquiátricos ágeis no seio do tecido urbano sem por isso trabalhar no campo social. Simplesmente miniaturizaram as antigas estruturas segregativas e, apesar disso, interiorizaram-nas” (GUATTARI, 1992: 195).

O dilema entre o mandato terapêutico e o mandato social da Psiquiatria, isto é, os temas do sofrimento e da exclusão, é uma questão que percorre de diferentes formas todos os projetos de Reforma Psiquiátrica,

“em particular os que se iniciaram na Europa e EUA pós segunda guerra mundial (...) entre a intervenção terapêutica por um lado e a prática de gerência de outro; entre seu produzir-se como saber técnico e sua produção real de cronicidade” (NICÁCIO, 1994: 52; 56).

A partir do dispositivo de desinstitucionalização, toma-se a inscrição da cidadania na Reforma Psiquiátrica como possibilidade de superar o dilema constitutivo do paradigma asilar, entre cura e custódia, para instaurar a construção de algo não dado, no processo de orientar a atenção em saúde mental para algo que não é a cura nem o tratamento terapêutico clínico. A produção de saúde se torna o processo de ruptura epistemológica e

de trabalho cultural – processo sem fim, que não forma modelos, não visa impor o modelo ideal de organização de serviços de saúde mental, ainda que tenha sua proposta, nem o modelo ideal de saúde mental e terapêutica, ainda que possua estratégias – no entanto é um processo aberto, que não deve constituir verdades imutáveis.

“Emancipação, autonomia, reprodução social – esta a tarefa da desinstitucionalização: o modelo implica em poder superar a Saúde conceituada como reparação do dano (no qual se funda também o modelo clínico) para a compreensão da saúde como produção de vida.” (NICÁCIO, 1994: 64)

A simples abertura do hospital psiquiátrico não é suficiente para “abater a espessura dos muros”, é preciso inventar novas estratégias, reencontrando a cidade como espaço de habilitação social ou reabilitação, que deixa de ser um serviço ou técnica mais avançada. Para Basaglia, os melhores lugares ou formas para a reabilitação são os espaços da cidade (AMARANTE, 1996: 102). Controlar o circuito psiquiátrico de internação e tecer relações dos indivíduos antes institucionalizados com a vida da cidade e suas atividades, torna-se o propósito da desinstitucionalização. A história deste processo pode então chegar a ser contada não tanto pelas leis, normas, atos jurídicos, institucionais, técnicos, mas a história de muitas vidas que se transformam, doentes que se transformam em pessoas. Recentrar o lugar da saúde na cidade é o caminho que leva do manicômio lugar zero de troca e intercâmbios sociais à multiplicidade externa das relações sociais. No lugar das estruturas manicomial, devem surgir espaços de atividade produtiva cultural e econômica, que participe da vida ativa da cidade. O exemplo da cidade italiana de Trieste é representativo deste processo:

“Um aspecto digno de nota é a participação desse Sistema de Saúde Mental na vida de Trieste (...) O manicômio de San Giovanni, extensa propriedade com vários pavilhões anteriormente cercados por muros, abrigando 1200 leitos no período de 1961 até 1973 – data em que começam paulatinamente a se extinguir (em 1981 já não os encontramos mais) – é hoje um grande parque com ruas internas

transformadas em vias de circulação urbana. Nos antigos pavilhões hoje se assentam a direção do Centro de Saúde Mental de Trieste, a sede das cooperativas, os ateliês, o bar, o alojamento dos voluntários e um Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental. Abrigam também a cooperativa agrícola, que vende seus produtos diretamente ao consumidor. Esse complexo de edifícios parece integrar plenamente a paisagem da cidade” (GOLDBERG, 1992: 70)

Por fim, é realmente decisivo para esta dissertação pensar que o processo de Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo que abre novos universos de problemas e complexidades que eram ignoradas ou ocultadas pelo dispositivo psiquiátrico. A complexidade da Reforma Psiquiátrica tem relações com o fato de que, sendo um processo social, é um processo aberto e que depende da construção contínua, ininterrupta, de curto-circuitos nas recodificações das relações entre loucura e normalidade, e das relações sociais em geral, operadas pelo dispositivo da doença mental e pelo dispositivo da saúde mental, que se encontram mais próximos de um dos pólos do espectro dos *dois modelos de saúde-loucura*, que sem dúvida é o pólo do modelo de saúde-loucura psiquiatrizado, como será explicitado em seguida, baseado em todo o percurso de elaboração até este ponto. A produção de saúde é um desafio sem ‘modelo final’ ou prescrição a ser seguida. Em saúde mental, a “reforma” da psiquiatria não pode ser interrompida sob o risco de ‘refluxo’.

E portanto, retoma-se o fio da meada do início do capítulo 1. Genealogicamente poderíamos dizer que ‘inventar’ saúde é uma crítica ao ‘fazer saúde’ onde não há *origem* - “ursprung” (Cf. p. 21 e 29), no sentido de um ‘manual’ ou saber técnico que garanta as práticas, nem um fim ‘teleológico’, onde se encontra a confirmação do resultado esperado ou a corroboração de uma verdade diagnóstica clínica ou de um prognóstico previsto. Escapar às Verdades originárias ou teleológicas, rachar as coisas, rachar as palavras, para encontrar ali seus processos e suas forças transformadoras, nas palavras e nas coisas.

“É claro que eu estou falando de uma profunda transformação cultural, institucional e científica que, todavia, como tal, permanece em aberto, em processo e portanto também reversível: a ausência do

manicômio não é a solução (não é portanto o fim da instituição psiquiátrica) porque depende do fato de que a nova cultura e prática institucional continue a construir uma realidade que torne possível tal ausência” (DE LEONARDIS, 1986: 256 *apud* Nicácio, 1994: IX)

6 - Os dois modelos de saúde-loucura

O Modelo Assistencial em Saúde Mental se configura entre dois pólos extremos, segundo o ‘estado da arte’ apresentado neste projeto: o Modelo de saúde-loucura psiquiatrizado – dispositivo da Doença Mental; e o Modelo de Produção de Saúde – ruptura do modelo fundante da psiquiatria, que implica em mudar o *lugar da saúde*, Recentrar a saúde na cidade.

O Modelo de saúde-loucura psiquiatrizado é o modelo assistencial manicomial, entendido enquanto aquele modelo que orienta políticas e serviços no sentido da reprodução do dispositivo da Doença Mental. É o modelo historicamente construído através do saber e da prática psiquiátricos, que institui a doença mental como objeto e o manicômio como lugar de tratamento; a tecnologia terapêutica da psiquiatria como forma de intervenção, buscando a cura como fim ‘ótimo’; entendendo cura como normalização ou ortopedia e o sujeito louco como incapaz de cidadania e laços sociais, inábil para o trabalho e perigoso.

Com a crítica do dispositivo psiquiátrico e o questionamento de sua capacidade para lidar com seu objeto (doença mental) e atingir seu fim (cura, restabelecimento da normalidade), uma série de Reformas da Psiquiatria tem lugar a partir dos anos 50, e principalmente nos anos 60 e 70, nas quais novas correntes de pensamento surgem para oferecer respostas teóricas e práticas à crise da psiquiatria estabelecida. Atualmente, a Reforma Psiquiátrica, enquanto processo político, social, sanitário e conceitual, acumula um background crítico importante e se processa em vários países. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica tem um processo próprio, nas últimas décadas, e produziu um conhecimento bastante extenso, como fica claro nesta dissertação.

O modelo assistencial em saúde mental formulado a partir do estado da arte como proposta de superação do modelo de saúde-loucura psiquiatrizado, é o modelo de Produção de Saúde. Assim denominado provisoriamente para fins da presente discussão, este modelo seria o extremo antagônico do dispositivo psiquiátrico, pois sua proposta é a de superação do modelo psiquiátrico. Trata-se da “desconstrução do manicômio”, conceito chave para a problematização do campo da saúde mental. A Produção de Saúde se refere, por um lado, à ruptura dos modelos fundantes da doença mental e dos modelos de medicalização da loucura e do processo saúde-doença. Por outro lado, a Produção de Saúde leva a um *mudar o lugar da saúde*, que não se centra mais na intervenção sanitária ou médico-psiquiátrica – não se processa, portanto, exclusivamente nos serviços, não se centra sobre a doença nem somente sobre os perfis de morbimortalidade. Se coloca antes como um processo político de ações que organizam a pólis no sentido de reordenar as relações estatais e societárias para uma melhor qualidade de vida. Busca-se então pensar em “recentrar a saúde na cidade”, produzir cidadania e sujeitos políticos, desmedicalizar a clínica, recolocar o lugar da saúde. Nesse sentido, a Produção de Saúde enquanto um modelo pode ser articula-se ao enfoque da promoção da saúde, como forma de repensar a relação saúde-doença e o paradigma médico, e ao processo de produção de novas formas de pensar a relação com a loucura, através da ‘desconstrução’ do manicômio e a desinstitucionalização da loucura, e de uma prática sobre bases que permitam a construção de novos espaços de expressão do louco e outras formas de loucura que não sejam psiquiatrizadas.

Entretanto, fica o problema de transformar a ‘promoção de saúde’, ou mesmo a ‘produção de saúde’ em intervenção na forma da ‘Polícia Médica’. Pois os dois modelos de saúde-loucura polarizados conduzem à análise de um dos grandes questionamentos que estão sendo levantados por meio das críticas ao dispositivo psiquiátrico, que é uma crítica do dispositivo da saúde mental, que havia ficado de fora neste tópico, propositalmente, para que então retomemos o tópico da “Promoção e Produção de Saúde” (Cf. p. 72). O dispositivo da saúde mental, como um *aggiornamento* das transformações das políticas de saúde mental, atualiza-se nas ‘instituições de tolerância’ (como será retomado adiante), e sua posição no espectro entre os pólos de reorientação do modelo assistencial (os dois modelos de saúde-loucura) é entrelaçada por ambiguidades, sutilmente, insidiosamente, o dispositivo da saúde mental ultrapassa a tênue linha divisória entre os dois modelos de saúde-loucura e se oferece como ‘um bom produto’. (Cf. pg. 107-130; 153-160)

Através destes pólos se torna possível pensar de forma mais concreta a análise de um modelo assistencial em uma realidade específica. O processo de reorientação do modelo assistencial em saúde mental se realiza entre estes pólos. A Reforma Psiquiátrica, historicamente, vem sendo o processo de produção de políticas, organização de serviços e instituição do lugar cultural da loucura que se situa em algum lugar do espectro que vai do modelo de saúde-loucura psiquiatrizado, hegemônico em termos de constituição histórica, até o modelo da desinstitucionalização ou da produção de saúde, como modelo atual para pensar a Reforma Psiquiátrica de forma crítica e abrangente.

Este ‘espectro’ tem variações, dentre as quais poderíamos começar a situar a fim de iniciar algum refinamento analítico. Apenas a título de indicação, a “reorientação” (do modelo assistencial) pode ser: 1) somente uma modernização/ humanização da psiquiatria, em que são mantidos os mesmos referenciais e relações com o louco; 2) uma reorganização institucional que fica restrita ao âmbito sanitário/ psicológico, ainda que multidisciplinar; isto é, a Reforma como processo técnico, como questão técnica; 3) uma articulação interinstitucional, sem alterar a noção de Doença Mental; por exemplo, programas escolares ou culturais que mantêm o lugar dos ‘doentes mentais’ (por ex., teatro dos ‘doidinhos’, aulas para os ‘doentes’, infantilizados). Uma espécie de “cidadania filantrópica”, que serve antes para publicidade do que para permitir sujeitos de direito e protagonismo de sua qualidade de vida. E finalmente, 4) um ‘Recentrar o lugar da saúde’, não aposentar por invalidez como única saída, eliminar a ergoterapia, retomar direitos civis, participar da vida da cidade.

Dentre os exemplos concretos dos processos de reforma psiquiátrica, no Brasil, destacam-se a cidade de Santos (NICÁCIO, 1994; AAVV, 1990; KINOSHITA, 1997), e os estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro (GOLDBERG, 1992; 1996; PITTA, 1984; 1996; YASUÍ, 1989; 1999; LANCETTI, 2000; LOBOSQUE, 2001; FAGUNDES, 1992; DELGADO et al., 1997; AMARANTE, 1998). Mais recentemente, temos exemplos de processos atuais entre os mais diferentes lugares do país, como Manaus, Belém, Tocantins, Curitiba, Cuiabá, Recife, Vitória, dentre outros, além das experiências internacionais, como na Itália, em Trieste, Ímola, Nápoles e outras (DIAS BARROS, 1994a; AMARANTE, 1994a; BEZERRA & AMARANTE, 1992; ROTELLI et col., 1990; 1995; VENTURINI, 2003; NICÁCIO, 2003) e na Espanha, em Madri (DESVIAT, 1999).

Os dois grandes modelos teóricos, bem como esta caracterização sucinta de tipos, servem como indicação para possíveis direções na produção de modelos assistenciais e de políticas públicas. Os três dispositivos (da doença mental; da saúde mental; da desinstitucionalização), por sua vez, servem como quadro de referência analítico para uma cartografia das políticas de saúde mental, que é o que veremos agora.

IV – A Complexidade da Reforma Psiquiátrica

1 – Da Genealogia da Loucura à Cartografia Micropolítica como ferramenta de análise de políticas de saúde mental

Estreitamente relacionados a Michel Foucault, encontram-se Gilles Deleuze e Félix Guattari, que através de suas produções, forjam um *paradigma ético-estético* (GUATTARI, 1992), como crítica aos paradigmas cientificistas e racionalistas de pensamento e de produção de conhecimento.

A genealogia e o paradigma ético-estético são formas de pensamento na filosofia e utilizados nas ciências humanas e sociais que buscam refundar o lugar da Ciência e o significado de produzir conhecimento, realizando a crítica do paradigma científico clássico da modernidade, da história, da filosofia. Pensam o sujeito e o objeto como realidades não dadas, que se constituem quando se confrontam, e as práticas sociais em seu caráter de produtoras de realidades, de invenção de modos de vida e regimes de verdade. As práticas de saúde têm um caráter político de inventar formas de experiência e entendimento da saúde e da doença. Esta orientação se insere na discussão contemporânea da ciência e da saúde fundadas na reconstituição da complexidade de seus objetos e as realidades com as quais lida e na superação dos modelos científicos tradicionais. Desta forma, trabalha com a análise política e social das práticas e uma visão crítica e histórica da saúde pública como campo que rompe com os especialismos e tecnicismos.

“Na perspectiva que é a minha e que consiste em fazer transitar as ciências humanas e as ciências sociais de paradigmas cientificistas para paradigmas ético-estéticos, a questão não é mais a de saber se o inconsciente freudiano ou o inconsciente lacaniano fornecem uma resposta científica aos problemas da psique. Esses modelos só serão considerados a título de produção de subjetividade entre outros, inseparáveis dos dispositivos técnicos e institucionais

que os promovem e de seu impacto sobre a psiquiatria, o ensino universitário, os mass mídia” (GUATTARI, 1992: 21)

Destaca-se para a construção das relações expostas nesta dissertação o conceito de ‘dispositivo’, a partir de Michel Foucault e o conceito de ‘cartografia’ do paradigma ético-estético. Ambos nos permitem articular a crítica aos modelos deterministas, estruturalistas ou reducionistas que interpretam a vida social atrelados a concepções jurídicas, normativas ou administrativas nas análises de mudanças políticas e sociais. Em ambos há a concepção de uma microfísica do poder (FOUCAULT, 1979), de uma macropolítica e uma micropolítica das relações de poder e instituições (DELEUZE & GUATTARI, 1995). Transformar a sociedade passa a ser um processo de mudança que não se centra no Estado (ainda que este seja fundamental), mas na produção de subjetividades, no uso e impacto dos saberes e tecnologias na democracia e nas formas de convivência coletiva.

O conceito de *cartografia* é utilizado como um conceito metodológico, tal como proposto por Gilles Deleuze e Félix Guattari. (DELEUZE & GUATTARI, 1972; 1995; 1992; DELEUZE, 1988; GUATTARI & ROLNIK, 1987; GUATTARI, 1985).

A Cartografia é a delimitação das linhas que atravessam discursos e práticas em seu sentido “produtivo”. As práticas e discursos possuem linhas de força que produzem realidades, modos de existência, formas de pensar e viver, modos de sensibilidade, de comunicação, de relação social, de trabalho, de afetividade. Cartografar realidades sociais é demarcar os territórios formados pelas *práticas discursivas*, que possuem um caráter produtivo, inventivo, ordenador. (Cf. p. 23)

A cartografia não é um mapa, em verdade ela o ultrapassa. O mapa é como uma ‘foto’ de um objeto. Uma análise como mapeamento remete a um objeto em um determinado momento, sua descrição e compreensão. A cartografia deveria ser como um ‘filme’, mas esta comparação não é adequada, já que a cartografia de algum fenômeno histórico e social não é só a sua história em movimento, mas a busca dos movimentos imprevisíveis que levam a alterações, os eventos que causam ruptura nas formas estabelecidas, os cortes que possibilitam a emergência de inovações.

“Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa, representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e

se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem (...) Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos” (ROLNIK, 1989: 15)

Para criar cartografias é preciso estar atento às diferentes espécies de vida e pensamento, em busca de entender o processo de algum acontecimento ou realidade, mas também as condições de possibilidade de sua produção e os efeitos que, por sua vez, produz sobre a realidade interferindo de formas inovadoras no contexto que ocorre. A cartografia é um instrumento metodológico, uma ferramenta conceitual que serve como orientação epistemológica e prática.

“A cartografia, diferentemente do mapa, é a inteligibilidade da paisagem em seus acidentes, suas mutações: ela acompanha os movimentos invisíveis e imprevisíveis da terra – aqui, movimentos do desejo – que vão transfigurando, imperceptivelmente, a paisagem vigente” (ROLNIK, 1989: 62)

A Cartografia é uma análise política, ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica. Estas duas linhas de força não se diferenciam segundo tamanho, grau ou escala, mas sim segundo sua lógica diversa de composição, de ação. A macropolítica não é o “grande”, mas sim o *plano das coisas constituídas*, que possuem forma, plano *molar* das grandes estruturas hierarquizadas, o aparelho do Estado, os dualismos homem/mulher, burguês/proletário, branco/negro, a estrutura jurídico-política e a burocracia, os modos de vida difundidos pela mídia e pelo consumo. A micropolítica não é o “pequeno”, mas o plano das intensidades, que produzem rupturas nas formas constituídas, o plano *molecular* do que escapa à codificação, do que não tem forma, que opera não por sobre-codificação de dualismos, mas por multiplicidades que se conectam, produzindo o acontecimento singular, os movimentos imprevisíveis. As ciências sociais e humanas têm em uma de suas tradições,

a interpretação estruturalista como dominante, mas existe uma dimensão social e humana de constante fazer-se, de incessante processo de constituição, de transformação, de sujeitos protagonistas do campo social, de possibilidade de mutações nos registros da vida. Nesse sentido, a realidade é constituída politicamente tanto da linha de força macropolítica quanto da linha de força micropolítica, tanto de ‘história’ quanto de ‘devir’.

“Em suma, tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo *macropolítica* e *micropolítica*. (...) Toda sociedade, mas também todo indivíduo, são pois atravessados pelas duas segmentaridades ao mesmo tempo: uma molar e outra *molecular*” (DELEUZE & GUATTARI, 1995, vol. 3: 90).

2 - A Cartografia das linhas

Os conceitos são portanto sempre produções dotadas de um caráter imprevisível. “Todo pensamento é um *Fiat*, emite um lance de dados: construtivismo (...) todo conceito é uma cifra que não preexistia. Os conceitos não se deduzem do plano...” (DELEUZE & GUATTARI, 1992: 99-100).

É preciso fazer uma distinção neste ponto, entre ‘história’ e ‘devir’. Para descobrir os devires, é preciso arrancar a história de si mesma. O exercício do pensamento em sua potência criadora nos afasta daquilo que somos – nossa história. A história é aquilo que tem forma, pode ser codificada em linguagem. O devir é o componente a-formal que permite que a história se transforme.

“O “devir” não é história; hoje ainda a história designa somente o conjunto das condições, por mais recentes que sejam, das quais nos desviamos para um devir, isto é, para criarmos algo de novo (...) Não se pode reduzir a filosofia à sua própria história, porque a filosofia não cessa de se arrancar dessa história, para criar

novos conceitos, que recaem na história, mas não provém dela. Como algo viria da história? Sem a história, o devir permaneceria indeterminado, incondicionado, mas o devir não é histórico” (DELEUZE & GUATTARI, 1992: 125-6)

O que está sendo colocado com essa distinção? A necessidade de pensar pelo menos dois tipos de linhas que atravessam a realidade, distintas mas indissociáveis. A linha molar, macropolítica, se refere às grandes estruturas hierarquizadas, institucionais, o aparelho do Estado, a estrutura jurídico-política, a burocracia. A linha molecular, micropolítica, diz respeito ao devir, à multiplicidade, ao acontecimento singular, ao imprevisível, ao que escapa à codificação molar. (Cf. ROLNIK, 1989: 60-63)

“de um lado o fluxo, uma linha molecular, inconsciente, invisível, ilimitada, desestabilizadora, nômade (...) de outro lado (o da linha propriamente dita), uma linha *molar*, consciente, visível, limitada...” (ROLNIK, 1989: 52)

A *cartografia das linhas* é a análise do que está constituído, determinado pelos dispositivos políticos que reproduzem os modos de subjetividade dominante, mas também dos movimentos de ruptura que produzem processos de singularização na subjetividade (GUATTARI & ROLNIK, 1987; GUATTARI, 1985), que escapam da modelização e normalização efetuada pela subjetividade capitalística (GUATTARI, 1981). Isto é, dos movimentos que colocam em xeque os modos de vida coletivos dominantes. Então a Cartografia é a análise das dimensões macropolíticas e micropolíticas do poder.

“Não basta definir a burocracia por uma segmentaridade dura, com divisão entre as repartições contíguas, chefe de repartição em cada segmento, e a centralização correspondente no fundo do corredor ou no alto da torre. Pois há ao mesmo tempo toda uma segmentação burocrática, uma flexibilidade e uma comunicação entre repartições, uma perversão de burocracia, uma inventividade ou criatividade permanentes que se exercem inclusive contra os

regulamentos administrativos” (DELEUZE & GUATTARI, 1995, vol. 3: 91)

Assim, temos que as linhas macropolíticas e micropolíticas correspondem antes a duas políticas, duas espécies de multiplicidades.

“Macro e Micro não são sinônimos de “grande” – a sociedade, o Estado... o todo – e “pequeno” – o individual, o intra-individual, o grupal... a parte, a unidade. Não se trata de uma diferença de grau, mas de natureza. Não se trata de uma diferença de tamanho, escala ou dimensão, mas de duas espécies radicalmente diferentes de lógica” (ROLNIK, 1989: 59).

Se aprofundarmos a análise das linhas, veremos que existem três linhas (DELEUZE & GUATTARI, 1995, vol 3: 102), a linha dura, de sobrecodificação generalizada, de dualismos, espaço social que implica um aparelho de Estado; as linhas de fuga, de descodificação e desterritorialização; e por fim, uma linha flexível de códigos e territorialidades entrelaçados.

O importante aqui é marcar a necessidade de escapar de uma análise determinista ou mesmo de reduzir o olhar para a linha molar, do que já está constituído. Não se deixar enquadrar num estruturalismo, pensando os protagonismos possíveis dos sujeitos, atores, no campo político.

Para a cartografia, “desejo” não é algo interior ao indivíduo e não diz respeito à dimensão puramente psicológica. Neste sentido, opera-se uma crítica à tradição psicanalítica na sua noção de desejo, em sua intervenção clínica individualizante.

“O desejo é criação do mundo (...) não existe sociedade que não seja feita de investimentos de desejo nesta ou naquela direção, com esta ou aquela estratégia e, reciprocamente, não existem investimentos de desejo que não sejam os próprios movimentos *de atualização de um certo tipo de prática e discurso*, ou seja, atualização de um certo tipo de sociedade (...) o desejo é a própria

produção do real social (...) só há real social. À luz de tais considerações, a questão da distinção entre o social e o desejo, entendido como individual ou interindividual, revela-se como falso problema” (ROLNIK, 1989: 55; 58)

Ou ainda: “desejo como produção de real social (...) O desejo – processo de produção de universos psicossociais. O próprio movimento de produção desses universos” (ROLNIK, 1989: 17; 25)

O inconsciente como instância a-social ou a-histórica, e como instância individual e psíquica, são colocados em questão em sua inspiração na tradição psicologista ou naturalista. Inconsciente como fábrica, como produção, agenciamento de fluxos de desejo.

“o inconsciente, aqui, tal como o fomos acompanhando em seus movimentos, não é um território, recortável no espaço subjetivo. Nem um *território-depósito* (de energia ou de representações, ou de ambos), nem um “território padrão” (matriz estrutural). Ao contrário, ao que tudo indica, ele é o próprio movimento de desterritorialização produzindo devires inéditos, múltiplos e imprevisíveis; ele é a própria busca de matéria de expressão, *substância a ser fabricada*, maneiras de inventar o mundo. Ele só funciona agenciado. Em suma: do que vimos, podemos afirmar que o inconsciente não é nem só energético, nem representativo, nem estrutural. *Ele é produtivo.*” (ROLNIK, 1989: 53)

Há portanto, no inconsciente, um caráter criativo, disruptivo, que produz falhas na codificação social, na ordenação disciplinar, no controle institucional e jurídico, conexões que escapam aos poderes e dispositivos políticos, que ainda que sejam capturadas, continuam se produzindo incessantemente. A irrupção do devir na história é uma característica do desejo, pois o inconsciente não é mais individual, é social, e não é codificável, já que possui linhas de fuga inerentes à sua materialização em formas codificadas, isto é, a atualização do devir que desfaz as sobrecodificações, pois sempre existem aberturas no sistema de sobrecodificação das redes de poder.

“O desejo é o sistema de signos a-significantes com os quais se produz fluxos de inconsciente no campo social. Não há eclosão de desejo, seja qual for o lugar que aconteça, pequena família ou escolinha de bairro, que não coloque em xeque as estruturas estabelecidas. O desejo é revolucionário, porque sempre quer mais conexões, mais agenciamentos” (DELEUZE & PARNET *apud* ROLNIK, 1989: 23)

3 – O Modelo Estratégico

O conceito de **micropolítica** torna-se uma das chaves para cartografar a política de saúde mental, na medida em que deve-se nesta perspectiva, estar atento aos movimentos de constituição de novas formas, tanto no campo estatal oficial de produção de políticas públicas quanto no campo social através da ação de outros atores, e não só no consultório ou no documento oficializado dos órgãos gestores, mas aos movimentos que explicitam interesses, expectativas, negociações, conflitos.

Para este tipo de análise, é preciso realizar um deslocamento da concepção de poder em sua concepção jurídica para uma concepção micropolítica do poder. Para além da formulação da política oficial, há outros movimentos em constituição que produzem o processo real de sua execução, seja para impedir ou provocar reformas e mudanças. O conceito de *dispositivo*, importante para as análises do modelo assistencial em saúde mental propostas aqui, demonstra que o poder não se exerce apenas na forma jurídica. As práticas discursivas a serem cartografadas funcionam como técnicas de subjetivação, isto é, modos de produção de subjetividade, modos de produção de formas de existência, de crenças, pensamentos, sentimentos, verdades, preferências. As técnicas de subjetivação não se restringem ao campo de regulação jurídico-político, estando disseminadas pelo funcionamento dos dispositivos políticos. Por isso, “as técnicas de subjetivação são uma dimensão da definição do poder que não pode ser captada através dos modelos jurídico ou institucional” (Foucault *apud* ROLNIK, 1989: 16).

É fundamental para cartografar as práticas discursivas compreender o que é dispositivo e o que é deslocar a concepção do poder do modelo jurídico-político para o *modelo estratégico*, em que a linha de força micropolítica se materializa em formas múltiplas. (Cf. pg. 46-52)

Por sua vez, estar atento ao campo micropolítico leva a pensar a política de saúde mental, em sua reorientação do modelo assistencial, na sua relação com os **movimentos de ruptura** que se produzem através das ações dos atores, isto é, as ações estatais ou societárias que produzem rupturas no modelo assistencial psiquiátrico. Nesse sentido, cartografar é captar o que está sendo produzido em termos de **invenção**, no sentido genealógico, considerando a complexidade constituinte da análise de políticas. Os movimentos de ruptura, no modelo assistencial em saúde mental, se operam em relação ao dispositivo da doença mental na direção da mudança do lugar da saúde, de um recentrar a saúde na cidade. A invenção aponta para o confronto entre a reprodução da doença mental e a “produção de saúde”.

PARTE II

Loucura e Complexidade

CAPÍTULO 2:

A REVERSÃO DO PSIQUIATRISMO: A REFORMA PSIQUIÁTRICA COMO EMPRESA SOCIAL

Na parte I, desenvolveu-se toda uma sustentação teórica e metodológica para lançar um olhar crítico sobre o campo da saúde mental, sua história e o ‘estado da arte’. Foi possível não só aprofundar as análises da Genealogia da Loucura a partir de Michel Foucault, mas construir um arcabouço metodológico que procura repensar as políticas públicas de saúde mental através da crítica ao dispositivo psiquiátrico, o que leva à *desinstitucionalização* como processo social. A complexidade da Reforma Psiquiátrica se apresenta agora como o problema central da parte II. As discussões sobre loucura e complexidade conduzem à concepção da **Reversão do Psiquiatrismo**, que se articula na Reforma Psiquiátrica como uma **empresa social**, e esse é o percurso a ser realizado deste ponto em diante. Compreender a Reforma Psiquiátrica como uma *empresa social* é abrir o caminho para esta ‘reversão’.

A idéia de ‘reversão do psiquiatrismo’ aqui, remete ao texto de Gilles Deleuze chamado “Platão e o Simulacro” (1974), em que a “reversão do platonismo” seria, segundo Nietzsche, a tarefa de sua própria filosofia, ou mais geralmente, da filosofia do futuro. Vimos no primeiro tópico do capítulo 1, “Do Gênio da Espécie ao Pensamento Nômade” (Cf. pg. 19-40), que a filosofia da representação é a base de um pensamento metafísico e mecanicista, que por sua vez, é condição para o nascimento da psiquiatria e a construção histórica do dispositivo psiquiátrico. O pensamento nômade como máquina de guerra consiste na possibilidade de pensar genealogicamente, e desta forma consiste numa ‘reversão do platonismo’.

Esta ‘reversão’ não se coloca apenas como uma “abolição do mundo das essências e do mundo das aparências”, mas como uma denúncia da ‘motivação’ do platonismo: “... tal fórmula -- reversão -- tem o inconveniente de ser abstrata; ela deixa na sombra a motivação do platonismo. Reverter o platonismo deve significar, ao contrário, tornar manifesta à luz

do dia esta motivação, ‘encurrular’ esta motivação -- assim como Platão encurrula o sofista.” (DELEUZE, 1974: 259). E esta motivação é a de uma vontade de selecionar, de filtrar, de distinguir o modelo do simulacro, uma “seleção da linhagem”, entre o verdadeiro e o falso; este é o cerne da “Teoria do Mundo das Idéias” de Platão. Se a cópia é uma imagem dotada de semelhança e o simulacro, uma imagem sem semelhança, então o domínio da representação é o que impõe limite ao devir-louco do simulacro, ordenando-o na medida em que o torna ‘semelhante’ ao modelo e à cópia (a ‘boa’ cópia, esta já ‘semelhante’). E tudo que for rebelde no simulacro deve ser encerrado “numa caverna no fundo do Oceano: tal é o objetivo do platonismo em sua vontade de fazer triunfar os ícones sobre os simulacros” (DELEUZE, 1974: 264).

Ora, se nesta dissertação temos Michel Foucault, como um pensador profundamente influenciado por Nietzsche, e temos a **genealogia**, nas ressonâncias e atravessamentos entre os dois pensadores, como ponto de partida, isto aponta na direção da complexidade da Reforma Psiquiátrica tal como tratada em sua análise macropolítica e micropolítica, através do ‘modelo estratégico’ (Cf. p. 92). Assim, a reversão do platonismo se aplica como referência fundamental da genealogia, que aqui nesta dissertação dissecou a psiquiatria e suas relações com a loucura, levando à concepção da reversão do psiquiatrismo. A complexidade nas ciências como desafio contemporâneo, no campo da saúde mental, pode ser pensada pela tarefa de reverter o psiquiatrismo e seus efeitos nas relações sociais.

Tal tarefa tem coerência com as orientações adotadas desde o início da parte I. Em “Loucura e Complexidade” (parte II), avançamos no sentido de escancarar ‘à luz do dia’ a motivação da psiquiatria, qual seja, a de “seleção da linhagem”, entre o razoável e o desarrazoado, entre o racional e o louco. Pois eis que se enfrenta na Reforma Psiquiátrica, a seu modo, esta grande guerra que é a do pensamento nômade, que encontra um ponto de verificação decisivo nas relações da sociedade com seus limites racionalistas e sua exclusão do louco, a partir do ‘silenciamento da loucura’ (FOUCAULT, 1978; 1975). A loucura foi silenciada como simulacro, desviado da norma, como erro, incapacidade, inferioridade. Mas, o simulacro não é uma cópia degradada, “ele encerra uma potência positiva que nega *tanto o original como a cópia, tanto o modelo como a reprodução*”. Se “Reverter o platonismo significa então: fazer subir os simulacros, afirmar seus direitos entre os ícones [modelos] ou as cópias” (DELEUZE, 1974: 267), reverter o psiquiatrismo é a subversão destas relações entre loucura e ‘normalidade’, que leva à empresa social de ‘fazer viver o

social', de romper com as subjetividades mortificadas produzidas pelo psiquiatrismo, inserindo uma produção de subjetividades no campo da Reforma Psiquiátrica capaz de contribuir poderosamente para transformar os mecanismos de produção de morte e imobilismo no interior das democracias, uma máquina de guerra contra a produção da doença mental, contra a reprodução do dispositivo psiquiátrico.

O capítulo 2 é composto de dois tópicos, a saber, a discussão sobre a “nova aliança” da complexidade nas ciências, como base para a Reforma Psiquiátrica, e o sentido de “fechando o circuito anti-alienista”, em que esta em seguida é compreendida através da ‘micropolítica basagliana’, isto é, como se processa a ‘abertura do hospital psiquiátrico’ e quais suas implicações, na tradição basagliana, que por meio do grupo de atores da transformação em Trieste, após a perda de Franco Basaglia, construiu a concepção de empresa social, fio condutor de um reinventar a Reforma Psiquiátrica, que leva do manicômio lugar-zero das trocas sociais ao ‘território’ lugar infinito das trocas sociais, permitindo desnaturalizar o funcionamento do circuito psiquiátrico.

I - Complexidade: Uma “Nova Aliança”

O homem contemporâneo vive o choque representado pelo século XX, no qual as estruturas conceituais e sociais de pensamento e convivência coletiva criadas na modernidade foram transformadas por uma infinidade de acontecimentos. Mas na história não há rupturas demarcadas de forma mecânica. As mudanças dependem de processos e os padrões históricos da vida humana se processam por sobreposições do velho e do novo. Apesar do surgimento de novas formas de poder e controle social na história, desde a sociedade do ‘poder soberano’ que se transforma na modernidade (na forma do ‘poder disciplinar’), e mais tarde, na ‘sociedade de controle’ contemporânea, a cada época as formas precedentes são sobrepostas pelas novas sem que isso represente seu fim abrupto. Pelo contrário, elas se entrelaçam de muitas formas, e coexistem criando diferentes planos. (FOUCAULT, 1979; DELEUZE, 1992)

No plano do pensamento, também fica claro esse processo de rupturas e sobreposições. A ruptura representa uma ‘invenção’, submetida sempre a recodificações

pelo sistema, o que nos leva à idéia de que o pensamento contemporâneo se encontra em uma “fase de transição” (SANTOS, 1995: 08). Nas ciências em todos os campos de conhecimento enfrenta-se atualmente o *desafio da complexidade*, mais que um processo epistemológico, um processo social e histórico de produção de novas subjetividades, para que seja possível acabar com velhas dicotomias como a de conhecimento e prática, a de indivíduo e sociedade ou a de neutralidade e contaminação no processo de conhecimento.

É possível estabelecer como o ‘tripé’ do contemporâneo os impactos dos pensamentos de Marx, Nietzsche e Freud e os problemas colocados por suas obras que tecem nossa crise atual de identidade. No entanto é necessário apontar que do interior do *status quo* ‘acadêmico’ da ciência, é com a *física quântica* que a modernidade marca seu declínio, já que todos os três pensadores citados foram um tanto ‘malditos’, isto é, marginais em relação ao padrão intelectual dominante na ciência de sua época. Como as bases do edifício conceitual do sujeito moderno foram estabelecidas a partir da Física Clássica, com Galileu, Descartes, Newton, é na mesma Física que se opera uma mudança destas bases. (MARCONDES, 1997)

Desde o século XIX que se recoloca o problema do método que, fundado na Física clássica, se impõe como regra e condição da própria ciência, permitindo as ciências exatas e sendo imposto às ciências humanas. A consolidação do pensamento mecanicista só se tornou possível em “um mundo simples, e singularmente no mundo da ciência clássica, onde a complexidade é apenas aparente, que um saber, qualquer que ele seja, pode constituir uma chave universal” (PRIGOGINE & STENGERS, 1991: 13). O mecanicismo se abala no século XX a partir da própria Física, na relatividade e na mecânica quântica, e nas ciências humanas a crise atravessava seus alicerces desde seu nascimento, aprofundando-se exponencialmente até eclodir no pós-guerra.

As últimas décadas foram marcadas por crises em vários âmbitos, e em meio a inúmeras “reformas” em diversos setores da sociedade, transformações profundas vêm se configurando. Com o processo de globalização, a democracia política é colocada em questionamento, e o Estado já não representa o mesmo que o Estado-Nação soberano e representativo construído historicamente sobre a idéia de democracia. Com a terceira revolução industrial, das telecomunicações e da informática, ocorre um desenvolvimento tecnológico e midiático intenso e altamente transformador, colocando uma crise nos valores

sociais e éticos em debate (CASTELLS, 1996; 1997; SANTOS, 1998; LÉVY, 1993; VIEIRA, 1997; DELEUZE, 1992).

Sobrepõe-se a isso uma crise econômica e crise social generalizada, principalmente nos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos. O Capitalismo sofreu mutações, remoldando as relações de trabalho na sociedade pós-industrial, em meio à incorporação tecnológica, ao aumento do desemprego e ao crescimento do mercado informal (ANTUNES, 1995; SELIGMAN-SILVA, 1983; BELL, 1977).

Com a transição epidemiológica e demográfica, transformou-se o quadro da saúde pública da população. No Brasil, nos anos 80, a favelização dos centros urbanos se agravou e a violência se tornou um dos principais problemas de saúde pública. A sobreposição de velhas doenças infecto-parasitárias reemergentes às ‘novas’ doenças crônico-degenerativas como o câncer, a AIDS e os infartos e problemas cardiovasculares, tornou o quadro epidemiológico complexo, exigindo uma resposta do sistema de saúde e das políticas de saúde (MINAYO, 1995; POSSAS & MARQUES, 1995).

No campo da saúde, o modelo médico apresenta severas limitações para oferecer saídas aos complexos problemas da sociedade pós-industrial, e novas idéias surgem e novos modelos são produzidos, numa tentativa de ampliar conceitualmente e praticamente as intervenções dos atores e instituições (CARVALHO, 1996; HARVEY, 1993; SANTOS, 1994; OPAS, 1996; WHO, 1998).

Por fim, vivemos nas últimas décadas uma profunda crise nas ciências, nos paradigmas clássicos que fundaram a sociedade moderna, em seus referenciais mais fundamentais, através de críticas em vários campos do conhecimento (SANTOS, 1995; PRYGOGINE & STENGERS, 1991; GUATTARI, 1992; MATURANA & VARELA, 1995; SACKS, 1995).

Como temas centrais para o debate contemporâneo, as crises em diversos âmbitos possibilitam um período de incerteza do qual surge a necessidade de repensar as crenças e formas de vida.

A partir da Física quântica e do pós-guerra, abre-se este desafio nas ciências, colocado para as próximas gerações. E o que é o desafio da complexidade? É o de sustentar e fortalecer as mudanças a partir da crise. A postura da Complexidade pode ser definida como “inventar novos tipos de problematização que o operador não autorizava” (STENGERS, 1989: 151). A Complexidade nas ciências não significa “complicado”, mas

sim a desconstrução das simplificações reducionistas que criaram dicotomias e padrões de conhecimento, determinando métodos e teorias que reduziram a visão de mundo do homem ao pensamento mecanicista.

“não é, então, nem nova visão do mundo, nem novo tipo de teoria, mesmo se ela implica novas visões dos saberes e se refere a teorias. A questão da complexidade é prática: ela se coloca quando um novo encontro empírico (...) impõe um novo questionamento do poder atribuído a um conceito e atualiza uma dimensão da interrogação prática que tal conceito ocultava” (STENGERS, 1989 *apud* AMARANTE, 1996: 29)

Nesse sentido, o primeiro uso da complexidade é esta operação da re-complexificação do que foi simplificado, e o segundo uso da complexidade se refere à posição do operador do saber científico em sua neutralidade, que é questionada. Complexidade significa também uma renovação em todos os campos de conhecimento, que pode promover uma “nova aliança” entre o homem e a natureza, e entre as ciências exatas e as ciências humanas, de forma a transversalizar os campos de conhecimento recolocando-os em suas fragmentações e em sua dimensão ética. (PRIGOGINE & STENGERS, 1991; MORIN, 1996; 1999; 2000; MATURANA & VARELA, 1995; SERRES, 1990; STENGERS, 1989; SANTOS, 1995; GUATTARI, 1981).

O *princípio da incerteza* formulado pelo físico Heisenberg (1987) expressa de forma emblemática a crise do pensamento contemporâneo, postulando que sempre há uma impossibilidade de garantir uma legitimidade segura às verdades e medições científicas, já que todas as “leis da natureza” são “probabilísticas” e caóticas, e não exatas e lineares.

“De um lado tínhamos as leis da natureza, das quais a lei de Newton (aceleração proporcional à força) era o mais importante exemplo. Estas leis (que hoje incluem a mecânica quântica e a relatividade) têm dois aspectos gerais: são determinísticas (se você souber as condições iniciais, tanto o futuro quanto o passado são determinados) e reversíveis no tempo. O passado e o futuro

desempenham o mesmo papel. Por isso, a ciência era associada com a *certeza*. (...) A descoberta das leis determinísticas da natureza estava, assim, trazendo o conhecimento humano para mais perto do ponto de vista divino, atemporal. Outras formas de conhecimento, associadas com a ciência econômica ou social, tinham um *status* menor, referiam-se a acontecimentos, e continham *possibilidades* em vez de certezas. (...) A ciência clássica enfatizou a estabilidade e o equilíbrio; agora vemos instabilidades, flutuações e tendências evolucionárias em todos os níveis da ciência, da cosmologia à química e à biologia.” (PRIGOGINE, 2001: 23-24)

Pois que a nova ciência que percebe um mundo infinitamente mais complexo do que o da herança moderna rompe com fronteiras especialísticas entre os campos de conhecimento, promovendo diálogos interdisciplinares e transdisciplinares em todas as esferas do pensamento, arrastando o pensamento contemporâneo para novos problemas e novas possibilidades. A reconciliação entre as ciências exatas e humanas trata da riqueza ainda inexplorada de suas conexões, que será útil às gerações futuras que terão que se haver com a responsabilidade de conduzir a ciência do mecanicismo à complexidade.

“Flutuações do nível microscópico decidem que ramo emergirá em cada ponto de bifurcação, e portanto que evento acontecerá. O apelo às ciências da complexidade não significa que estejamos sugerindo que as ciências humanas sejam ‘reduzidas’ à física. Nossa empreitada não é de redução, mas de reconciliação. Conceitos introduzidos das ciências da complexidade podem servir como metáforas muito mais úteis do que o tradicional apelo a metáforas newtonianas. As ciências da complexidade, assim, conduzem a uma metáfora que pode ser aplicada à sociedade: um evento é a aparição de uma nova estrutura social depois de uma bifurcação; flutuações são o resultado de ações individuais” (PRIGOGINE, 2001: 17)

A complexidade tem como marco os problemas tratados pelo ramo da Física conhecido como termodinâmica. Através do fenômeno da entropia, a perda energética irreversível de calor e a desorganização do sistema inserem uma dimensão temporal na natureza que é completamente inovadora quando surge, confrontando uma concepção de natureza estática, regular e previsível. Neste sentido, percebe-se que:

“... a perspectiva científica atual, oferece-nos uma imagem muito diferente: os processos irreversíveis voltam a pôr em jogo as noções de estrutura, função, história. Nesta nova perspectiva, a irreversibilidade é fonte de ordem e criadora de organização. Por isso, o mundo do homem não deve considerar-se uma exceção marginal do universo: sob o signo da recuperação da importância do tempo e dos processos irreversíveis pode reconstruir-se uma ‘nova aliança’ entre homem e natureza” (PRIGOGINE, 1991: 13 *apud* LUCERO & NASCIMENTO, 2001: 159)

Na física termodinâmica, o caos não se opõe ao equilíbrio. A irreversibilidade dos fenômenos físicos e biológicos faz com que se desloque as pesquisas clássicas fundadas sobre o conceito de equilíbrio para novas noções onde a matéria adquire novas propriedades em situações de não-equilíbrio, por exemplo no conceito de ‘estruturas dissipativas’.

“A expressão ‘estruturas dissipativas’ enquadra estas novas propriedades: sensibilidade e, a seguir, movimentos coerentes de grande alcance; possibilidade de estados múltiplos e, a seguir, historicidade das ‘escolhas-adotadas pelos sistemas’. São propriedades, estudadas pela física matemática não-linear neste ‘novo estado da matéria’, que caracterizam os sistemas submetidos a condições de não-equilíbrio” (PRIGOGINE, 1988: 26 *apud* ANDRADE, 2001: 165)

O que permite sair das dicotomias ordem-desordem, equilíbrio-caos, nas quais a ordem ou equilíbrio são ‘naturais’ e a forma correta de estado ou condição, em oposição a uma visão negativa do caos, à desordem como erro. Toda estrutura é criada por uma função, depende de sua processualidade, porém a função é um fluxo em situação de não-equilíbrio, e por isso é sempre imprevisível.

Na Biologia destaca-se de forma particularmente especial, a contribuição de Humberto Maturana e Francisco Varela (1995), com a noção de **autopoiese**, amplamente utilizada em diversas áreas diferentes da área original da biologia, e que faz uma crítica das teorias que se sustentam sobre modelos de máquinas cibernéticas, onde o processamento do sistema realiza um trabalho de receber o input e devolver um output. No entanto, os organismos vivos, como máquinas autopoieticas, possuem uma capacidade de fazer com que o processamento do sistema não só funcione como uma ação e reação adaptativas, mas como uma autoprodução, uma autoinvenção das suas condições de reprodução e ação, que introduz a criatividade como princípio primário da vida, permitindo uma adaptação altamente flexível e precisa, ao mesmo tempo como invenção de si e invenção do mundo. Os conceitos de ‘breakdown’ (bifurcação) e ‘enaction’ (atuação) ou ‘corporificação’ do conhecimento por ‘acoplamento estrutural’, são decisivos para a compreensão de que a cognição não é apenas repetição, que primeiro há a desestabilização para somente depois processar-se uma recongnição, ou estabilização da experiência. Porém, é na desestabilização do breakdown que o mundo é problematizado e as perguntas são produzidas, levando o processo cognitivo adiante. Não há uma mera representação do mundo na aprendizagem autopoietica, mas sim uma invenção ativa do mesmo.

A produção de subjetividade é uma autopoiese de modos de vida, e a articulação desses conceitos se constitui como uma afirmação da superação das psicologias cognitivas tradicionais. A autopoiese tem sido aplicada às ciências humanas e sociais de forma promissora. (KASTRUP, 1993; 1995; GUATTARI, 1992)

“Guattari (1992) destaca da *autopoiese* a potencialidade criadora da vida; atribui às relações sociais uma duração sem previsibilidade; um processo de subjetivação que emerge e se transforma dando espaço a outras formas de existência sem, contudo, negar ou se limitar à forma anterior. Cria um movimento histórico

não-linear, entrecruzando universos na forma de um rizoma”
(LUCERO & NASCIMENTO, 2001: 160).

O sujeito não existe *a priori* - está em constante constituição, o ‘sujeito do conhecimento’ não é um fundamento inquestionável sobre o qual o conhecimento se dá. O conhecer não serve para representar um mundo dado, a cognição é uma invenção de si e do mundo, provocando bifurcações irreversíveis na subjetividade (MATURANA & VARELA, 1990; 1995). É a produção histórica do próprio sujeito, num processo irreversível onde

“... sujeito e objeto não são dados prévios ao processo de conhecer, mas são engendrados a partir de práticas cognitivas concretas. A cognição não encontra seu fundamento nem na unidade do sujeito cognoscente nem numa suposta identidade do objeto”
(KASTRUP, 1997: 01-02).

O desafio da complexidade também recoloca os métodos e estratégias para os campos da Pesquisa Social. Nas ciências sociais e nas ciências políticas, principalmente desde o pós-guerra, muito tem mudado em termos de introduzir a dimensão da criatividade. Segundo o sociólogo Howard Becker, a partir dos anos 50 e 60, as várias modalidades de análise em ciências sociais começam a levar a uma preparação para lidar com uma grande variedade de problemas teóricos e descritivos, buscar acesso a uma ampla gama de dados e informações, lidando com “descobertas inesperadas”, que podem exigir que os estudos sejam reorientados à luz de seus desenvolvimentos. Isso faz com que as pressuposições fiquem mais flexíveis no confronto com o material empírico, enquanto o pesquisador vai “formulando *hipóteses tentativas* à medida que o trabalho de campo prossegue” (BECKER, 1993: 117-133).

Para Becker, frente a uma crescente especialização e industrialização da pesquisa em ciências sociais e seus métodos, a previsibilidade coloca-se como uma necessidade, através de métodos exatos, mas torna-se um problema na medida em que reduz a capacidade analítica e criativa da atividade de investigação. Um *modelo artesanal de ciência*, “no qual cada trabalhador produz as teorias e métodos necessários para o trabalho que está sendo feito”, possui vantagens, como não se fechar a modelos completamente exteriores à

realidade estudada. Não se trata de ignorar o que foi produzido, mas de não reduzir todas as análises a modelos explicativos criados em outras situações e contextos, abrindo espaço para o pesquisador pensar criticamente sobre seu estudo específico, que certamente tem particularidades e aspectos próprios. Ainda que haja princípios gerais de construção de pesquisa e interpretações de referência fundamentais, não há dois estudos ou objetos inteiramente iguais, nem problemas de pesquisa que apresentem as mesmas exigências em sua abordagem:

“(...) os sociólogos deveriam se sentir livres para inventar os métodos capazes de resolver os problemas das pesquisas que estão fazendo (...) Assim, as soluções para os problemas de construção têm sempre que ser improvisadas. Estas decisões não podem ignorar princípios gerais importantes, mas os princípios gerais em si não podem resolver os problemas *desta* construção. Para fazê-lo, temos que adaptar os princípios gerais à situação específica que temos em mãos (...) o sociólogo ativo não somente pode como deve improvisar as soluções que funcionam onde *ele* está e resolve os problemas que *ele* quer resolver” (BECKER, 1993: 12-13).

Neste sentido, é importante apontar que o método, em sua provisoriidade, vai sendo reconstruído constantemente no processo de pesquisa, e não há método que não corra o risco de produzir *bias*, erros numéricos, de ser tendencioso, de apresentar viés. O rigor do método não é algo absoluto, antes se relaciona à atitude de tomar precauções em relação ao viés, ao *bias*, considerando que existe este risco, e de expor de modo claro a maneira como se chega às informações, e como são analisadas.

No campo das ciências da saúde, o impacto da ‘complexidade’ é irreversível, no sentido de que tem contribuído como base para superar o modelo médico-curativo tradicional da saúde pública.

“Não bastaria afirmar que a crise da saúde pública é organizacional, estrutural ou de qualquer outro tipo. É preciso compreender que o conhecer e o interpretar a realidade exercem

papel fundamental na construção do mundo que se deseja. A discussão sobre presente e futuro da saúde pública deve passar por uma reflexão epistemológica, levando em conta fatores como demarcação do conhecimento científico, desenvolvimento da ciência, complexidade, ciências sociais, administração e ‘cientificismo’.” (TARRIDE, 1998: 36)

O modo indivíduo de subjetividade do século XIX se modifica na era virtual e da biotecnologia. Na “Nova Aliança” da Complexidade nas ciências (PRIGOGINE & STENGERS, 1991), o sujeito do conhecimento de Descartes não é mais absoluto, e os sujeitos se tornam histórico-estéticos, capazes de engendrar sua *autopoiese* (MATURANA & VARELA, 1995), na qual um sujeito e um objeto não pré-existentes se fazem em sua relação. Não mais a especialização, a fragmentação e o isolamento. Reconstruir os objetos em sua complexidade requer a superação destas operações. É precisamente nas relações que se configuram, num meio caótico e em desequilíbrio, constituído por forças em choque que criam constante interferência, que a existência concreta das coisas se manifesta.

Se a autopoiese tem se destacado na Biologia, não podemos deixar de ressaltar a importância dos trabalhos de Oliver Sacks (1995) na neurologia, nos quais se discute a complexidade no processo saúde-doença através de uma re colocação do problema do sujeito e da doença. A objetivação da doença no diagnóstico médico não permite que ela seja concebida como um processo no sujeito, não sendo apenas um defeito no corpo, no órgão ou no funcionamento bioquímico. É preciso lidar com o sujeito sem se restringir a tratar o sintoma. O sujeito desenvolve formas singulares de viver seu processo de enfermidade, cria caminhos novos de aprendizagem cultural e neural, que não necessariamente se constituem exclusivamente como erro, defeito, incapacidade ou déficit, mas antes como uma diferença em relação ao padrão. Pois é a doença como entidade natural que encobre o sujeito, e a subjetividade é excluída da experiência da doença ou do processo de sofrimento, que é um processo referente à conduta e à forma de olhar. O que parece desvio quando se coloca em relação a uma norma, se mostra como outra linguagem, outras subjetividades, que insiste-se em desqualificar como inferiores aos modos padronizados de experiência. Na doença há uma construção de subjetividade radicalmente diversa, por isso nunca se pode tratar o sintoma, é preciso tratar o sujeito. Existem casos

em que a medicação psiquiátrica, ao fazer um anteparo à doença, não resolve o problema ou pode piorar a situação. Neste sentido, é possível chegar ao paradoxo de pensar que o delírio pode ser necessário como processo. A doença deve ser repensada como fato cultural e como caminho; é preciso aprender com a doença. Em vez de um tempo e espaço absolutos, uma temporalidade e uma espacialidade produzidos. Em vez de doença, no sentido clássico, podemos usar o termo ‘processo enfermidade’.

A noção de *clínica* também se transforma na abordagem ético-estética (DELEUZE & GUATTARI, 1972), na qual a subjetividade é coletiva e não individual. Se a subjetividade não é mais um componente do indivíduo, a clínica psicológica clássica, que se centrava sobre a subjetividade individual, perde sua sustentação. O conceito de clínica se amplia, tomando a forma de um ato analítico que age sobre a produção de subjetividade, serializando-a ou singularizando-a. Pode se aproximá-lo da noção de ‘*analizador*’ (COIMBRA, 1995) da análise institucional. A clínica, nesse sentido, não é executada pelo especialista, pois a análise se produz sem se centrar num sujeito que a realize, nem como uma interpretação ou revelação do oculto; a análise se produz num campo de forças, seja num grupo, numa relação psicoterapêutica, nas relações do hospital, da fábrica, da escola, do hospício, em espaços os mais distintos. Clínica é uma relação estratégica nos espaços sociais, e não o ato médico ou psicoterapêutico do espaço do consultório. Pode se exercer em diferentes pontos, heterogêneos, do campo social.

II – Fechando o Circuito Anti-Alienista

O pensamento contemporâneo se caracteriza, como vimos, por um abalo e uma revisão ou reconsideração dos valores e modos de vida criados na modernidade. A crítica das heranças históricas do sujeito moderno estabelece a abertura para uma nova complexidade nas ciências e na vida social e política.

Como quadro de referências que atravessa o estado da arte na Reforma Psiquiátrica, a complexidade nas ciências também tem suas conexões e influências no campo da saúde mental.

No final da parte I, a complexidade em saúde leva a escapar das simplificações e das dicotomizações presentes na saúde pública em seus paradigmas históricos, na oposição saúde-doença e indivíduo-sociedade, na biologização, na psicologização ou no determinismo sociológico (Cf. p. 75). Mas para fechar o circuito anti-alienista deve-se provocar “curto-circuitos” no **circuito psiquiátrico**, isto é, permitir que sejam impedidos os mecanismos de expropriação das contradições do real, das instituições e das relações sociais. Pois estes mecanismos são a grande característica do **dispositivo da doença mental**. A naturalização do controle disciplinar através das **sobrecondições** institucionalizadas, produz como efeito **subjetividades mortificadas**, desprovidas de meios de resistência, neutralizadas em suas possibilidades de **singularização**. Todos estes conceitos são tratados em “Fechando o circuito anti-alienista”.

1 – Micropolítica Basagliana

O “fim dos manicômios” enfim se tornou uma bandeira ‘libertária’ contra as opressões, as ditaduras, a violência. Mas que mutações no Capitalismo levam a um refluxo da contra-cultura que emergiu no pós-guerra?

Das crises contemporâneas, quais relações entre o desvio e a norma emergem, como novas configurações da relação social com a loucura? Sem dúvida, uma das mais claras é a das políticas de “tolerância” (BIRMAN, 2000; CASTEL, 1987). Da gestão da miséria nos manicômios e ‘instituições totais’ (GOFFMAN, 1974) à gestão dos riscos nas populações, uma das grandes orientações dos “serviços comunitários” é a da Reabilitação, em suas muitas faces. Estamos neste ponto, num terreno ‘espinhoso’, como percebe-se em muitos autores que analisam o tema (PITTA, 1996; SARACENO, 1999; ROTELLI et col., 1990a). É preciso dizer de antemão, que não há um consenso único sobre o problema da reabilitação, que em verdade ultrapassa o campo da Reforma Psiquiátrica, sendo problema também de campos como o Direito, a assistência social, a educação profissional, a educação especial, só para citar alguns. No caso da saúde mental em particular, os termos denotam diferentes influências, por exemplo, “reabilitação psicossocial”, “ressocialização”, “reinserção social” e não é possível igualá-los. No entanto, ao começar a discutir a

reabilitação do doente mental, a reabilitação psicossocial do paciente psiquiátrico, ou mesmo a ressocialização do usuário de serviços de saúde mental, nos deparamos com um primeiro problema, qual seja, o da idéia de “correção”:

“A solução técnico-psiquiátrica que preconiza a reabilitação do doente mental é simultânea à sua exclusão social (...) que é um problema tecnicamente insolúvel, tratando-se de uma questão política e social” (BASAGLIA, 1982: 62 *apud* DIAS BARROS, 1994: 188)

O que nos remete ao problema da reabilitação como questão técnica, da melhor técnica para tornar um sujeito ‘apto’ a desfrutar das relações sociais, em um extremo, sendo o contraponto a questão política da exclusão, da seleção dos comportamentos ou habilidades adequados ou não para a inclusão. Mantém-se aí a “normalidade” como crivo de referência, e o que está em jogo é a contradição fundante do asilo, que é a contradição entre ‘cura’ e ‘tutela’, também insolúvel no interior da instituição psiquiátrica. No outro extremo, por sua vez, não se pode descartar a questão da reabilitação como se fosse necessariamente tutelar-custodial ou produtora de dependência. Pois então, o que determina essa direção? Inicialmente, é a forma como se lida com as contradições:

“Viver dialeticamente as contradições do real é o aspecto terapêutico do nosso trabalho. Se tais contradições não forem ignoradas ou programaticamente distanciadas na tentativa de criar um mundo ideal, mas dialeticamente trabalhadas a comunidade pode, então, tornar-se terapêutica... Mas a dialética existe apenas quando há mais de uma possibilidade, isto é, alternativa. Se o doente não tem alternativas, se a sua vida se apresenta já pré-estabelecida, organizada e a sua participação pessoal consiste na adesão à ordem, sem possibilidade de escape, encontrar-se-á prisioneiro no terreno psiquiátrico, assim como se encontrava aprisionado no mundo externo no qual não conseguia enfrentar dialeticamente as contradições. Como a realidade que não conseguia contestar, a instituição à qual não pode se opor permite apenas uma escapatória: a

fuga na produção psicótica, o refúgio no delírio onde não há contradição nem dialética” (BASAGLIA, 1981: 491 *apud* DIAS BARROS, 1994: 188)

Nossa organização social que produz contradições que são capturadas pela lógica macropolítica dos grandes dispositivos políticos, que por meio de uma operação de recodificação das contradições, faz com que estas sejam neutralizadas e ‘solucionadas’ por respostas pré-constituídas que funcionam nas práticas discursivas em todo o tecido social. As relações sociais com a loucura e o louco são sobredeterminadas por linhas de força macropolíticas que simplificam as contradições das instituições de violência e reproduzem o dispositivo psiquiátrico e as subjetividades capitalísticas (GUATTARI, 1981). O sentido da ‘destruição do manicômio’, na tradição basagliana, significa exatamente não encapsular contradições com respostas pré-constituídas (BASAGLIA, 1982: 392). O que é o oposto do objetivo do dispositivo psiquiátrico, que por sua vez opera na forma do “circuito psiquiátrico” que esse dispositivo põe em funcionamento. Um dos principais resultados do circuito psiquiátrico é a seleção do normal e do anormal. Descobrir o diferente e isolá-lo,

“ ...para confirmar que não somos nós (...). É sempre o outro, o estrangeiro, o ‘corruptor’, as más companhias, os que produzem o contágio, que deve ser prevenido e neutralizado para proteger a coerência da norma, ou seja, os parâmetros que definem a ordem pública. Nesta tentativa de descobrir precocemente a diferença, baseia-se o caráter preventivo das ideologias, assim como o caráter violento das instituições está na confirmação da diferença” (BASAGLIA, 1977, 84 -5 *apud* DIAS BARROS, 1994: 184)

A idéia do ‘contágio’ e de ‘prevenir’ o contágio é antiga, anterior à psiquiatria, e remonta ao nascimento da medicina social moderna, do hospital e da clínica (FOUCAULT, 1979; 1987). As teorias do contágio vêm se sobrepor às velhas noções da teoria dos miasmas como explicação da transmissão de doenças (SCLIAR, 2002), e se articulam no século XIX com o “higienismo” e os novos métodos educativos sobre a ‘infância’ (que por sua vez se transforma em problema social), através de uma nova figura que é o ‘médico de

família’, que junto aos ‘tratados de civilidade’ e a literatura sobre a ‘conservação das crianças’ levam a uma transformação da família medieval na família moderna, por meio de novos hábitos e regras de conduta na reordenação dos espaços ‘público’ e ‘privado’ (DONZELOT, 1986). Acreditou-se que fosse necessário afastar as crianças de influências nefastas, personificadas por exemplo no contato dos bebês com as ‘nutrizes’, que pela amamentação transmitiriam à criança fluidos de rebeldia e de seu caráter degenerado, ou personificadas na educação das crianças pelos ‘serviçais’ e pessoas do ‘povo’, que eram foco de contágio, sujos, ignorantes e doentes. O ideal burguês tem como um de seus meios de sustentação no imaginário social a concepção da assepsia do social, da limpeza, da desinfecção não só das doenças que se abatiam sobre as cidades infectadas que cresciam desenfreadamente, mas dos vícios e imoralidades inerentes às classes pobres e aos delinquentes de todas as espécies. Lembremos novamente da tradição psiquiátrica de Morel e seu “Tratado das Degenerescências”, a qual, tendo como raízes esse ideal burguês asséptico, produz o fortalecimento do higienismo que culmina nas várias xenofobias e ideais de ‘limpeza étnica’, que inclusive se instalam no Brasil atravessados pelos valores escravocratas resultando no início do século XX na “Liga Brasileira de Higiene Mental” e seus discursos pré-nazistas e de esterilização dos indivíduos ‘deficientes’ e ‘degenerados’ de todos os tipos. (FREIRE COSTA, 1976)

A ‘abertura’ do hospital psiquiátrico leva portanto a fugas que visam encapsular as contradições do processo com respostas pré-constituídas. Em contraponto às fugas dos internos ao controle institucional, também deve-se apontar para as fugas de todos os técnicos e grupos às contradições colocadas pela ‘abertura’. Assim como pode ser angustiante manter-se na situação de isolamento e fechamento, também sair da mesma incorre na tentativa de retorno ao que afasta a incerteza e o conflito.

“ (...) o problema de enfrentar esta realidade de angústia (hospital aberto do qual não se pode e não se deve fugir, porta externa aberta que não significa permissão de afastar-se, permanência que torna-se uma escolha, etc.) leva todos os membros da comunidade, enfermeiros, médicos, internos, a desmistificar, ou pelo menos tentar desmistificar as posições incômodas de cada um e,

especialmente, as posições que são fruto de precisas fugas do real.”
(BASAGLIA et al., 1994: 28)

Para viver esse processo, nem caridade nem paternalismo, mas a discussão coletiva, a confronto com os limites do sistema e com a propagação de posições de dependência. Isso conduz ao risco da *comunidade como ‘solução ideal’*, na medida em que se substitui a ‘prescrição da cura’ pela ‘prescrição da ressocialização’.

“Estes fenômenos, comuns também aos internos e aos próprios membros da equipe, demonstraram que a situação comunitária não é uma ‘solução’ para os problemas de uma instituição psiquiátrica.” (BASAGLIA et al., 1994: 30)

Mas antes de se colocar este problema da intervenção na ‘comunidade’, existem muitas questões no processo de transformação da instituição manicomial, que são anteriores. Há uma tensão entre a proteção representada pelos lugares pré-estabelecidos no fechamento do hospital psiquiátrico e a desestruturação dos mesmos no processo de enfrentamento das contradições que é extremamente difícil e crucial para a ‘abertura’:

“A negação, no plano prático, da instituição como lugar alienante e opressor, levou necessariamente a diversos estados de desestruturação do habitual tecido institucional, antes visto como protetor, seja pelos funcionários seja pelos próprios internos.”
(BASAGLIA et al., 1994: 24)

Portanto, desinstitucionalização é o processo social de não neutralizar as contradições que se apresentam ao sair das respostas prontas, do paradigma racionalista de problema-solução como sendo a relação entre doença mental-cura, não só como problema interno ao hospital:

“... a equipe de cura deve encontrar a maneira de formular ao mesmo tempo uma crítica à estrutura institucional e uma tomada de

consciência das contradições que, na sociedade externa, contribuíram a limitar tais indivíduos naquela rua sem saída que tradicionalmente faz coincidir em uma única definição e em uma única condenação a “doença mental” e sua segregação hospitalar.” (BASAGLIA et al., 1994: 31)

Utilizar os internos como mão-de-obra residual, do tipo serviços gerais, pode explicitar o debate da dependência ou necessidade, mas como na ergoterapia tende a manter a dependência institucional. Significa que as alternativas estão restritas e há uma tensão inerente a esta condição. A restrição das medidas de abertura também apontam para pensar a dimensão real da abertura da instituição, internamente e externamente.

“Neste sentido, exprime-se a recusa não tão somente da equipe terapêutica, mas de todo o hospital, de uma socioterapia como escolha médica técnica privilegiada. A valorização das escolhas autônomas dos internos, não entendida como autogoverno (que não pode significar uma simples participação subordinada à condução geral do hospital), mas como negação da dependência institucional e como alternativa entre mais possibilidades concretas, encontra aqui um ponto essencial de verificações.” (BASAGLIA et al., 1994: 27)

Não podemos caracterizar a discussão, o confronto e a contestação como um método para resolução dos problemas, mas servem como meio para sua explicitação.

“Isto vale, particularmente, para os problemas de trabalho que, feitos passar muitas vezes por terapia, são, na realidade, para o interno, um sistema para sobreviver na situação de penúria econômica e de vazio emocional e social que o próprio interno verifica quotidianamente.” (BASAGLIA et al., 1994: 27)

O que nos leva a contrapor o trabalho, como produção de relações de troca e criação, à ‘ergoterapia’ como forma de ajudar no processo de ‘cura’, ou no processo de

‘reabilitação’ dos indivíduos em ‘tratamento’. O trabalho na forma de terapia acaba se tornando um meio de ‘cidadanizar’ os indivíduos ‘menos capazes’ que se encontram sob a tutela institucional. Mais um dilema, que é o do ‘trabalho protegido’, em que se não há uma abertura ao risco, à incerteza do esforço de produzir qualidade e gerar renda, como enfrentamento de todo cidadão, pode-se reproduzir a tutela como produção de objetos ou serviços sem valor de uso e sem qualidade estética, ou a atividade como mera ocupação. Se há limitações variadas em cada paciente que busca exercer atividades produtivas, a sua possibilidade de reprodução social e reconstrução afetiva é proporcional ao grau de questionamento a que constantemente deve ser submetido esse mesmo trabalho ‘protegido’ em seu grau de proteção.

E ainda há uma outra questão decisiva, que é a de problematizar a Reforma Psiquiátrica como processo complexo que coloca em evidência o vazio emocional e social que está não apenas nas relações dos são que rejeitam os ‘doentes mentais’. A Reforma Psiquiátrica como *empresa social* é este desafio de, ao não encapsular as contradições sociais com respostas pré-definidas, permitir que se dê visibilidade concreta ao vazio emocional e social que se encontra nas próprias relações sociais, na dificuldade de mobilização, organização coletiva, sufocadas pelo individualismo, ocultadas e sobrecodificadas pelo dispositivo psiquiátrico, bem como por outros dispositivos políticos. Desta forma, são produzidas ‘subjetividades mortificadas’, caracterizadas pela passividade coletiva, pela perda de sentidos nas relações sociais, pela atomização e fragmentação políticas dos grupos e indivíduos, pela impossibilidade de expressão e voz através de uma singularização dos processos de produção de subjetividade, capturada pela serialização capitalística que produz a mortificação e as relações autoritárias, sejam explícitas ou veladas.

Uma forma de serializar o vazio emocional e social pode se encontrar num dos tipos de ‘vocalização terapêutica’ que é a de criar ‘espaços privados’ de fala ou a fala como terapia do indivíduo, o que não significa que o uso da ‘palavra’ não tenha uma importância central neste processo de transformações, mas que a ‘privatização’ e a ‘intimização’ produzidas pela clínica psicológica em muitas de suas correntes são instrumentos de poder, tenham consciência disso ou não os profissionais da clínica.

Para que seja possível viver esse processo de renovação social que é a abertura do manicômio, a Reforma Psiquiátrica deve ir além dos modelos de uma empresa burocrática,

isto é, da racionalização do trabalho em novas rotinas e procedimentos, em novas formas organizativas que *racionalizem* a mudança. Este é o risco de buscar a resolução das contradições no plano da organização interna burocratizante. A renovação aqui trata das relações entre o ‘dentro’ e o ‘fora’ como um processo simultâneo e indissociável de criar vias de trocas e viver as tensões sem cair nas ‘fugas’.

“Isso demonstra, entre outras coisas, que uma similar renovação não obedece a exigências técnicas gerais e fixas, como poderia ser, por sua vez, a racionalização de uma empresa, mas responde a fatores que em grande parte são externos às exigências organizativas puras e simples da instituição, e tem as suas raízes na sociedade. Além da exigência de negação do hospital psiquiátrico tradicional, é necessário, antes de mais nada, recordar a importância de uma exigência complexa de renovação, que poderemos dizer de natureza moral. A indignação pela violência que se exercita nos doentes da mente se baseia numa exigência reformadora que é alimentada por uma consciência democrática (tradicional) interiorizada na educação (tradicional, do *habeas corpus*, respeito e cura para os sofredores, senso da dignidade humana, desejo de tomar todos os membros da comunidade participante dos benefícios da democracia, etc.). O hospital psiquiátrico como “fossa de serpentes” suscita não somente uma indignação de compaixão e da caridade, mas também, tão logo a consciência civil dos benévolos se faz mais elevada, uma tendência ao reformismo empírico.” (BASAGLIA et al., 1994: 32)

O reformismo psiquiátrico também se apresenta no tomar o manicômio como “fossa de serpentes”, na indignação que se arma com uma ‘nova solução’ que absorve qualquer nova afirmação. As ações de negação da psiquiatria como instituição da violência remetem à violência global do sistema social, saindo do seu campo específico e agindo sobre as contradições sociais. O reformismo traveste esse movimento como uma ação de humanização das condições precárias dos ‘coitados’ massacrados pela reclusão, que poderia

eliminar essa indignação que visa ‘promover o bem’. Sem uma virulência aberta contra a opressão vivida na instituição manicomial, continuamos a aceitar nosso papel de ‘educados’ e ‘conscientes’, que pela ‘exigência reformadora’ não realizam um movimento fundamental produzido ao sair do campo da psiquiatria: a *renúncia à vocação terapêutica*. Não basta negar o hospital, pois a revolta contra a ‘fossa de serpentes’ também pode levar ao lugar de um técnico ‘herói’ ou salvador, que pretende fazer o ‘bem’.

É neste ponto que começamos a discutir o cerne das críticas fundamentadas nesta dissertação, a saber, o de pensar a Reforma Psiquiátrica como uma **empresa social**, uma ação de negar o manicômio como lugar de cura, e também negá-lo como “fossa de serpentes”, já que o **circuito psiquiátrico** posto em funcionamento pelo **dispositivo psiquiátrico** não funciona centrado no hospital para doentes mentais, que é um ponto fundamental de sua irradiação e para onde se remetem as contradições nas relações entre loucura e normalidade que foram neutralizadas pelo mesmo dispositivo, mas que não encerra em si a origem daquele circuito que o mantém.

A empresa social leva além da caridade, mas também além da militância ‘humanitária’, que traveste o ‘querer curar’ em ‘fazer democracia’. Trata-se de substituir a caridade e a ‘dívida social’, formas do mandato social, por condutas pautadas na relação profissional de prestação de serviços na esfera pública, com responsabilidades para serem assumidas por todos os atores. Responsabilidade não como competência ou incompetência de assumir algo, mas como um abdicar do desejo de consertar ou obrigação de realizar um produto de “sucesso” (o indivíduo ressocializado, reabilitado) que remete à “alta” hospitalar. Se constrói um valor deturpado do que é o “público”, já que esta esfera da vida social é atravessada pela mercantilização de produtos, serviços e relações de troca. A captura do “público” pela esfera privada do capital remete as trocas na democracia ao clientelismo, ao paternalismo, ao patrimonialismo, às políticas sociais como ‘favor’ ou ‘bondade’. A democracia se torna a possibilidade de ascender socialmente principalmente pelo acúmulo econômico, na busca de status, tornando a cidadania uma espécie de produto de consumo, onde as trocas sociais são codificadas como relações mercantis.

Em outra direção, entretanto, podemos afirmar que a emergência da questão ‘social’ na modernidade, não aponta apenas para uma estratégia de controle ou uma captura das experiências por relações mercantis. Significa além disso que há um movimento histórico de reinvenção dos direitos e da cidadania, de colocar em xeque a democracia, em suas

possibilidades de superação das relações de dependência tal como existiam na sociedade absolutista ou no interior das ‘instituições da violência’. A dimensão do ‘protagonismo’ dos sujeitos em sua participação social na democracia, no sentido do fortalecimento do espaço público nos coloca uma ação social que não é completamente sobredeterminada pela superestrutura do sistema. (BODSTEIN, 1997).

A mercantilização e a democratização das relações sociais, no entanto, trazem outras contradições em sua dinâmica, não havendo uma polaridade ou oposição fixa entre os dois processos. Onde as tradições democráticas são mais enraizadas e a vida social civil mais pacífica, o reformismo psiquiátrico pode tender a ser mais gradual, em contraste com realidades sociais nas quais o atraso político e civil leva à radicalização do mesmo.

Em todos os casos “não é nada fácil definir a que ponto a teorização ‘democrática’ e ‘humanitária’ do hospital moderno cesse também de justificar-se como terapia ‘mais eficaz’ do doente mental” (BASAGLIA et al., 1994: 32-3). Por isso, a humanização quando começa a ser superada, traz as dificuldades da democratização institucional, que ultrapassa a reorganização de cima para baixo, centrada na equipe, já que os próprios ‘hóspedes’ da instituição não conseguem se mobilizar para as reformas nos velhos esquemas. Não só uma “liberdade alargada” dos internos, como “cidadãos de segunda categoria”, nem como concessão, aos subordinados, de uma “liberdade de opinião e de ação no interior dos limites previstos pelo sistema” (BASAGLIA et al., 1994: 33):

“O fato de que na comunidade se deseje efetuar uma educação à liberdade, não impede necessariamente o risco que fique confirmada a autoridade da equipe dirigente (...) O caráter mais sujeito a críticas do liberalismo não consiste tanto na sua mensagem de não-liberdade quanto na sua tendência à integração: isto é, na falsa liberdade que educa os oprimidos a apresentar exclusivamente pedidos ‘razoáveis’.” (BASAGLIA et al., 1994: 33)

Nesse percurso de promover o máximo de liberdade e autonomia, a imobilidade dos pacientes mais ‘crônicos’ pode configurar um impasse de ‘liberdades fictícias’, ou mesmo no outro extremo, de um “ativismo inconsciente, acrítico e rotineiro” (BASAGLIA et al., 1994: 33), os dois lados da mesma situação, que levam ao problema da participação dos

indivíduos institucionalizados. É nesse problema da participação que se encontra de uma só vez a explicitação dos paradoxos da ‘mobilização’ e sua tomada como problema que leva a comunidade hospitalar a ampliar seus níveis de crítica e enfrentamento a partir da consciência da necessidade de insistir “na possibilidade das escolhas e das alternativas (inclusive a recusa da atividade por parte dos doentes)” (BASAGLIA et al., 1994: 34), o que é parte essencial do trabalho de abertura do hospital.

E decorre deste paradoxo da participação uma outra dimensão mais ampla desta mesma participação, pois se por um lado parece que no interior da instituição a liberdade parece tornar-se possível como “liberdade de organizar coletivamente o próprio tempo”,

“... a presença de uma lei manicomial e de uma separação entre o hospital e a comunidade extrema da sociedade ‘sã’ constitui uma nova barreira. Esta barreira é real e presente. O perigo de um hospital como ‘estância’ e como ‘refúgio dourado’ (...) é enfrentado como tal e vivido como crise não só pelos internos, mas também pelo pessoal de cura (...) Este confronto é cada vez mais penetrante e maduro e desemboca, enfim, no confronto com a realidade opressora mais verdadeira e dolorosa, que não aquela das injustiças e sofrimentos internos, mas na efetiva impossibilidade do hospital, o fato que não sejam possíveis trocas reais, produtivas e vitais com a realidade socioeconômica do mundo externo, o fato de que a opinião pública continue a ser pesadamente preconceituosa com os internos constituem um limite gravíssimo à liberdade da qual gozam os internos no interior da cerca manicomial e tendem a negar e minimizar as conquistas dos mesmos” (BASAGLIA et al., 1994: 34-35)

Se o trabalho de confrontar a instituição leva a produzir possibilidades de contestação e crítica nos seus participantes, impõe-se em decorrência um novo desafio, qual seja, o de ao sair do mandato social punitivo e custodial do hospital, nos direcionarmos para a busca por uma “integração”, que na melhor das hipóteses, ainda se mantém referenciada pelo mesmo mandato social, pelo poder dos técnicos na sua ‘função terapêutica’. A

‘vocação terapêutica’, que visa conformar o paciente na sua limita o em ingressar no mundo dos sãos, ou seja, que tem a integra o como valor terapêutico,   prescrita “no controle e na reeduca o dos comportamentos socialmente desviados em fun o da readapta o a formas sociais comumente aceitas” (BASAGLIA et al., 1994: 35), já que a ‘libera o do doente’ leva a uma contesta o da própria fun o da equipe ‘responsável’ pelo tratamento. Em última instância,

“A decisão de quebrar a c moda rotina carcerária (ou paternalista) dos hospitais tradicionais (...) a isto soma-se o fato de que o pr -poder autoritário dos médicos tende (...) a ser cada vez mais sutilmente psicológico, mais escondido e mais tenaz cada vez que o autoritarismo se faz menos explícito e menos tradicionalmente violento (...) Tornou-se já claro que a psiquiatria dita científica, baseada no estudo do caso clínico individual, como problemas abstratos da viva realidade da *gestão social* do doente da mente,   um exercício privado de nexos e de possibilidades reais de verifica o” (BASAGLIA et al., 1994: 37)

Destarte, os valores de autoridade, abuso e exclusão que sustentam a realidade social desmoronam na medida em que abdica-se da fun o tradicional do médico, e *também*, da premissa da “aplica o pura e simples de um método organizativo. Neste sentido, o falso *democratismo técnico* proposto e teorizado como meio ideal para ‘gerir’ grupos e comunidades de doentes e de sãos” (BASAGLIA et al., 1994: 38)   enfrentado decisivamente não apenas por uma estrutura horizontal de poder, mas por uma crise individual e uma escolha pessoal daqueles que promovem a renova o institucional. Não se pode aprofundar as crises no processo contraditório de transformar a *participa o social* sem um envolvimento direto com essas situa es de conflito, sem estar também sujeito ao processo de sair da acomodaa o e passividade que regulam as rela es sociais, isto  , “a dificuldade maior da renova o institucional não está, portanto, na dificuldade de ‘organizar’ sobre novas bases ‘liberalizadas’ a jornada dos internos, mas nos obstáculos que a equipe terapêutica (...) encontra no esforço de renovar a si mesma com os internos, modo tal a permitir a si mesma e aos internos readquirir a própria liberdade subjetiva e objetiva,

contestando a não-liberdade das leis e dos preconceitos da sociedade” (BASAGLIA et al., 1994: 39). Entretanto, não se trata apenas de uma escolha pessoal e nem de um processo fácil, há muitas capturas e refluxos que podem impedir as mudanças.

“Por outro lado, acontece facilmente que o pessoal curador tenda a defender a si mesmo, a própria autonomia e integridade, as próprias motivações de grupo e as próprias motivações pessoais ao sucesso, ao prestígio, ao poder, ao dinheiro e à carreira. Isto não pode ser superado com um convite puro e simples a uma reforma moral individual, que deixada e si mesma corre o risco de ser puramente ideológica e de produzir uma série de falsos comportamentos virtuosos, moralizantes, individualmente voluntaristas e francamente neuróticos. Impõe-se, aqui, uma atividade de reflexão e de crítica que tem que ligar-se a uma *práxis comum* e articular-se em um *trabalho de pesquisa* com os internos capaz de revelar de maneira mais objetiva o jogo das dinâmicas sociais e psicológicas, e o interior da comunidade hospitalar no curso de sua maturação. O limite mais evidente (mas não o mais grave) desta atividade está na dificuldade de destruir a distinção *curador-curado* sobre a qual se funda o *privilégio psiquiátrico*, isto é, da psiquiatria como poder do homem sobre o homem, segundo a clássica mistificação através da qual o poder ‘técnico’ é *neutro*.” (BASAGLIA et al., 1994: 39-40)

Chegamos ao dilema emblemático do estado de questionamento e radicalidade a que se chegou na experiência de transformação institucional conduzida por Franco Basaglia e muitos outros profissionais de seu círculo no final dos anos 60 e início dos anos 70, em que ocorre a passagem do trabalho em Gorizia para o trabalho em Trieste. Porque este dilema traduz a grande questão que se apresenta para inventar a Reforma Psiquiátrica como uma *empresa social*.

“A dificuldade mais séria é, porém, uma outra e consiste no fato de que a prática hospitalar, mesmo inovadora, não se põe facilmente no plano do discurso político, no sentido da elaboração de uma atividade revolucionária, mas corre o risco de ficar perpetuamente confinada nos limites de uma atividade puramente reformista. Na medida em que a equipe curadora não consegue coligar-se a um movimento verdadeiramente revolucionário e eversivo no plano social, esta não consegue nem ao menos maturar a própria concepção do mundo. Este limite é particularmente sério quando o contexto nacional no qual a equipe se move não consente uma renovação que vá além das estruturas e dos ‘serviços’ relativos ao tecido social. Se falta uma luta revolucionária, isto é, uma batalha política, não no sentido estrito do termo, a equipe curadora não consegue forjar os instrumentos para a própria renovação interna: permanece uma equipe burguesa em um mundo burguês. Esta equipe pode somente tender à pré-figuração das relações sociais de tipo diverso, mas não pode colocá-las em ação: faz um trabalho parcial e indicativo. Por outro lado, também neste contexto, a tomada de consciência das contradições *psicológicas e culturais* da sociedade capitalista, espelhada no seu particular setor, que é o da ideologia psiquiátrica e da assistência psiquiátrica, contribui a fornecer alguns dos detalhes críticos que servirão, talvez amanhã, a uma tomada de consciência capaz de formar relações interpessoais de tipo diverso.”
(BASAGLIA et al., 1994: 39-40)

2 - Do manicômio ‘lugar-zero’ ao território lugar infinito das trocas sociais

Há então que se dissecar o objeto ‘comunidade’, que se torna um dos pontos de fuga/captura do sistema de saúde mental. O *dispositivo da doença mental* é renovado e

atualizado na forma do preventivismo, isto é, na forma do *dispositivo da saúde mental*, que se apresenta, na tentativa de renovação, como o problema da ‘comunidade como solução ideal’. É isto que está sendo confrontado pelo *dispositivo da desinstitucionalização*, e não apenas as relações mais tradicionalmente fundadas sobre a ‘doença mental’.

“A renovação das estruturas psiquiátricas não pode proceder-se por contínuas crises e autocríticas, ou seja, por superamentos dialéticos que impeçam o cristalizar-se das sucessivas propostas em novas formas de fechamento, em falsas renovações, em novas instituições imóveis, mesmo se mais modernas, eficientes, “democráticas”, “comunitárias”. Uma vez superado o conceito tradicional do hospital psiquiátrico como lugar de terapia e de reintegração social, já que a psiquiatria moderna colocou em crise a si mesma, o hospital psiquiátrico que nasce das experiências mais recentes parece ter destruído quase integralmente, na prática, a idéia de que os seus hóspedes devam ser simplesmente *curados*. (...) No momento em que a psiquiatria moderna percebe não saber mais nada sobre o que é a doença mental (e, portanto, não saber mais qual seja a sua cura), a crítica institucional descobre que a função do hospital não é mais aquela de reintegrar simplesmente o doente em uma sociedade injusta.” (BASAGLIA et al., 1994: 31)

O aspecto democrático e mesmo “humanitário” das transformações não pode ser uma terapia ou método ‘mais eficaz’ para a melhora, a alta ou a ‘reinserção do doente mental’. Voltamos ao dilema da integração ou reintegração como saída ao hospital, como função de uma ‘psiquiatria comunitária’. Não se sabe o que a ‘doença mental’ seja, nem o que a loucura pode ser ao transformar-se, fora do manicômio. De uma só vez, não se trata de ‘reintegrar’ o doente numa sociedade injusta, e nem de acreditar-se que bastaria o fim dos manicômios para que houvesse o fim da ‘cronicidade’. A ‘comunidade’ como objeto de novas psiquiatrias torna a Reforma Psiquiátrica muitas vezes mais complexa do que a necessidade da luta contra o ‘fim dos manicômios’ e da violência institucional aberta.

“O temor é que, se de um lado a degradação da instituição psiquiátrica evidenciou o caráter antiterapêutico e concentracional dos nossos asilos, exigindo sua destruição, de outro a política de setor – mesmo diminuindo o número das vítimas destinadas à instituição da violência – tenda a dilatar o campo dos ‘desvios’, absorvendo-os na ‘doença’ e na ‘terapia’ necessária. Poderíamos deste modo encontrarmo-nos em um mundo dominado pelos técnicos, cujo poder dará cada vez maiores possibilidades de ação, desde que garantam atenuação das contradições sociais mais evidentes. Qual é, neste caso, a posição do setor [psiquiatria de setor francesa] ? Não existe, na caça à prevenção da doença, o perigo de defini-la e objetivá-la antes do tempo sem que nunca se consiga agir no coração da violência que não pode ser a sua origem?” (BASAGLIA et al., 1994: 21)

O que é o “Comunitário” como lugar de intervenção? Se a custódia é a perda da possibilidade de fazer escolhas autônomas e responsáveis, as psiquiatrias preventivas e comunitárias, que tornam a adaptação ou socialização uma questão de ‘reabilitação’, são capazes de fazer com que esta custódia se expanda pelos grupos sociais, para além dos muros do hospital e da realidade dos ‘pacientes’ psiquiátricos. A ‘patologização’ do social nos põe perante o mais difícil dilema da Reforma Psiquiátrica atualmente. Se há um certo consenso, até consolidado, de que o manicômio é violento e inadequado, e esta denúncia foi realizada com mérito por já mais de uma geração de atores sociais revolucionários, na luta contra as ditaduras e violências desmedidas, não podemos dizer o mesmo sobre um consenso quanto à legitimidade da psiquiatria em ‘cuidar’ do sofrimento humano. A medicalização e a psiquiatrização do sofrimento humano e das contradições sociais é hoje, talvez, um dos fenômenos mais característicos da ‘contra-reforma’ psiquiátrica, representada pelos interesses que não desejam a destruição da psiquiatria. O preventivismo, como psiquiatrização do social, no entanto, tem suas origens na instituição manicomial tradicional. Surge na base da psiquiatria:

“Se o *isolamento*, princípio constituinte da psiquiatria, do asilo e da terapêutica moral, funda-se na idéia de curabilidade da alienação, assim como na relação causa-efeito entre processo civilizatório e processo patológico, torna-se flagrante, por outro aspecto, a função social desta terapia que precisa excluir aquilo que se pretende incluir. Profunda contradição esta que marca a história da psiquiatria e a de grande parcela da humanidade que não teve um outro destino que não os manicômios! Por outro lado, alienação é um conceito que refere-se à marcante negatividade, periculosidade, irresponsabilidade, impossibilidade de ser razoável. O *isolamento*, mais que terapêutico, é na verdade a primeira medida de psiquiatria preventiva: isolar quer dizer precaver a sociedade dos males que os alienados lhe podem causar.” (AMARANTE & GIOVANELLA, 1994: 140)

Aí está a idéia de prevenção como ‘precaução’, ancorada na cura como conserto. Esta é a forma psiquiátrica clássica da Ortopedia Social, forjada sobre o princípio da Ortopedia da alma, o alienista/ psiquiatra como “mestre da loucura”, em sua objetivação do sujeito ‘doente’ a ser consertado, base da gênese da contradição entre cura e tutela, no mandato social de custódia. Os ‘técnicos da adaptação’ aplicam a negatividade como captura da subjetividade, para não permitir a denúncia do que a doença é socialmente...

Há uma lógica nas instituições da violência que atravessa a lógica das relações sociais capitalistas. O ‘especialista’ técnico-científico é um criminoso da paz, tendo como função reproduzir e atualizar o mandato social. (BASAGLIA, 1977)

Nos anos 70, as propostas desenvolvidas nos Estados Unidos, na França e na Inglaterra tiveram como objetivos a criação de serviços assistenciais na comunidade, retirando o hospital psiquiátrico do centro do sistema, uma extinção imediata com serviços distribuídos e locais. Por sua vez, na Itália fica clara a necessidade de se partir de dentro do manicômio para o exterior, mudando sua lógica de funcionamento e conduzindo à criação do sistema territorial externo. Há uma diferença fundamental aí em relação ao desenvolvimento dos processos de desinstitucionalização, sendo que nos primeiros ocorreu

que levaram a reformas psiquiátricas em que a desinstitucionalização toma formas de desospitalização ou transinstitucionalização:

“ Ou seja, ocorreu um processo de altas administrativas, com transferência de pessoas (principalmente casos crônicos) para instituições não-psiquiátricas (asilares), para instituições menores ou, ainda, para instituições privadas. Também o abandono nas periferias das cidades fez parte das soluções dadas pelos administradores. A desmontagem recaiu sobre as grandes estruturas hospitalares, e a ênfase dos centros assistenciais voltou-se para a prevenção de uma população considerada de risco. Desta forma, alargou-se o raio da ação técnica e não se buscou criar soluções capazes de responder à demanda que já existia.” (DIAS BARROS, 1994: 173)

A prevenção como precaução e a cura como conserto constituem-se como um primeiro eixo de configuração do preventivismo, do que decorre um segundo eixo que é o da ‘patologização’ do social ao tomar a comunidade como objeto de intervenção no lugar do hospital e da doença mental. Dois eixos de configuração da ‘ortopedia social’, em que o poder disciplinar se realiza através da “Função PSI”, de controle da sanidade mental dos indivíduos e populações, materializado no dispositivo psiquiátrico e nas suas conexões com outras formas de controle, como o jurídico-legal do direito e em saberes como a neurologia ou a psicanálise, que também são em parte capturadas pela lógica do circuito de controle. A ‘rede de psiquiatrização’ colocada em funcionamento pelo dispositivo psiquiátrico é o “*circuito psiquiátrico*”.

“A nossa obsessão por transformar os hospitais psiquiátricos, por centrar ali toda nossa transformação, evidentemente não era por não sabermos, por não entendermos que fora do hospital existe toda uma rede de psiquiatrização, mas porque pensávamos que dentro do hospital psiquiátrico estava a raiz do saber psiquiátrico, e se não se tirasse fora essa relação incestuosa entre tratamento e custódia dentro do hospital psiquiátrico, continuar-se-ia a produzir abortos. E

qualquer vocação terapêutica colocada no “território”, com a presença do hospital psiquiátrico, continuaria a reproduzir este tipo de lógica. E foi por isso que definimos nosso trabalho como um trabalho de desinstitucionalização.” (ROTELLI, 1994: 152)

A “comunidade” se diferencia do “território” na mesma medida que as psiquiatrias preventivistas ‘patologizam’ a comunidade e a desinstitucionalização potencializa as redes de relações de trocas sociais. Assim, é adequado uma cautela quanto aos termos “alternativo” e “substitutivo” referentes aos novos serviços de saúde mental, que designam ambiguidades.

“... aquilo que aqui vocês chamam de comunidade pode ser um grande deserto, pode ser um lugar da anomia, mas no território, e não na comunidade, existem forças vivas e não forças mortas, existem jovens, existem os professores, existem os homens da cultura, existem as pessoas que buscam, existem pessoas que buscam trabalhar sobre as inovações sociais, e é com essas pessoas que nós trabalhamos e devemos cada vez mais trabalhar, se não queremos retornar ao gueto da psiquiatria. Então, o saber do paciente, o saber do sujeito paciente, o saber dos familiares, o saber do território, esses saberes que existem no território, devem ser incorporados em nossa prática.” (ROTELLI, 1994: 155)

O conceito de ‘território’ designa as forças sociais de potencial criativo nas ações de enfrentamento do circuito psiquiátrico, em contraposição ao “screening” clínico populacional para diagnosticar o potencial de ‘risco’. A abertura do serviço (que se pretende ‘serviço aberto’) se realiza no movimento de construção dos intercâmbios sociais com as infinitas instituições e grupos que constituem o tecido social, e esta é a idéia fundamental que amplifica a Reforma Psiquiátrica para fora da especialidade médica que ela coloca em xeque e para a problematização da condução concreta da democracia e das instituições para a cidadania real, na conformação das formas de participação social e política. Para Franco Rotelli, “Empresa social” é todo o trabalho da desinstitucionalização

que visa sair do específico psiquiátrico “e quer tornar-se de verdade um tecido para a Saúde Mental, envolvendo os sujeitos sociais mais ativos.” (Rotelli, 1994: 154). Isto impõe um novo objeto para a Reforma Psiquiátrica, que não é nem a ‘doença mental’, nem a ‘comunidade’ e a prevenção dos riscos.

“O processo de desinstitucionalização (...) continua no território (...) a ser estratégia terapêutica na comunidade, em relação, por exemplo, às situações das famílias nas quais não se trata de culpabilizar as famílias ou de destruir a instituição família, mas se trata de modificar gradualmente as relações de poder destrutivas que se criam dentro da família, assim como se criavam dentro do manicômio. (...) É preciso modificar as relações de poder entre as pessoas (...) que ajudem as famílias a não incorporarem o desvalor da doença, que ajudem as famílias a entenderem que a diversidade não deve se tornar um momento de destruição de algum membro da família. Deve-se trabalhar para melhorar a qualidade de vida das pessoas e não para sequestrar as contradições e geri-las tecnicamente, o que significa reproduzir o trabalho do manicômio em toda a cidade.” (ROTELLI, 1994: 154)

Para combater a gestão técnica das contradições, é preciso produzir subjetividades singularizadas, possibilidades de expressão subjetiva e concreta da loucura através de novas relações com suas figuras, as figuras da loucura não como “jardim das espécies” (FOUCAULT, 1978), mas como diversidade cultural. Se o manicômio é o ‘lugar-zero’ das trocas, o território é o lugar infinito das mesmas trocas sociais, isto é, não quer dizer que é ilimitado, pois existem limites que vão sendo transformados num processo de mudança mais ou menos gradual, mas que não se esgota, pois podem ser criadas literalmente ‘infinitas’ ações que sejam inovadoras, já que não há produto ideal como finalidade das transformações. Os sujeitos devem ser ativados em suas potencialidades, existem forças ‘ocultas’ da comunidade, no sentido de não-explicitas, não-visíveis, que devem ser conectadas ao processo, que dependem de laços sociais associativos e solidários para além da racionalização do trabalho, que devem ganhar visibilidade e ganhar novos sentidos.

Saindo da individualização dos problemas e trabalhando não sobre o indivíduo em si, mas sobre as relações, por exemplo, entre a norma e a diversidade, as relações do indivíduo em suas trocas ou ausência de trocas, é que se pensa o trabalho no território, com os serviços favorecendo a multiplicidade de trocas entre as pessoas, “e o encontro entre as diferentes subjetividades é a centelha que faz sair do buraco da loucura (...) é a multiplicação de possibilidades, de oportunidades” (ROTELLI, 1994: 155). O trabalho terapêutico é a construção dessa multiplicidade de interfaces, ao invés do delírio de onipotência do psiquiatra frente à loucura.

O fato da assistência psiquiátrica historicamente ter sido relacionada ao direito, na delegação conferida à psiquiatria de ‘gestão da periculosidade’, coloca a luta no campo da legislação também como uma necessidade ao sair do hospital, para que a desinstitucionalização seja uma luta política revolucionária. E com as conquistas do processo de Reforma Psiquiátrica nesse campo, novas contradições que antes não eram visíveis aparecem. Sobre a Lei 180 da reforma psiquiátrica italiana, uma década depois de aprovada, que o governo não havia liberado os recursos para construção do que estava previsto na Lei aprovada, foram colocadas suspeitas e mesmo descrédito, em que podemos perceber o perigo da paralisação das mudanças, um “efeito boomerang”:

“Mas, se a cultura geral aceitou a condenação definitiva do manicômio, o fato de que depois não tenham sido constituídos serviços alternativos ao manicômio criou o risco de promover um efeito *boomerang*, e se começou a dizer assim: ‘sim, estas coisas são justas, porém, são utópicas’, e que, portanto, era necessário mudar a lei” (ROTELLI, 1994: 152-3)

Mas a Lei não foi mudada apesar do período de crise e o governo articulou politicamente o financiamento para continuidade dos processos de implantação das modificações aprovadas na Lei. Isso só foi possível porque em várias cidades italianas os novos sistemas de saúde mental já eram uma realidade.

“Isso quer dizer que, se as lutas ideológicas conseguem transformar-se em situações práticas, é muito difícil voltar atrás. Mas

é necessário evidentemente envolver as pessoas, e isto é um grande trabalho.” (ROTELLI, 1994: 153)

A implementação da Lei é um novo horizonte, ainda mais complexo que a ‘abertura’ do hospital, para a Reforma Psiquiátrica. Com a aprovação de uma ‘Lei de Reforma’, começam os problemas de outra ordem, que se referem à possibilidade de não apenas acabar com o manicômio, mas de poder prescindir dele, de criar uma cultura que possa permitir viver sem o manicômio.

“A lei foi um momento difícil: na realidade, muitos se iludiram pensando, a partir de então, que caberia ao Estado fazer as coisas que, antes da lei, eram feitas pelas pessoas, e isso, obviamente, foi um erro trágico. Por outro lado alguns outros da Psiquiatria Democrática se iludiram, pensando que com o simples fechamento do manicômio seria possível acabar com o problema, sem se dar conta, evidentemente, de que o processo da desinstitucionalização não coincide com o fechamento do manicômio.” (ROTELLI, 1994: 154)

Não só extinguir o ‘lugar-zero’ das trocas mas ativar o território como um cartografar dos movimentos de vida, do potencial de enfrentamento das contradições através da multiplicação de intercâmbios não-medicalizados.

“Em outras palavras, continua o processo de implementação da lei, através da mobilização de forças sociais e, de outra parte, nós nunca imaginamos que a psiquiatria pudesse ser transformada através de uma lei.” (ROTELLI, 1994: 154)

Em Trieste, foram transferidos todos os recursos humanos e materiais do ex-hospital psiquiátrico para os centros de saúde mental, no total de sete, um em cada bairro, funcionando 24 horas por dia numa região com cerca de 300.000 habitantes.

“São serviços que se ocupam de todas as ‘patologias’ psiquiátricas, mas dentro do bairro, mas dentro do território, dentro da comunidade, com as portas sempre abertas, com o respeito total aos direitos das pessoas e com o trabalho para a reprodução social das pessoas. Uma grande quantidade de trabalho domiciliar, com uma rede de cooperativas para reinserir as pessoas no trabalho, com uma rede de apartamentos para as pessoas que não podem mais estar com as suas famílias e, portanto, com um arco de serviços de eficácia e eficiência enormemente superior ao do hospital, mas serviços que têm como a sua bandeira ‘a liberdade é terapêutica’.” (ROTELLI, 1994: 153)

As estruturas futuras das políticas de saúde mental e das organizações do sistema e da assistência são indeterminadas. Ainda que existam aspectos comuns às diferentes experiências de transformação e destruição dos hospitais psiquiátricos, não há etapas pré-constituídas e lineares a seguir, mas apenas o ponto em comum da recusa da violência e das funções hierárquicas tradicionais. Por outro lado, vê-se que os impedimentos e controles à mudanças apresentam características que se repetem, colocando certos problemas recorrentes, e isso se deve à relação social estabelecida com a loucura nas sociedades ocidentais, que nos colocam no interior do espectro entre os dois modelos de saúde-loucura, o modelo de saúde-loucura psiquiatrizado e o modelo do dispositivo da desinstitucionalização (Cf. p. 81)

3 - A Reforma Psiquiátrica como Empresa Social: o que é uma ‘sociedade sem manicômios’

Um dos fios condutores da reflexão geral realizada nesta dissertação sem dúvida é o de encontrar ressonâncias entre o pensamento de Michel Foucault e a experiência de Franco Basaglia, que se destaca na psiquiatria italiana pelo trabalho marcante em Gorizia nos anos 60 e em Trieste nos anos 70. Em termos de sua obra escrita, podemos demarcar através da

organização dos Scritti Basaglia, em seus volumes I e II, qual foi a trajetória deste percurso. O primeiro volume, Scritti Basaglia I (1953-1968), “Da psiquiatria fenomenológica à experiência de Gorizia”, situa nos anos 50 e 60 o contato inicial com a realidade manicomial italiana, e a influência de Husserl, Sartre, Gramsci, dentre outros. Marcam este período os escritos “A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização” e “Mortificação e liberdade do ‘espaço recluso’”. Ainda nos anos 60, são importantes “O que é a psiquiatria?”, de 1967, em referência à Sartre em sua obra “O que é a literatura?”, no ano simbólico da contracultura, num ambiente de mudanças sociais profundas; e ainda “A instituição negada”, lançado em 1968.

A partir da experiência de transformação institucional em Gorizia, nos anos 70 são levadas a cabo em Trieste mudanças que tornariam a reforma psiquiátrica italiana uma importante experiência mundial. O segundo volume, Scritti Basaglia II (1964-1980) “Da abertura do manicômio à nova lei da assistência psiquiátrica”, se refere a Trieste e a Lei 180, de 1978. A ‘lei da reforma’ psiquiátrica italiana, uma das primeiras a serem aprovadas na Europa, que proibia novas internações em manicômios e seu esvaziamento progressivo através de serviços e estruturas territoriais numa rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, só foi possível após anos de lutas políticas. Basaglia é também influenciado por Goffman, Bateson, Artaud, Cooper e Michel Foucault. Destaca-se na produção deste período “A maioria desviante” e “A doença e seu duplo”, e também “Os crimes da paz: investigação sobre os intelectuais e os técnicos como servidores da opressão” e mais tarde “O circuito do controle: do manicômio ao descentramento psiquiátrico” (AMARANTE, 1994)

O trabalho de Franco Basaglia e muitos outros ‘operadores’ da saúde mental (como se designavam os profissionais nas transformações de Gorizia e Trieste) é marcado pelo fato de ter sido possível transformar um projeto político inicial em realidade concreta. Hoje na cidade italiana de Trieste, já acumula-se mais de vinte anos de experiências, que deixaram de ser a história de uma instituição e se tornaram a história de muitas vidas.

A fábula que Basaglia usa para referir-se a todo o seu trabalho de crítica à psiquiatria é especialmente significativa para a Reforma Psiquiátrica (Cf. anexo I). A fábula que relata a história entre ‘o homem e a serpente’ nos impõe o difícil caminho de nós ‘vomitarmos’ a serpente que se alojou em nosso interior, e que se mantém neutralizando as subjetividades no interior do controle social disciplinar.

“Porém nosso encontro com o doente mental nos demonstrou, afinal, que -- nesta sociedade -- *todos somos escravos da serpente*, e que, se não tentamos destruí-la ou vomitá-la, chegará o momento em que nunca mais poderemos recuperar o conteúdo humano de nossa vida” (BASAGLIA, 1985: 71)

Enfim chegamos ao problema fundamental: o que significa pensar a Reforma Psiquiátrica como empresa social ?

Há vinte anos atrás, haviam 1100 internos no manicômio da cidade de Trieste, hoje uma rede de serviços substituiu o hospital psiquiátrico, “e não há nada que faça lembrar aquela situação” (ROTELLI, 2000: 301).

Como foi possível ‘viver sem o manicômio’ ? Foi possível através da capacidade dos atores da Reforma Psiquiátrica, neste contexto, de realizar a mesma como uma **empresa social**. Mas o que é a empresa social ?

Empresa social é aquela que faz ‘viver o social’. O manicômio apresenta o social expropriado de suas contradições, e a empresa social é o processo de desinstitucionalização que permite reverter a psiquiatria, através da recusa e desconstrução das simplificações reducionistas da psiquiatria, especialmente a de reclusão numa instituição das contradições do social. O confronto com a complexidade em saúde mental depende da reversão da psiquiatria. Desinstitucionalizar é expor a situação esclerótica da psiquiatria, é sair dos paradigmas reducionistas de controle da modernidade. Controle das classes subalternas e de todas as formas de desvio, como uma necessidade ao longo da criação do Capitalismo. Fazer ‘viver o social’ significa reverter a mortificação que sustenta o exercício do psiquiatrismo. Mortificação do indivíduo objetificado, mas também dos profissionais, e simultaneamente, mortificação das subjetividades, dos coletivos de trabalho, das relações sociais.

“Empresa social é o processo de dismantelamento desse aparato rudimentar com a conseqüente constituição complexa de uma rede de serviços e de uma rede de relações entre as pessoas que sustentem as práticas da diversidade, as práticas da complexidade, que respondam a aspectos sanitários mas que, também, respondam ao

mundo da assistência, ao mundo das relações interpessoais, ao mundo da política na cidade, isto é, de como são regulados os conflitos sociais e jurídicos da organização social e dos contratos sociais. Que respondam, ainda, ao mundo da negociação entre as classes sociais, de como são negociadas as relações da normalidade e do desvio, de como são concebidas as noções de normalidade e desvio.” (ROTELLI, 2000: 302)

A Reforma Psiquiátrica é a construção das relações na cidade, empresa social é o descentramento da psiquiatria do objeto ‘doença’ para o objeto ‘pólis’, ou melhor, transformação das relações na pólis, recentrando a saúde na cidade sem ocultar suas contradições, conflitos, negociações, intervindo sobre os canais de participação existentes para a inserção neste enfrentamento.

Por isso, empresa social não é só um movimento cultural, em que as contradições não sejam disfarçadas por etiquetas clínicas e psiquiátricas, não só empresa cultural, mas também empresa administrativa, que realiza:

“... a transformação de uma grande e única instituição – o manicômio – em uma rede de serviços sanitários nos quais os direitos do cidadão vêm salvaguardados e sobretudo, vêm construídos, porque o problema das práticas sanitárias não é apenas aquele de respeitar os direitos das pessoas, mas de ser, efetivamente, instrumento para a construção material dos seus direitos. (...) Essa é a concepção dos Centros de Saúde Mental abertos, ‘atravessados’ pelos cidadãos, nos quais a relação entre a norma e o desvio seja fisicamente tornada possível pelo encontro concreto entre as pessoas.” (ROTELLI, 2000: 302)

O sentido de um serviço aberto depende do que se entende por direitos do cidadão, cidadania, serviços e estruturas ‘atravessadas’ pelo cidadão. Os direitos sociais e de cidadania são uma construção cotidiana que depende do esforço de materializar o que está ‘no papel’ em práticas concretas, e os serviços que apenas se apóiam sobre as legislações e

regulamentações não poderão efetivamente fazer valer esses mesmos direitos que eles talvez busquem defender.

A “residencialidade”, junto do trabalho, aparece como um dos eixos de ação na Reforma Psiquiátrica brasileira, como no retorno à família e nas residências terapêuticas ou grupos-apartamento, como direito à casa, à convivência, ao alimento, à solidariedade, enfim, direito à assistência social (subsídios, dinheiro, comida, roupa), direito às possibilidades mínimas de sobrevivência. (BAPTISTA et al., 2001; MILAGRES, 2003)

Empresa social também leva a um outro problema. Quando se sai da violência do manicômio, se entra na violência mais sutil da assistência social, do processo de invalidação, de negação das possibilidades das pessoas, pela noção do assistido como incapaz.

“Existem possibilidades nas pessoas, mesmo que residuais, de dar, de trocar, de ser, de produzir. Mas o juízo de improdutividade que está na base do direito de ser assistido é , comumente, um direito que nega as pessoas, que invalida definitivamente, que destrói as residualidades, as possibilidades e potencialidades dos sujeitos e os remete à ordem do improdutivo” (ROTELLI, 2000: 303)

Em Trieste, criou-se uma rede de cooperativas com mais de 30 atividades, tais como: loja de frutas e verduras, equipe de transporte e mudanças, jardinagem, limpeza e manutenção, restaurante, bar, salão de cabeleireiro e estética, oficina de produção e loja de artigos de couro, administração de um pequeno hotel, centro de produção de vídeos e centro de produção de teatro, laboratório de design, rádio local na cidade e editora de livros e revistas. São pessoas ‘normais’ e pessoas com graves problemas psiquiátricos ou outros problemas que trabalham juntos, com salário, com um mercado e nas regras de mercado. Produzir não é só trabalhar, mas transformar socialmente, ter um status, estar ‘incluído’ na sociedade de mercado, de produção.

Esta inclusão nos faz retornar ao problema da ‘reinserção’ social, mas aqui a empresa social se propõe a trabalhar pela inclusão na busca de produzir qualidade, nos produtos e nas relações, “qualidade” não como gestão do aumento da produtividade, como se poderia entender em certas reengenharias de produção na organização do trabalho em grandes corporações. Qualidade ética e estética, pois sair da ergoterapia demanda produzir

valores de uso, sob o risco do trabalho do doente mental se tornar ‘terapia’ ao invés de construção de possibilidades de vida.

No processo de criar condições para o surgimento de formas de trabalho para os pacientes antes institucionalizados, visando sair da improdutividade, buscou-se reinserir estas pessoas, principalmente os mais jovens, nas fábricas, empresas e trabalhos na cidade, apoiando-se na lei geral italiana que obriga aos setores produtivos a assumir uma porcentagem de pessoas consideradas inválidas. Mas as limitações dessa via conduziram à constituição da primeira ‘cooperativa’ de trabalho, isto é, a Cooperativa “LAVORATORI UNITI” que surgiu desse problema. E isto ocorreu através de um contrato entre esta e a administração, para contratar sob remuneração os pacientes para trabalhos de limpeza, no hospital, e isto por si só, ainda que seja uma espécie de mão-de-obra residual, nesta situação provocou uma grande mudança nas relações institucionais, a partir da mudança nas próprias relações internas e na ‘identidade’ nova que os pacientes adquiriram como ‘trabalhadores’. Posteriormente, as cooperativas foram se multiplicando. Na forma de cooperativas, a inclusão se realizou de formas diferenciadas, mas sempre permitindo escapar ao ‘percentual de inválidos’ que se apresentava como alternativa mais imediata.

Mas empresa social não se restringe à criação de cooperativas nem ao enfrentamento do problema do trabalho para os excluídos pela psiquiatria, e é isso que pretende-se deixar claro em última análise. Empresa social também se refere à vida dos normais, ‘aqui fora’. Hoje, a solidão, a separação, a fragmentação necessitam de um suporte ético, de um novo pacto ético, mas também de um resgate da estética. Novas formas de espaço onde trabalhar seja possível, mas também ocupar-se das produções de beleza, das produções de qualidade.

Deste modo, ‘Empresa social’ é a reconversão das estruturas sanitárias improdutivas, ineficazes e ineficientes expressas no manicômio, e uma reconversão de recursos, pessoal médico, enfermeiros e outros que eram imobilizados dentro do manicômio, para realizar o desafio de ‘fazer viver o social’:

“O manicômio é um grande lugar de improdutividade, de produção de improdutividade, dos médicos, enfermeiros e internos. O manicômio é o ‘lugar-zero’ das trocas sociais, cuja finalidade é destruir qualquer forma de produtividade social, de produtividade do

saber médico, de produtividade do pessoal humano, de enfermagem e outros, de qualquer forma de produtividade de subjetividades. Enfim, a destruição total dessa produtividade é o principal objetivo do manicômio” (ROTELLI, 2000: 304)

Esta é sem dúvida a grande questão de toda esta dissertação. Os ‘serviços fortes’ tem como objetivo a capacidade de produzir continuamente essa cultura de sair da improdutividade em suas diversas manifestações, dentro e fora dos problemas estritamente relacionados com a loucura. O que está em jogo aqui é o problema da monotonia do cotidiano, e do campo da saúde mental como caixa de ressonância de preocupações cruciais da atualidade. A Empresa social como um sair da improdutividade se situa como “correia de transmissão de problemáticas fundamentais da atualidade”. (BIRMAN, 2000: 95-6)

“Empresa social, portanto, é sair desse mundo de improdutividade, destruir essa produção de improdutividade e, ao contrário, construir a produtividade social de todos os sujeitos que, até então, estavam imobilizados pelo manicômio. É a produtividade social possível pela troca entre aqueles que, até então, eram excluídos. Mas também entre as pessoas que são incluídas, pois a exclusão não determina pobreza apenas para os excluídos, mas determina, sobretudo, um grande empobrecimento social e cultural para os incluídos, isto é, para aqueles que estão dentro da ‘normalidade’.” (ROTELLI, 2000: 304)

Como foi longamente desenvolvido através do conceito de dispositivo psiquiátrico e do que ele põe em funcionamento, que é o circuito psiquiátrico, não se trata de devolver a cidadania perdida, não se trata do hospital psiquiátrico como ‘fossa de serpentes’, também muito menos de uma gestão técnica ou profissional especializada, e nem ainda de uma imposição normativa de regulamentações de forma vertical, mas sim da ativação dos sujeitos para que saiam da mortificação e da improdutividade, e isto diz respeito não só aos loucos mas aos sãos, também ‘escravos da serpente’, ou em outras palavras, também capturados pela sobrecodificação do dispositivo psiquiátrico e a reprodução do circuito

psiquiátrico, em suas formas de trabalhar, de trocar, de amar, de lazer e consumo, em sua sensibilidade, em seus sonhos e objetivos de vida, em suma, em suas formas de ‘participar’ da vida social.

“O empobrecimento da normalidade é o resultado dos procedimentos de exclusão do desvio. Arremessar na riqueza social, na riqueza social das trocas, tudo isso é empresa social. Empresa social implica engenharia de rearticulação dos serviços, implica engenharia que destrua a improdutividade determinada pelas definições, pelas definições diagnósticas, pelas definições que negam as possibilidades dos outros porque os enclausuram em termos muito estreitos e, assim, avaliam *a priori* as potencialidades, destruindo a subjetividade.” (ROTELLI, 2000: 304)

Empresa social é a entrada em campo dos familiares dos pacientes que no modelo tradicional eram cobertos de vergonha, culpa, tabus, preconceitos, oscilando entre aceitar ou negar por vergonha ou esconder o próprio filho. A família é uma energia possível em cena, no percurso de sair do **regime de incorporação da exclusão**. Este é o verdadeiro trabalho de romper com o circuito do controle psiquiátrico, pois os regimes de incorporação da exclusão, que atravessam as relações sociais, são o efeito do circuito psiquiátrico. Daí a idéia de ‘curto-circuito’, mais que provocar interrupções e desfuncionamentos, desativar continuamente este mesmo circuito:

“criar um curto-circuito entre os bolsões de pobreza social, cultural, física e econômica, e entre as forças mais inovadoras e os bolsões de riqueza cultural, social, econômica e de capacidade de inovação.” (ROTELLI, 2000: 305)

Na empresa social que é a Reforma Psiquiátrica, muda também a profissionalidade dos envolvidos no processo, através da constituição de novos usos das qualidades profissionais em pessoas de qualquer formação, que podem trabalhar na

desinstitucionalização, bastante coerente com a saída do gueto do tecnicismo psiquiátrico e com a multiplicação de relações entre o dentro e o fora da própria psiquiatria.

“A Empresa social é colocada em campo por todos aqueles que possam estar atentos e sensíveis à questão do renegociar um pacto social, uma forma de convivência dentro da comunidade. Por exemplo, nas cooperativas sociais trabalham profissionais especializados, intelectuais, pessoas que têm sabido transformar a qualidade de suas profissões em campos que, em princípio, nada têm a ver com a psiquiatria. Falo de engenheiros, *designers*, fotógrafos; falo de pessoas que têm uma consciência da necessidade de processos de inovação também dentro do mundo do trabalho, assim como de colocar em discussão tais relações com o mundo da destruição, da degradação, do empobrecimento.” (ROTELLI, 2000: 305)

No caminho da experiência das cooperativas em Trieste, surgiu um *slogan*, em que pedia-se aos cidadãos, ao invés de dinheiro para as cooperativas, uma hora de sua inteligência.

“Pedimos aos arquitetos que desenhassem coisas, pedimos aos empreendedores que nos dissessem quais são as faixas do mercado nas quais nós podemos intervir, pedimos para quem entendia de como gerir o dinheiro, quais as melhores formas para gerir o dinheiro, pedimos, então, uma solidariedade ativa dentro de uma lógica da empresa, de empreendimento de coisas, não para assistir às pessoas, mas para ajudá-las a apreender coisas na sua vida.” (ROTELLI, 1994: 158)

Dois preconceitos possíveis aí seriam o de que só o povo dará valor às pessoas de ‘mesmo nível’ e o de que nas classes populares nada acontece e nada há de interessante, e que deve ser destruída ou ensinada a viver.

Profissionais e usuários são mobilizados a criar uma nova saúde mental, mas esta parece já estar delimitada nos planos sanitários preparados pelos novos peritos da saúde mental. Se os processos de formação não se restringem à formação técnica, os decretos oficiais, as portarias governamentais, os projetos oficiais de organização e fiscalização do sistema de saúde, as regulamentações do trabalho do profissional de saúde, as avaliações, capacitações, manuais de procedimentos e rotinas, “engendram permanentemente processos de formação” que delimitam a prática profissional. Nesse sentido, o que se percebe é a:

“... instituição de processos de formação marcados pela intensificação de mecanismos disciplinares que operam alargando a hierarquização do saber, o controle e a regulação do tempo e a naturalização da aquisição e uso de técnicas pedagógicas e psicológicas como forma de solucionar os impasses surgidos no processo de trabalho. Esses mecanismo têm produzido como efeito uma crescente culpabilização e infantilização, abrindo caminho para um sutil e amplo processo de tutela que desqualifica os saberes” dos sujeitos. (HECKERT, 2001: 74)

Perdido em meio às novas exigências de competência que lhes são dirigidas, alguns profissionais acreditam “que são os outros – especialistas, manuais, técnicas – que formularão as respostas para os dilemas do seu cotidiano de trabalho” (HECKERT, 2001: 74). Por outro lado, podemos pensar que

“O crescimento da profissionalidade não é entretanto uma aquisição estática, uma vez que a partir da desconstrução do manicômio os operadores, acima de tudo, aprenderam a aprender (...) e é no trabalho cotidiano que se requerem a aquisição de novas competências” (ROTELLI, 1990: 35 *apud* BAPTISTA et al., 2001: 66)

A noção de empresa social é articulada, ainda, em seu surgimento, com uma análise sobre a crise do *welfare state* e das políticas de bem-estar social, pela necessidade de criar

espaços de sinergia entre o público e o privado, “entre um público que quase nunca faz a defesa do bem público e um privado que é abertamente discriminatório” (DIAS BARROS, 1994a: 105):

“A formulação da empresa social é, também, fruto da crítica das ‘instituições inventadas’ em seu confronto cotidiano com as contradições sociais e com aquelas produzidas em seu interior. Evidencia, além disso, uma visão crítica sobre as políticas de *Welfare* e uma grande preocupação em superar o assistencialismo, criando formas para dificultar ou impedir os mecanismos de dependência institucional através dos quais a pessoa permanece como uma grande consumidora de serviços e em que sua formação pessoal, cultural e profissional não são consideradas.” (DIAS BARROS, 1994a: 103)

Deste modo, os mecanismos de dependência da sociedade em relação ao manicômio também são revistos. O “lixo” da sociedade dos manicômios e instituições da violência deve ter seus significados reconstruídos. E isto inclui necessariamente um questionamento da democracia em suas possibilidades de participação, ou a participação social passa para o primeiro plano como problema da empresa social. Por esta via, a improdutividade é o que deve ser atacado, mas não como uma espécie de ‘inaptidão da condição de ociosidade’ que antes era atribuída e reafirmada sobre o excluído, mas como um colocar à prova as próprias possibilidades reais de participação, que remodelam ainda os padrões de relação no pacto social, no processo de ‘invenção de saúde’ e produção de vida postos em cena pelo abandono da cura da doença mental.

“Devemos sair dessa automarginalização de defensores dos loucos; não podemos fazer o elogio da loucura. Devemos, isto sim, fazer o elogio da transformação social, o que significa reconstruir um novo pacto social entre tudo o que possa incluir também o descartável, o lixo, o rejeitado. Em outras palavras, devemos reciclar o lixo em uma sociedade rica. Essa é a empresa social: reciclar o lixo e remetê-lo ao circuito das trocas sociais. Quanto mais lixo, mais a

sociedade se empobrece culturalmente. Se conseguirmos reciclar o lixo poderemos construir o terreno da ecologia da nossa vida, da vida de todos.” (ROTELLI, 2000: 305)

O profissional da Reforma Psiquiátrica, qualquer que seja sua formação ou função, ao se implicar na empresa social, torna-se um ‘analista ecológico’, isto é, um trabalhador social’ da produção de subjetividade, nas três ecologias do ambiente, do socius e da subjetividade. (GUATARRI, 1981). A produção de subjetividade é o material com o qual a *cartografia* lida, são os processos que ela pretende elucidar e captar, portanto, os ‘técnicos da adaptação’ são confrontados pelos *cartógrafos da subjetividade*, operadores que terão campo de formação relacionado diretamente com o campo da saúde mental e que mudam suas profissões de forma radical. Cartografar as subjetividades para modificar a cultura:

“A empresa social é essa habilidade, é essa capacidade de construir, por meio de uma engenharia em todos os níveis (político, administrativo, técnico, operativo, cultural, afetivo). Construir uma engenharia que permita que os lixos sociais e econômicos de uma sociedade sejam reinsertos no circuito sadio da vida e de sua riqueza e, assim, os realimente. Articular tudo isso concretamente, ou seja, construindo as microestruturas, as microengenharias, os espaços reais, os espaços sociais, os serviços fortes capazes de produzir continuamente essa cultura, utilizando todos os recursos que vêm da estrutura sanitária, os que vêm da assistência social, aqueles que vêm da interação com a empresa, e conseguir colocar em circulação como algo novo. São esses recursos que, passo a passo, produzem modificações na cultura.” (ROTELLI, 2000: 305-6)

4 - O circuito psiquiátrico e a produção de subjetividade

Se a Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização nos colocam esse problema de que não se trata apenas de reorientar ou extinguir a instituição manicômio no sentido do estabelecimento que concretamente funcionava para manter o circuito da doença mental, ou circuito psiquiátrico, isso deve-se ao fato de que este circuito funciona sem uma localização específica, mas sim como ‘desejos de manicômios’, “que se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar.” (MACHADO & LAVRADOR, 2001: 46).

A racionalidade carcerária, explicativa e despótica que se infiltra e se produz nas relações sociais atravessa transversalmente as ciências humanas e as práticas discursivas acerca da loucura, interage, afeta e se prolifera no ‘senso comum’, no imaginário social, resultando em subjetividades mortificadas, sobrecodificadas pela norma de sanidade mental imposta através do dispositivo psiquiátrico.

Através desses mecanismos que extravazam os muros do manicômio e se atualizam na racionalidade psiquiátrica, os novos serviços e estratégias em saúde mental bem como as políticas públicas sempre enfrentam o problema da possibilidade contínua de serem capturadas. O manicômio não acaba com seu fechamento ou demolição como ‘hospital’.

“Pois o manicômio, em lugar de promover trocas e construções de outros modos de existência, produz submissão, infantilização e culpa. Claro que com uma nova roupagem. O que poderíamos caracterizar como sendo uma forma de controle contínuo no qual o usuário pode ser dissimuladamente tutelado e controlado ao longo dos dias e a cada instante, uma vez louco sempre louco ou portador da doença. Esse poder de gerir a vida, de administrar a vida do outro, se traduz na expropriação da autonomia e da criação.” (MACHADO & LAVRADOR, 2001: 47)

O dispositivo psiquiátrico promove fluxos e movimentos sociais que geram o circuito psiquiátrico. O circuito é um fluxo, mas que funciona sobre uma máquina de

recodificação, que é o dispositivo político da psiquiatria, ou da função PSI, isto é, que é o dispositivo psiquiátrico. Mas o fluxo não é algo estático, pois o controle disciplinar se produz e funciona sem que um indivíduo, grupo ou governo possa impedir ou dirigir. O que significa que uma das chaves para desconstruir o dispositivo é colapsar o fluxo do circuito de controle que ele põe em funcionamento por meio de sua máquina de **sobrecodificação**.

A “comunidade”, pobre ou não, e em última instância, a própria sociedade, vive mortificada pelas sobrecodificações das relações sociais, sofre de passividade, imobilismo, paralisação, gerando sintomas de sofrimento mental muito variados como resultado deste social morto, neutralizado. A democracia não é ‘democrática’ na medida em que a cidadania não é de fato, mas de direito, e a distância entre os mecanismos políticos instituídos e a participação social dos grupos e populações na vida social e política nos confronta com dilemas e contradições da produção de subjetividades capitalísticas, como a subjetividade-jumento, que carrega carga sem perguntar-se pra quê ou pra quem; ou a subjetividade-vítima, que reproduz a ‘pedagogia do coitado’ e o uso da miséria como moeda de troca para conseguir ‘esmolas’ de todo tipo.

O que coloca a questão da resistência ou submissão a um controle, atualizado nas relações de poder. A aprendizagem autopoietica (KASTRUP, 1997), que escapa à pedagogia da reconhecimento, incita a uma resistência ou potência de agir. Esta se mostra “via contágio, contaminação, epidemia e não por decreto ou conscientização” (MACHADO & LAVRADOR, 2001: 47). Resistir ao funcionamento das subjetividades mortificadas se dá dentro e fora do hospital, e diferentemente da idéia médica de contágio, de evitar o contágio ou a contaminação, que subjaz à busca da etiologia da doença mental, a construção de redes de desinstitucionalização e resistência ao dispositivo psiquiátrico se dá por uma espécie de “contágio”, isto é, pelas redes de solidariedade e mudança de comportamento dos atores sociais, por pedagogias onde ‘ninguém ensina e todos aprendem’, por um sair da pedagogia tradicional da repetição. (BURKE, 2003; ASSMANN, 1998)

A psiquiatria colocou o doente entre parênteses para conhecer a doença mental; a inversão desta operação, isto é, colocar a doença entre parênteses, abre a possibilidade de fazer emergir os sofrimentos e desejos concretos do sujeito em sua experiência-sofrimento em relação com o corpo social (ROTELLI, 1990: 89). Assim, a simplificação da doença em seus sintomas, relacionada à “História natural” das doenças, em que a doença tem natureza própria, é uma entidade em si, um processo externo, determinado por um agente

bacteriológico, se sobrepõe à ‘racionalização e organização das necessidades do indivíduo’, por parte da instituição e da equipe técnica, tirando o poder e o conhecimento da doença das mãos do próprio doente. O indivíduo é expropriado de sua biografia em função da sintomatologia, do diagnóstico psicopatológico. (BASAGLIA, 1982a)

Tal simplificação remonta a Descartes e suas ‘máquinas simples’ (LUCERO, 1999), que atravessam o mecanicismo que está na base da concepção médico-biológica, estruturante do dispositivo da doença mental. A medicina classificatória, em seu procedimento de classificação, gera um padrão de ‘informação em saúde’ baseado no problema da “vigilância constante”, ligada ao problema da periculosidade do doente mental. O *panoptismo* como modelo desta vigilância (FOUCAULT, 1983) produz informações em saúde mental fundadas sobre a doença, e do sujeito, entre parênteses, não se sabe muito, já que o juízo de improdutividade, de incapacidade que se atualiza no circuito psiquiátrico não permite este conhecimento. Mas sair do circuito psiquiátrico exige gerar informações de outro tipo, cartografar a produção de subjetividades, evidenciar as potencialidades dos sujeitos.

As informações em saúde também são repensadas em seus indicadores e em sua possibilidade de “transparência”, pela democratização da informação, que não é mais restrita à gestão técnica (MORAES, 1994). O BUP (Boletim Único de Produtividade), atrelado ao CID 10 (Classificação Internacional das Doenças), usado nas políticas de saúde mental em municípios brasileiros, é um dos grandes pontos de rigidez para as mudanças, é nele que ainda se constringe importantes transformações da Reforma Psiquiátrica.

Se o dispositivo da clínica, como sobrecodificação histórica das relações entre saúde e doença, é fundado sobre a ‘negatividade’ da doença, o que se propõe é que a “Clínica” seja reconstruída como instrumento de combates de guerra. O dilema entre a clínica como controle disciplinar ou como máquina de guerra se apresenta aí onde a negatividade é colocada sob suspeita. É um dos fundamentos da clínica estas referências de negativo:

“a falta, o Édipo, a castração, o significante, o absoluto, a impossibilidade (...) Muitas vezes, não conseguimos analisar os medos, as crenças e os valores preconcebidos em relação à loucura, e ao mesmo tempo, nos anestesiemos...” (MACHADO & LAVRADOR, 2001: 47-48).

A clínica pode ser uma anestesia ou uma forma de sair do entorpecimento. Existe uma forma de lidar com o sujeito e com a clínica como “processo”. A interrupção do processo, isto é, da relação de processualidade com os sujeitos e grupos, leva à esquizofrenia, que é não apenas do “paciente”, do “louco”, mas de todo o sistema de relações implicado. Dos ‘técnicos’, das instituições, do sistema de saúde mental. O sofrimento nos parece localizado no indivíduo, mas este é o regime de visibilidade produzido pela ‘clínica’. Ao descentrar o sofrimento do indivíduo, o dispositivo da clínica é denunciado em sua operação de individualização, e os diversos tipos de problemas dos usuários podem se transformar numa problematização das condições concretas de recursos disponíveis e possibilidades de socialização, incluindo todos que se relacionam com a pessoa e as pessoas que estão sendo atendidas nos serviços de saúde mental.

“A neurose, a psicose não são passagens de vida, mas estados em que se cai quando o processo é interrompido, impedido, colmatado. A doença não é processo, mas parada do processo”
(DELEUZE, 1997: 13)

O adoecimento se consuma na impossibilidade do sujeito e do sistema de relações conectados a ele, em última instância, as práticas sociais, de criar sentidos para uma nova vida, o que por sua vez depende de uma atividade revolucionária, isto é, de planos de consistência e imanência capazes de desterritorializar a sobrecodificação de figuras da loucura e dos personagens psicopatológicos estereotipados fundados sobre planos transcendentais, construindo concretamente novas aprendizagens e comportamentos. A esquizofrenia é deslocada de sua entidade clínica para se codificar como um processo revolucionário, de fugas para escapar ao controle

“... distinguimos a esquizofrenia enquanto processo e a produção do esquizo como entidade clínica boa para o hospital: os dois estão antes em razão inversa. O esquizo do hospital é alguém que tentou uma coisa e falhou, desmoronou. Não dizemos que o revolucionário seja esquizo. Afirmamos que há um processo esquizo,

de descodificação e de desterritorialização, que só a atividade revolucionária impede de virar produção de esquizofrenia” (DELEUZE, 1992a: 35-6)

Nesta direção, produzir o “indiferenciado” é identificado como a ausência do processo. A clínica é uma serialização da ‘linha de produção’ diagnóstica, uma serialização das subjetividades, que se reduzem aos mesmos problemas comuns à doença em seus quadros sindrômicos patológicos artificiais.

“ ... o que nos coloca o desafio da invenção de estratégias de resistência ativa em todos os espaços sociais (...) a tentativa de domar a loucura a aprisionando sob a forma doença mental não consegue apagar sua faceta de transgressão, que insiste em fugir e nos fazer fugir do que nos enclausura, que aciona em nós uma potência de criação. Um devir-loucura que não nos torna loucos e nem doentes mentais” (MACHADO & LAVRADOR, 2001: 51)

A potência de criação pode ser construída como criação de sentidos, de um plano de consistência que singularize a relação com a loucura desnaturalizando as máquinas abstratas em sua sobrecodificação. Pode-se então sinalizar que pensar as práticas discursivas nos levam ao conceito de dispositivo, que são produtos dessas sobrecodificações que se produzem nas máquinas abstratas; e que o grande objetivo da desinstitucionalização depende das guerras que permitam a irrupção da potência de criação no cotidiano, problematizando as sobrecodificações do dispositivo psiquiátrico.

“As sobrecodificações se produzem a partir de máquinas abstratas (que podem ser as ciências humanas, a informática, a mídia ou qualquer outra prática que se ofereça num dado momento a essa função), “que organizam os enunciados dominantes e a ordem estabelecida de uma sociedade, as línguas e os saberes dominantes, as ações e sentimentos. (...) A máquina abstrata de sobrecodificação assegura a homogeneização dos diferentes segmentos, sua

convertibilidade, sua traduzibilidade, ela regula as passagens de uns nos outros, e sob que prevalência. Ela não depende do Estado, mas sua eficácia depende do Estado como do agenciamento que a efetua em um campo social.” (Deleuze & Parnet, 1998: 150)” (MACHADO & LAVRADOR, 2001: 49)

Desmontar os dispositivos e escancarar à luz do dia a sobrecodificação tem como direção o trabalho de, uma vez que a doença mental apareça em seu duplo, permitir as conexões de fluxos-esquizo que afetam os fluxos de trabalho, de desejo, de produção e de conhecimento. Seguindo o pensamento do paradigma ético-estético, o agenciamento coletivo da potência de criação é a forma de resistência às máquinas abstratas. (DELEUZE & PARNET, 1998; DELEUZE & GUATTARI, 1995)

“Nos agenciamentos, não há sujeito nem enunciado individual, mas apenas agentes coletivos – isto é, *multiplicidades* – assim como não há objetos, apenas estados maquínicos.” (BARROS & LIMA, 2001: 132)

Remeter tudo que se relacione com a loucura ao exterior, àquilo que nos é estranho e distante, condená-la à exclusão social como estado de alienação e incapacidade, insinua-se como um dos centros do jogo do dispositivo psiquiátrico, fundado na relação juridicamente estabelecida da periculosidade. É o outro como doente, coitado ou inferior que nos afasta da possibilidade de aprender e inventar com as diferentes formas de ser humano. Se o homem é um ser racional, o louco é um animal, desprovido de razão, um ser irracional. No entanto, dialetizar a loucura requer uma nova relação social com a loucura, desfazendo o jogo da loucura depositada no louco em função de incentivar a análise do social e sua loucura, das formas de vida e de controle da vida, que através da imposição da ‘Razão’ nos levam ao aprisionamento em microfascismos.

“A loucura, ao deixar de ser esse exterior a nós, o receptáculo distanciado de nossas estranhezas, de nossa dor sem corpo, de nossos desassossegos, de nossos limites, de nosso insuportável, única

testemunha da desterritorialização, “arrisca-se, de fato, a um dia designar-nos”. (...) Ao se desenlaçar da doença mental, ao deixar de estar recoberta e calada por esta, a loucura pode passar a ser uma experiência real com o que ainda não pensamos, com o que ainda não somos” (MACHADO & LAVRADOR, 2001: 53)

O movimento de calar a loucura se relaciona ao movimento de silenciar a heterogênesse da subjetividade em sua potência estética, “em sua polifonia, em sua polissemia, por máquinas abstratas de sobrecodificação que produzem formas dominantes de ser” (MACHADO & LAVRADOR, 2001: 53). São movimentos históricos que possuem conexões particulares, no sentido do impedimento da potência de criação, da estagnação da aprendizagem autopoietica.

A sobrecodificação da subjetividade transforma a democracia e a participação dos cidadãos num problema fictício, colocando em primeiro lugar a “inclusão” por vias sobredeterminadas, por isso a questão da cidadania na agenda social hoje traz paradoxos para a inclusão social. A democracia que se funda na ‘liberdade de expressão’ traz ambiguidades nas condições concretas de realização desta expressão, em canais nos quais a opinião pública é modelada por grandes dispositivos políticos, que por exemplo a mídia dissemina, na organização da ‘ordem pública’.

“As sobrecodificações neutralizam a subjetividade através de opções já demarcadas: o que fazer para ter sucesso, o que fazer para emagrecer, o que fazer para ser feliz...” (MACHADO & LAVRADOR, 2001: 53)

Esse processo de neutralização decorre de uma hierarquia arborescente que tem como contraponto a composição rizomática. Se a subjetividade conduz sua heterogênesse, ela escapa às tabelas de códigos macropolíticos. No lugar da adaptação, pode funcionar a aprendizagem autopoietica, onde não há sujeito com um psiquismo organizado em faculdades interiorizadas. Por outro lado, a captura da subjetividade por controles de ideais hierarquizados e maniqueísmos, em suas dicotomias ontológicas, faz com que “as forças de resistência e o próprio potencial revolucionário se enfraqueçam e se esgotem quando

rebatidos sobre modelos” ao invés de “não decidir sobre alternativas em curso, mas de inventar alternativas imanentes que venham oferecer soluções provisórias aos problemas que se colocam.” (MACHADO & LAVRADOR, 2001: 56)

“Quanto mais a subjetividade estiver esterilizada pelas sobrecodificações, mais ela irá recorrer a indicativos transcendentais para resolução de impasses. Tudo isso produz uma mortificação subjetiva, pois é ativado um processo de adequação aos padrões competitivos da moda, ao ideário do ‘se dar bem a qualquer custo’, enquanto se torna enfraquecida a potência da não captura pelas mesmices, pelos modelos, pelos microfascismos” (MACHADO & LAVRADOR, 2001: 55)

A Reforma Psiquiátrica como *empresa social*, que se relaciona à *produção de subjetividade*, tem como alvo final os microfascismos infiltrados nas relações sociais sobrecodificadas.

“Os processos de sobrecodificação dificultam a criação de sentidos e promovem o desejo de consumo dos sentidos montados a partir das tabelas de códigos, produzindo subjetividades-objetivadas, subjetividades coisificadas” (MACHADO & LAVRADOR, 2001: 55)

A produção de subjetividades sobrecodificadas e neutralizadas não é apenas uma ‘falsa-consciência’ ou ideologia de dominação, nem uma mera forma de pedagogia tradicional, mas uma modelagem profunda de todos os conteúdos e funções dos indivíduos.

“as máquinas tecnológicas de informação e de comunicação operam no núcleo da subjetividade humana, não apenas no seio de suas memórias, de sua inteligência, mas também da sua sensibilidade, dos seus afetos, dos seus fantasmas inconscientes” (GUATARRI, 1992: 14)

A empresa social se relaciona ainda com a desinstitucionalização que tem como centro a discussão da simplificação psiquiátrica fundada no naturalismo da Botânica, presente na inspiração pineliana em Lineu, pai da Botânica, na linguagem classificatória, na oposição *in vitro/ in loco*, na noção de ‘natureza da doença mental’. O “princípio da incerteza” de Heisenberg aplica-se à desinstitucionalização em saúde mental: observar a realidade a modifica e a previsão dos resultados das experiências são apenas probabilísticos, assim como as conclusões a que se chega.

O diagnóstico é o verdadeiro enclausuramento, como uma avaliação *a priori* das potencialidades destruindo a subjetividade. A neurologia contemporânea a partir da obra de Oliver Sacks nos conduz a este questionamento (SACKS, 1995; MINAYO, 1996), ao subverter a noção de “doença” através de casos que desafiam a medicina e a neurologia tradicionais. (Cf. p. 106)

O desafio contemporâneo se apresenta como a reinvenção da subjetividade em subjetividades que se abrem ao processo de singularização implicado numa aprendizagem autopoietica. Uma afirmação da desterritorialização como criação, pela desmontagem dos territórios de referência para uma territorialização como composição de sentidos novos. Nem uma reterritorialização através de “modelos transcendentais que capturam as desterritorializações em máquinas abstratas de sobrecodificação” (MACHADO & LAVRADOR, 2001: 57), nem um colapso existencial, uma ‘overdose’ ou afogamento pela não criação de um plano de consistência com os fluxos desterritorializados.

“Estariam aí os motores da resistência incessante e necessária a todos os tipos de xenofobias, racismos, fascismos. (...) Mais do que acreditar no mundo, seria acreditar (...) naquilo que podemos inventar, pois o real não é o já dado, mas o que criamos.”
(MACHADO & LAVRADOR, 2001: 57)

A clínica pode ter dois sentidos diversos: *Klinòs*, ou ‘leito’, que remete à clínica médica como objetivação da doença e do doente; e *Klinamen*, como ‘inclinação’, deriva ou desvio de um ponto de direção estabelecido, como a possibilidade de bifurcar.

A Clínica como *Klinamen* se refere ao desejo conectado ao social, por isso ela não é uma nova ou melhor técnica, mas “uma clínica liberta de categorias universais modeladoras

e não submissa às tiranias da intimidade” (BENEVIDES et al., 1996 apud NEVES & JOSEPHSON, 2001: 104)

As práticas intimistas que se produzem nas concepções de clínica como espaço do sujeito individual levam à dicotomia entre sujeito e política, indivíduo e sociedade, interior e exterior, ao ligar a subjetividade a uma identidade individual. É a clínica das linhas de segmentariedade duras, “que afirmam práticas políticas de individualização, intimização, evitação da diferença” (NEVES & JOSEPHSON, 2001: 104)

“Pois, como nos apontam Deleuze e Parnet, (1980: 151), indivíduos e grupos são constituídos de linhas de natureza diversa. Linhas de segmentariedade dura (família, profissão, trabalho, classe social), linhas de segmentariedade flexível (fluxos, devir) e linhas de fuga (abstratas, das quais as outras se derivam). Estas linhas são imanentes, ou seja, seu processo é de co-produção e acoplamento, nelas é a relação que define os termos, não há algo de fora que as organize, não há transcendência ou *a priori*.” (NEVES & JOSEPHSON, 2001: 105)

As três linhas existem em ambos os planos, macro e micropolítico, e dentro e fora do Estado. No plano macropolítico, encontra-se a predominância das linhas duras formando um ‘sistema arborescente’ que funciona através da reprodução do poder. No plano micropolítico, no entanto, as linhas se produzem como um ‘sistema de rizomas’, de conexões pontuais a partir de qualquer ponto do sistema, numa multiplicidade heterogênea sem referência originária ou direção teleológica onde não há reprodução, mas processo, tensões e conflitos, combates e dinâmicas provisórias. (DELEUZE & GUATTARI, 1995)

A clínica como potência de criação só é possível ao não separarmos o que é clínica na formação ‘psi’, seja em que corrente ou linha de pensamento se discuta, do que é clínica no sentido da intervenção em instituições, comunidades e cidades. Suas diferenças em cada caso não dependem então das dicotomias reproduzidas pelo sistema e pelos saberes dominantes, e sim do seu potencial de resistência e crítica, transformando a crítica em clínica:

“ ...a clínica como eminentemente política, ou seja, como problematização de valores, sentidos fixos, universais e como possibilidade de conexão com as práticas de ‘invenção de si’ (...)” (NEVES & JOSEPHSON, 2001: 107)

Pois a grande questão é escapar da origem ou do desfecho, escapar das referências de transcendência do dispositivo da clínica. Sair da etiologia como causalidade linear ou absoluta, rachar o diagnóstico como figura de abstração generalizante imposta aos sujeitos, objetificando-os, fugir do prognóstico interpretado sob o primado das entidades clínicas, colocar sob suspeita o desejo de cura como função técnica, profissional. É no cotidiano, ‘entre’ os problemas que se apresentam e as regulações técnico-institucionais que se encontra o espaço da criação e o lugar da singularização das práticas.

“As pessoas sonham em começar ou recomeçar do zero, e também temem onde vão chegar, ou cair. Sempre buscamos a origem ou o desfecho de uma vida, num vício cartográfico, mas desdenhamos o meio, que é uma anti-memória, que é onde se atinge a maior velocidade. Este meio é justamente onde os mais diferentes tempos comunicam e se cruzam, onde está o movimento, a velocidade, o turbilhão” (PÉLBART, 1993: 167)

PARTE III - CAPÍTULO 3:

“Descendo pela Toca do Coelho”: A Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo

1 - “Descendo pela toca do coelho”: A Reforma psiquiátrica como processo social complexo

A diferença entre conhecer o caminho e percorrê-lo é tanto mais valiosa quanto a transformação que este implica. Superar paralisias, exigir-se movimento, num ato de pura força. “A vida, sem mistificação” (“Os ombros suportam o mundo”, Carlos Drummond de Andrade), tomar para si mais problemas reais e menos problemas imaginários (“Instantes”, Jorge Luís Borges). Afinal, “a vida, a vida só é possível reinventada” (“A paixão segundo G. H.”, Clarice Lispector).

Considerando-se o conhecimento sobre as inter-relações entre os problemas da democracia e a Reforma Psiquiátrica ser um campo de pesquisas em desenvolvimento, ainda em aberto e por isso campo de experimentações, as várias e complexas relações que se esboçaram no decorrer desta ‘jornada’ que trouxe até aqui serão situadas em alguns possíveis desenvolvimentos. Indicações de caminhos a serem percorridos. Esta viagem não termina aqui, apenas começa. E não vamos nos sentir pequenos como quando Alice tomou a poção, e encolheu (“Alice no País das Maravilhas”, Lewis Carroll, 1998). Às vezes, ficamos meio como Alice, vendo monstros em camundongos, mas então em algum lugar encontramos o antídoto e voltamos a crescer. Mais parece que a empresa social lembra de um outro momento, em que Alice segue o coelho em sua toca dentro da árvore, e cai no buraco profundo numa queda interminável e para um mundo diferente. Pode então dar a impressão de que estamos caindo no Labirinto, que a missão é fugir encontrando a única saída certa, seguindo o fio de Ariadne. Mas estamos num lugar diverso, em que as saídas

são muitas e aumentam quando não submetêmo-nos à vontade Dela; e do qual não estamos fugindo, porque não é um ‘outro mundo’, é o mundo real que estamos transformando de forma irreversível. Alice até tem tempo de sonhar e dormir durante a longa queda! E descendo pela toca do coelho estamos percebendo um mundo novo, e estamos gostando dele. A Queda deve se consumir. Pluribus et unum. “Uma jornada de mil milhas começa com um simples passo”. Lao Tsé.

Não ser escravo da serpente; esse o maior leit-motiv que impulsiona a empresa social. E a reflexão aqui contida faz essa busca, a de acompanhar alguns sentidos significativos deste pensamento. A madrugada como campo de batalha, cenário de recuperar o “trabalho sobre o que se deteriorou” (WILHELM, 1999: 76). Mas o esforço é positivado. As pessoas em posição chave receberam o fluxo que se constituiu em dissertação.

A tentativa que se propõe é a de fazer ‘dialogar’ a obra de Michel Foucault, privilegiando as análises sobre a loucura, mas não só, com a produção variada da denominada ‘tradição basagliana’, isto é, dos ‘operadores’ da Psiquiatria Democrática Italiana em suas várias personagens, a partir dos trabalhos liderados por Franco Basaglia e seus colaboradores em Gorizia e Trieste, nos anos 60 e 70.

Para realizar tal projeto, foi estabelecido um encadeamento conceitual com uma lógica dotada de uma coerência particular, com o intento de construir ferramentas metodológicas, e esta foi a pretensão afinal. A genealogia é um exercício metodológico no campo das ciências humanas. De um arcabouço metodológico que, de forma mais geral, tivesse a história (da loucura e da psiquiatria) como ponto de verificação e a razão (a filosofia e a ciência), ou melhor, o pensamento como problema; e de forma mais aplicada, que permitisse repensar o conceito de Reforma Psiquiátrica a partir daquele ‘diálogo’ apontado acima.

Daí a estratégia-chave da escolha do ‘dispositivo político’ como ferramenta metodológica que permitia o ‘salto’, a um só tempo, colocar o poder em questão sem cair no estruturalismo, não identificando o Estado como origem, bem como escapar à hipótese repressiva do poder, não identificando o poder com o modelo ‘jurídico-político’. O *modelo estratégico* é a aplicação da genealogia na análise do poder, em que Foucault, usando Nietzsche, pensa na ‘genealogia do poder’. Se a concepção das ‘práticas discursivas’ bifurcou a ‘arqueologia do saber’ na direção da ‘genealogia do poder’, identifica-se o

momento em que ele forja o problema do ‘dispositivo’ como aquele em que a genealogia parece se deslocar para o problema da produção de subjetividade, nas práticas do ‘cuidado de si’ e na ‘estética da existência’ (FOUCAULT, 1999; CASTELO BRANCO & BAETA NEVES, 1998)

Esse é um dos caminhos que foram orientação constante, mas ainda há outro aspecto. O conceito de ‘dispositivo’ foi aplicado ao campo da saúde mental, amparado na genealogia da loucura, e o dispositivo psiquiátrico é então essa formulação fundamental da primeira metade de todo o percurso. Mas o que realmente importa é que com esse referencial metodológico, pode-se pensar a Reforma Psiquiátrica em relação aos dois eixos principais de problemas que serviram de mote: a reinstitucionalização das políticas e a homogeneização das práticas na forma do *aggiornamento*; e a desinstitucionalização como mudança cultural, traduzida na articulação da Reforma Psiquiátrica como empresa social.

Pois o “*dispositivo psiquiátrico*”, que traz consigo as duas possibilidades do conceito de ‘dispositivo’ como ferramenta metodológica (deslocar-se das concepções da hipótese repressiva do poder e do Estado como sua origem), tem ao mesmo tempo alguma novidade em sua leitura da loucura e a enorme utilidade de ser a problematização crítica do poder que abre para novas abordagens de investigação das democracias contemporâneas. Se Foucault em “História da Loucura na Idade Clássica” ainda não havia formulado o conceito de *dispositivo*, mesmo depois de tê-lo formulado, não se tem ressaltado muito esta direção na análise da loucura, em comparação com a abordagem *arqueológica* de “História da Loucura”, que é bastante comentada e destacada no campo das ciências humanas e sociais. Além disso, há uma conexão rica e fundamentada entre a desconstrução do dispositivo psiquiátrico, em seus dois modos dominantes (o dispositivo da doença mental e o dispositivo da saúde mental) e a reflexão sobre a Reforma Psiquiátrica como empresa social. E é nesse terreno que a riqueza da discussão ‘prolifera em toda sua possibilidade’.

A Reforma Psiquiátrica, em seus reflexos e ambiguidades, vêm demonstrando um certo coeficiente de “reinstitucionalização” nas políticas de saúde mental, na configuração de uma certa CAPScização do modelo assistencial, na forma de colocar o ‘serviço’ de saúde mental (no caso, o Centro de Atenção Psicossocial) como “centro” do sistema, como forma primeira ou última, como certa ‘garantia’ de organização da assistência, mas que leva a um minimizar e desvalorizar as ações múltiplas que devem extravazar o serviço, tido como ‘novas acomodações’ para técnicos e usuários (AMARANTE, 2003). É certo, no

entanto, que por estarmos em momento de “transição”, muitos municípios brasileiros ainda estão constituindo a possibilidade de recursos humanos e materiais para prestar assistência onde esta é ausente, e atender em serviços que se constituam fora dos hospitais, onde há assistência manicomial, para que o financiamento seja redirecionado e estes manicômios sejam desativados. E por outro lado, também os instrumentos da legislação e das regulamentações sobre o sistema tem avançado, mas refletem as dificuldades e atrasos do grau de mudanças alcançado pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica que estão sendo implementados. Mas a ‘reinstucionalização’ das políticas de saúde mental ainda assim é desafio atual, e a empresa social sintetiza essa interrogação prática.

Também intimamente ligada a tal desafio está a dificuldade da homogeneização das práticas na forma do *aggiornamento* (CASTEL, 1987). E da mesma forma, se a Reforma Psiquiátrica é uma empresa social, ela é uma ruptura com a mera humanização, com a ‘maquiagem’, com o cosmético que disfarça velhas verdades com novas roupagens. E o dispositivo da desinstitucionalização (Cf. p. 59-69), ao explicitar a ‘motivação’ do dispositivo psiquiátrico, impulsiona à superação do manicômio (Cf. p. 57-84), de tal forma que o resultado seja a ‘reversão do psiquiatriismo’ (Cf. p. 95-97).

O Pensamento Nômade é o “primeiro tempo” da Empresa Social, que aspira a tornar-se máquina de guerra; o dispositivo psiquiátrico é o “primeiro tempo” da micropolítica basagliana, que através da instituição inventada quer fazer implodir a produção da doença mental. A complexidade da Reforma Psiquiátrica (Cf. p. 85-93), é então, tematizada nas cartografias como análises macropolíticas e micropolíticas das linhas de força, e esse é o ‘entremesso’ da passagem do dispositivo psiquiátrico (Cf. p. 46) para a *produção de subjetividade* (Cf. p. 142). A Produção de Subjetividade é o caminho para continuar a ‘guerra’ por outros meios, decodificar o controle disciplinar que realiza a ‘Ortopedia Social’. A empresa social não é panacéia, nem “remédio” (muito menos de ‘última geração’), mas é um instrumento de análise dos dois eixos fundamentais de problemas apontados. Em primeiro lugar, a ‘reinstucionalização’ do modelo assistencial e o ‘aggiornamento’ são denunciados em seus alicerces.

Mas e a questão do segundo eixo? A Reforma psiquiátrica não pode ser pensada como uma intervenção sobre a loucura restrita ao âmbito médico, psicológico ou biológico. Em outras palavras, loucura como problema técnico, numa primeira instância; como problema sanitário, numa segunda instância; e por fim como problema assistencial. Também

aí temos um efeito fundamental ao explorar a empresa social, que é o de lançar a Reforma Psiquiátrica para o exterior destas três instâncias, e assim temos um novo olhar para os regimes de visibilidade criados pelo dispositivo psiquiátrico. Não se trata apenas de uma *gestão da miséria* (ROTELLI, 1990a), realizada no *confinamento* dos incapazes de classes subalternas pelos ‘executores’ da máquina despótica de violência, mas sim de que, como dispositivo de controle disciplinar, o dispositivo psiquiátrico funciona sem espaço físico delimitado, pois se dissemina nas relações sociais. Essa é a mais radical genealogia da subjetividade da forma como foi possível compreender neste exercício do pensamento. À máquina despótica da violência, sobrepõe-se a máquina despótica de microfascismos, na forma da *gestão dos riscos* (CASTEL, 1987).

São muitos os dilemas que se apresentam aí onde o controle disciplinar se sobrepõe às formas de controle ‘ao ar livre’, na sociedade de controle (DELEUZE, 1992), ou dito de outro modo, onde a gestão da miséria se entrelaça com a gestão dos riscos. Este é o cerne da continuação do percurso aqui construído.

Portanto, se a “Parte I” tem como objetivo mais radical, uma sustentação metodológica para a investigação das políticas públicas de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica, consubstanciada nos três dispositivos, temos na “Parte II” algo que se propõe a ousar o ‘ir além’. Fundamentar a análise e a crítica do dispositivo psiquiátrico na produção da doença mental, para instaurar uma ‘instituição inventada’ no processo de desinstitucionalização, já tece o espaço de ressonâncias e conexões no ‘diálogo’ entre Foucault e a tradição basagliana, mas outros desdobramentos são talvez mais importantes, e também aprofundam ainda mais este ‘diálogo’.

A desinstitucionalização como Empresa Social projeta a Reforma Psiquiátrica para a constatação de sua necessidade de desenvolvimento, bem além das disciplinas científicas, das próprias formas de produção de subjetividade, de desenvolvimento da democracia e da cidadania como *práxis* primária em sua implementação. Ir além é então, perceber que os três dispositivos devem apontar não só para os ‘dois modelos de saúde-loucura’ (Cf. p. 81), mas para a multiplicidade de sobreposições entre a gestão da miséria e a gestão dos riscos. Ou, de outro modo, que a empresa social luta não só contra o assistencialismo, mas contra o preventivismo e seu objeto ‘comunidade’, portanto contra certas formas de intervenção ‘no social’ -- não só através da psiquiatria -- mas através da captura dos processos de produção de subjetividade pela sobrecodificação do dispositivo psiquiátrico através de seu

‘circuito psiquiátrico’. O circuito do controle, que se infiltra nas relações sociais, realiza uma serialização das relações entre loucura e normalidade por meio das sobrecodificações, que funciona nas ‘subjektividades mortificadas’.

O controle disciplinar saiu dos espaços ‘fechados’, e o controle ‘ao ar livre’ entrou nos lugares do confinamento, o panoptismo e a vigilância constante agora têm outras configurações. A “crise das instituições fechadas”, característica da sociedade de controle tecnológica (DELEUZE, 1992), do capitalismo mundial integrado (GUATTARI, 1981) transforma as relações de poder contemporâneas.

A ‘mortificação’ do doente mental na instituição total, a partir de Erwin Goffman, é na sociedade contemporânea a mortificação dos loucos e dos normais. A mortificação que é produzida nos loucos é enraizada nas relações sociais, na gestão da miséria e na gestão dos riscos, nas formas de muitos males que afetam a sociedade. O adoecimento e o sofrimento mental em suas muitas faces, tem como contraponto as condições sociais de vida coletiva. A produção de improdutividade é um dos principais resultados do circuito psiquiátrico. A empresa social quer provocar um curto-circuito na sobrecodificação do controle disciplinar para que se abra a possibilidade de sair da neutralização das subjektividades, que transforma a democracia num exercício de dominação e paralisação da emancipação. A singularização dos processos de produção de subjetividade é o meio pelo qual as lutas pontuais e cotidianas ganham sentido em sua potência de ‘organizador’ da democracia.

A reciclagem do ‘lixo’ improdutivo pela sua reinserção no fluxo produtivo da cidade vai para outros caminhos que não o da ressocialização ou da reabilitação como saída à ‘fossa de serpentes’ (Cf. p. 116), já que ao invés de centrar-se a crítica sobre o indivíduo que tem de ser incluído numa sociedade preconceituosa que deve mudar, a preocupação é ‘fazer viver o social’, o que em seu processo já provoca uma mudança dos lugares sobrecodificados na medida em que se mostra em suas realizações concretas, na mudança de vida e sentidos nas pessoas que ‘participam’ da empresa social.

Os regimes de visibilidade criados pelo dispositivo psiquiátrico, nos entrelaçamentos entre a gestão da miséria e a gestão dos riscos, passam para o primeiro plano das problematizações da empresa social. A começar pela constatação de que o controle disciplinar funciona em três tipos de lógica, configurando três tipos de controle social disciplinar: o técnico, o institucional e o jurídico. Nos três, o que está em jogo é a ‘Ortopedia Social’, e sua manifestação nas formas de modelos assistenciais com funções de

“Polícia Médica”, que interessam de forma mais direta no campo da saúde mental (mas também na saúde pública e na assistência social).

O tipo de controle disciplinar *‘técnico’* funciona pelos “especialistas” que possuem a ‘competência’ da explicação correta, reproduzindo os regimes de verdade. O controle disciplinar *‘institucional’* se apresenta, por sua vez, nas instituições reguladoras da ordem política e social. E o controle disciplinar *‘jurídico’* se materializa nas leis e regulações jurídico-políticas em suas várias formas de ‘contrato’, são relações contratuais de controle das regras de competição e cooperação do sistema social. Cada um dos tipos de controle se perdem em seus limites um com o outro, em suas dependências um do outro, a ponto de não podermos sistematizá-los como unidades de análise; sua utilidade é a de que os três tipos são bases para a manifestação tanto da gestão da miséria, quanto da gestão dos riscos.

A eles se opõe uma possível (e terrível) idealização da democracia como ausência ou como impedimento do controle disciplinar, pois a própria democracia tem relações históricas de cumplicidade com o desenvolvimento dos controles disciplinares. Mas que a democracia não se opõe ao controle disciplinar, isso sugere que ao invés de oposição aos controles disciplinares haja escape, escapar aos controles que de qualquer modo efetivamente continuarão se produzindo na democracia, já que não há como promover uma ‘interrupção’ imediata pela revolução em alguma instância de ‘origem do mal’. A disciplina se produz porque não é um sujeito que ‘fala’, é uma ‘voz’ sem sujeito, são discursos e práticas sem sujeito de origem. O controle disciplinar é autônomo, o dispositivo político ‘funciona’ sem uma regulação perfeita, por isso as políticas sociais são uma construção. Mas a empresa social é um protagonismo, são ações afirmativas em saúde mental, não só ações de uma crítica ‘negativa’ ou negação da “instituição total”, no caminho da instituição negada à instituição inventada. Reorientar o modelo assistencial é produzir outras guerras em que a desinstitucionalização é uma empresa social, uma ação de produzir outra cultura que permita ‘viver sem o manicômio’. Há um ‘público’ formado na biomedicina e na psiquiatria, isto é, a população e as comunidades medicalizadas e psiquiatrizadas, são claramente demandantes do mandato social e das tecnologias de cura da medicina e da psiquiatria, e ‘esperam’ que os sentidos produzidos no confronto com os problemas sociais, mentais e físicos, sejam coerentes com tais regimes de visibilidade. Assim, as políticas são construídas na medida em que os dispositivos não podem ser ‘regulados’ pelo Estado ou

pela sociedade civil. Decorre disso que fazer frente aos dispositivos de controle é um *protagonismo social*.

E esta é a hipótese mais ampla deste trabalho, qual seja, a de que não há controle disciplinar capaz de transformar os comportamentos, indivíduos ou comunidades, seja técnico, institucional ou jurídico, no sentido de curar ou reabilitar os ‘incapacitados’ por problemas mentais, e isso tem validade para qualquer processo social complexo de mudança de valores. A possibilidade de que a Reforma Psiquiátrica seja uma transformação histórica da relação social com a loucura e a sanidade só se estabelece no momento em que procedemos à crítica dos modelos assistenciais que em suas motivações impõem controles disciplinares com a finalidade explícita de adaptar socialmente, e a implícita de regular os conflitos sociais. A Reforma Psiquiátrica, como mudança cultural, parte do princípio de que as pessoas só podem mudar suas formas de vida através de uma produção de subjetividades que escapam às subjetividades mortificadas, num apreender a participação social, num exercício concreto de sair da doença e ‘inventar’ democracia, construir direitos e compromissos.

2 - A “gestão” da Empresa Social

A construção da democracia como trabalho da empresa social, a produção de subjetividade como trabalho de mudança cultural, é o que permite romper com a função de “Polícia Médica”. A implementação das políticas públicas de saúde mental é repensada em sua verticalidade, a saúde mental não é questão reduzível aos poucos modelos de saúde pública onde a causalidade biológica funciona como padrão de resolução e ação (o que configuraria a “Polícia Médica”). A epidemiologia e o conceito de ‘risco’ ficam em situação contraditória, pois na Reforma Psiquiátrica, a política pública é “construída” (no sentido inverso ao de uma implementação, ainda que não autoritária, mas normativa) porque a descentralização não se reduz ao ‘poder local’ do governo, nem mesmo ao poder do usuário na formalização dos Conselhos de Saúde, mas se refere à efetiva construção da ‘participação’ da população em um processo social, de muitas “ações deliberativas”, que

superam e vão muito além dos ‘fóruns’ decisórios mais específicos, por exemplo, de caráter administrativo, burocrático ou formal.

Pois que a *‘gestão’ da Empresa Social* é uma investigação sobre a própria democracia na sociedade contemporânea, e de sua possibilidade de ser repensada. Esta é uma das direções de desenvolvimento futuro que se mostram como possibilidade. O próprio termo ‘gestão’ está sob suspeita, já que a empresa social não é uma instituição, nem uma organização pública ou privada, nem menos ainda uma empresa, e como processo social poderíamos pensar que não se trata de ‘gerir’ a empresa social, mas de mobilizar transformações sociais, o que ultrapassa uma possibilidade de gestão enquanto planejamento, administração, execução e monitoramento nos moldes normativos e racionalizados tradicionais, por exemplo, o que se busca deixar claro aqui.

A democracia tem sido pensada por vários autores em seus problemas da participação, da autonomia dos sujeitos e da democratização das relações. Há na idéia de *participação* um problema decisivo, que é o da organização dos grupos de forma a possibilitar a representação de seus interesses em canais adequados, mas essa problemática aponta dois paradoxos: o primeiro, porque as pessoas não participam? Qual é a lógica da ação coletiva? Segundo, como gerar representação organizada dos movimentos sociais sem que isto leve o processo aos mesmos problemas e contradições presentes na formação e no funcionamento das instituições? Gerar organização política leva necessariamente à hierarquização e à verticalização, ao clientelismo e patrimonialismo, à burocratização e à centralização decisória? Esse campo de debates abre novos caminhos na análise de políticas públicas. (MICHELS, 1982; OLSON, 1999; ELSTER & OFFE, 1998; OFFE, 1989)

Neste debate, autores como Manuel Castells, Robert Putnam e Boaventura de Souza Santos, podem oferecer direções inovadoras para a compreensão da democracia. O fortalecimento dos grupos na sociedade em rede, em meio à globalização econômica e cultural (CASTELLS, 1996; 1997); a análise da cultura de solidariedade e das tradições cívicas da formação cultural de um povo ou região, ou país, através da noção de “capital social” (PUTNAM, 1996); e a possibilidade de reinventar a democracia a partir de laços éticos e de um repensar o Estado (SANTOS, 1998; 1994) são algumas peças-chave para aprofundar a questão da democracia, na medida em que trazem elementos para pensar a distinção entre a democracia formal (direitos políticos) e a democracia real (direitos econômicos e sociais), ou entre a democracia abstrata e a democracia substantiva

(GERSHMAN, 1995; BOBBIO, 1988). Os direitos sociais são o centro desta reflexão, no entanto, voltamos ao problema de que os direitos devem ser construídos na empresa social, e não só salvaguardados pela lei, e de que a democracia depende da modificação das relações sociais fascistas e mercantilizadas. Assim, a capacidade de governo e de direção dos “coletivos de trabalho” depende de:

“Pensar não em dispositivos de controle, mas na construção da capacidade de instituir compromissos: a base da co-gestão, ninguém governa sozinho (...) É em nome da sobrevivência, do conforto e do cumprimento de objetivos sociais que a maioria se conforma em viver sem vontade e sem crítica: instrumentos de uma racionalidade que, em razão da sobrevivência de uma parte da humanidade, ignora a própria humanidade das pessoas.” (CAMPOS, 2000: 44-45)

A gestão como instrumento de escape à tensão presente entre controle e autonomia nas instituições e na democracia é uma via para buscar formas de

“Repensar e transformar o Estado, as relações econômicas e sociais, mas também as relações familiares, entre os gêneros, os sistemas de saúde, de educação, as igrejas, partidos, movimentos; alterar, enfim, o modo de gestão das instituições (...) Uma ampliação do espaço tradicional da política e, ao mesmo tempo, uma reconstrução dos modos de se fazer política.” (CAMPOS, 2000: 42)

Nesse universo de debates, se insere a noção de Empresa Social. E muitos outros desdobramentos ainda começam a se insinuar, a assim desenvolve-se um pouco mais das delimitações que originam este conceito-chave da dissertação.

As práticas e culturas que deram origem à noção de “empresa social” na tradição basagliana têm alguns significados específicos que diferem de muitos usos que às vezes se atribui ao termo. Circula-se por ‘empreendimentos sociais’ que vão desde a privatização e a

requalificação da assistência social até as políticas trabalhistas que tentam enfrentar o desemprego ou os novos arranjos políticos de intervenção social do ‘terceiro setor’.

Empresa Social é o nome que foi sendo usado desde 1987, “para dar um nome às novas estratégias dirigidas a enfrentar a crise do trabalho e a crise da assistência em algumas experiências ‘históricas’ de inovação das instituições e das políticas sociais em diferentes lugares da Europa e da Itália” (ROTELLI et col., 1995: 11).

Um dos pontos centrais em relação à ‘empresa social’ parece apresentar alguns aspectos problemáticos. O fato de que a primeira cooperativa de trabalho da reforma psiquiátrica italiana, a ‘Lavoratori Uniti’, tenha surgido como resposta ao problema do trabalho e da reprodução social e econômica dos ex-pacientes internados e dos novos ‘usuários’ de serviços externos, inclusive como recusa às ‘vagas para inválidos’ nas empresas e outros setores de emprego, não significa que a empresa social trata apenas da questão do trabalho, da produtividade ou da geração de renda, como geração de emprego e sustento financeiro para os ‘doentes’ excluídos.

A possibilidade das cooperativas no contexto das políticas sociais democráticas parece ter utilidade para a empresa social não como um fim em si, mas como canal de expressão para novas possibilidades de *sair da improdutividade*, e esse é um dos grandes problemas sociais que nos preocupam hoje. Como os indivíduos atomizados pelo individualismo e pelas relações do capital podem encontrar não só novos modos de sobrevivência e intercâmbios sociais no tecido urbano, mas que no caminho da empresa social, encontrem um know-how de cidadania, um aprender a auto-organizar e gerir mobilização coletiva, em pequenos, médios ou grandes grupos levando ao conhecimento do próprio ‘jogo’ da democracia, de como a negociação, o conflito de interesses e a construção de representatividade civil e política é viabilizada. A Reforma Psiquiátrica expõe ainda que ‘participar’ deste ‘jogo’ não se efetua apenas pelas vias institucionalizadas de representatividade, mas como um tecido de práticas culturais cotidianas.

Por isso, empresa social não se restringe a uma nova gestão do trabalho, ainda que este seja um problema decisivo e impossível de ignorar, mas se conecta a uma transformação das formas de gestão da miséria e de gestão dos riscos pela invenção de práticas sociais que multipliquem, em seu ‘contágio’, as formas de gestão da produção de vida e da ‘invenção’ de saúde, da gestão da fabricação de sujeitos e coletivos organizados para a produção de valores de uso.

Constituir sujeitos e instituições é sempre um processo coletivo, portanto uma co-produção, ou uma co-gestão. O que nos sugere “uma crítica às concepções dominantes sobre modos para analisar e gerir o trabalho em equipe. A idéia de que a gestão é uma tarefa coletiva -- sistemas de Co-Gestão -- e não somente uma atribuição de minorias poderosas ou de especialistas.” (CAMPOS, 2000: 14), remete portanto ao problema da co-gestão e do apreender a democracia, do sair da passividade, do imobilismo. Como se poderia:

“... trabalhar não somente a produção de coisas, mas também a constituição de pessoas e de coletivos organizados ? (...) Repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho. Entendê-lo com uma dupla finalidade: produzir bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos. O trabalho significando não somente um meio para assegurar sustento material, mas também implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades” (CAMPOS, 2000: 13-14).

Isto leva à co-gestão como produção de espaços coletivos com três funções: a clássica, de administrar e planejar os processos e produtos; a política, de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições; e ainda a função de mobilizar “a capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos. Essa potência específica da co-gestão de influir sobre a produção de subjetividade (...) Os espaços coletivos também como lugar de reflexão crítica, produção de subjetividade e constituição de Sujeitos.” (CAMPOS, 2000: 14).

Esse é o problema de analisar e co-gerir instituições. Buscar uma crítica ao padrão taylorista-fordista de organização do trabalho que automatiza e restringe o poder do sujeito em sua capacidade organizativa e criativa nos processos de produção e reprodução social, e que transforma o trabalho em ‘tripalium’, instrumento usado para transportar carga em animais ou escravos, semelhante ao pau-de-arara de tortura. O trabalho como ‘poiesis’, como criação de si e proliferação de possibilidades de relação com o mundo, ao invés do trabalho como tortura. A democratização das relações de trabalho ao invés da

hierarquização e para além da reengenharia produtiva, na qual ‘dar poder ao trabalhador’ consiste em polivalência de funções, aumento da carga de trabalho, amenização da insatisfação no trabalho com o ‘trabalhar em grupo’ ou em equipe e aumento do adoecimento, do stress e do sofrimento, tão característicos dos modelos toyotistas das últimas décadas, mas presente no trabalho ‘imbecilizante’ dos modos do capital, da fragmentação dos próprios trabalhadores, da especialização e divisão do trabalho e da perda de sentido para a atividade laboral na medida em que o ‘trabalho’ se torna ‘emprego’, certamente uma vulgarização do valor social do trabalho. (BARROS et al., 2001)

A disciplina e o controle continuam sendo os eixos dos métodos de gestão, e ainda que a flexibilização do trabalho pareça trabalhar com a autonomia e a “subjetividade” do trabalhador, de fato continua-se produzindo autoritarismo e os “Homens-Boi” de Taylor e sua administração científica (ARAÚJO, 2001: 87). A organização do trabalho ainda é um fator de enfraquecimento da democracia, em suas tradições tayloristas-fordistas ou em suas inovações toyotistas. Mas a análise da organização do trabalho também demonstra que os *Coletivos de Trabalho*, na atividade real do chão de fábrica, fazem com que a produção aconteça graças a uma criatividade insuspeitada. Os Coletivos de trabalho e sua análise, em contraposição ao conceito de ‘Organização’ nas teorias administrativas tradicionais, são uma nova visão do trabalho do ponto de vista dos sentidos que estruturam as relações laborais. (ATHAYDE, 1996)

No entanto, ao desqualificar a subjetividade como um problema do trabalho humano, o modo de organização do trabalho taylorista-fordista parece idealizar a ‘gerência’ e a ‘direção’, essenciais à racionalização do trabalho, com um paternalismo que toma os trabalhadores por ignorantes mesmo em saberes simples, ou que seu saber é inútil frente às normas e regras cientificamente criadas e executadas por especialistas competentes, únicos com capacidade para gerir e determinar como trabalhar, numa infantilização interminável dos trabalhadores. Poderoso mecanismo de dominação, interposto entre o sujeito e suas experiências, os especialismos infantilizam e desqualificam o know-how laboral, e porque não dizer, o ‘saber como viver’ (COIMBRA, 1988). “Para essa lógica, a democracia seria considerada uma irresponsabilidade, como deixar crianças enfrentando sozinhas um mundo desconhecido.” (CAMPOS, 2000: 25). O paternalismo e o clientelismo são problemas recorrentes na política e nas instituições. Tornam o que é ‘público’ esvaziado e paralisado pela mercantilização e pela mercadorização do social.

O excesso de burocratização e gerencialismo também são problemas graves das instituições democráticas, na medida em que os ‘gerentes’ centralizam a capacidade de decisão, através de protocolos que padronizam as condutas diagnósticas e terapêuticas, com um controle do know-how cotidiano dos trabalhadores (seja na assistência social ou à saúde). O grau e profundidade da alienação no trabalho depende da existência ou não de ‘espaços coletivos’ na análise e co-gestão de Sujeitos e Coletivos Organizados. (CAMPOS, 2000: 24-25)

Estes conjuntos de problemas também se mostram como direções possíveis nas pesquisas para explorar a empresa social. A organização do trabalho em suas contradições no interior da democracia afetam as equipes de profissionais, e ao mesmo tempo os grupos de indivíduos excluídos socialmente. Na abertura do hospital psiquiátrico, a empresa social coloca em xeque a ausência de autonomia e participação dos coletivos de pacientes, no processo da passagem da instituição ‘fechada’ para a ‘aberta’, tendo como foco justamente a incitação de espaços coletivos, de co-gestão e questionamento das relações de poder disciplinares, que tradicionalmente imobilizam os sujeitos nas redes de captura das máquinas de sobrecodificação, produzindo subjetividades mortificadas.

“A democracia depende da reformulação do papel de controle dos micropoderes. Analisar os caminhos sociais e institucionais por onde se consolidam a dominação e a libertação. Gramsci (1978) e a idéia dos blocos históricos, e da construção de consenso e hegemonia; Foucault (1979) e a microfísica do poder; Deleuze & Guatarri (1976) com a produção de subjetividade e a micropolítica; Basaglia (1985) com a desinstitucionalização; que apontaram a importância de se ampliar o conceito clássico de democracia e também do que se considerava como sendo práxis transformadora” (CAMPOS, 2000: 42)

As pessoas aprendem a gerir seus recursos quando não é imposta uma ordem predeterminante irrevogável, quando é necessidade colocar problemas no curso das atividades, caso contrário domina a passividade, encoberta como condição da atividade. Nesta direção, o trabalho na empresa social visa gerar valor social agregado,

“uma assistência que realiza um empreendimento, que investe no único capital que possui: as pessoas. Que comece por dar crédito às pessoas. A todas, em princípio. Mediante o reconhecimento de suas capacidades e a criação das condições necessárias para que estas capacidades possam se implementar, utilizar e transformar em algo coerente e real.” (ROTELLI et col., 1995: 12)

E isto também requer sair da repetição infértil de que ‘o mercado exclui’. O mercado não é só isso, ele também cria sujeitos, “e segue sendo um instrumento -- muito imperfeito, por suposto -- de democracia e civilização. O mercado cria sujeitos porque alimenta intercâmbios, encontros, experiências, emoções.” (ROTELLI et col., 1995: 12)

Com as políticas neoliberais contemporâneas, há que se perguntar como a assistência social pode escapar à mercantilização das relações, o que ainda implica em sair da visão negativista do mercado. A democracia como sistema político identificado com o Estado Social, por sua vez, traz para o centro das decisões a reivindicação sobre direitos e justiça social.

“hoje é mais importante que nunca valorizar o Estado Social para reformular seu compromisso original: conectar, criar intercâmbios, contaminações, sinergias entre os que têm trabalho garantido e os vulneráveis, entre a acumulação da riqueza e a disseminação da miséria.” (ROTELLI et col., 1995: 18)

A empresa social não é uma empresa com algo de ‘social’. A empresa social é a estratégia de investir em muitos campos, um deles é o das empresas, mas não o principal. A razão social da empresa social é cooperativa, no que difere da empresa que tem limites quanto à responsabilidade ‘social’, já que na esfera do espaço privado, das relações do mercado, se focalizam os conflitos e alianças entre o capital e o trabalho. O que interessa na empresa social não é o mundo da produção da riqueza, mas sua distribuição ou redistribuição; ela é uma estratégia produtiva, de produzir o social, produzir redistribuição, para que o social, tradicionalmente improdutivo, lugar de custos e gastos, torne-se

‘rentável’, não como fonte de lucro, mas como geração de benefícios de reprodução social, bens, serviços, investimentos, porque a empresa social não é o social como empresa. A empresa social não é assistência com algo de ‘trabalho’, aqui estaríamos no terreno da ‘ergoterapia’, da terapia para o ‘vício’ maior do ócio. Sair da produção da dependência, das relações de domínio e de subordinação pessoal da “instituição total”, mas também de uma *assistência contratual* em que há uma clara assimetria, entre alguém que sofre e precisa de ajuda e outro dotado de competência para dar as respostas, e na qual a dependência não desaparece, ela se transforma

“em dependência impessoal, institucional; se transforma em lealdade e submissão à ordem do discurso e às expectativas de comportamento do serviço e de seus especialistas. A subjetividade e a liberdade da pessoa se reconhecem mediante a atribuição de um único requisito: a pessoa em questão é um assistido” (ROTELLI et col., 1995: 31)

Consequentemente a forma de ‘assistência’ da empresa social é a que permite à democracia expressar-se em relações de participação capazes de encontrar os muitos recursos escondidos ou desperdiçados que possam contribuir com a qualidade do ambiente social.

“as relações constitutivas do primeiro tipo são de dependência pessoal, e a meta principal é a invalidação como ‘desestruturação de si’; as relações constitutivas do segundo tipo são de lealdade institucional fundada na desconfiança e na infantilização e desembocam fundamentalmente na invalidação entendida como redução da pessoa ao papel de assistido” (ROTELLI et col., 1995: 31)

Os direitos de cidadania se fazem concretos pela validação de relações de confiança, não de tipo moral ou psicológico, mas como compromissos que movem as relações institucionais e de intercâmbios sociais em geral, sejam públicas ou privadas. Na empresa

social trabalha-se para conectar o mundo da assistência e o mundo da produção, ligando formação profissional e trabalho, na medida em que se constrói ao mesmo tempo espaços de risco e redes de segurança para os participantes, conquistando e combinando as energias dos contextos locais, e da cidade, numa expansão fundada na dimensão pequena e na diversificação dos campos de ação. Daí a idéia de que a empresa social desenvolve uma atividade restauradora dos recursos do meio ambiente e das capacidades das pessoas, modificando a agenda das políticas sociais, que por sua vez, são influenciadas pela cultura administrativa e institucional de serviços/ produtos de baixa qualidade com preços menores que correspondem a expectativas medíocres, que compete com a empresa social que busca qualidade.

Uma outra via para discutir-se os movimentos de fortalecimento da democracia no campo da saúde mental que merece ser ressaltada é a do *empowerment* como estratégia no movimento de usuários e outros atores da reforma psiquiátrica, nas possibilidades de transformar o cotidiano. É mais uma indicação de conexões que ampliam as pesquisas sobre as relações entre a democracia e seus problemas e a Reforma Psiquiátrica. (VASCONCELOS, 2003)

3 - Heterostase em saúde mental: da instituição inventada à empresa social

Por fim, este é o ponto derradeiro em que as inquietações se dobram em palavras constituindo um estado de coisas. O maior desejo ao lançar este dardo para o futuro é que ele seja ponte para outros, que possa servir como matéria que liga as inquietações ao desafio prático de estar *descendo pela toca do coelho*. Não posso aqui querer *dizer* qual o sentido desta história da Alice. São muitos os sentidos que saltam das páginas, e fixá-los em uma ‘explicação’ seria uma arbitrariedade.

(A velocidade do coelho e seu relógio (que não é só pressa) e a queda que parece não ter fim; a idéia de Alice de que na queda ela aproxima-se do centro da Terra e de que sai do outro lado, onde as pessoas estariam de cabeça pra baixo; a saudade da gatinha Dinah e as perguntas sem respostas; a busca pelas chaves que nunca pareciam caber nas

fechaduras das portas de onde ficou presa; e afinal, ela mesma teve que mudar de tamanho para poder passar pela porta... esses são somente alguns começos da Alice, ‘explicáveis’ segundo a intenção do leitor.)

Também sinto que este seja um marco divisório na minha capacidade de esforço. Assim, também desejo que a consumação desta etapa de formação acadêmica seja um alívio, de que afinal há vida pulsando em mim, já que trabalhar sob pressão virou quase um esporte. (Acho que condensei muitas milhas não percorridas em um galope desatinado que foi um teste de fogo). Tal característica leva a imperfeições que poderiam não existir, mas traz consigo a experiência do ‘mergulho’.

A ambição maior é contribuir para a produção de conhecimento na Reforma Psiquiátrica, levando o estado da arte a novas fronteiras, no caminho do meu amadurecimento profissional, na interlocução com outros atores e pesquisadores.

De tudo o que foi realizado aqui poderia-se dizer algo. No lugar da “torrente de loucos” (de Machado de Assis, em “O Alienista”), encontrei muitos fluxos de vida. Cabe ao futuro o efeito de suas potências revolucionárias. Aqui se concentram as últimas reflexões que foram possíveis.

Em torno da fábula do ‘homem e a serpente’, podemos concluir por exemplo que *a serpente sai, mas não há retorno* -- foi produzido o homem sem vontade, sem desejo. Autonomia corre o risco então de ser identificada como uma tarefa de ‘produzir um sujeito de desejo’ no lugar do doente institucionalizado. Mas a produção de subjetividade não se dá ‘no indivíduo’, mas no social, a clínica não é mais uma remissão de sintomas nem reestabelecimento do equilíbrio, mas a possibilidade de criar relações e manter redes de relações que escapem ao equilíbrio, na medida em que a base da democracia se assenta na possibilidade de que os conflitos sejam não ignorados mas confrontados. Isto quer dizer que a clínica, ao trabalhar com as contradições sociais é definida como uma relação estratégica no campo social -- que pode ser mais ou menos terapêutica de acordo com a possibilidade de lidar com as relações de poder e a produção de problemas, de problematização.

Os problemas precisam ser recriados, por isso o “clínico” na empresa social é um analista ecológico, é um democracista, em seu agir para mudança, frente ao “psiquiatra clínico” (ou psicólogo, ou ainda psicanalista) que é um fascista, em sua manutenção do controle do sistema, na reprodução repetitiva da sua formação técnica. As políticas públicas e o modelo assistencial em saúde mental têm como desafio sair da ‘homeostase’ em que se

encontraram imersos em sua história, e recriar os problemas que não são os mesmos, tendo como referência a idéia de que não há modelo ideal nem procedimento adequado que esteja garantido em sua eficácia ou eficiência. Os conceitos e práticas, bem como os modelos de planejamento ou de organização de serviços, só tem um valor quando inseridos em alguma guerra, quando são usados em tal ou qual experiência, de maneira que por mais ‘limpos’ ou ‘puros’ que sejam os conceitos ‘reformadores’, todos sem exceção não têm valor em si, e podem estar contaminados por capturas diversas.

A busca da empresa social é a de não se fixar na procura de um modelo, de uma resposta, mas de permanecer numa “heterostase”, na construção de formas sempre diferentes de lidar com as contradições sociais e com as situações cotidianas da assistência, saindo da padronização de procedimentos do hospital psiquiátrico, das rotinas previsíveis dos modelos ambulatoriais, e pensar os serviços e estratégias como um ‘organismo autopoietico’, como singular, variável, imprevisível, dependente do local, da equipe, dos usuários, das condições políticas, na construção de atores em que a população não é ‘objeto’ da intervenção. A heterostase é esta possibilidade de pensar a complexidade da Reforma Psiquiátrica, como movimento social sem modelos a serem alcançados. A produção de subjetividade não é uma técnica de cura, é um processo de mudança. A democracia e a cidadania como referências fundamentais colocam duas direções diferentes para o entendimento da produção de subjetividade. Em uma direção, a democracia pode produzir passividade, controle disciplinar que configura as subjetividades mortificadas nas relações sociais, esquizofrenias e neuroses, no sentido da interrupção do processo de vida, em que a ‘paralisia’ e o mal-estar se tornam agudos ou severamente cronificados em indivíduos sem recursos de subjetivação renovadores. A subjetividade-jumento e a subjetividade-vítima (Cf. p. 143) são exemplos, ou mais ainda, temos o stress e a depressão como reflexo proeminente, e porque não dizer quase ‘epidêmico’, da produção de subjetividade nas sociedades de controle. Mas em outras direções, a mobilização, como atividade revolucionária, pode ‘fazer viver o social’, na medida em que a saúde é recentrada na cidade, deslocada do indivíduo, seja no hospital ou no ‘serviço’, e a clínica é uma criação de sentidos, de planos de consistência para novos lugares sociais do louco, e na relação com a loucura. O objeto de intervenção na empresa social não é a doença (como é o objeto da “clínica”), mas as subjetividades mortificadas, e o ‘trabalho terapêutico’ é a produção de subjetividade que faz viver o social.

A empresa social é um *protagonismo social* no sentido de uma construção coletiva de formas de desnaturalizar os conceitos de risco-doença na intervenção no social (DELGADO, 1991: 99). Que o poder pode ser ao mesmo tempo repressivo e produtivo, já está claro na genealogia do poder, na tematização do poder soberano e do poder disciplinar. Mas não é tão simples quanto parece. A Soberania funciona pelo princípio da repressão e a Disciplina funciona em sua positividade, na modelagem dos ‘corpos dóceis’. Ao mesmo tempo, poderíamos pensar que o poder produz morte ou produz vida, e não necessariamente num sentido maniqueísta. Podemos ver que o poder de determinar a morte e de ferir a vida e o poder de gerir a vida e modelar a presença da mortificação das subjetividades não são opostos nem excludentes. Entretanto, o problema aqui é outro: a Gestão dos Riscos é ao mesmo tempo repressiva e produtiva, funciona pela soberania e pela disciplina, porém produz morte. A Empresa Social é ao mesmo tempo produtiva não-disciplinar e repressiva não-despótica, e por sua vez produz vida, pois pode incitar focos de autonomia na produção de subjetividade, ao não modelar esta produção a partir de um *a priori*, e produz vida sem que deixe de ser repressiva no sentido de fazer desinvestir-se nos velhos modelos e demandas, sem que deixe de ‘reprimir’ os circuitos que produzem morte. O risco da empresa social é então o de tornar-se modelo prescritivo, ideal. A idéia de ‘heterostase’ traz para a empresa social a definição de seu processo como um processo de ‘poiesis da saúde mental’, criação de formas de viver a saúde e o sofrimento, em suas contradições, como ‘invenção’ de saúde e produção de vida. A Poiesis do campo da saúde mental se ancora na empresa social em sua heterostase, na busca por estratégias e equipes que se assemelhem a sistemas autopoieticos.

O que se está propondo de maneira clara é uma ‘nova aliança’ no campo da Reforma Psiquiátrica, entre a razão e a loucura, entre o indivíduo e o social, entre o homem e a natureza. “(...) Com o triunfo da visão de mundo newtoniana, parecia que não haveria um lugar para a escolha e, conseqüentemente, para valores.” (PRIGOGINE, 2001: 25), mas na nova complexidade nas ciências,

“O aparecimento das estruturas dissipativas ocorre em ‘pontos de bifurcação’, onde novas soluções das equações não-lineares da evolução se tornam estáveis (...) Nas bifurcações, existem, geralmente, muitas possibilidades abertas para o sistema, das quais

uma é realizada ao acaso. Como resultado o determinismo se quebra (...) A não-linearidade implica a existência de soluções múltiplas. Nos pontos de bifurcação, o sistema ‘escolhe’ entre as várias possibilidades. Aqui reside o significado da ‘auto-organização’, um conceito básico na física do não-equilíbrio. É claro que o vocábulo ‘auto-organização’ já havia sido usado antes, mas aqui adquire um significado novo e preciso” (PRIGOGINE, 2001: 28)

Estamos nos aproximando de uma última indicação feita no decorrer das reflexões, qual seja, a de relacionar o desafio da complexidade em seus avanços nas áreas de conhecimento das ciências exatas com as investigações das ciências sociais e humanas, o que neste caso seria tentar aplicar as novas idéias em torno da irreversibilidade, do não-determinismo, das ‘estruturas dissipativas’, da auto-organização não-linear, aos problemas da Reforma Psiquiátrica. Se a instabilidade em sistemas sociais e as decisões que envolvem a vida humana não podem ser ‘geridas’ por nenhuma regra ou lei determinística, “Cada decisão implica na lembrança do passado e na antecipação do futuro” (PRIGOGINE, 2001: 70). E para lidar com esse fato, as estratégias da Reforma Psiquiátrica podem começar a pensar as contribuições das ciências da complexidade em suas possibilidades de trazer avanços para o campo. As políticas de saúde mental e o processo social da Reforma Psiquiátrica, quem sabe, vão se confrontar com novas necessidades de promover meios de “auto-organização institucional”, e é o que parece delinear-se na construção prática de estratégias mais flexíveis, mais dinâmicas, mais sensíveis às situações de não-equilíbrio que se tornam predominantes no caminho da superação do manicômio e do dispositivo psiquiátrico na empresa social de reinventar a democracia e a própria Reforma Psiquiátrica.

“A manutenção da organização na natureza não é -- e não poderia ser -- atingida por uma administração central; a ordem só pode ser mantida pela ‘auto-organização’. Os sistemas auto-organizadores adaptam-se, muito frequentemente, ao meio ambiente, isto é, reagem às mudanças no meio com respostas termodinâmicas, o que os torna extremamente flexíveis e robustos contra as perturbações das condições externas. Queremos destacar a

superioridade de sistemas auto-organizadores com relação à tecnologia humana convencional, que cuidadosamente evita a complexidade e administra hierarquicamente todo o processo tecnológico. (...) Uma tecnologia inteiramente nova terá que ser desenvolvida para canalizar a alta potencialidade de orientação e regulação dos sistemas auto-organizadores para os processos técnicos. A superioridade dos sistemas auto-organizadores é ilustrada pelos sistemas biológicos onde produtos complexos podem ser formados com insuperável exatidão, eficácia e rapidez” (PRIGOGINE, 2001: 29)

A heterostase tem o sentido de explorar ‘novas estruturas’ ao atingir o não-equilíbrio, novas formas de organização do sistema que não apenas ‘inventam’ a si próprias, mas que inventam as condições da invenção, no processo de escolhas éticas que relevem o passado e antecipem o futuro.

“Um campo relevante é o estudo da física do não-equilíbrio. Perto do equilíbrio, um sistema é estável. (...) Mas em muitos campos, seja na química ou no estudo de fluidos, nosso interesse é com as condições fora do equilíbrio. Existem restrições que evitam que o sistema chegue ao equilíbrio. (...) O ponto mais importante é que, longe do equilíbrio, não existe nenhuma garantia que o sistema voltaria ao seu estado inicial quando perturbado. Ao contrário, o sistema começa a explorar novas estruturas, novos tipos de organizações espaço-temporais, que denomino de estruturas dissipativas (...) A vida seria impossível sem esses processos em estados de não-equilíbrio” (PRIGOGINE, 2001: 70)

São as conjecturas sobre a auto-organização ou auto-regulação em saúde mental, a partir da irreversibilidade e da bifurcação como princípios do funcionamento social e político, que parecem conter indicações valiosas. Neste sentido, mal começou a construção das investigações dessa ‘nova aliança’ entre as ciências exatas e as humanas que abre

horizontes. O ponto de mutação já foi alcançado. Resta enfrentar a vida, e não há dúvida, “Viver bem é a melhor vingança” (TOMKINS, 1972)

“Em minha mensagem às futuras gerações, gostaria de propor argumentos com o objetivo de lutar contra os sentimentos de resignação e impotência. As recentes ciências da complexidade negam o determinismo; insistem na criatividade em todos os níveis da natureza. O futuro não é dado. (...) Minha mensagem às futuras gerações, portanto, é de que os dados não foram lançados e que o caminho a ser percorrido depois das bifurcações ainda não foi escolhido. Estamos em um período de flutuação no qual as ações individuais continuam a ser essenciais. (...) Minha esperança é de que as gerações futuras aprendam a conviver com o espanto e com a ambiguidade.” (PRIGOGINE, 2001: 16; 19)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AAVV 1990. *Saúde Mental e Cidadania*. Plenário dos Trabalhadores em Saúde Mental de SP, Mandacaru, São Paulo, 2ª ed.
- AMARANTE P 1992. A trajetória do pensamento crítico em Saúde Mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: Kalil MEX (org.) *Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*. Pág. 103-119, Hucitec/ Cooperação Italiana em Saúde, São Paulo.
- AMARANTE P 1994. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências e Saúde: Manguinhos*, I (1): 61-77.
- AMARANTE P (org.) 1994a. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- AMARANTE P 1996. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- AMARANTE P et col. 1998. *Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- AMARANTE P (coord.) 2000. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro. Coleção Loucura & Civilização
- AMARANTE P (org.) 2003. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora.
- AMARANTE P & TORRE E 2001. 'História da Loucura': 40 anos transformando a história da psiquiatria. *Revista de Psicologia Clínica da PUC*. Rio de Janeiro, vol 13, no. 1.
- AMARANTE P & TORRE E 2001. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, vol. 6, no. 1, p. 73-85
- AMARANTE P & TORRE E 2001. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: *Revista Saúde em Debate no. 58*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de estudos em Saúde - CEBES, vol. 25, ano XXV

- AMARANTE P & GIOVANELLA L 1994. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: Amarante P (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 113-148.
- AMARANTE P 1982. *Psiquiatria Social e Colônias de Alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, IMS/ UERJ, Rio de Janeiro.
- ANDRADE AN 2001. A 'Psicologia Nietzscheana' no confronto com a metafísica. In: Machado LD, Lavrador MCC & Barros MEB (orgs.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 165-187.
- ANTUNES R 1995. *Adeus ao Trabalho?* Cortez, São Paulo.
- ARAÚJO MD 2001. Alguns olhares sobre a subjetividade nas pesquisas em saúde do trabalhador. In: Machado LD, Lavrador MCC & Barros MEB (orgs.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 77-98
- ASSIS, Machado de 2001. *O Alienista e outras histórias*. São Paulo: Ediouro.
- ASSMANN H 1998. *Reencantar a educação: rumo à sociedade aprendente*. Petrópolis: Vozes, 2a. ed.
- ATHAYDE M 1996. *Gestão de Coletivos de Trabalho e Modernidade: questões para a engenharia de produção*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE/UF RJ.
- BANCO MUNDIAL 1997. *O Estado num mundo em transformação. Relatório sobre o desenvolvimento mundial*. Washington, D.C.
- BAPTISTA et al. 2001. Reforma Psiquiátrica e Dispositivos Residenciais: afirmações e impasses. In: Machado LD, Lavrador MCC & Barros MEB (orgs.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 59-68
- BARROS MEB et al. 1998. A atuação do profissional de saúde em saúde do trabalhador. *Relatório Final de Pesquisa PIBIC - CNPq*, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Federal do Espírito Santo - PRPPG/ UFES.
- BARROS MEB et al. 2001. A atuação do profissional de saúde na área da Saúde do Trabalhador (Especialismos e Saúde do Trabalhador). In: *Revista do Departamento de*

- Psicologia da UFF*, Vol. 13, no. 1 - jan/jul 2001 Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense, p. 55-71
- BARROS MEB & LIMA RRG 2001. Estruturalismos e Regimes de Signos. In: Machado LD, Lavrador MCC & Barros MEB (orgs.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 109-144.
- BASAGLIA F 1981. *Scritti Basaglia I (1953-1968) --- dalla psichiatria fenomenologica a all'esperienz di Gorizia*. Einaudi, Turim.
- BASAGLIA F 1982. *Basaglia scritti II (1964-1980) - dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Einaudi, Torino.
- BASAGLIA F 1985. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Graal, Rio de Janeiro.
- BASAGLIA F 1982a. La malattia e il suo doppio (proposte critiche sul problema delle devianze). In: Basaglia, Franca O. (org.) *Basaglia Scritti II*. Torino: Einaudi, p. 126-146
- BASAGLIA F et al. 1994. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: Amarante P (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 11-40.
- BASAGLIA F 1972. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Debates.
- BASAGLIA FO 1981a. Introduzione generale ed esposizione riassuntiva dei vari gruppi di lavori. In: *Basaglia scritti I*, xix-xliv. Einaudi, Torino.
- BASAGLIA F & ONGARO-BASAGLIA F 1977. *Los Crimines de la Paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*. Madrid: Siglo XXI
- BASAGLIA F & GALLIO G 1991. Vocação terapêutica e luta de classes: para uma análise crítica do modelo italiano. In: Delgado JMF. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, p. 27-51.
- BECKER HS 1993. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. Editora Hucitec, São Paulo.
- BELL D 1977. *O advento da sociedade pós-industrial*. Cultrix, São Paulo.
- BENEVIDES DE BARROS RD 1993. Dispositivos em ação: o grupo. In: Pelbart PP & Rolnik S (orgs.) *Cadernos de Subjetividade*. 1(1), PUC-SP, São Paulo, p. 97-106

- BEZERRA B & AMARANTE P (orgs.) 1992. *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- BIRMAN J & COSTA JF 1994. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante P (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Pág. 41-72, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- BIRMAN J 1978. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*. Graal, Biblioteca de Saúde e Sociedade, vol. 3, Rio de Janeiro, 453 p.
- BIRMAN J 2000. A derrota da Intolerância?!. In: Amarante P (coord.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro. Coleção Loucura & Civilização, p. 95-106.
- BOBBIO N 1988. *Liberalismo e Democracia*. Trad. de Marco Aurélio Nogueira. São Paulo: Brasiliense.
- BODSTEIN RCA 1997 Cidadania e Modernidade: emergência da questão social na agenda pública. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, no. 2, abr/jun 1997, Rio de Janeiro.
- BODSTEIN RCA (org.) 1993. *Serviços Sociais de Saúde: construção de atores e políticas* Relume-Dumará, Rio de Janeiro.
- BODSTEIN RCA 1997a. Políticas e serviços de saúde na perspectiva sociológica (notas metodológicas). In: Canesqui AM (org.) *Ciências Sociais e Saúde*, Pág. 219-226, Hucitec/Abrasco, São Paulo.
- BURKE TJ 2003. *O professor revolucionário: da pré-escola à universidade*. Petrópolis: Vozes, 2a. ed.
- BUSS PM 2000. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 5, no. I: 163-177, ABRASCO, Rio de Janeiro
- CAMPOS GWS 1990. Um Balanço do Processo de Municipalização dos Serviços de Saúde do Brasil. *Saúde em Debate*, no. 28: 24-27, Londrina.
- CAMPOS GWS 1992. Repensando o SUS. In: Campos GWS *A reforma da reforma*. Cap. 4, Hucitec, São Paulo.
- CAMPOS GWS 1993. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. Hucitec, Campinas.
- CAMPOS GWS 2000. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda*. São Paulo: HUCITEC.
- CANESQUI AM (org.) 1997. *Ciências Sociais e Saúde*, Hucitec/Abrasco, São Paulo.

- CARVALHO AI 1996. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis. Saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. I(1): 104-121, ABRASCO, Rio de Janeiro.
- CARVALHO AI 1999. *Política de saúde e organização setorial do país*. Curso de Especialização à Distância Autogestão em Saúde. EAD/ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- CARRANO BUENO A 2000. *Canto dos Malditos*. São Paulo: Lemos Editorial.
- CARROLL L 1998. *Alice no País das Maravilhas*. Porto Alegre: L&PM, Coleção L&PM Pocket, vol. 143.
- CASTEL R 1978 *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. Graal, Biblioteca de Filosofia e História das Ciências, vol. 4, Rio de Janeiro, 329 p.
- CASTEL R 1987. *A Gestão dos Riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Francisco Alves, Rio de Janeiro.
- CASTELLS M 1996. *Sociedade em Rede*. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- CASTELLS M 1997. *O Poder da Identidade*. Editora Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- CASTELO BRANCO G & BAETA NEVES LF (orgs.) 1998. *Michel Foucault: da arqueologia do saber à estética da existência*. Rio de Janeiro/Londrina: NAU/CEFIL/CCBB.
- COIMBRA CMB 1995. Os caminhos de Lapassade e da análise institucional. *Revista do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense*, 7(1): 52-80.
- COIMBRA CMB 1988. *A divisão social do trabalho e os especialismos técnico-científicos*. Trabalho apresentado no Doutorado em Psicologia Escolar da USP, s/l.
- COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL/ SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1987. O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. São Paulo, mimeo.
- CORDEIRO H 1991. *Sistema Único de Saúde*. Ayuri Editorial, Rio de Janeiro.
- COSTA NR 1998. *Políticas públicas, justiça distributiva e inovação. Saúde e saneamento na agenda social*. Hucitec, Rio de Janeiro.
- DE LEONARDIS O 1986. Decostruzione, innovazione: strategie cognitive della deistituzionalizzazione. In: AAVV *La pratica terapeutica tra Modello Clínico e Riproduzione Sociale*. Cooperativa Centro Documentazione, Pistoia.

- DELEUZE G & GUATTARI F 1972. *O Anti-Édipo - Capitalismo e Esquizofrenia*. Assírio & Alvim, Lisboa.
- DELEUZE G & GUATTARI F 1992. *O que é a Filosofia?*. Editora 34, Rio de Janeiro.
- DELEUZE G & GUATTARI F 1995. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 1 a 5, Editora 34, Rio de Janeiro.
- DELEUZE G 1974. Platão e o Simulacro. In: Deleuze, G. *Lógica do Sentido*. [1969] São Paulo: Perspectiva/ EDUSP.
- DELEUZE G 1985. Pensamento Nômade. In: Marton S (org.) *Nietzsche hoje?*. Brasiliense: São Paulo.
- DELEUZE G 1988. *Foucault*. Brasiliense, São Paulo.
- DELEUZE G 1990. *Nietzsche e a Filosofia*. Tradução Antônio M. Magalhães. Porto: Rés.
- DELEUZE G 1992. Post-Scriptum sobre a Sociedade de Controle. In: *Conversações*. Editora 34, Rio de Janeiro.
- DELEUZE G 1992a. *Conversações*. Editora 34, Rio de Janeiro.
- DELEUZE G 1997. *Crítica e Clínica*. Trad. Peter Pél Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34.
- DELEUZE G & PARNET C 1998. *Diálogos*. Trad. Eloísa Araujo Ribeiro, São Paulo: Escuta.
- DELGADO JMF 1991. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha
- DELGADO PG et al. 1997. *O campo da atenção psicossocial: anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Te Cora/ IFB.
- DELL'ACQUA G & MEZZINA R 1991. Resposta à crise. In: Delgado JMF. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, p. 53-79
- DESVIAT M 1999. *A Reforma Psiquiátrica*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- DIAS BARROS D 1994. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: Amarante P (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 171-196.
- DIAS BARROS D 1994a. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. EdUSP/Lemos, São Paulo.
- DONZELOT J 1986. *A Polícia das Famílias*. Rio de Janeiro: Graal
- ELSTER J & OFFE C 1998. *Institucional design in Post-communist societies - rebuilding the ship at sea*. Cambridge, CUP.
- ECO H 1994. *Como se faz uma tese*. Perspectiva, São Paulo.

- FAGUNDES S 1992. Saúde Mental Coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. In: Bezerra B & Amarante P (orgs.) *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Relume-Dumará, Rio de Janeiro, p. 57-68
- FOUCAULT M 1972. *Arqueologia do Saber*. Vozes, Coleção Epistemologia e Pensamento Contemporâneo, Petrópolis.
- FOUCAULT M 1974. *A verdade e as Formas Jurídicas*. PUC, Rio de Janeiro.
- FOUCAULT M 1975. A constituição histórica da doença mental. In *Doença mental e psicologia*. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro.
- FOUCAULT M 1978. *História da Loucura na Idade Clássica*. Perspectiva, São Paulo.
- FOUCAULT M 1979. *Microfísica do Poder*. Tradução e Organização de Roberto Machado. Graal, Rio de Janeiro.
- FOUCAULT M 1979a. Nietzsche, a Genealogia e a História. In: *Microfísica do Poder*. Graal, Rio de Janeiro.
- FOUCAULT M 1979b. O nascimento do hospital. In: *Microfísica do poder*. Graal, Rio de Janeiro.
- FOUCAULT M 1979c. O nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. Graal, Rio de Janeiro.
- FOUCAULT M 1979d. A casa dos loucos. In: *Microfísica do poder*. Graal, Rio de Janeiro.
- FOUCAULT M 1981. *As Palavras e as Coisas*. Martins Fontes, São Paulo, 2ª. ed.
- FOUCAULT M 1983. *Vigiar e Punir*. Vozes, Petrópolis.
- FOUCAULT M 1984. *História da Sexualidade II: o uso dos prazeres*. Graal, Rio de Janeiro, 5a. ed.
- FOUCAULT M 1985. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Graal, Rio de Janeiro, 7a. ed.
- FOUCAULT M 1987. *O nascimento da clínica*. Forense Universitária, Rio de Janeiro.
- FOUCAULT M 1997. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Jorge Zahar Ed., Rio de Janeiro.
- FOUCAULT M 1999. *Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise*. Coleção Ditos & Escritos, vol. 1. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FREIRE COSTA J 1979. *Ordem médica e Norma familiar*. Graal: Rio de Janeiro.
- FREIRE COSTA J 1976. *História da Psiquiatria no Brasil - Um Corte Ideológico*. Documentário, Documenta/Fontes, vol. 3, Rio de Janeiro, 135 p.

- GENTILE DE MELLO C 1981. *O Sistema de Saúde em Crise*. CEBES/HUCITEC, São Paulo.
- GERSCHMAN S & VIANNA MLW (orgs.) 1997. *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- GERSCHMAN S 1995. *A Democracia Inconclusa. Um estudo da reforma sanitária brasileira*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- GOFFMAN E 1974. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Perspectiva, São Paulo.
- GOLDBERG JI 1992. *A doença mental e as instituições – a perspectiva de novas práticas*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- GOLDBERG JI 1996. *Clínica da Psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora/ IFB, 2a. ed.
- GOLDBERG JI 1996a. Reabilitação como processo - o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. In: Pitta, A (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*, pp. 33-47, São Paulo: Hucitec.
- GUATTARI F & ROLNIK S 1987. *Micropolítica: Cartografias do desejo*. Vozes, Petrópolis.
- GUATTARI F 1981. *As três ecologias*. Papyrus, Rio de Janeiro.
- GUATTARI F 1985. *Revolução Molecular: Pulsões Políticas do Desejo*. Trad. de Suely B Rolnik. Brasiliense, São Paulo.
- GUATTARI F 1986 *O Inconsciente Maquínico: ensaios de esquizo-análise*. Trad. de Constança M. Cesar. Campinas: Papyrus
- GUATTARI F 1992. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Editora 34, Rio de Janeiro.
- GUIMARÃES R & TAVARES R (orgs.) 1994. *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*. Relume-Dumará/ABRASCO/IMS/UERJ, Rio de Janeiro.
- HARTZ ZMA (org.) 1997. *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação dos Programas*. ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- HARVEY D 1993. *A condição pós-moderna*. Edições Loyola, São Paulo.
- HECKERT ALC 2001. Os processos de formação na atualidade. In: Machado LD, Lavrador MCC & Barros MEB (orgs.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 69-76

- HEISENBERG W 1987. *Física e Filosofia*. Brasília: Universidade de Brasília, 2a. ed.
- ILLICH I 1975. *A expropriação da saúde*. Nova Fronteira, Rio de Janeiro.
- JUNQUEIRA LP 1997. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: Canesqui AM (org.) *Ciências Sociais e Saúde*, Hucitec, São Paulo.
- KALIL MEX (org.) 1992. *Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*. Hucitec/ Cooperação Italiana em Saúde, São Paulo.
- KASTRUP V 1993. Máquinas cognitivas: da cibernética à autopoiese. In: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 45, n. 1/2.
- KASTRUP V 1995. Autopoiese e Subjetividade - sobre o uso da noção de autopoiese por G. Deleuze e F. Guattari. In: *Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, v. 7, no. 2 e 3, p. 99-108
- KASTRUP V 1997. *Os problemas de aprendizagem e a cognição*. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, mimeo.
- KINOSHITA RT 1997. Em busca da cidadania. In: Campos FCB & Henrinque CM (orgs.) *Contra a maré à beira-mar: a experiência do S.U.S. em Santos*. São Paulo: HUCITEC, 2a. ed., p. 67-77
- KRAEPELIN E 1988. *Introducción a la clínica psiquiátrica*. Madrid, Ediciones Nieva.
- LANCETTI A 2000. *Coleção Saúde-Loucura no. 7: Saúde Mental e Saúde da Família*. São Paulo: HUCITEC
- LEVCOVITZ E 1997. *Transição X Consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS. Um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde – 1974/1996*. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social IMS/UERJ, Rio de Janeiro.
- LÉVY P 1993. *As tecnologias da inteligência*. Editora 34, Rio de Janeiro.
- LOBOSQUE AM 2001. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- LUCERO NAA 1999. Psicologia e Mecanismo. In: Barros MEB (org.) *Psicologia: Questões Contemporâneas*. Vitória: EDUFES, p. 231-248
- LUCERO NAA & NASCIMENTO LC 2001. Tempo e Produção de Subjetividade. In: Machado LD, Lavrador MCC & Barros MEB (orgs.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 153-164
- LUZ MT 1982. *Medicina e Ordem Política Brasileira - Políticas e Instituições de Saúde (1850-1930)*. Graal, Biblioteca de Saúde e Sociedade, vol. 9, Rio de Janeiro, 218 p.

- LUZ MT 1986 *As Instituições Médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 3a. ed.
- LUZ MT 1988. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Campus, Rio de Janeiro.
- LUZ MT 1994. A História de Uma Marginalização: a Política Oficial de Saúde Mental Ontem, Hoje, Alternativas e Possibilidades. In: Amarante P (org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.
- MACHADO R 1979. Por uma genealogia do poder. In: Foucault M *Microfísica do Poder*. Tradução e Organização de Roberto Machado. Graal, Rio de Janeiro.
- MACHADO R 1986. *Ciência e Saber: a arqueologia de Michel Foucault*. Graal, Rio de Janeiro.
- MACHADO R 1990. *Deleuze e a filosofia*. Graal, Rio de Janeiro.
- MACHADO R et al. 1978. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Graal, Biblioteca de Estudos Humanos, Série Saber e Sociedade, vol. 3, Rio de Janeiro, 559 p.
- MACHADO R 1999. *Nietzsche e a Verdade*. São Paulo: Paz e Terra/ Graal
- MACHADO LD & LAVRADOR MCC 2001. Loucura e Subjetividade. In: Machado LD, Lavrador MCC & Barros MEB (orgs.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 45-58
- MARCONDES KA 1997. Física contada para psicólogos – uma perspectiva epistemológica. In: *SOFIA Revista de Filosofia*, Ano III, no. 04, jul/1997, Depto. de Filosofia, Universidade Federal do Espírito Santo, UFES.
- MARTON S 1990. *Nietzsche, Das forças cósmicas aos valores humanos*. São Paulo: Brasiliense.
- MARTON S 1991. *Nietzsche - uma filosofia a marteladas*. São Paulo: Brasiliense, 5a. ed.
- MATURANA H & VARELA F 1990. O que se observa depende do observador. In: Thompson WI (org.) *Gaia - uma teoria do conhecimento*. São Paulo: Gaia, p. 61-76.
- MATURANA H & VARELA F 1995. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. Editorial Psy, Campinas.
- MENDES EV 1993. *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo.
- MICHELS R 1982. *Sociologia dos partidos políticos*. Brasília: Editora da UnB.

- MILAGRES ALD 2003. Eu moro, tu moras. ele mora: cinco histórias diferentes em serviços residenciais terapêuticos em saúde mental. In: AMARANTE P (coord.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora, p. 121-148
- MINAYO MCS (org.) 1995. *Os Muitos Brasis: Saúde e População na década de 80*. Hucitec/Abrasco, São Paulo - Rio de Janeiro.
- MINAYO MCS 1992. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec/Abrasco, São Paulo – Rio de Janeiro.
- MINAYO MCS 1996. Um antropólogo em Marte ou os paradoxos da Saúde-Doença. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 1 (1), p. 157-160.
- MINAYO MCS 1996a. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Vozes, Petrópolis.
- MORAES IHS 1994. *Informações em Saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. Hucitec/Abrasco, São Paulo - Rio de Janeiro.
- MORIN E 1996. *Ciência com Consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- MORIN E 1999. Por uma reforma do pensamento. In: Pena-Vega A & Nascimento EPA (orgs.) *O Pensamento Complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond.
- MORIN E 2000. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo/ Brasília: Cortez/ Unesco.
- MOSÉ VS 1995. *Nietzsche e a Genealogia do Sujeito*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, IFICS/ UFRJ, Rio de Janeiro.
- MOSÉ VS 2001. Stela do Patrocínio – uma trajetória poética em uma instituição psiquiátrica. In: Patrocínio, S. *Reino dos bichos e dos animais é o meu nome*. Rio de Janeiro, Azougue Editorial.
- MS 1986. *Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília.
- MS 1993. *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde . A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*. Ministério da Saúde, Brasília.
- MS 1993a. *Norma Operacional Básica do SUS 01/93. A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*. Ministério da Saúde, Brasília.
- MS 1996. *Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Gestão Plena com responsabilidade pela Saúde do Cidadão*. Ministério da Saúde, Brasília.

- NEVES CAB & JOSEPHSON SC 2001. A crítica como clínica. In: Machado LD, Lavrador MCC & Barros MEB (orgs.). *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 99-108.
- NICÁCIO MFS 1989. Da instituição negada à instituição inventada. In: Coleção *Saúde-Loucura no I*. São Paulo: HUCITEC
- NICÁCIO MFS et al. 1990. *Produzindo uma nova instituição em Saúde Mental. O Núcleo de Atenção Psicossocial*. Santos, mimeo.
- NICÁCIO MFS (org.) 1990. *Desinstitucionalização*. Hucitec, São Paulo. (Textos de ROTELLI, Franco, De LEONARDIS, Ota & MAURI, Diana)
- NICÁCIO MFS 1994. *O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- NICÁCIO MFS 2003. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 279 p.
- NIETZSCHE F 1987. *Genealogia da Moral*. Brasiliense, São Paulo, [1887].
- NIETZSCHE F 2000. *Obras Incompletas*. Coleção Os Pensadores, Abril Cultural, São Paulo.
- NIETZSCHE F 2000a. Sobre verdade e mentira no sentido extra-moral. (1873) In: *Obras Incompletas*. Coleção Os Pensadores, Abril Cultural, São Paulo, 3a. ed.
- NORONHA J & LEVCOVITZ E 1994. AIS-SUDS-SUS: Os caminhos do direito à saúde. In: Guimarães R & Tavares R (orgs.) *Saúde e Sociedade no Brasil: Anos 80*, ABRASCO/IMS/UERJ, Rio de Janeiro.
- OFFE C 1989. *Capitalismo Desorganizado*. Brasiliense, São Paulo.
- OLIVEIRA J & TEIXEIRA SF 1986. *A (Im) Previdência Social Brasileira*. Abrasco/Vozes, Rio de Janeiro.
- OLSON M 1999. *A lógica da ação coletiva*. São Paulo: EdUSP.
- OPAS 1996. *Promoción de la Salud: Una Antología*. Publ. Cient. 557. OPAS, Washington, 403 pp.
- OPAS 1998. *La Salud en las Américas*, vol 1, OPAS, Washington, 368 pp.
- PAIXÃO M & FIGUEIREDO M 1996. Trabalho e Século XXI: You say Goodbye, I say Hello. *Revista Proposta*, no. 70, nov. 1996: 20-26.

- PELBART PP 1993. Tempos de Deleuze. In: Pelbart PP & Rolnik S (orgs.) *Cadernos de Subjetividade*. 1(1), PUC-SP, São Paulo, p. 163-169
- PELBART PP & ROLNIK S (orgs.) 1993. *Cadernos de Subjetividade*. 1(1), Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade - PUC-SP, São Paulo.
- PINEL P 1988. *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o mania*. Ediciones Nieva, Madrid.
- PITTA AM 1984. *Sobre uma Política de Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 161 p.
- PITTA AM 1996. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Hucitec, São Paulo.
- PORTOCARRERO VM 1980. *Juliano Moreira e a Descontinuidade Histórica da Psiquiatria*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 162 p.
- PORTOCARRERO VM 1990. *O dispositivo da Saúde Mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. Tese de Doutorado, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- POSSAS C & MARQUES M 1995. Health Transitions and Complex Systems – A Challenge to Prediction. In: Wilson M; Levis R & Spielman A *Disease Evolution*, New York Academy of Sciences, New York.
- PRIGOGINE I & STENGERS, I 1991. *A Nova Aliança: Metamorfose da Ciência*. Editora Universidade de Brasília, Brasília.
- PRIGOGINE I 2001. *Ciência, Razão, Paixão*. Organização de Edgar de Assis Carvalho e Maria da Conceição Almeida. Belém: EDUEPA
- PUTNAM R 1996. *Comunidade e Democracia - a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: FGV.
- QUIVY R & CAMPENHOUDT LV 1998. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva, Lisboa.
- ROCHA L et al. 1994. *Isto é trabalho de gente?* Vozes, Petrópolis.
- ROLNIK S 1989. *Cartografia Sentimental*. Estação Liberdade, São Paulo.
- ROSEN G 1979. *Da Polícia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro: Graal
- ROTELLI F et col. 1990. Desinstitucionalização: uma outra via, pp. 17-59. In: Nicácio MF (org.). *Desinstitucionalização*. Hucitec, São Paulo.

- ROTELLI F et col. 1990a. Prevenir a prevenção, pp. 65-88. *In: Nicácio MF (org.). Desinstitucionalização.* Hucitec, São Paulo.
- ROTELLI F 1990. A instituição inventada, pp. 89-99. *In: Nicácio MF (org.). Desinstitucionalização.* Hucitec, São Paulo.
- ROTELLI F 1990a. O inventário das subtrações, pp. 61-64. *In: Nicácio MF (org.). Desinstitucionalização.* Hucitec, São Paulo.
- ROTELLI F 1994. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. *In: Amarante P (org.) Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.* Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 149-170
- ROTELLI F et col. 1995. *La Empresa Social.* Buenos Aires: Ediciones Nuéva Visión, Colección La Investigación Social. (De LEONARDIS, Ota, MAURI, Diana & ROTELLI, Franco)
- ROTELLI F 2000. Empresa Social: construindo sujeitos e direitos. *In: Amarante P (coord.) Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade.* Editora Fiocruz, Rio de Janeiro. Coleção Loucura & Civilização, p. 301-306.
- SACKS O 1995. *Um antropólogo em Marte.* Companhia das Letras, São Paulo.
- SANTOS BS 1994. *Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade.* Edições Afrontamento, Porto.
- SANTOS BS 1995. *Um Discurso sobre as Ciências.* Edições Afrontamento, Porto.
- SANTOS BS 1998. *Reinventar a Democracia.* Edições Afrontamento, Porto.
- SANTOS WG 1979. *Cidadania e Justiça: A Política Social na Ordem Brasileira.* Campus, Rio de Janeiro.
- SANTOS WG 1998a. *Décadas de espanto e uma apologia democrática.* Rocco, Rio de Janeiro.
- SARACENO B 1999. *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.* Rio de Janeiro: IFB/ Te Corá.
- SCLIAR M 2002. *Do Mágico ao Social - trajetória da saúde pública.* São Paulo: Editora SENAC São Paulo.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO/COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL, 1982. *O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS). Projeto de Implantação.* São Paulo: SES/SP.

- SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE
1991. Portaria n ° 189, de 19 de novembro de 1991.
- SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE
1992. Portaria n ° 224, de 29 de janeiro de 1992.
- SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE
2002. Portaria n ° 336, de 19 de fevereiro de 2002.
- SELLIGMAN-SILVA E 1983. *Crise, Trabalho e Saúde Mental no Brasil*. Traço, São Paulo.
- SERRES M 1990. *Hermes - uma filosofia das ciências*. Rio de Janeiro: Graal.
- STENGERS I 1989. *Quem tem medo das Ciências? ciências e poderes*. São Paulo: Siciliano.
- TARRIDE MI 1998. *Saúde Pública: uma complexidade anunciada*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ
- TOMKINS C 1972. *Viver bem é a melhor vingança*. Rio de Janeiro: Artenova.
- TUNDIS SA & COSTA NR (orgs.) 1987. *Cidadania e Loucura – Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Vozes, Petrópolis.
- VASCONCELOS EM 2002. *Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Vozes.
- VASCONCELOS EM 2003. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus.
- VENTURINI E 2003. A qualidade do gesto louco na época da apropriação e da globalização. In: Amarante P (coord.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Nau Editora, Rio de Janeiro, pp. 157-184.
- VIANA ALD 1997. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: Canesqui AM (org.) *Ciências Sociais e Saúde*, Hucitec/Abrasco, São Paulo.
- VIEIRA L 1997. *Cidadania e Globalização*. Record, Rio de Janeiro.
- WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
- WHO 1991. *Healthy Cities Project: a Project becomes a Movement*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

- WHO 1998. *The World Health Report 1998: Life in the 21st. Century – A vision for all.*
WHO, Genebra, 241 pp.
- WHO 2001. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental - nova concepção, nova esperança.* WHO/OPAS, Genebra, 173 pp.
- WILHELM R 1999. *I Ching - O Livro das Mutações.* São Paulo: Pensamento.
- YASUI S 1999. *A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico.*
Dissertação de Mestrado, Assis: Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista.
- YASUI, Silvio, 1989. CAPS: Aprendendo a perguntar. *SaúdeLoucura 1*, (A. Lancetti, org.), pp. 47-59, São Paulo: Hucitec.

OBS: As traduções do capítulo 2, tópico II, item 1 (nomes das obras de Franco Basaglia, em italiano) e das citações do livro Rotelli et col. 1995 (La Empresa Social, em espanhol) são de responsabilidade do autor da dissertação.

ANEXO

“Um conto oriental relata a história de um homem que andava enfrentando-se com uma serpente. Num dia em que nosso homem dormia, a serpente, deslizando por sua boca entreaberta, foi colocar-se em seu estômago, e desde então dedicou-se a ditar dali sua vontade àquele desgraçado, que deste modo se converteu em seu escravo. O homem se encontrava à mercê da serpente: não era dono de seus atos. Até que, um belo dia, o homem voltou a sentir-se livre: a serpente havia partido. Mas de repente deu-se conta que não sabia o que fazer com sua liberdade. Durante todo o tempo em que a serpente havia mantido sobre ele um domínio absoluto, o homem havia se acostumado a submeter por completo sua vontade, desejos e impulsos à vontade, desejos e impulsos da serpente, e por isso havia perdido a faculdade de desejar, querer e atuar com autonomia... Ao invés de liberdade, só encontrava o vazio... mas com a partida da serpente perdeu sua nova essência, adquirida durante seu cativeiro. E só foi necessário que aprendesse a reconquistar, pouco a pouco, o conteúdo precedente e humano de sua vida.”

**Fábula oriental, por
FRANCO BASAGLIA
("A instituição negada", 1985: 71)**