UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ANDRÉ RICARDO NADER

Entre a negação do manicômio e a afirmação de um
modelo comunitário: fabricando formas de luta

São Paulo
2017

ANDRÉ RICARDO NADER

Versão Original

Entre a negação do manicômio e a afirmação de um modelo
comunitário: fabricando formas de luta

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como requisito para a
obtenção do título de Mestre em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Orientação: Prof.^a Dr.^a Adriana Marcondes Machado

São Paulo
2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Nader, André Ricardo

Entre a negação do manicômio e a afirmação de um modelo comunitário:
fabricando formas de luta / André Ricardo Nader; orientadora Adriana Marcondes
Machado. -- São Paulo, 2017.

146 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo,
2017.

1. Movimento de Luta Antimanicomial. 2. Reforma Psiquiátrica (Brasil). 3.
Instituições. 4. Formação dos Profissionais de Saúde. 5. Psicanálise e Política. I.
Machado, Adriana Marcondes, orient. II. Título.

Nome: NADER, André Ricardo

Título: Entre a negação do manicômio e a afirmação de um modelo comunitário: fabricando formas de luta

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo como requisito para a
obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof. Dr.:_____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

A Cássia, que torna possível o caminhar em direção ao que vem

Agradecimentos

Não haveria, portanto, começo; e em vez de ser aquele de quem parte o discurso, eu seria, antes, ao acaso de seu desenrolar, uma estreita lacuna, o ponto de seu desaparecimento possível.

Michel Foucault

Um dia, agradei a alguém por ter inaugurado um acontecimento, por ter dado um *pontapé inicial* para que uma série de eventos se desencadeassem, produzindo belos e potentes desdobramentos. Como resposta, recebi uma lição: “Pontapé inicial... sempre penso nisso. Antes deles, acontecem tantos; pontapé é um nó da rede”.

* * *

Os movimentos que constituíram este texto foram disparados por diversas pessoas: *nós* na trama desta escrita. Agradecê-las, portanto, é tão fundamental quanto difícil. Fundamental, pois a escrita que atravessou meu corpo, transformando-se nessa dissertação, não seria a mesma sem esse *nós*. Difícil, porque “antes deles”, desses tais “pontapés iniciais”, “acontecem tantos” outros – e eles vêm dos lugares mais inesperados, com formas muitas vezes estranhas, produzindo desdobramentos incalculáveis e efeitos potentes.

Olhar as coisas assim é se dar conta de que, ao lado daquelas presenças cujos apoios e impulsos foram cruciais, há uma multiplicidade de outros encontros – talvez menos evidentes, mas também decisivos – que possibilitaram a fabricação desta escrita. Agradecer a todos eles, então, torna-se fundamental, mas como? Como dar conta de dizer, a cada um, o que representou nesta escrita?

Imaginei uma renormatização da apresentação de autores no texto, o tal sistema autor-data: aqueles parênteses nos quais se faz a referência de onde determinada ideia foi ‘roubada’ (ABNT, 2015). Renormatização na qual seria possível indicar o *nó da rede* que permitiu aquele pensamento. Assim, além dos autores de livros, artigos, reportagens, filmes, teses e dissertações, seria possível indicar também os *nós*, os autores dos pontapés. Desse modo, seria possível demonstrar a importância de cada um na construção desta escrita. O novo sistema permitiria que aquele comentário fortuito feito ao final de uma reunião de trabalho – produtor de pensamentos, que se tornam ideias, que viram escritos, dentro do texto – ficasse representado pelo nome de seu autor e a data em que foi feito, nos mesmos parênteses do sistema autor-data.

Na ausência dessa norma, resolvo a questão de outra forma. Listo, em primeiro lugar, esse grande grupo de queridos chutadores que, muitas vezes sem saber, incitaram movimentos que se transformaram em linhas escritas deste trabalho: Mauricio Porto, Fernanda Sato, Marcelo Ferretti, Ivens Cavalcante, Marjorie El Khouri, Deborah Sereno, Marcia Innocencio Moreno, Rosangela Ogawa, Julieta Jerusalinsky, Maria Lívia Tourinho Moretto, Camila Morais, Rafael Domenes, Cristina Freire Weffort, Helena Rizzi, Henriette Moratto, Ana Beatriz Coutinho, Paula Fonseca, Marcelo Caro, Elisa Bernal, Aline Milhomens, Anna Carolina Lementy, Thaís Bühner; Marcos Salém, Thiago Melo, Gabriela Urbano, Diego Pereira, Ricardo Santoro, Suely Kfoury, Clarissa Nars, Paula Albano, Maurício Hermann e todos os outros que se aventuraram no experimento que foi o Coletivo de Acompanhamento Terapêutico; Telma, Lucimeire, Mônica, Adriana, Ednar, Viviane, Fátima, Katy, Evandro, Bete, Pio, João Cangirana, José Alcides, Marcos Avino, Sérgio, Mário, Marcello Broccoli, Wilson e Paulinho, meus companheiros na jornada que foi inventar uma vida conjunta no SRT Vila Prudente II, a VP; Sandra Feliciano, Kinha Carvalho Rocha, Mariana Ribeiro, Bruna Oliveira, Natália Vidal, Tiago e Aleide, grandes parceiros nas trilhas do AT com a saúde pública; Vivi, Mirian, Ju, Bia, Bianca, Flávia, Fabi, Dani, Viviane, Fernanda, Luiza, Ivan, Sonia, Patrícia, Nilzete, Maristela, Vivian, Sérgio, Lorena, Leandro, Kauã, Jonathan, Jonathanzinho, Bárbara, Élcio, Marcos Paulo, Pietro e Pedro Henrique, minha turma do CAPSi Brasilândia – cada um de vocês está nestas páginas e, por isso, tenho muito o que agradecer.

De maneira mais ampla, agradeço também às equipes do CAPS Alvorecer, do Núcleo de Ensino e Pesquisa do CAPS Itapeva e do CAPS Vila Prudente; aos alunos do curso de Acompanhamento Terapêutico ContATo e aos cuidantes da Clínica de Cuidado, nosso projeto em Altamira – outros *nós* desta escrita.

* * *

Neste segundo momento, agradeço àqueles que, além de oferecer impulsos ao pensamento, trouxeram o suporte necessário à continuidade dessa empreitada, àqueles que leram meus escritos, ouviram minhas ideias e me acompanharam durante esses dois anos de mestrado:

À sempre inspirada orientadora Adriana Marcondes, por compartilhar as ideias que teve a partir da leitura do meu texto (inclusive por telefone, às nove da noite de uma sexta-feira), pela lista de palavras proibidas, pelos “nada contra, tudo contra”, pelas risadas, pela presença e pelos incentivos. Agradeço, especialmente, por compartilhar uma visão política da escrita, pelo cuidado e precisão na orientação e por ser ótima em *pontapés-nós-da-rede*.

A Marcela, Lívia, Patricia, Lilian, Allana, Diego, Renata e Letícia – meu querido grupo de

orientação – pelas leituras, comentários, brincadeiras, conversar, escritos, força e parceira. Trocamos muito ao longo desse tempo e foi muito bom ser acompanhado e poder acompanhá-los nesse processo de criação de um texto. Agradeço, particularmente, a Aline, amiga querida dos tempos de graduação que virou minha companheira de mestrado: leituras, comentários, brincadeiras, conversar, escritos, força e parceira multiplicaram-se nesse ótimo encontro.

Aos professores Ricardo Rodrigues Teixeira e Roberto Tykanori Kynoshita, que compuseram minha banca de qualificação e me apresentaram com leituras atentas e cuidadosas. A escrita é um fazer extremamente exigente, duro de ser realizado e muitas vezes frustrante; é também algo prazeroso e, entre os prazeres que ela proporciona, está o de ser lido: no todo do texto e nos detalhes, nas linhas e nas entrelinhas, nas ideias que você quer transmitir e nas que vocês desconhece. Foi justamente isso o que me foi proporcionado no exame de qualificação: leituras precisas e preciosas que impulsionaram os movimentos deste trabalho.

A Will Franco, Ilana Katz, Luisa Destri, Cla Motta, Rao Rodrigues, Mari Desenzi, Jú Araújo, Michele Faria, Mayra Xavier, Carol e Gus Valentim, fundamentais leitores deste trabalho. Parece-me impensável aprimorar a escrita sem ser lido. Cada pergunta, discordância, ideia, análise, incomodo, incompreensão, associação livre ou sugestão servem para olhar o texto de outra maneira, reescrevê-lo, aprimorar um argumento ou mudar seu rumo. Nesse sentido, estive mais do que bem servido, podendo contar com leitores dedicados, sensíveis e inteligentes.

À minha família, que ama, apoia, acompanha, aguenta, preocupa-se e incentiva.

A Cássia, esposa, companheira de vida, parceira de trabalho, interlocutora, leitora fundamental, crítica e revisora. Agradecer corretamente a você exigiria repetir cada agradecimento escrito até aqui.

Ao CNPq, agência de fomento de pesquisa que concedeu a bolsa que tornou possível a realização da pesquisa e a elaboração desta dissertação.

Por fim, agradeço aos possíveis futuros leitores e, inspirado em minha orientadora, afirmo: “*Nada contra dar uma espiadinha nos agradecimentos, tudo contra a leitura parar por aqui*”.

Resumo

NADER, A. R. **Entre a negação do manicômio e a afirmação de um modelo comunitário: fabricando formas de luta.** 2017. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

O presente trabalho decorre do questionamento sobre a percepção, os discursos e as práticas relativos à loucura no contexto brasileiro de Reforma Psiquiátrica, defendendo a hipótese de que haveria entraves na relação entre aqueles que se aliam ao pensamento antimanicomial e os sujeitos ditos loucos: entraves sustentados por um paradigma clínico-político que visamos investigar. A racionalidade que organiza esse paradigma é objeto de análise desta pesquisa, cuja intenção é recuperar as noções de movimento e abertura implicadas na proposição central da reforma psiquiátrica brasileira – *por uma sociedade sem manicômios* –, aliando-a à ideia de *comunidade que vem*. Para tanto, apresentamos e discutimos elementos que compõem e delimitam o pensamento antimanicomial: seus fundamentos, suas narrativas e suas práticas – suas formas de luta. Desta análise se observa que a negação do manicômio e a afirmação de um modelo comunitário de atenção em saúde mental, aspectos fundamentais da luta antimanicomial, articulam-se, oferecendo contornos a um pensamento que engendra formas específicas de relação com a loucura. Essa articulação fabrica também fronteiras: limites claros e precisos que distinguem um ideal de comunidade inclusiva de uma sociedade que marginaliza a loucura. A delimitação e o reconhecimento dessas divisas são estratégias importantes, pois permitem visibilizar e tornar pública a violência, os maus-tratos e a exclusão da lógica manicomial, conquistando, assim, o apoio social para a luta. Ao mesmo tempo, trava-se um segundo combate relativo às fronteiras, desta vez em sentido inverso: o confronto é pela dissolução dos limites, pela abolição dos muros reais e simbólicos que segregam a loucura. É nesse desenhar e apagar de linhas que se constituiria uma sociedade sem manicômios. O campo de batalha deste trabalho, enfim, localiza-se também nessas divisas, tendo como objetivo, no lugar de apagá-las ou garantir sua configuração, movimentá-las: muros, fronteiras ou limites, além de aprisionar ou segregar, acolhem, escondem e protegem; ademais, ainda que pareçam claras e precisas, são linhas descontínuas e abertas – contêm furos, movimentam-se e produzem movimentos. É nessa mudança de perspectiva que buscamos mobilizar as fronteiras que vêm definindo nossas lutas, nossos ideais de comunidade e nossos modos de relação com a loucura, a fim de romper com suas formas totais.

Palavras-chave: Movimento de Luta Antimanicomial. Reforma Psiquiátrica (Brasil). Instituições. Formação dos Profissionais de Saúde. Psicanálise e Política.

Abstract

NADER, A. R. **Between the asylum denial and the affirmation of a community-based model: producing ways of struggle.** 2017. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

The present work stems from the questioning about perception, discourses and practices related to madness in the Brazilian context of the Psychiatric Reform, sustaining the hypothesis that there are obstacles in the relationship between those who join the anti-asylum thought and the so-called lunatics: obstacles supported by a clinical-political paradigm that we aim at investigating. The rationality that arranges this paradigm is the object of analysis from this research, which intends to retrieve movement and opening ideas involved in the main proposition of the Brazilian Psychiatric Reform – for a society without asylums – allying it to the idea of the *coming community*. Therefore, we present and discuss elements that compose and delimit anti-asylum thought: its foundations, narratives and practices - its ways of struggle. From this point, we have noticed that the denial of the asylum and the affirmation of a community-based mental healthcare in which fundamental aspects of the anti-asylum struggle articulate themselves offering contours to a thought that engenders specific ways of relating to madness. This articulation also produces boundaries: clear and precise ones that distinguish this ideal inclusive community from a society that marginalizes madness. The delimitation and recognition of these frontiers are important strategies because they enable to make visible and publicize the violence, the mistreatment and the exclusion of the asylum logic, thus conquering social support for the struggle. Likewise, a second conflict regarding boundaries arises, but this time in an opposite direction: the conflict is for the dissolution of the limits, for the abolition of the real and symbolic walls that segregate madness. It is in this drawing and erasing of lines that it would take root a society without asylums. The battlefield of this work, at last, locates itself also on these frontiers that, instead of erasing them or ensuring their configuration, aim to move them: walls, boundaries or limits, that as well as imprison or segregate, also welcome, hides and protect. Furthermore, even if they seem clear and precise, they are discontinuous and open lines, containing holes which also move and produce movements. It is in this change of perspective that we seek to mobilize the boundaries that define our struggles, our ideals of community and our ways of relating to madness in order to break away from their total forms.

Keywords: Movement Against Asylums. Psychiatric Reform. Institutions. Health Professionals Education. Psychoanalysis and Politics.

Sumário

Apresentação.....	10
1.Em movimento, contra a exclusão: da transparência do todo ao inacessível	17
1.1.A comunidade que vem.....	22
1.2.Linhas que traçam uma escrita.....	28
1.3.Paradigma: identidades, linhas e nãoos.....	34
1.3.1. Tema e contexto.....	34
1.3.2. Instante.....	39
1.3.3. Compreensões.....	43
1.4.A subjetividade, o binário e a crítica.....	48
2. Fronteiras antimanicomiais.....	52
2.1.O não ao manicômio.....	54
2.1.1. Antecedentes.....	55
2.1.2. Disputas.....	60
2.1.3. Influências.....	66
2.1.4. Prelúdio.....	69
2.1.5. Imagem.....	75
2.2.A gramática antimanicomial.....	79
2.2.1. A estratégia-filme.....	82
2.2.2. Caso exemplar: poder e dominação.....	86
2.3.O perigo que está em nós.....	93
3.A dura tarefa cotidiana: a liberdade e o vão.....	98
3.1.Liberdade ou prisão.....	100
3.1.1. Um ponto de vista.....	101
3.1.2. Divisas.....	103
3.1.3. Versão brasileira.....	105
3.1.4. Uma narrativa.....	107
3.2.Ideais de inclusão.....	111
3.2.1. Continuidades.....	111
3.2.2. Desinstitucionalização.....	116
Considerações finais – percurso singular de uma luta.....	121
Referências Bibliográficas.....	128
ANEXOS.....	138
ANEXO I – Ata da 1a Reunião Coletivo em Prol da Saúde Mental.....	138
ANEXO II – Carta em repúdio a implementação das equipes mínimas nos Caps.....	142
ANEXO III – Sobre ser qualquer e evitar individualizações.....	145

Apresentação

Joyce então foi vê-lo, para lhe expor o dilema da filha, e disse a Jung: “Aqui estão os textos que ela escreve, e o que ela escreve é o mesmo que eu escrevo”. [...] e Jung lhe respondeu: “Mas onde você nada, ela se afoga”. É a melhor definição que conheço da distinção entre um artista e... outra coisa, que não vou chamar de outro modo que não esse.

Ricardo Piglia

Lucia Joyce, filha única do famoso escritor irlandês de mesmo sobrenome, foi diagnosticada como esquizofrênica na primeira metade da década de 1930. Seu pai, em busca de respostas para o mal que afligia a filha, foi então aconselhado a procurar o renomado psiquiatra suíço Carl Jung, que se tornou terapeuta de Lucia por algum tempo. Em um dos encontros de Jung e Joyce, teria ocorrido o diálogo narrado na epígrafe desta apresentação.

Autor de diversos livros, tais como *Retrato do artista quando jovem* (1916), *Ulisses* (1922) e *Finnegans wake* (1939), o escritor de estilo ímpar – desobediente às lógicas lineares, criador de associações inesperadas e neologismos plurilíngues – defendia, diante de Jung, que a filha pensava e escrevia como ele, logo, não era doente, mas alguém com um talento excepcional, incompreensível aos demais: “Não era possível fazer nem mesmo a menor brecha na muralha que ele construía contra o entendimento da doença de Lucia” (BAIR, 2006, p. 70). O fundador da psicologia analítica, por sua vez, via nela alguém que sofria e precisava de ajuda – uma vítima de sua doença.

Passado algum tempo, já distante de Jung e com a situação da filha piorando, Joyce assumiu a gravidade do caso e, sem outros recursos, acabou internando-a em um hospital psiquiátrico inglês, onde ela passou seus últimos trinta anos de vida.

A diferença localizada por Jung – *onde você nada, ela se afoga* –, isso que ele foi capaz de perceber e nomear, isso que para Joyce era tão difícil discernir, é de nosso maior interesse.

Não pelo seu caráter estritamente psicopatológico, pela acuidade diagnóstica ou por sua veracidade; nem exatamente pelo destino de Lucia, trancafiada em uma instituição e praticamente esquecida da história oficial. Interessa-nos a possibilidade do reconhecimento – num mar vasto, com contornos difíceis de precisar – de que há aqueles que *nadam* e aqueles que se *afogam*.

Em relação à questão psicodiagnóstica, Jung afirmara que ambos, pai e filha, eram psicóticos (BAIR, 2006). Jaques Lacan, psiquiatra e psicanalista francês, outra importante figura a dedicar-se a James Joyce, também debateu a questão da loucura do autor: “Louco, por que, afinal de contas, Joyce não teria sido?” (LACAN, 2007, p. 85). Ambos defenderam, cada qual ao seu modo, que James Joyce – esquizofrênico, louco ou psicótico, pouco importa para nosso argumento –, era alguém que sabia nadar, que *sabia-fazer*. Lacan (2007) discutiu, em seu seminário dedicado a Joyce, justamente o que *possibilita* o nadar de alguns e o que *deflagra* o afogamento de outros.

No entanto, não é sobre essa questão que nos debruçaremos neste trabalho, mas daquilo que permite que ela seja colocada: *a percepção, as ações e os discursos relativos à loucura*. Não serão, portanto, as Lucias, os James Joyces, os gênios psicóticos, os artistas loucos ou os doentes trancafiados em hospícios o objeto de nossa reflexão, mas sim os modos como essas figuras passaram a ser compreendidas por determinado grupo. Afinal, para que se possa pensar sobre o que possibilitaria o nadar ou deflagraria o afogar, é preciso, antes, poder perceber essa diferença.

Se afirmamos que o nosso interesse não é *exatamente* pelo destino de Lucia, o fizemos porque há algo nesse destino, um modo de compreendê-lo e interpretá-lo, que será, sim, foco de nossa atenção. A vida da filha de Joyce sofreu um desvio que certo grupo de pessoas, a partir da segunda metade do século XX, chamaria de *manicomial* e narraria da seguinte maneira: *diagnosticada como esquizofrênica, Lucia Joyce foi objeto de um saber específico, o psiquiátrico, que detém, há três séculos, grande poder sobre vidas que são reduzidas à condição de doentes, silenciadas e afastadas do convívio com os sãos; Lucia foi internada em uma instituição segregativa e lá ficou, esquecida, à espera de sua morte*.

O grupo de pessoas que narraria o destino da filha de Joyce desse modo também defenderia, tal qual seu pai diante de Jung, que ela seria alguém incompreensível aos demais, um talento excepcional tolhido de sua potência por uma norma que empareda as diferenças e

aceita apenas o que lhe é idêntico.

É, portanto, esse *pensamento* que desejaria a não internação de Lucia, ao qual chamaremos de *antimanicomial*, o que interessa a este trabalho: suas narrativas, seus filtros perceptivos, suas modalidades de nomeação e sua produção de práticas. No Brasil, a partir da década de 1970, diversas pessoas, de diferentes campos, uniram-se e constituíram uma luta contra os modos de tratamento dispensados à loucura; luta contra a violência, o poder, a exclusão e o controle dirigidos àqueles reconhecidos como doentes mentais. Luta que tem sua história, seus fundamentos, suas estratégias e suas táticas. Luta que produziu efeitos e conquistou vitórias, alcançando transformações – constituindo visibilidades, instituindo proibições, modificando discursos e criando práticas. Luta, portanto, formativa e formadora daqueles que a ela se aliaram e seguem aliando-se.

As formas de luta contra os manicômios e seus efeitos – formativos e formadores –, conforme propusemos, engendram modos específicos de compreender, por exemplo, o destino de Lucia Joyce. Tais modos nos remetem à história de outro personagem, bastante importante no contexto brasileiro de Reforma Psiquiátrica: seu nome, Arthur Bispo do Rosário.

Confinado por cinquenta anos em um hospício, Bispo, como ficou conhecido, transformou-se, para os aliados da luta contra os manicômios, em um *caso exemplar* daquilo que essas instituições excluíram da sociedade dentro de seus muros. Por trás dos diagnósticos redutores de complexidades, das formas massificantes de regulação dos corpos e das certezas de que a loucura é perigosa e precisa ser trancafiada, encontrava-se um artista genial: um ser humano capaz de produzir belíssimos objetos, verdadeiras obras de arte. Esse é, ao menos, o modo como esse personagem foi apreendido pelo discurso antimanicomial.

Do esquecimento ao tombamento, como demonstra Borges (2010), a figura de Bispo do Rosário foi objeto de uma batalha discursiva entre diferentes campos: louco, artista bruto, símbolo da luta antimanicomial ou representante da cultura de sua cidade natal são algumas das “invenções” em torno da sua figura – cada área do saber, grupo, instituição ou movimento produziu discursivamente um Bispo à sua maneira. Enterrado em 1989, no Rio de Janeiro, tinha em seu atestado de óbito a seguinte anotação: “deixa bens: ignorado” (BORGES, 2010, p. 13). Treze anos depois, foi considerado um artista genial, e seus 802 bens ignorados passaram à condição de obras de arte – patrimônio cultural da cidade do Rio de Janeiro. Diagnosticado como esquizofrênico paranoide pelos psiquiatras da Colônia Juliano Moreira,

passou a ser visto como representante da *art brut brésilien*, em Paris, nas diversas exposições em que suas obras foram apresentadas. Em torno dele construiu-se uma narrativa que relacionava sua arte à sua biografia. Narrativa que conflitava, por sua vez, com a visão dos curadores brasileiros do Museu Bispo do Rosário, para os quais ele deveria ser visto, acima de tudo, um artista – independentemente de seu passado de pobreza, sua vida gasta dentro de um manicômio ou de sua loucura.

Dentre essas versões, está a daqueles que o viam como um símbolo da atrocidade das instituições psiquiátricas: Bispo do Rosário foi tomada como um protagonista da luta contra os manicômios desde os seus primeiros capítulos. Uma reportagem exibida pelo programa *Fantástico*, da emissora Rede Globo, no dia 18 de Maio de 1980, denunciou o horror que ocorria dentro da Colônia Juliano Moreira. Essa reportagem, de grande repercussão nacional, responsável por acelerar o processo de transformação da situação em que os loucos se encontravam em diversas instituições espalhadas pelo Brasil, tinha Bispo como personagem – entre as histórias de alguns internos, a dele também foi contada. Alguns anos depois, foi produzido um documentário sobre ele: *O prisioneiro da passagem* (1982), do psicanalista e fotógrafo Hugo Denizart, que exhibe o horror institucional e a arte de Bispo, realizando, ao mesmo tempo, uma denúncia do sistema manicomial e um elogio da loucura. Enquanto as imagens mostradas no filme confirmavam a caracterização da Colônia como um depósito de loucos, Bispo é filmado cercado de suas criações, empunhando seus belos estandartes e vestindo as roupas e o manto que havia bordado.

Junto à reportagem e ao documentário, a construção de enunciações seguiu sendo realizada em torno da figura de Bispo, visando movimento semelhante ao de Denizart, de denúncia e de elogio. Foi criada, inclusive, uma premiação que leva seu nome – *Prêmio Arthur Bispo do Rosário* –, organizada pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, visando “homenagear esse artista que, mesmo em condições adversas, tornou-se referência para o mundo das artes”¹.

Bispo tornou-se – na batalha discursiva interessada em romper com uma lógica que depreciava o louco, rebaixando-o a uma condição sub-humana – uma referência por sua arte, um símbolo de luta e superação, um modelo a ser reconhecido e seguido. Ele é tomado, tal qual Joyce tomava sua filha, como um artista genial, alguém que *sabia-fazer*, que *nadava*. No

1 <http://www.crsp.org.br/premio/default.aspx>

entanto, algo parece ter ficado obscurecido nessa construção discursiva, algo que o próprio Bispo revelou em um diálogo registrado no documentário de Denizart:

MULHER: É, isso não é qualquer pessoa que tem capacidade. Isso é uma glória pro senhor, né?
 BISPO: Não, não é glória não. Eu faço isso obrigado. Senão não fazia nada disso.
 MULHER: O senhor tem honra em fazer tudo isso?
 BISPO: Não, eu sou obrigado.
 MULHER: Tá muito bem, eu gostei muito dos seus trabalhos (HIDALGO, 2011, p. 125).

Bispo não queria ser artista, não julgava ter um dom e se sentia obrigado a produzir o que veio a ser chamado de obra de arte – “eu escuto uma voz, e é essa voz que me obriga a fazer tudo isso”; não era um prisioneiro apenas do hospital, mas também das vozes que o impeliavam a seguir reconstruindo o mundo através de seus objetos. Capacidade? Glória? Honra? Bispo responde: “não, eu sou obrigado”. Ele nadava ou se afogava?

Inquieta-nos que possa haver no pensamento antimanicomial – assim como houve em Joyce, ao negar a doença da filha, e na mulher que conversava com Bispo, ao ver apenas capacidade, glória, honra e belos trabalhos – uma obstrução da possibilidade de reconhecimento desta distinção: *onde alguns nadam, outros se afogam*. É a partir dessa inquietação que daremos sequência a este trabalho.

Para tanto, percorreremos um caminho que terá na constituição da luta antimanicomial brasileira o seu ponto de partida: dos fundamentos e princípios dessa luta, destacaremos os elementos que nos parecem centrais para o pensamento de uma política antimanicomial. Inspirados por esses fundamentos, rumaremos para uma discussão política mais ampla e, apoiados em discussões sobre o *comum* e a *comunidade*, apresentaremos críticas e proposições que nos servirão como superfície para, a partir delas, analisar os modos como a luta antimanicomial desdobrou-se ao longo das últimas décadas, engendrando percepções, discursos e práticas. Desde esse desdobrar e seus efeitos, explicitaremos os elementos que sustentam nossa hipótese da existência de uma obstrução nos modos de se relacionar com a loucura: com a narrativa de um acontecimento – o encontro de trabalhadores e militantes com uma senhora que parecia se opor aos ideais básicos da luta antimanicomial –, delinearemos as questões que incitam o prosseguimento deste trabalho. Dessas questões, constituiremos um movimento em busca dos limites, das fronteiras do que se entende por antimanicomial: limites e fronteiras que, na necessária e importante tarefa de delimitação de uma luta, provocam um

modo de se relacionar com a loucura.

Da negação do manicômio à afirmação do antimanicomial – afirmação de formas de ver, falar e agir –, buscaremos os *entres*, o fronteiroço. Tomadas como linhas com limites claros, precisos e imutáveis, as fronteiras, que separam e identificam, tornam-se objetos da batalha antimanicomial: ou pelo apagamento de sua existência, dos muros reais e simbólicos que segregam e apartam a loucura da sociedade; ou pela manutenção de sua legitimidade, do delineamento do que são o manicomial e o antimanicomial.

As fronteiras que delimitam o antimanicomial serão, justamente, o campo de batalha deste trabalho. Visamos, em vez de sua manutenção ou de seu apagamento, o seu movimento. Com isso, temos como objetivo explorar seus litorais, buscar recônditas paisagens e estender seu horizonte. A aposta é a de que, com esses movimentos, movimentem-se também as formas de relação com a loucura.

Antes, porém, como ainda ocorrerá muitas vezes ao longo destas páginas, precisamos fazer uma breve digressão, uma torção no fluxo das ideias com vistas a enfatizar outros aspectos da discussão. Na apresentação acima, criamos, como procedimento narrativo para revelar as linhas gerais de interesse desta escrita, uma polarização: ao propormos, junto com Jung, que uns nadam e outros se afogam, produziu-se, imediatamente, uma oposição. Questionar se Bispo nadava *ou* se afogava, na tentativa de complexificar o olhar sobre ele, de permitir a percepção do sofrimento e da necessidade do cuidado para além da genialidade e da beleza da produção artística, tem o efeito de apagar outras complexidades, simplificar questões e aprisionar. Uma delas é explicitada por essa passagem de um estudo sobre o personagem:

[...] certamente, Bispo não é uma marionete exemplar: parecia, ele mesmo ser as mãos e o boneco, porém, as mesmas visões que lhe davam asas e o desprendiam, também o guiavam a ponto de o aprisionarem, como um roteiro do teatro clássico (BIATO; COSTA; MONTEIRO, 2017, p. 971).

Bispo, na visão desses autores, nadava onde se afogava; porque se afogava, nadava: relação que ultrapassa a totalização “ou nada, ou se afoga” – a maioria de nós, aliás, nem só

nada, nem se afoga totalmente, mas se pendura em pedaços de madeira e jangadas improvisadas. Nossa breve apresentação, por sua vez, visando dar visibilidade a algo que nos parece importante, opôs e totalizou esses dois termos: ou nadar, ou afogar – suprimindo suas possíveis mesclas. Entendemos que, no percurso de uma reflexão, de uma escrita ou de uma luta que visam as misturas, o desenhar de linhas que separam e opõem fará parte do jogo de forças. Ao recorrer a procedimentos – como fizemos agora com esta breve digressão – com a intenção de contornar possíveis simplificações e efeitos de aprisionamento, um movimento incessante, incontável e necessário ocorrerá, levando-nos a novas formas onde novas linhas desenharão novos pares opostos. Que esse movimento seja garantido e que, nele, o *entre* que há nos extremos seja acessado, é o que buscamos neste trabalho.

1. Em movimento, contra a exclusão: da transparência do todo ao inacessível

A ideia imaginária do todo tal como é dada pelo corpo – como baseada na boa forma da satisfação, naquilo que, indo aos extremos, faz esfera –, foi sempre utilizada na política, pelo partido da pregação política. O que há de mais belo, mas também menos aberto?
Jaques Lacan

Por uma sociedade sem manicômios, Diga não ao manicômio, Manicômios nunca mais ou *Contra todas as formas de manicômio* são algumas das palavras de ordem organizadoras de uma luta que, em solo brasileiro, existe há mais de trinta anos. Luta contra os manicômios, enquanto instituições violentas e segregativas, e também contra sua lógica, que exclui e silencia a loucura. Luta que tem uma história e uma gramática própria; inimigos e aliados bem estabelecidos; atores, autores, precursores e mentores reconhecidos; e uma política, táticas e estratégias delineadas. Luta *antimanicomial* que nasceu, aliás, sem essa nomenclatura, mas sempre orientada pelo questionamento das instituições psiquiátricas brasileiras – questionamentos combatentes, produzidos por profissionais da saúde mental que se uniram, no final da década de 1970, e fundaram o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Esse gesto inicial da Reforma Psiquiátrica Brasileira se proliferou, acionando novos gestos e produzindo movimentos – movimentos que se expandiram, coordenaram-se com outros, ganharam corpo e, finalmente, estabeleceram-se em torno do nome que hoje reconhecemos: *luta antimanicomial*.

A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil, como qualquer trajetória histórica, não foi linear: ela é composta de diversos momentos, nos quais se acompanham divergências e convergências; transformações, cisões e reagrupamentos que, em diversos níveis – modelos de reforma, modos de organização e concepções epistêmicas –, fundaram uma maneira singular de transformar a psiquiatria brasileira.

Nessa trajetória, um capítulo parece-nos fundamental para a compreensão das formas de luta que se estabeleceram e que organizaram um corpo antimanicomial brasileiro. Posteriormente ao gesto inicial, em meados da década de 1980, com o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental bem estabelecido, pautando discussões e ocupando cargos da

esfera estatal, passaram-se a discutir os rumos que vinham sendo construídos, intencionando uma renovação do Movimento:

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental realizou algumas reuniões para discutir os rumos e as estratégias do Movimento. No documento final destes encontros, refletia-se nitidamente o caráter de renovação do Movimento, quando já chamava a atenção para a necessidade de “desatrelamento” do aparelho de Estado, buscando formas independentes de organização e voltando-se, como estratégia principal, para a intervenção na sociedade. Tal intervenção deveria encaminhar a discussão dos problemas e das formas de solução para o campo de uma ação sociocultural que colocasse no seio da sociedade o debate sobre os variados aspectos relacionados à loucura e à psiquiatria. O lema então consolidado, por uma sociedade sem manicômios, é a mais forte expressão dessa nova estratégia e desta ruptura epistemológica e política (AMARANTE, 2010, p. 80).

Rumos, estratégias, renovação, intervenção e ruptura. Substantivos que carregam a ideia de ação, trazendo consigo a noção de processo. *Por uma sociedade sem manicômios*, emblema maior desse Movimento, é o lema/processo que condensa as aspirações daqueles que se reuniram e seguem reunindo-se em torno do desejo de realizar uma reforma da psiquiatria e dos modos de lidar com a loucura – nasceu, assim, uma forma de luta.

As reuniões às quais Amarante (2010) se refere precederam, e tiveram como um de seus desdobramentos, a realização do II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, no fim do ano de 1987, em Bauru. Marco fundamental da estruturação das formas de luta contra os manicômios, o famoso Congresso de Bauru foi palco de importantes eventos. Pela primeira vez na história do Brasil, dois anos após a população reunir-se nos comícios pelas Diretas Já – na Candelária, Rio de Janeiro, e na Praça da Sé, São Paulo –, ocorreu uma manifestação pública demandando a extinção dos manicômios. Nela, trezentos e cinquenta trabalhadores de saúde mental ocuparam as ruas de Bauru veiculando publicamente uma crítica aos manicômios. Houve ainda a divulgação de um documento/manifesto produzido ao final do congresso: a Carta de Bauru. Nesse documento era defendida a necessidade de um novo passo na *luta contra a exclusão*, uma ruptura com as formas que vinham se estabelecendo nessa luta². Para tanto, negava-se de forma radical a ideia de que bastaria modernizar os serviços de internação: era necessário extingui-los. Ademais,

2 Diversas lideranças do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, na primeira metade da década de 1980, passaram a ocupar cargos na gestão pública, contribuindo para a implementação de políticas que reordenassem o modelo privatizante e hospitalocêntrico vigente. Ao mesmo tempo, tal ocupação tornou-se uma preocupação com a possibilidade de que o movimento estivesse institucionalizando-se e confundido-se com o Estado. Havia, então, um desejo de desatrelamento e independência para que fosse possível refletir sobre as práticas que se estabeleciam e criticar o discurso oficial (AMARANTE, 2010; YASUI, 2006).

propunha-se a criação de outros modos de organização do próprio Movimento, de novas alianças – com movimentos populares e sindicais –, objetivando a ampliação da luta para todos os tipos de opressão, ou seja, todas as formas de manicômios da sociedade, “a opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres” (MANIFESTO DE BAURU, 1987, p. 1).

Tais acontecimentos transformaram o Congresso de Bauru em um marco na trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, um “marco fundador desta nova perspectiva ética, teórica e técnica de convivência da sociedade com seus loucos” (MLA, 1993 apud SCARCELLI, 1998, p. 26). A partir dele, o Movimento de Reforma Psiquiátrica radicalizou-se – resgatando suas origens. Esse resgate consistiu na recuperação do tom de denúncia contra a psiquiatrização e contra as formas de institucionalização, conforme a carta manifesto. Ao resgaste se somaram as estratégias de levar essas denúncias e discussões à sociedade, ampliando a participação no Movimento e superando, assim, um modelo de participação exclusivamente técnico. Para Scarcelli (1998), o Congresso de Bauru representou um momento de superação do próprio Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental. A autora – e militante –, ao falar de superação, refere-se à proposta de ampliação da participação, com a inclusão de outros movimentos sociais e, em especial, das associações de usuários e familiares de serviços de saúde mental. Tal ampliação teve como fruto o nascimento do Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), no qual se uniam aos trabalhadores em saúde mental esses novos atores. A união transformou o movimento de reforma da psiquiatria no Brasil, fazendo-o avançar da posição de um movimento de trabalhadores em saúde mental para um movimento social mais genérico, ampliando seu caráter teórico e técnico na direção de um olhar mais abrangente e de uma intervenção sociopolítica (SCARCELLI, 1998).

Esse é o contexto do fortalecimento de uma tendência de reforma psiquiátrica: tendência que passou a ser nomeada e reconhecida como uma “luta” e que traz, como seu princípio fundamental, o *não* à exclusão imposta à loucura pela lógica manicomial. Princípio que foi adotado da maneira mais universal possível, fazendo do ‘não excluir’ uma máxima para todos os âmbitos: não bastaria que a loucura saísse dos manicômios – ela deveria, também, poder ocupar todos os espaços sociais; inclusive, e principalmente, o do próprio Movimento: “a materialização [de uma] improvável possibilidade, de que sujeitos tidos como loucos venham ter participação política ativa em um movimento social” (SILVA, 2003, p. 85). Percebe-se,

nessa forma de luta, uma tentativa de construir possibilidades de estar junto, de conceber coletivos de outros modos, de ampliar a participação comum:

Compomos hoje um coletivo, onde as várias vozes dos diversos segmentos da sociedade ecoam em uníssono: 'Por uma Sociedade Sem Manicômios'. Usuários, técnicos e familiares fizemos da luta contra a exclusão *uma tarefa comum*... O Movimento antimanicomial saiu mais fortalecido, mais confiante na nossa capacidade de reinventarmos a vida e, entre outras coisas, contribuímos com a reforma psiquiátrica brasileira (MLA, 1993 apud SCARCELLI, 1998, grifo nosso).

Nasce assim uma política de luta contra os manicômios. Política que passa a exigir a construção de uma *tarefa comum* entre diferentes grupos ou pessoas e suas formas de perceber, falar e agir.

O que pretendemos frisar neste início de trabalho, a partir de um recorte bastante específico da história da reforma psiquiátrica brasileira³, são, portanto, duas características que se misturam e se confundem no fundamento dessa luta/movimento contra os manicômios. Características gestadas nesse momento histórico aqui apresentado e que nos parecem de fundamental importância – se é em torno do combate à exclusão da loucura em nossa sociedade, condensada na concretude do manicômio, que se organiza a luta, esse combate não deveria se dar sem a atenção a essas duas características. A primeira se refere à necessidade de construir socialmente, assim como no centro do próprio Movimento, uma tarefa *comum* entre as diferenças: *não excluir*, mais do que ponto de chegada, é condição de um processo. A segunda, intimamente ligada às definições das palavras *processo* e *movimento*, refere-se à vontade de trilhar um caminho ininterrupto, aberto e em constante transformação:

O Movimento da Luta Antimanicomial buscou manter ao longo dos anos uma singular e importante peculiaridade: a de *existir como um movimento*, sem se tornar uma instituição, não há uma sede, ficha de inscrição ou rituais de filiação. Existe como uma utopia ativa, prenhe de desejos e ideais de transformação, e como materialidade na prática cotidiana de profissionais, familiares, usuários e tantos outros que se identificam com seu ideário. É, fundamentalmente, um dispositivo social que *congrega* e *articula* pessoas, trabalhos, lugares (YASUI, 2006, p. 41, grifo nosso).

Entendemos então que, em torno do lema/processo *Por uma sociedade sem*

3 Traremos mais elementos dessa história no Capítulo 2 deste trabalho.

manicômios, existe a proposta de que se constitua uma luta *em movimento* empenhada em superar, na prática cotidiana, o desafio de *congregar* e *articular* diferentes pessoas, trabalhos e lugares. Em outras palavras, objetiva-se construir um modo de organização social não excludente e que não cesse de se transformar: *uma comunidade que vem*.

1.1. A comunidade que vem

Se de fato há hoje um sequestro do comum, uma expropriação do comum, ou uma manipulação do comum, sob formas consensuais, unitárias, espetacularizadas, totalizadas, transcendentalizadas, é preciso reconhecer que, ao mesmo tempo e paradoxalmente, tais figurações do ‘comum’ começam a aparecer finalmente naquilo que são, puro espectro [...] – e é quando eles assim, esvaziados de sua pregnância, se revelaram como clichês, isto é, imagens prontas, pré-fabricadas, esquemas reconhecíveis, meros decalques do empírico, somente então pôde o pensamento liberar-se deles e abrir-se para outras dimensões do comum.

Peter Pál Pelbart

A reflexão e a ação política em busca da produção de sociedades menos violentas e segregativas não foi uma exclusividade brasileira ou do campo da saúde mental. Nas décadas de 1980 e 1990 na Europa, em especial na França e na Itália, deu-se um intenso debate em torno do potencial da coletivização, que ambicionava reacender o ideal político da comunidade. Conceito espinhoso e plural que, entre os europeus, “evoca momentos sombrios da sua história, vinculadas ao nazifascismo”, enquanto “para os países do hemisfério sul, sugere uma ordem alternativa de existência, pensamento e postulado capaz de engendrar novos e novíssimos formatos de existência” (PAIVA, 2007, p. 13). Na Europa, a partir a década de 1950, o ideal comunitário passou a ser combatido, sendo substituído, em grande parte do continente, pelo retorno de uma política individualista liberal – que já caminhava na direção de seu aprimoramento neoliberal. Esse combate se deu justamente pelo destino que os ideais comunitários tiveram na primeira metade do século XX.

O desejo de construção de uma comunidade coesa e funcional, capaz de fazer prosperar uma nação, orientou diversas transformações políticas nos países europeus após a Primeira Guerra Mundial. Da Revolução Russa em 1917 à ascensão dos partidos fascistas na Itália e na Alemanha nas décadas de 1920 e 1930, as propostas comunitárias, ainda que de matizes políticas variadas, organizaram-se em torno do imperativo de que o bem comum da nação devia ser sobreposto aos interesses individuais. Na Alemanha, por exemplo, o nazismo se fortaleceu com a promoção da ideia de uma *Volksgemeinschaft*, uma *Comunidade Popular* – única, indivisa e total –, enquanto na Rússia se construiu uma revolução social em busca da alternativa comunista (HOBSBAWN, 1995). Grosso modo, o que aproxima movimentos políticos tão distintos como esses são dois pontos principais: a oposição ao individualismo

proveniente dos ideários liberais da Revolução Francesa e a aspiração a construir um movimento universal; a reunião do todo em torno de uma proposta comum. Dessa aspiração produziram-se consequências similares – um terceiro ponto de aproximação desses movimentos: tanto na União Soviética, com a guinada autoritária do regime stalinista, como na Alemanha nazista, viu-se a produção de regimes totalitários, violentos e intolerantes com as diferenças. Os acontecimentos mais emblemáticos que sintetizam essa violência e intolerância são os *Konzentrationslager* alemães e os *Gulags* soviéticos – ambos campos de concentração, de trabalho forçado e de extermínio que foram concebidos para excluir e eliminar quaisquer inimigos, traidores, opositores ou obstáculos que se interpunham a esses regimes; ambos concebidos a partir de uma aparato extrajurídico, ou seja, prescindindo da necessidade de instrumentos legais, tais como reunião de provas, julgamentos, apelações; e sempre em nome de um bem comum⁴.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial em 1945, quando a Alemanha nazista foi derrotada, e com a morte de Joseph Stalin em 1953, quando os crimes cometidos pelo governo stalinista foram divulgados para o mundo, viu-se o declínio dos regimes totalitários na Europa. A partir de então, houve o crescimento de uma tendência política individualista – liberal e neoliberal – que, opondo-se ao ideal do universal, inflacionou nas décadas seguintes a lógica dos particularismos:

[...] o espetáculo das lutas políticas e sociais dos anos 1990 parece nos confrontar, como foi dito, com uma proliferação de particularismos, enquanto o ponto de vista da universalidade vai cada vez mais sendo posto de lado como um sonho totalitário ultrapassado (LACLAU, 2001, p. 54).

Os particularismos, ao se oporem ao totalitarismo estatal, eliminam também “um importante aspecto que subjaz ao projeto comunitário, a saber, a solidariedade” (RAMOS, 2010, p. 1). Intencionando uma renovação política a partir da crítica tanto dos regimes totalitários quanto do liberalismo e visando uma releitura das possibilidades comunitárias, diversos autores, tais como Maurice Blanchot⁵ e Jean-Luc Nancy⁶, na França, e Giorgio Agamben⁷ e Roberto Espósito⁸, na Itália, publicaram trabalhos a esse respeito.

4 Franco Basaglia, em sua visita ao Brasil, comparou os manicômios que visitou, justamente, aos campos de concentração desses regimes totalitários. As semelhanças eram gigantescas; tanto na condição de vida das pessoas quanto na função social e no estatuto jurídico em que se baseavam.

5 *La Communauté inavouable*, de 1983 (*apud* RAMOS, 2010).

6 *A comunidade inoperada*, também de 1983 (NANCY, 2016).

7 *A comunidade que vem*, de 1990 (AGAMBEN, 2013).

8 *Communitas: origine e destino della comunità*, de 1998 (*apud* ESPOSITO, 2007)

Em seu livro *A Comunidade Inoperada*, Nancy (2016) demonstrou como havia, nos regimes totalitários, a ideia de construção de uma identidade comum, de um “nós” abstrato e homogêneo responsável por fazer do comum um mecanismo de contínua exclusão e segregação. Refletindo a respeito de outras formas de constituição desse “nós” e desse comum, o autor recorreu a um pensamento não essencialista do humano e da comunidade, fazendo deles não mais um ideal a ser alcançado, mas algo incompleto, inacabado, sem parâmetros identitários pré-definidos e livres de um modelo de realização plena – contrariando assim a compreensão metafísica da comunidade e de seus integrantes, segundo a qual tanto o indivíduo quanto o Estado seriam entes acabados e fechados em si mesmos; ao mesmo tempo origem e certeza do que virá⁹ (NANCY, 2016).

Na esteira dessa discussão, o italiano Giorgio Agamben, em 1990, diante da queda do muro de Berlim e do fim do socialismo real, acrescentou ao debate inaugurado na França o ensaio *A Comunidade que vem* (2013), um livro inquietante, dividido em capítulos curtos e fragmentários que apresentam um estilo aforismático e repleto de referências¹⁰. Utilizando-se “de pequenos enunciados, anúncios ligeiros, interrupções, saltos, lacunas e silêncios” (SEDLMAYER, 2008, p. 140), o livro dá a ver uma política que vem, na qual *que vem* não significa futura, mas algo que “está sempre chegando no meio de uma coletividade e é, justamente, porque nunca acaba de chegar, que ela resiste ao coletivo e até mesmo ao indivíduo” (ANTELO, 2007, p. 29) – resiste a ambos, coletivo e indivíduo, quando são pensados e propostos enquanto formas prontas, acabadas ou totais.

Propondo-se a mostrar, a partir do próprio estilo de escrita, um *como fazer*, Agamben (2013) apresenta, no decorrer de seu livro, uma série de personagens, histórias, conceitos, debates e descrições etimológicas que travam combate contra uma política identitária, universalista e metafísica¹¹. Assim, ele busca romper com a noção de uma comunidade que

9 Indivíduo e coletivos compreendidos a partir dessa lógica são alvos da crítica de Nancy. Nesse sentido, políticas liberais ou Estados totalitários assemelham-se em um mesmo tipo de fechamento ontológico: “de um lado, na expansão global do liberalismo individualista e, de outro, no comunitarismo totalitário é preciso compreender que à base das ideias de indivíduo e de totalidade, do particular e do universal, do local e do global encontra-se a firmeza de uma tese ontológica que define ser como o que é em si mesmo, como ser-si-mesmo, em, por e para si mesmo” (SHUCBACK, 2016, p15).

10 Tais como Aristóteles, Melville, Heidegger, Benjamin, Wittgenstein, Spinoza, Frege, Russell, Platão, São Tomás de Aquino, Debord, Kant entre outros.

11 *A comunidade que vem* é uma obra que encampa uma gama de discussões: políticas, éticas, estéticas, linguísticas e filosóficas. A partir delas, e de como a obra é construída, propomos uma leitura possível, concentrada na crítica de um modelo de comunidade e na produção de aberturas que promovam um pensamento acerca de uma comunidade indeterminada e inessencial. Para outras discussões a respeito desta

seria um valor supremo a ser alcançado, uma comunidade que faria de seus integrantes atores “imbuídos de uma tarefa ou missão a cumprir, a saber, lutar pela realização do destino histórico deste valor que se encontra acima deles” (RAMOS, 2010, p. 6).

Dissemos que Agamben opõe-se à construção de uma política identitária, universalista e metafísica. Ainda que esses planos se misturem e se confundam – especialmente em sua escrita, que parece buscar garantir essa mistura –, faremos um breve exercício didático para, a partir dele, dar a ver algumas das estratégias utilizadas pelo autor que interessam a este trabalho. Começemos pela desconstrução da ideia de uma política identitária, ou seja, de um modelo comunitário no qual as alianças se dariam por uma identidade comum. É importante assinalar aqui, previamente, que os conceitos da comunidade e do comum variam, sendo utilizadas com acepções diversas. Tanto Agamben quanto Nancy criticam aquilo em que se tornaram a comunidade e o comum nos regimes totais, onde o pertencimento à comunidade definia-se por uma adesão *como-um*; idêntica ao único modelo aceito, reunida em torno do *um* unificador, encarnação do universal. Trata-se, portanto, de colocar em questão tal lógica identitária de pertencimento – ser *como-um* para pertencer – subjacente às noções de comunidade e comum. Para operar tal crítica, Agamben rediscute essas categorias em seu ensaio, revelando os paradoxos e o impossível engendrados em tais noções. É nesse sentido que comunidade passa a ser adjetivada – *que vem* –, inserindo-se em uma lógica do movimento que impossibilita seu acabamento, enquanto o comum é trabalhado lado a lado com um outro conceito, o *qualquer*.

Contrariando a concepção de uma identidade *como-um* – na qual ser católico, ser brasileiro ou ser corintiano, por exemplo, definiriam a pertença a uma irmandade, pátria ou agremiação –, Agamben forja o conceito de *qualquer*; aquele que teria como *comum* o fato de importar e pertencer independentemente de seus predicados, de suas características identitárias: “o ser tal que, *de todo modo*, importa” (AGAMBEN, 2013, p. 10, grifo nosso). O pertencimento deixa de ser um dado fixo, um 0 ou um 1, que definiria estavelmente a inclusão ou a exclusão, passando a ser uma construção móvel, inacabada e paradoxal: inclusões momentâneas produzem novos agrupamentos – novas comunidades – que por sua vez têm suas formas de pertencimentos redefinidas, provocando novas exclusões e novas inclusões e reiniciando esse movimento infinitamente; o *qualquer*, portanto, importa, *de todo modo*,

obra, ver Ramos (2010), Sedlmayer (2008), Salvetti (2014) e Sedlmayer, Guimarães e Otte (2010).

justamente por essa redefinição das lógicas de pertencimento, nas quais qualquer modo de ser produz diferenças, forçando um movimento, uma modificação na comunidade em eterna construção.

É nesse mesmo sentido que o autor desconstrói, portanto, a noção de uma comunidade universal; total, completa ou sem resto. Ao lado dessa ideia de abertura sugerida pelo título de sua obra, ele também apresenta uma série de figuras e noções paradoxais que desmontam a ilusão de uma oposição entre o universal e o particular. “Tradicionalmente”, explicita Lopes a respeito da discussão agambeniana, “a questão da comunidade era colocada como relação entre o particular e o universal. As propriedades comuns definiam uma pertença” (LOPES, 2007, p. 72); ou seja, da reunião de *como-uns* e da exclusão das diferenças particulares, um todo, um “para todos”, poderia ser pensado. Vemos como, nessa acepção, universal e particular se relacionam antinomicamente – para o universal ter consistência o particular é posto de lado. Um é oposto ao outro, criando um “falso dilema que obriga o conhecimento a escolher entre a inefabilidade do indivíduo e a inteligibilidade do universal” (AGAMBEN, 2013, p. 10)¹². Partindo de uma discussão sobre linguagem – de como ela opera paradoxalmente e constitui nossa relação com o mundo –, Agamben propõe a noção de *exemplo*, demonstrando a inexistência dessa antinomia entre o universal e o particular¹³ e, em consequência, o impossível presente na ideia de um todo: “Nada existe que seja universal, só o singular existe. Afirmar isso é ver em tudo a sua opacidade, o seu enigma, aquilo que o constitui como *exemplo*, mas não exemplo de outra coisa ou exemplo a seguir” (LOPES, 2007, p. 71-72, grifo nosso). Como veremos no próximo item, o exemplo não é um particular que confirma uma regra universal, podendo assim ser sempre seguido, mas uma figura paradoxal que é ao mesmo tempo particular e universal.

A oposição que se constrói entre universal e particular cria uma ilusão, transformando-os em ideias pretensamente acabadas, transparentes e bem definidas. Ao desfazer essa ilusão, desfaz-se também a possibilidade de um pensamento do universal. Portanto, ao demonstrar a impossibilidade lógica dessa oposição, e a consequente impossibilidade da proposição de um todo universal, Agamben recusa também a acepção de uma comunidade total, acabada e sem

12 Esse “falso dilema” comparece, muitas vezes, em discussões do campo da saúde mental. Nelas, constrói-se uma oposição entre o campo político, polo universal desse falso problema, espaço que garantiria os direitos dos indivíduos – loucos ou não, não deveria haver diferenciação – e o campo clínico, polo individual, espaço que garantiria a escuta da inefabilidade do sujeito.

13 Aprofundaremos essa discussão no próximo item deste capítulo.

resto – lugar de chegada. A esse mesmo respeito, Esposito, outro autor italiano que discute a questão da comunidade, conclui: “a comunidade não é nunca um lugar de chegada, mas sempre de partida” (ESPOSITO, 2007, p. 20).

Por fim, contestando a concepção metafísica e essencialista de comunidade, como se esta tivesse *a priori* um destino trilhado, uma essência prescrita ou uma forma sagrada, ele afirma uma ética, que dirige sua política, na qual:

[...] o homem não é nem há de ser ou realizar nenhuma essência, nenhuma vocação histórica ou espiritual, nenhum destino biológico. Somente por isso algo como uma ética pode existir: pois é claro que se o homem fosse ou tivesse que ser esta ou aquela substância, este ou aquele destino, não haveria nenhuma experiência ética possível – haveria apenas tarefas a realizar (AGAMBEN, 2013, p. 45).

Isso não significa que o homem esteja destinado ao nada, que ele não deva ser coisa alguma, mas apenas que *o que ele pode ser* não é uma essência, algo em si. Tal qual Nancy (2016), que tece uma crítica ao ser fechado *em, para e por* si mesmo, defendendo que somos sempre *com* o outro, inclinados em direção ao outro, Agamben propõe uma concepção do ser, seguindo a ética de Spinoza, na qual os corpos “têm em comum o fato de que eles exprimem o atributo divino da extensão” (AGAMBEN, 2013, p. 26). É essa abertura ao outro, esse conjunto de relações entre os corpos, o que há de *mais comum*. Esposito, mais uma vez, define bem tal ponto: “a comunidade não é o *entre* do ser, mas o ser como *entre*: não uma relação que modela o ser, mas o próprio ser como relação” (ESPOSITO, 2007, p. 19).

É nessas direções, portanto, que se dá a ver *uma política que vem* – não identitária, não conluível e baseada em uma ética do poder ser *com* o outro. Inspirados nela, seguiremos nosso trabalho propondo a apresentação da narrativa de um acontecimento que servirá como um exemplo; um orientador singular utilizado como um disparador para o percurso desta escrita – exemplo que permitirá *colocar em análise o campo da luta antimanicomial brasileira e, em especial, suas formas de luta e os efeitos delas na formação das percepções, dos discursos e das práticas*.

Antes de seguir com a narrativa, porém, façamos uma breve discussão sobre possíveis modos de compreender a ação de exemplificar.

1.2. Linhas que traçam uma escrita

Com uma rápida pesquisa em um buscador qualquer de artigos acadêmicos, é possível notar a recorrência de termos como *exemplo*, *caso*, *analogia* ou *metáfora* nos títulos e resumos de milhares de trabalhos.

Em geral, trabalhos acadêmicos que trazem relatos de experimentos, recortes da história ou estudos de casos como exemplos o fazem buscando demonstrar, através deles, uma lei geral que correlaciona uma situação particular e uma teoria universal. Esta é a acepção mais comum – do *senso comum* – de exemplo, ligada a uma tradição científica positivista: um modelo, uma abstração ou um caso particular ilustram uma regra aplicável a todos os outros casos – uma lei geral validável. Portanto, bons exemplos seriam aquelas situações, casos, experimentos ou histórias particulares que serviriam como modelos capazes de examinar e prever outras situações, casos, experimentos ou histórias. Um mau exemplo, seguindo essa lógica, seria aquele que possui elementos particulares em excesso; estes, não podendo ser transpostos para outros casos, impossibilitariam a função de modelo pretendida – um universal não poderia ser construído e, caso fosse, não seria validável. Há, portanto, na razão positivista, um modo como *universal* e *particular* se organizam: uma relação entre os dois, uma certa eficácia, que supõe que do particular seja possível induzir um universal; ou que de universais, por dedução, é possível compreender os particulares (JUNIOR, 1998). Em ambas as hipóteses há uma correlação lógica, verificável e reproduzível entre os dois termos. Pela razão positivista, portanto, científico é todo estudo capaz de encontrar uma lei reguladora e demonstrá-la *exemplarmente*.

No campo das ciências exatas¹⁴ e biológicas, em geral, essa lógica se sustenta e conquista a eficácia desejada, favorecendo a produção de leis gerais que regem os casos particulares. Nas chamadas ciências humanas, por outro lado, essa acepção positivista construída em torno da correlação entre particular e universal é controversa. O próprio nome dado a esse agrupamento de disciplinas que se dedicam ao estudo do ser humano, ciências

14 “Paradoxalmente”, diz Guatarri, “talvez seja do lado das ciências ‘duras’ que convém esperar a reviravolta mais espetacular com respeito aos processos de subjetivação” (GUATARRI, 1991, p.23). O autor comenta como estudiosos contemporâneos da física introduziram a necessidade de um elemento narrativo para avançar nas teorizações sobre o tempo.

humanas, é contestado; ou porque tais disciplinas não deveriam querer reivindicar um lugar entre as ciências, já que ao estudo do ser humano não se aplicariam as leis científicas, ou porque não mereceriam deter tal “título”, já que seriam, na realidade, falsas ciências. Do lado daqueles que compreendem a cientificidade em si como o problema das disciplinas que estudam o humano, como uma lógica que não deveria ser aplicada ao estudo do humano, críticas demonstram como o ideal científico da produção de universais é imposto a um custo muito alto – na percepção e na interpretação dos particulares. Os critérios gerais que regulam a possibilidade da cientificidade – fundação de referências empíricas, extração de formas ordenadoras, criação de modelos explicativos e preditivos e uso do cálculo e da quantificação –, quando aplicados ao estudo do humano, deformam, modificam, silenciam, apagam e, por que não dizer, violentam o particular (JAPIASSU, 1977). A crítica, grosso modo, é a de que se alcança o universal às custas do particular; nesses casos os exemplos, muitas vezes deformados, são transformados em *casos exemplares* utilizados na transmissão de leis gerais: “o particular realiza em si o universal – isto é, elimina-se enquanto particular e se transforma num meio *transparente* pelo qual a universalidade opera” (LACLAU, 2011, p. 50, grifo nosso).

Podemos observar a deformação de particulares na diagnóstica psiquiátrica. O modo como essa disciplina realiza seus diagnósticos – reduzindo a complexidade e a diversidade dos fenômenos humanos, comprimindo suas formas de sofrimento em nomes que supõem um presente, um passado e um futuro, criando uma regra universal que explicaria a situação de vida de cada pessoa particular e supondo sua transparência ao olhar do especialista – é duramente atacado. Extirpa-se o particular de modo a criar uma ilusão – bem pouco sustentável, vale notar – de um universal¹⁵.

Uma reação possível aos riscos reducionistas de tal lógica seria seu extremo oposto: particularizar, caso a caso, negando o universal e cuidando para que cada individualidade possa ser vista em sua totalidade – com todas as suas formas e frestas, seus conteúdos e misturas, suas histórias e lacunas. Em consequência, universal e particular deixariam de relacionar-se a partir de uma eficácia positivista e passariam a se anular: nenhum universal

15 Vale notar como, nesse parágrafo, a própria construção da crítica à diagnóstica psiquiátrica se utilizou do procedimento que visava criticar: um universal foi proposto – o reducionismo deformador – e demonstrado a partir de um particular – a psiquiatria. Rompe-se, portanto, com a psiquiatria enquanto conteúdo, mas não com sua forma, sua lógica interna.

seria possível frente ao universo que constitui cada indivíduo particular. Tal reação individualizante é análoga ao que se viu no contexto político após a queda dos regimes totalitários na Europa. Diante da violência produzida pelas políticas homogenizantes de uma lógica universal – totalitária – ascendeu uma tendência política que privilegiou os direitos e as liberdades individuais – e nos trouxe à nossa atualidade neoliberal individualista.

O que queremos evidenciar com essa discussão, que apresenta os extremos de um debate metodológico (e político) muito mais amplo e extenso, são os elementos que orbitam em torno dele; os mesmos do debate sobre as comunidades: universal e particular, comunidade e indivíduo. Como dissemos, Agamben, em sua *Comunidade que vem* (2013), propõe uma ruptura na racionalidade que agrupa esses termos. As acepções universalista e particularista criam uma falsa dicotomia que nos força a perceber as coisas de determinada maneira. A oposição entre esses dois termos nos impede de observar que eles não diferem tão radicalmente assim e, com efeito, formam uma figura complexa e indivisível¹⁶. Uma boa forma de enxergar o paradoxo construído pela suposta divisão entre universal e particular nos é dada a partir da ideia de “linha de escritura” (AGAMBEN, 2013, p. 27), isto é, a grafia de *cada um de nós*.

Do que se trata quando escrevemos? – à mão, nunca é demais lembrar em tempos nos quais a tecnologia massifica as ações humanas. Desenhemos linhas mais ou menos firmes, tracejadas ou contínuas que, aos poucos, formam pequenas unidades estáveis que chamamos de letras. Essas linhas/letras vão conectando-se, colando-se umas às outras, com aproximações mais ou menos sutis, até formarem um novo desenho, amontoado de letras, chamado palavras. Estas, desenhadas em sucessão, umas depois das outras, ganham o nome de frases, formando uma mensagem que poderá ser lida por outras pessoas.

Minha grafia, por exemplo, é um misto de linhas que desenhavam letras; ora cursivas, ora bastão. Essas letras, em sua maioria, não ficam encostadas umas nas outras, mas separadas por pequenos espaços. Porém, em alguns encadeamentos, a linha que desenha um *t* bastão segue seu caminho sem interrupção desenhando também um *e* cursivo antes de ser interrompida para iniciar o traçado da próxima letra. Essas letras, unidas *singularmente*,

16 Ao falar em figura imaginamos uma específica, a banda de Moebius, articulada de tal forma a produzir uma ilusão que nos faz crer na existência de dois lados – um dentro e um fora –, quando na verdade ela é composta de apenas um lado que insiste em nos iludir. Tal ilusão engendra-se da mesma maneira na relação entre universal e particular.

formam uma palavra que será compreendida por todos aqueles que leem o mesmo idioma que eu.

Vemos, então, que o ato de escrever abrange, ao mesmo tempo, o universal e o particular. Enquanto a linha é desenhada, constrói-se algo que diz respeito ao que é universal – letras que podem ser lidas – e ao que há de mais particular – a forma como cada um desenha essas letras. No ato de escrever, essas duas propriedades se associam e é impossível separar uma da outra. No traçado da escrita, enquanto desenhavam-se as palavras que depois serão lidas, no encontro do lápis com o papel, universal e particular mostram-se como parte de uma mesma linha e assim percebemos que os dois, universal ou particular, têm sua existência fundada em uma única ação. Eles coexistem e um não existe sem o outro.

Para Agamben, contrariando a acepção positivista, o exemplo é onde melhor se poderia ver tal indivisibilidade entre universal e particular. Isto significa que a história, a situação ou o caso utilizados como um exemplo carregam em si o particular e o universal:

Em qualquer que seja o âmbito, ele faz valer sua força; o que caracteriza o exemplo é que ele vale para todos os casos do mesmo gênero e, ao mesmo tempo, está incluído entre eles. Ele é uma singularidade entre outras, que está, porém, no lugar de cada uma delas, vale para todas. (AGAMBEN, 2013, p. 18)

Nem particular nem universal, o exemplo é um ao lado de outros, um que permite pensar o comum não identitário e “se dá a ver como tal, *mostra* a sua singularidade” (AGAMBEN, 2013, p. 18, grifo do autor). No lugar da cisão entre o universal e o particular, portanto, Agamben propõe a ideia de singularidade. Que se possa enxergá-la a partir da analogia da escrita, perceber *a reunião do universal e do particular em uma singularidade produtora de comuns*, não garante que passemos a compreender o mundo de outra forma.

O pensamento hegemônico de nossa contemporaneidade ocidental cinde universal e particular¹⁷ e determina que ambos, quando correlacionados a partir de uma eficácia específica, produzem verdades científicas. Romper com essa hegemonia, acessar as singularidades, é uma política que se faz a cada momento e depende de variadas estratégias.

¹⁷ Pensamentos não ocidentais, como de povos indígenas da Amazônia, rompem com essa oposição, embaralhando seus termos e fundando outros modos de relação entre os seres: “a distinção clássica entre Natureza e Cultura não pode ser utilizada para descrever dimensões ou domínios internos a cosmologias não ocidentais sem passar antes por uma crítica etnológica rigorosa. Tal crítica, no caso presente, exige a dissociação e redistribuição dos predicados subsumidos nas duas séries paradigmáticas que tradicionalmente se opõem sob os rótulos de Natureza e Cultura: universal e particular, objetivo e subjetivo, físico e moral, fato e valor, dado e construído, necessidade e espontaneidade, imanência e transcendência, corpo e espírito, animalidade e humanidade, e tantos outros (CASTRO, 2013, p. 348).

Dentre elas, interessa-nos, para os desdobramentos deste trabalho, uma específica: a dos procedimentos utilizados na construção de uma narratividade (PASSOS; BARROS, 2009).

Ao narrarmos um caso podemos utilizar procedimentos diversos, buscando determinados efeitos que: (1) intensifiquem a universalidade do caso, sua coerência com o todo, transformando-o no que convencionamos chamar aqui de *caso exemplar*; (2) exibam sua particularidade, evidenciando uma ímpar distinção, um *exemplo ímpar*; (3) busquem mostrar sua singularidade, procurando revelar as diferentes forças que a compõem e produzem. Este terceiro procedimento se aproxima daquilo que as proposições agambenianas constroem em torno da singularidade do exemplo. Inspirados nessas proposições conceituais, chamaremos o terceiro procedimento de *exemplo qualquer*¹⁸.

Esses procedimentos, assim divididos e classificados, poderiam ser tomados como conjuntos estanques e concorrentes. Dessa forma, inferindo a racionalidade com a qual este trabalho se alia, tornar-se-ia fácil escolher o terceiro, dentre os outros procedimentos, como aquele que levaria a um ‘bom caminho’.

No entanto, sugerimos um olhar diferente para eles: cada um, como elemento tático dentro de uma política que busca a singularidade, pode servir, em determinada batalha e diante de um adversário específico, como arma de guerra que objetiva romper com formas totais – a complexidade e a singularidade podem ser conquistados, em determinada montagem, por um exercício de reificação. Ademais, essa divisão e classificação dos procedimentos é de cunho didático, objetivando uma distinção que, na prática, não respeita tal linearidade, ou seja, os procedimentos muitas vezes se misturam e se confundem. Por fim, os efeitos produzidos, desde cada procedimento, não são unívocos, e a possibilidade de avaliá-los é sempre *a posteriori*.

Retomaremos essas considerações no decorrer deste trabalho, tanto no exercício de sua escrita quanto em suas análises. Finalmente, encerrados esses apontamentos preliminares, seguiremos com a apresentação da narrativa que, conforme propusemos, pretende lançar luz sobre o campo da luta antimanicomial brasileira – em especial, sobre seus modos de luta e seus efeitos na formação de percepções, discursos e práticas – visando armar o problema que nos acompanhará ao longo desta escrita. Provisoriamente, a partir daquilo que discutimos até aqui, podemos denominá-lo como o combate à criação de universais, à produção de modelos

18 É importante frisar que essas são divisões didáticas de procedimentos narrativos e não qualidades estanques de situações, casos ou história determinadas.

totalizantes ou à tendência de querer reencontrar todas as vezes sempre o mesmo objeto, situação ou regra.

1.3. Paradigma: identidades, linhas e nãoos

O que deve valer como princípio de decifração é a confusão da violência, das paixões, dos ódios, das desforras; é também o tecido das circunstâncias miúdas que fazem as derrotas e as vitórias
Michel Foucault

Narraremos aqui, a partir de uma breve introdução conjuntural, dois tempos de uma reunião, composta por trabalhadores e militantes aliados ao pensamento antimanicomial. Reunião na qual uma figura adjacente, uma *senhora qualquer*, limítrofe à composição do encontro, engendrou efeitos que nos permitirão localizar elementos da racionalidade clínico-política que organiza e sustenta esse pensamento contrário aos manicômios.

Dentre os trabalhadores aliados ao pensamento antimanicomial presentes na reunião, encontrava-se o autor desta escrita. Para que não se perca a dimensão da singularidade na construção e reificação de discursos e práticas, nem a responsabilidade que cada um de nós tem sobre essas produções, arriscaremos a inclusão da primeira pessoa do singular em alguns trechos desta narrativa, revelando pensamentos e atos ocorridos no instante da reunião; aposta-se, com isso, na inclusão de algo que ainda será desdobrado no decorrer deste trabalho: *o perigo que está em cada um de nós*.

1.3.1. Tema e contexto

No início do ano de 2014, diversos trabalhadores de serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de São Paulo criaram um espaço público e aberto para discussão do Plano da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS-SP) do município “com o objetivo de dar a conhecer, debater e problematizar questões relativas ao Plano RAPS-SP” e de proporcionar “a organização de uma rede de atenção psicossocial viva, horizontal, inclusiva e de qualidade” (informação pessoal)¹⁹. Os encontros ocorreram mensalmente em locais públicos e de fácil acesso, visando uma ampla participação de pessoas ligadas às discussões dentro do campo da saúde mental. Essa reunião de pessoas e grupos se estabeleceu sob o nome de *Coletivos em Prol da Saúde Mental*, visando congregar os mais variados

¹⁹ Memória do primeiro encontro, enviada por e-mail. Ver Anexo I.

grupos e pessoas ligadas ao tema. A narrativa que relataremos se deu em uma das reuniões desse coletivo. Antes, porém, de chegarmos à reunião em si, em agosto do mesmo ano, é necessário situar alguns bastidores que lhe dizem respeito, relativos ao tema proposto para a reunião – discutir a RAPS – e ao contexto que a precedeu.

Instituída por uma portaria²⁰ do Ministério da Saúde (MS) em 2011, a RAPS tem como objetivo principal criar, ampliar e articular uma rede de cuidados às pessoas com sofrimento mental. Ela decorre de uma portaria anterior²¹ que estabeleceu diretrizes para a organização de redes de atenção à saúde (RAS) no SUS. Tais portarias são fruto de esforços do Ministério da Saúde, que localizou, em todo o sistema público de saúde, uma grande dificuldade de organização coordenada: avaliou-se que a estruturação fragmentada dos serviços de saúde produzia concorrência e não cooperação entre eles, afastando-os de uma das missões centrais do SUS que é a integralidade da assistência à saúde. Como estratégia para conseguir ofertar uma atenção integral²² à população, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) – compostas inicialmente pela RAPS e outras quatro redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Cada um desses cinco temas foi escolhido em 2011 a partir da prioridade epidemiológica (JUNIOR, 2014).

A RAPS é, portanto, produto da aposta no compartilhamento do cuidado em saúde mental entre diversos atores e de forma articulada, e não de modo fragmentado ou encerrado apenas nos serviços especializados. Nos termos deste trabalho, a RAPS é a aposta da produção de uma comunidade de cuidado em detrimento de um certo individualismo especializado.

A implementação das redes temáticas da RAS, segundo suas portarias e decretos, deve ser feita regionalmente de forma conjunta – incluindo gestores, trabalhadores e usuários – dentro de cada município, que, portanto, cria seu próprio plano baseado nas diretrizes ministeriais. No que toca à construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de São Paulo, criou-se, em abril de 2013, um grupo para produzir um documento sobre ela. Esse grupo organizou um plano em torno de sete eixos: (1) atenção básica, (2) atenção

20 Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

21 Portaria GM nº 4.279 de 30 Dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

22 Por atenção integral entende-se um “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso” (BRASIL, 1990)

especializada, (3) urgência/emergência, (4) hospital, (5) atenção residencial, (6) desinstitucionalização e (7) reabilitação psicossocial. A proposta dos encontros dos ‘Coletivos em Prol da Saúde Mental’ realizados no ano seguinte era a de debater esse plano, debruçando-se, a cada encontro mensal, sobre um dos sete eixos.

Localizado o tema, falemos agora do contexto que precedeu a reunião de agosto. Pouco antes dela, entre junho e agosto de 2014, ocorreram dois fatos que mobilizaram vigorosamente os trabalhadores da saúde mental do município, por indicarem riscos de retrocessos na luta pela consolidação e ampliação de formas de tratamento substitutivas ao manicômio. O primeiro se referia às demissões ocorridas em um serviço gerido via convênio municipal²³. Uma das gestoras privadas do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) do Complexo Prates no centro de São Paulo, de forma unilateral, ou seja, sem a concordância da gestão pública, demitiu duas trabalhadoras. Foi noticiado²⁴ que a motivação das demissões era política: essas trabalhadoras haviam enviado ao Ministério Público denúncias contra a precarização dos serviços prestados pelo CAPSad. Este, antes considerado modelo de atendimento, vinha sofrendo com falta de insumos e mudanças na política de atendimento que contrariavam as diretrizes federais para esse tipo de equipamento. Houve ainda relatos de que os trabalhadores estavam sendo intimidados pela organização que geria o serviço por promoverem discussões com o intuito de fortalecer a mobilização dos usuários contra a precarização. Tais atos, demissões e intimidações feriam diretamente a autonomia dos trabalhadores na luta por serviços adequados aos preceitos antimanicomiais.

O segundo e mais importante fato ocorrido antes da reunião de agosto referia-se à publicação de um documento elaborado pela Área Técnica de Saúde Mental da SMS-SP. Este determinava novas diretrizes aos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) de todo o município relacionadas a duas temáticas: a permanência de farmácias dentro dos CAPS e o número mínimo necessário de profissionais nesses mesmos equipamentos. Em resumo, o documento definia que os novos CAPS abertos, assim como todos os CAPS Infantis – novos

23 No município de São Paulo, assim como em outros municípios, a prefeitura constituiu parcerias com instituições privadas, qualificadas como Organizações Sociais (OS), para gerir uma parte da rede de saúde pública. Isso, na prática – ainda que houvesse forças que lutassem contra –, fez com que essas OSs imprimissem formas muito particulares, e às vezes desvinculadas dos princípios que orientam o SUS, de gerir os serviços públicos.

24 No link, há uma compilação de diversas reportagens de diferentes veículos, como o jornal *O Estado de S. Paulo*, a *Folha de S. Paulo*, a TV Gazeta e a TV Folha <<http://coletivodar.org/2014/07/imprensa-repercute-protesto-contra-demissoes-e-falta-de-transparencia-no-complexo-prates/>>.

ou existentes – não deveriam mais possuir farmácias²⁵. Além disso, e esse era o grande ponto de discórdia, o documento determinava o limite mínimo de profissionais necessários para cada tipo de equipamento – CAPS II, CAPS III, CAPSad III e CAPSi. Tal número era consideravelmente menor do que o já insuficiente número de trabalhadores dos CAPS do município, o que foi recebido como um indicativo de sucateamento dos serviços públicos substitutivos de saúde mental. Como resposta a essas diretrizes, foi escrita uma carta em repúdio à implementação das equipes mínimas, assinada anonimamente por um grupo que se intitulava *Quaisquer trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial que, por temerem individualizações, preferem manter escondidos seus nomes*. Nela, podemos acompanhar os motivos do enfrentamento:

Com a diminuição do número de trabalhadores, impõe-se ao serviço um cotidiano de cuidado que inviabiliza ações extramuros que objetivam construir redes de atenção integral aos usuários de saúde mental. Sabemos que para a efetivação das práticas de atenção psicossocial necessitamos de dispositivos que articulem a rede inter e intrasetorial territorial, a fim de poder estabelecer a circulação de nossos usuários pelos espaços comunitários e garantir parcerias que sustentem este cuidado, como visitas domiciliares e intervenções realizadas na comunidade. Essas são ações impreteríveis para a Reforma Psiquiátrica e sensibilização do corpo social para com o sofrimento psíquico. Com a redução das equipes e a consequente sobrecarga de trabalho, o acompanhamento será centrado em grupos (dentro da instituição) e atendimentos serializados, focados em uma lógica de cuidado estatística e medicalocêntrica. [...] Tais medidas apontam, então, para a volta de uma lógica ambulatorial, transformando os CAPS da cidade de São Paulo em ambulatórios ou hospitais-dias: retrocesso histórico sem precedentes no Movimento da Luta Antimanicomial (informação pessoal)²⁶.

Verifica-se, a partir de ambas as situações, a existência de uma grande preocupação de que estivesse em curso um desmonte dos equipamentos de saúde mental que impossibilitaria a realização de um atendimento de qualidade aos usuários dos serviços. Sentia-se fortemente o risco de um “retrocesso histórico sem precedentes no Movimento da Luta Antimanicomial”, tendo em vista que a precarização dos serviços substitutivos poderia obstruir a diminuição de internações psiquiátricas como medida de tratamento. Ao mesmo tempo, havia a preocupação de que estivesse em curso um movimento de silenciamento das vozes dissonantes. Em outra carta aberta assinada pelos *Quaisquer trabalhadores*, explicita-se o porquê da escolha de tal denominação, em detrimento dos nomes próprios:

25 Segundo o documento, as farmácias não estavam previstas na portaria que dispõe sobre os CAPS (portaria 336/GM de 19 de Fevereiro de 2002). Por isso, visando fortalecer a lógica de atenção integral e trabalho em rede defendidas pelas RAPS, os usuários deveriam acessar as farmácias dos serviços da rede, o que fortaleceria a circulação social e o protagonismo deles.

26 Texto publicado em rede social. Ver ANEXO II

Vimos em um fluxo intenso de manifestações que explicitam descontentamentos com diversos modos de operar do capital, dos governos, que explicitam como, diante de movimentos coletivos que desterritorializam “certas ordens” há uma rápida busca por responsabilizar e punir indivíduos como forma de estancar um fluxo, que poderia renovar formas de vida e de gestão e da governabilidade do corpo social (informação pessoal)²⁷.

Dentre esses “movimentos coletivos que desterritorializam certas ordens” e “o estacamento desses fluxos a partir da responsabilização individual” estão exemplos contemporâneos ocorridos na mesma época em que a carta foi escrita. As Jornadas de Junho de 2013, manifestações populares que se espalharam e cresceram por todo o Brasil, foram um desses movimentos, e seu estancamento pode ser ilustrado pela detenção de Rafael Braga – manifestante preso por portar um desinfetante e, segundo alegações da polícia, drogas e explosivos. No entanto, não seria necessário retornar a esse ponto da história; basta lembrar as demissões ocorridas no Complexo Prates, “motivadas pelos descontentamentos com diversos modos de operar do capital”.

Ser qualquer – assim como a famosa afirmação “eu sou ninguém” de um jovem manifestante das Jornadas de Junho de 2013 – torna-se uma arma política; uma forma de luta pelo controle sobre o visível e suas predicções, sobre o que aparecerá, como será nomeado e narrado. Torna-se, enfim, uma arma de uma luta pela produção de novas coletividades fundadas em outros modos de relação, a partir de outras circulações de afetos (SAFATLE, 2016). Nessa linha de raciocínio, um outro trecho da mesma carta segue discorrendo sobre os motivos da denominação *qualquer*:

O segundo motivo, e mais importante, vem do sentido que encontramos no conceito de qualquer forjado por Giorgio Agamben. Para este filósofo o ser qualquer é aquele que “seja como for, não é indiferente”. O ser que importa porque sua existência é potência, independentemente do que o identifica a uma classe, ou a outro conjunto já determinado (informação pessoal).

É da potência da existência singular que prescinde da pertença a esse ou aquele grupo identitário e, mesmo assim, importa, que se fala nessa carta. *Ser qualquer* está ligado a produção de outras possibilidades políticas e coletivas, outras formas de se movimentar e de fazer circularem os afetos. Possibilidades de uma subjetividade política “mais insurreta, de movimento mais do que de partido, de fluxo mais do que de disciplina, de impulso mais do que de finalidades, com um poder de convocação incomum, sem que isso garanta nada, muito menos que ela se torne o novo sujeito da história” (PELBART, 2013).

27 Texto publicado em rede social. Ver ANEXO III

Entre retrocessos e lutas, demissões e denúncias, novas diretrizes e cartas de repúdio, silenciamentos e tentativas de dar voz ao *qualquer* – àquele que, de todo modo, importa –, apresentamos o contexto. Podemos enfim entrar no auditório onde ocorreu o encontro que propusemos narrar.

1.3.2. Instante

Chegada a data combinada, no mês de agosto de 2014, o auditório onde ocorreria a reunião estava cheio. As notícias sobre as demissões e a implementação das equipes mínimas espalharam-se virtualmente com muita velocidade, e o encontro era uma oportunidade de estar frente a frente com os responsáveis pela Área Técnica de Saúde Mental do município – os mesmos que elaboraram a nova diretriz e o plano RAPS. Ainda que a proposta fosse discutir um dos eixos da RAPS, havia a intenção de alterar a pauta e falar sobre os últimos acontecimentos. Após alguma espera, formou-se a mesa para o debate. Esta foi composta por representantes da *comissão impermanente*²⁸ que organizavam os encontros, a coordenadora da área técnica de saúde mental do município – que assinara o documento com as novas diretrizes – e técnicos que compunham sua equipe. Antes do início da conversa, foi solicitado pelos integrantes da mesa que as pessoas que ocupavam o auditório, um por um, apresentassem-se. O microfone foi então passando de mão em mão e, como é comum em encontros de trabalhadores de saúde mental, as pessoas foram dizendo seus nomes, profissões e locais de trabalho. Nesse momento, pequenas lutas identitárias são travadas: alguns escolhem trocar o tradicional “sou psicólogo” ou “sou coordenador” pelo “estou trabalhando como psicólogo”, “estou coordenador”; outros desinvestem a divisão disciplinar – enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social –, suprimindo sua profissão da apresentação e investindo nas identidades “trabalhador da saúde mental” ou “mentaleiro”; a maioria faz questão de frisar, além do tipo de serviço em que trabalha, o território em que o serviço está inserido.

(andré nader, psicólogo de formação e coordenador de um serviço residencial terapêutico da região da vila prudente.)

28 Termo concebido na tentativa de evitar uma cristalização dos papéis e das diferenças entre aqueles que organizam os encontros e aqueles que participam. A proposta era que a comissão fosse renovada constantemente, no intuito de que todos pudessem exercer diferentes funções, compartilhando as responsabilidades e o poder de ação.

No meio dessas lutas, uma se destacou. Seguindo a linha imaginária que desenhava um traçado ligando uma cadeira à outra, o microfone chegou às mãos de uma senhora negra. Mãos, aliás, que não estavam vazias, mas ocupadas, segurando uma grande faixa enrolada e pastas abarrotadas com folhas. Ainda assim, de mãos cheias, essa senhora conseguiu segurar o microfone. Disse seu nome, e apenas ele. Era uma *negra-senhora*.

(uma qualquer? sem *ser* ou *estar* algo? sem local de pertinência? estranho...)

Após um breve silêncio, frente a rostos confusos e num tom de voz crescente, passou a falar de seu filho: sobre o direito de tê-lo por perto. Parecia culpar todos os presentes por algo, mas eram incompreensíveis as palavras que proferia. Irritando-se mais e mais, falava cada vez mais alto. As palavras eram difíceis de entender, mas soavam claramente reivindicatórias. Era uma *negra-e-reivindicante-senhora*. O auditório, que até então estava silencioso, foi sendo preenchido por um burburinho; parecia estranhar a quebra do ritual. Nesse ponto, frente ao crescente murmúrio, ela gritava palavras incompreensíveis.

(estaria louca? parecia louca! o que fazer? se alguém deveria saber como enfrentar uma situação assim seríamos nós, trabalhadores da saúde mental, mas como?)

Ainda falando, soltou o microfone para que suas mãos pudessem desenrolar a faixa que havia trazido. Seguiu gritando, mas já bastante abafada pelo crescente ruído dos trabalhadores no auditório e, agora, sem o microfone amplificando sua voz – já não era mais ouvida. O clima era de grande tensão, olhares se cruzavam, indo e vindo, como se pedindo ajuda. Foi provavelmente numa fração de segundos, ainda que o instante tenha parecido eterno, que alguém – outro qualquer, o que ocupava a cadeira seguinte – pegou o microfone que repousava sobre o assento deixado vazio pela *negra-e-reivindicante-senhora-que-parecia-louca* e, ato contínuo, identificou-se dizendo seu nome, sua profissão e o local de seu trabalho. Feito isso, passou o microfone para a próxima pessoa que fez o mesmo, e assim seguiram as apresentações. O microfone voltou a desenhar sua linha imaginária entre as cadeiras, o ritual das apresentações foi retomado e o silêncio (r)estabelecido: a *negra-e-reivindicante-senhora-que-parecia-louca* calou-se.

Diante desses primeiros momentos de nossa narrativa, impossível não retomar a forte ideia de Foucault (2010a), que em sua *História da Loucura* expôs como, ao longo dos séculos, a percepção da loucura foi sendo transformada – e seu silenciamento produzido –, tornando-a objeto de estudo e cuidado dos saberes “psi”: a loucura foi oposta à razão, passou a ser sem sentido e, assim, sem direito a voz. A cena contada até aqui reedita, em um instante, um movimento análogo ao estudado por Foucault que nada tem a ver com a existência ou não de uma psicopatologia. Pouco importa se, para alguma disciplina – psiquiatria, psicologia, psicanálise ou filosofia –, a senhora era ou não doente/louca. O importante é *como* ela e sua fala foram tomadas pelos presentes, como foram *percebidas* e o que isso produziu. O que vemos é o exercício de um poder que, num ato simples, como o de pegar um microfone largado num assento e apresentar-se, confirma que há modos de pensar, agir e falar – com um grau mais ou menos limitado de variabilidade – que são aceitos, enquanto outros modos não têm lugar. Uma linha desenha-se e estabelece um corte divisor desses modos de pensar, agir e falar; divisão absolutamente não natural, mas que exerce uma força grande o bastante para nos fazer crer que tal cisão é um dado estabelecido. Os que se apresentam de determinada forma, podendo ser identificados como pares, são ouvidos; os outros, silenciados.

Dessa normatização dos modos de pensar, agir e falar, que impõe quem fala e quem cala, participamos todos; tanto ao reproduzir tais modos – ao nos apresentarmos da mesma maneira estereotipada – quanto ao compactuar com que o microfone siga seu caminho ritual sem desvios. É como se, em coro, todos disséssemos a ela: *isso não!*

(todos nós, eu disse. sendo assim, e eu? assim que ela começou a se apresentar naquele auditório, microfone em punho, fiquei incomodado por pressentir que aquela fala não seria rápida, retardando o início da reunião. eu estava muito interessado em questionar os presentes, trabalhadores dos serviços e da área técnica, sobre como era possível haver tantos desencontros entre pessoas que supostamente lutavam do mesmo lado. desde antes do início da reunião, pensava em estratégias para apresentar essa questão publicamente. diante dos gritos da senhora, vi-me sem qualquer plano de ação: não estava preparado. quando o furto do microfone ocorreu, de imediato, revoltei-me. como podia um trabalhador da saúde mental, em uma reunião para lutar contra retrocessos na luta, portar-se de tal maneira? silenciando a senhora! foi por parecer louca, por ser negra, ou por não se adequar aos padrões que fizeram aquilo? onde estávamos? de volta a um manicômio? a revolta aumentou quando percebi que

ninguém fazia nada. pelo contrário: um a um, seguiam apresentando-se da mesma forma estereotipada que os outros. a mesma forma estereotipada, aliás, que eu também havia usado. logo a revolta deu lugar a um novo incômodo, maior, mais pesado e mais profundo que o primeiro. e eu, o que estava fazendo frente aquilo tudo? eu, que em silêncio recriminava os outros, que instantaneamente produzi mais uma linha divisória: eles – manicomiais – e eu – não manicomial. Acabara de criar uma nova divisão entre pessoas que supostamente lutavam do mesmo lado – justamente o que eu visava discutir.)

Silenciar a senhora pode merecer recriminação; no entanto, faz-se necessária uma reflexão mais cuidadosa sobre isso. Aprendemos que a loucura foi reduzida ao rótulo de doença mental e, assim, passou a ser objeto do exercício de poder, um poder disciplinar, que define uma norma e, a partir dela, identifica e divide os indivíduos – produtivos e improdutivos, brancos e negros, “de humanas” ou “de exatas”, esquerda e direita, normais e anormais. Importa aqui menos o conteúdo do rótulo do que a ação de fabricar linhas que separam e decidem o papel de cada um nas relações sociais, políticas e econômicas. Produz-se, portanto, uma norma capaz de desenhar linhas que dividem e separam, fabricando indivíduos e suas identidades (FOUCAULT, 2006b). A psiquiatria é uma dessas disciplinas produtoras de normas, detentora de uma verdade, que com muita eficácia decide quem é o louco, quais seus atributos e qual seu lugar em nossa sociedade. A luta daqueles que se aliam à reforma psiquiátrica é, justamente, contrária a tal naturalização, tal regime de verdade manicomial que reduz e silencia a loucura.

As críticas e as recriminações armam-se de ideias como as apresentadas acima, permitindo a construção de uma acusação contra os trabalhadores presentes no auditório: teriam exercido um poder normativo contra aquela senhora, proibindo-a de falar e julgando seu dizer como algo de menor importância – teriam sido manicomiais. Com a mesma rapidez que se acusa, poder-se-ia indagar: deveriam ter oferecido um espaço de escuta maior, romper com as hierarquias e valorizar aquela *singularidade qualquer*?

Contenhamos tamanha velocidade: seja para recriminar ou para solucionar. A situação apresenta complexidades que não podem ser inteiramente compreendidas sem a continuidade da apresentação dessa narrativa e, ainda que ela terminasse aqui, já seria material bastante para podermos garantir que soluções simples não bastariam. A ideia de que dar a voz a um indivíduo, deixá-lo falar, é um modo de enfrentamento ao silenciamento, às hierarquias e à

produção de linhas que definem identidades não leva em conta que esses processos preexistem ao indivíduo e fazem parte de sua produção, de sua constituição. Muitas vezes, pensamos que devemos combater as relações de poder fazendo-as desaparecer. No entanto, as relações de poder não são algo que pesa indevidamente sobre o indivíduo; elas, na verdade, atuam na possibilidade de sua existência (FOUCAULT, 2006b).

Discutiremos com mais calma essas questões no decorrer dos próximos capítulo. Por hora, voltemos ao auditório e sigamos adiante com a narrativa.

1.3.3. Compreensões

Com o ritual de apresentações terminado, deu-se início ao debate. Uma breve fala expôs que o tema seria a discussão do plano da RAPS, mas que estava aberta a possibilidade de uma conversa sobre as novas diretrizes e as demissões. A coordenadora da Área Técnica de Saúde Mental do município deu início a essa conversa justificando os motivos da criação das diretrizes: o estabelecimento das equipes mínimas visava evitar que as organizações sociais contratadas para gerir os serviços (a fim de gastar menos e lucrar mais) os compusessem com equipes ainda menores do que o mínimo previsto – fato que ela relatou ocorrer no município. Diversos trabalhadores solicitaram a palavra para expor a incoerência de tal medida. Falaram que o mínimo definido pelo município era menor do que o estabelecido pelo Ministério da Saúde e apontaram a existência de serviços abrangendo territórios com uma população muito maior do que a definida pelas diretrizes ministeriais. Também se queixaram da unilateralidade na tomada de decisões por parte da Área Técnica, acusada de não ouvir as vozes dos trabalhadores e usuários. Reivindicaram ainda mais espaços de participação. Reiterava-se, a todo instante, o quanto essas medidas e essa forma de produzi-las enfraqueciam o movimento, suas possibilidades de construção coletiva, e colocavam em risco os avanços conquistados pela Luta Antimanicomial. Seguiu-se um longo debate, enquanto o percurso do microfone desenhava novas linhas; num vai e vem constante, saindo de pontos distintos do auditório, das mãos dos diferentes trabalhadores, e chegando em um único e mesmo ponto na mesa, nas mãos da coordenadora.

O tempo foi passando até que o destino do microfone foram novamente as mãos da *negra-e-reivindicante-senhora-que-parecia-louca*. Ainda carregando suas pastas, a senhora

segurou o microfone com firmeza – já conhecendo os riscos de soltá-lo. Desde o início exaltada, apresentou-se como mãe de um rapaz autista, a quem internou em uma clínica no interior de São Paulo. Exigia que os centros de referência para autistas “prometidos” pelo Estado²⁹ fossem construídos – queria um lugar para internar o filho na cidade de São Paulo, e assim ficar mais próxima dele. Culpava todos naquela sala por terem impedido a construção dos centros, dizia ser torturada pelo Estado, uma vítima, e contou sobre uma mãe que, por não se sentir capaz de cuidar do próprio filho, matou-o e suicidou-se. Alguém na mesa pediu a palavra e perguntou-lhe onde morava, afirmando que lhe indicaria o CAPS mais próximo de sua casa. Ela disse não querer saber de CAPS, nem para ela e nem para o filho; não era louca, e o que seu filho precisava era de um lugar para morar, não apenas para passar o dia. Além disso, não queria ver o filho autista misturado com esquizofrênicos e usuários de drogas: ele não era assim!

A pessoa que coordenava a mesa insistiu que aquele não era o lugar para tal conversa, solicitou a uma colega que fosse olhar os papéis da *negra-e-reivindicante-senhora-mãe-de-autista-que-queria-internar-o-filho* para descobrir onde ela morava e, assim, indicar uma equipe do CAPS que pudesse acompanhá-la. Nesse momento, ela se exaltou ainda mais – fez menção de utilizar sua faixa, que estava enrolada em dois pedaços de madeira, para atacar as pessoas da mesa. Declarava que não era louca e não precisava de remédios, dizia que estavam querendo torturá-la e silenciá-la. As pessoas da mesa seguiram dizendo que aquele não era o espaço correto e que talvez no CAPS alguém a ajudaria; ela seguia negando essa forma de ajuda. De repente, quem olhava seus documentos descobriu seu endereço e, rapidamente, divulgou a região onde ela morava em busca de algum trabalhador desse território que se prontificasse a recebê-la; alguém levantou a mão e se propôs a conversar com ela ao final da reunião. Aplausos foram ouvidos por todo o auditório enquanto, silenciada, a senhora se sentou. Uma solução foi encontrada?

Com alguma ironia, resumiríamos a cena da seguinte forma: havia um grupo de pessoas lutando para evitar retrocessos no processo de inclusão dos quaisquer. Essas pessoas foram

29 Houve um projeto do Governo do Estado de São Paulo de construção de cinco Centros de Referência em Autismo, para atender os autistas de todo estado. Tal projeto foi vetado pelo Conselho Estadual de Saúde em março de 2012 por estar em desacordo com preceitos da lei federal 10.216/2001. Esta lei redirecionou o modelo assistencial em saúde mental e fez da internação o último recurso e restrita a um prazo máximo determinado. Desde então, alguns familiares de pessoas com autismo, que entendem ser necessário um local especial para tratar (e internar) seus filhos, passaram a lutar pela construção de tais centros.

atrapalhadas por uma mulher qualquer no caminho da discussão. Para dificultar, essa qualquer parecia ser contra a inclusão – pelo menos nos moldes acordados por aquele grupo. Implicitamente, sua reivindicação era a de que os moldes – a norma – de todos fossem alterados, mas isso não parecia algo possível de ser aceito. Assim, a qualquer foi calada. Ouvem-se aplausos e volta-se a discutir as melhores formas de inclusão dos quaisquer.

Agamben (2013), conforme vimos, ensina que o *qualquer* não é aquele que tanto faz, que não faz diferença, que é genérico – ainda que seja uma acepção corrente da palavra. Tendemos a pensar assim quando utilizamos “qualquer” para nos referir a um dos elementos de um mesmo conjunto. Por exemplo, qualquer objeto que possua a qualidade de captar ondas sonoras e transformá-las em sinais elétricos que, por sua vez, poderão ser reconvertidos em ondas sonoras com uma amplitude maior, ou seja, com um volume mais alto, é um microfone: outras diferenças não importam. Ao contrário desse significado, o *qualquer*³⁰, assim como o *exemplo*³¹, não é uma generalização ou um universal, mas aquele que, com todas as suas propriedades, indiferentemente quais, importa. Logo, seu pertencimento não é definido por uma outra propriedade, mas justamente por sua impropriedade. É a indeterminação do *qualquer*, a sua resistência à predicação e o seu desejar que definem o que há de comum; seu inacabamento, sua abertura – em si e ao outro – e seu por vir:

Trata-se não só de pensar a individuação fora da oposição particular/universal, no interior da qual têm lugar as operações de identificação, mas de pensar sua singularidade, aquilo que determina a sua insubstituibilidade, como sendo ela própria indeterminada. O qualquer não é pobre nem rico, não é belo nem feio, não pertence a um país, uma classe social, um grupo profissional, ou a qualquer outra comunidade. Como o *Homem sem qualidades*, ele não é definível pelas suas propriedades. Mas sendo indeterminado, ele não é indiferente, ele existe pela força do seu querer, existe sendo “a sua maneira de ser”. O indiferente está do lado do idêntico, o qualquer está do lado da produção de diferenças (LOPES, 2007, p. 71).

30 Para discutir esse ponto, Agamben retoma a origem latina da palavra qualquer: *quodlibet*, *quod-libet*, algo como aquilo ou aquele (*quod*) que deseje (*libet*). A língua italiana, que apresenta mais de uma forma de dizer “qualquer”, tem um termo que revela claramente esse mesmo sentido: *qualsivoglia*, *qual-si-voglia* (qual-se-queira). Em português, esse sentido ligado ao desejar/querer, se mantém, ainda que não o percebamos: Qualquer, qual-quer. O desejar é o que singulariza, torna cada ser “um” e, logo, produz diferença. Ao contrário do senso comum, portanto, *qual-quer* deixa de ser o que indifere e se torna o seu exato oposto: o que faz diferença.

31 Ambos, *qualquer* e *exemplo*, carregam a ilusão de estarem indicando um todo, de produzirem um grupo coeso. Nossa condição humana, de seres na linguagem, produz todo o tempo esse tipo de ilusão. Nosso acesso às coisas, sempre mediado pela linguagem, torna-as imediatamente seres na linguagem. É só através dela que um *ser-dito* microfone pretende-se representar todos os outros microfones. É esse efeito da linguagem que Agamben (2013) demonstra em seu livro, objetivando, conforme já explicitado, transpor a dicotomia entre um e todo. Na linguagem, nossa morada, o *ser-dito* é sempre um e todo, incluído e excluído, exemplo e exceção (AGAMBEN, 2014).

Esse é o significado de *qualquer* que a carta de repúdio à implantação das equipes mínimas considerava o mais importante. Vemos nesse uso ecos das lutas encampadas contra os manicômios. Basaglia (2010) propôs uma famosa formulação na qual defende que a doença, enquanto predicado de um sujeito, deve ser colocada entre parênteses. Essa ação possibilitaria o encontro com o tal sujeito de outras maneiras, sem a mediação reducionista da ideia de uma doença, procurando evitar que a doença definisse o sujeito a partir de uma categoria genérica universal. Colocar a doença entre parênteses, portanto, é abrir mão de generalizações, tais quais: qualquer esquizofrênico apresenta determinados comportamentos, sintomas e destinos. Lutar contra os manicômios, portanto, é lutar contra essas produções que reduzem, limitam, silenciam, aprisionam e excluem as pessoas. É lutar pela possibilidade da construção de outros modos de agrupar pessoas, outras formas de comunidade e outras lógicas de pertencimento.

Tais afirmações, em geral, podem levar-nos a crer na necessidade de uma inclusão geral e irrestrita. Por outro lado, a narrativa nos permite ver que a situação é mais complexa. Dar voz ao *qualquer* ou não excluir a diferença são tarefas mais difíceis do que as palavras fazem crer. No auditório onde se realizava a reunião vimos, logo de início, num instante, um pungente ato de silenciamento daquilo que rompia com o estabelecido. Um primeiro *não* foi dito. Pouco depois, ao ouvirmos as motivações daquela mãe que lutava a favor da internação do filho, o *não* pareceu ter sido justificado. Para aquilo que ela demandava, defendia, a resposta era clara e direta: *isso não!*

Na luta contra o manicômio, diz-se *não* para uma série de práticas, tendo a internação como o núcleo duro de onde derivamos as outras às quais nos opomos. É como uma premissa mais forte, uma palavra de ordem, de onde se originam as outras – como a de dar voz ao *qualquer*. Vemos na narrativa que a força dessa premissa é tamanha que acaba por invalidar a outra. É como se fosse dito que só é possível dar voz depois de certos *a priori*s devidamente estabelecidos; só tem voz aquele que se alia à ideia da não internação, os outros não. Como discutimos anteriormente, seria possível afirmar que esse *modus operandi* traz internamente importantes incoerência: como lutar contra as exclusões produzindo a exclusão de alguns? Como realizar a inclusão de alguém que deseja internar o filho?

Quaisquer que sejam as respostas que se esbocem na resolução dessas questões, há um interesse em que estas sejam feitas, que possam ser perguntadas. Isso recupera o movimento,

possibilita o caminhar adiante, a abertura ao que vem. Incluir e excluir não se relacionam de modo simétrico e complementar, cindidos por uma linha clara que se desenharia entre eles. Se assim fosse, não haveria questões ou a necessidade de novas respostas: bastaria seguir o gabarito. O que a narrativa permite, portanto, é movimentar as linhas que definem os termos, permitindo que os questionemos.

1.4. A subjetividade, o binário e a crítica

Não feito, não perfeito, não completo, Não satisfeito nunca, não contente, Não acabado, não definitivo: Eis aqui um vivo
 Lenine

De modo ainda fragmentário, delinearam-se até aqui pistas que apontam as direções para a sequência deste trabalho: da análise da racionalidade clínico-política que organiza o pensamento antimanicomial. Podemos apresentar essas pistas reunindo alguns termos que recorrentemente foram utilizados até aqui: *universal e particular; inclusão e exclusão; comum e qual-quer; identidades, exemplos, linhas e nãoos*.

Todos eles orbitam ao redor do movimento de construção de uma sociedade sem manicômios e compõem suas formas de luta: sua política, suas estratégias e suas táticas. É sobre essas formas de luta que gostaríamos de nos debruçar e, para tanto, parece-nos importante estabelecer três premissas básicas que orientam esta escrita, ou melhor, que orientam as formas de luta desta escrita.

A primeira premissa, epistemológica, refere-se à concepção de sujeito que guia esta escrita. Os debates filosóficos associado às questões existenciais – *Quem somos nós?* ou *O que é o humano?* – são extensos e ultrapassam o escopo de nossa pesquisa. Por outro lado, eles a atravessam como um todo, tornando necessário explicitar, ainda que sem o aprofundamento devido, nossa compreensão de subjetividade. Apresentamos discussões no início deste capítulo, a partir dos livros de Nancy (2016) e Agamben (2013), que já deram alguma notícia sobre essa questão. Esses dois autores recusam uma compreensão essencialista do humano na qual este teria uma natureza ou uma substância intrínsecas ao seu ser. Aliamos fundamentalmente, ainda, a outros autores – Freud, Lacan, Foucault e Deleuze – que, com todas as suas diferenças, possuem um importante comum na compreensão da subjetividade. Esse comum foi belamente condensado por uma autora brasileira do campo da saúde mental na imagem de uma *subjetividade não transparente a si mesma*, “que não se deixa apreender integralmente por um saber; [...] que não se deixa capturar pelo poder do estado, os poderes da ciência, das tecnologias de saúde” (PALOMBINI, 2006, p. 119):

Nesses autores, sem exceção, podemos identificar os mesmos princípios norteadores

de uma concepção de subjetividade, cuja síntese apresentamos acima: a ideia de que a subjetividade se constitui na relação a uma alteridade; a ideia de que se trata de uma subjetividade não transparente a si mesma, que não se deixa apreender integralmente por um saber, guardando uma dimensão inconsciente de resistência que não se deixa capturar (PALOMBINI, 2006, p. 121).

Guiamo-nos, portanto, a partir da compreensão de uma subjetividade descentrada; que se constitui na relação com o outro, que não é transparente nem a si nem a qualquer saber externo, que escapa e constantemente se transforma – uma subjetividade que resiste ao próprio processo de predicação (SAFATLE, 2015).

Eis o *comum*! Não apenas aquele que é possível situar entre as teorias dos autores acima citados, mas, muito mais importante, o *comum* em nossas subjetividades, aquele em torno do qual uma *comunidade que vem* é possível³².

Uma comunidade não toda, portanto, engendra-se a partir do que há de *comum* no humano, ou seja, sua impropriedade, sua não transparência, sua resistência à predicação e sua abertura ao outro. A concepção de uma comunidade incompleta, inacabada e por vir é, com efeito, resultante dessa concepção de sujeito.

A segunda premissa, relativa aos objetivos desta pesquisa, refere-se ao desvelamento de uma certa gramática – dentro do que estamos chamando de formas de luta. Podemos afirmar que temos como objetivo tornar visíveis as forças e regras que organizam o discurso antimanicomial para, em seguida, olhar para os efeitos dessa organização. Para tanto, buscaremos a origem e a lógica da produção dos *nãos* proferidos a *senhora qualquer* de nossa narrativa. A negação, a recusa e a contestação do “manicomial” estruturam o movimento, desde seu nome até suas práticas, e serão objeto de nossa reflexão. Como este *não* se funda, qual sua gramática e quais seus efeitos são as questões que nossa pesquisa buscará analisar.

No entanto, não é suficiente apresentar essas questões para clarificar os objetivos dessa pesquisa. As buscas nunca se dão completamente às cegas – ou completamente às claras –; assim, é preciso apontar para aquilo que norteia nossa busca, a luta que ela visa encampar. Se nomeamos o objetivo como a *busca das forças que compõem a produção dos nãos ao manicômio e seus efeitos*, é preciso dizer, também, que desejamos empreender uma *crítica* a uma certa forma de perceber, falar e agir; isto é, a uma lógica binária e totalizante de compreensão do mundo na qual os elementos que o compõem são simplificados em termos

³² Comum que não é – como explicitamos ao longo deste capítulo – um predicado, uma identidade ou uma propriedade específica. Vimos justamente como, em torno desse tipo de relações identitárias, constituíram-se regimes segregativos e totais.

simétricos e opostos. Logo, é importante evidenciar que esta pesquisa se organiza em torno da *crítica* a essa lógica.

Para finalizar, passemos à reflexão sobre a última premissa, metodológica, relativa à concepção de *crítica* e sua produção. O intuito deste trabalho é o de realizar uma *crítica*, porém, isso não pode ser compreendido como um ato de julgar se algo ocorreu da maneira correta ou não, utilizando-nos de alguma régua preestabelecida como parâmetro. Seguir esse caminho, enquanto modelo crítico, seria buscar garantir que as coisas fossem como deveriam ser – buscar, portanto, garantir o mesmo, o já sabido:

[...] criticar continuaria a ser uma atividade fundamentada na recorrência a estruturas normativas consensuais tacitamente presentes no horizonte de validação de nossos critérios de julgamento. Estruturas que definiriam previamente, ao menos do ponto de vista formal, as possibilidades do que pode ter realidade e direito de existência. Ou seja, *criticar seria indissociável da ação de comparar norma e fato* (SAFATLE, 2015, p.15, grifo nosso).

A norma, preestabelecida, serviria como um crivo utilizado para avaliar a correção dos fatos. Não raro, acompanhamos críticas que, por exemplo, demonstram como determinada prática ou ação cotidiana – fatos – não condizem com o que está escrito nas diretrizes que a idealizaram – normas. Construir uma crítica com tal estrutura significa esperar que os fatos devem ocorrer como foram normatizados. Se isso não se verifica algo deve estar errado e, logo, precisa ser mudado para que a correlação possa valer.

Conforme Agamben, a “*quête* [busca] da crítica não consiste em reencontrar o próprio objeto, mas em garantir as condições da sua inacessibilidade” (AGAMBEN, 2007, p.11). Ou seja, o autor se opõe a esse modelo crítico no qual se busca garantir a existência e a permanência imutável do objeto, propondo, em seu lugar, que a *crítica* não cesse de percorrer caminhos na definição de fronteiras que permanecerão mutáveis:

[...] quando a palavra [crítica] começa a aparecer no vocabulário da filosofia ocidental, *crítica* significa sobretudo investigação sobre os limites do conhecimento, sobre aquilo que, precisamente, não é possível nem colocar nem apreender. Se a *crítica*, enquanto define as suas fronteiras, abre ao olhar “o país da verdade”, como “uma ilha que a natureza fecha em fronteiras imutáveis”, ela deve, contudo, continuar exposta ao fascínio do “oceano vasto e tempestuoso”, que atrai “sem cessar o navegador para aventuras a que ele não consegue recusar e que, no entanto, nunca consegue levar a termo”. (AGAMBEN, 2007, p. 9, grifos nossos)

Efetivamente, a narrativa que apresentamos, assim como as que virão, interessam por sua irresolubilidade. É no que há de irreduzível quanto à solução do que ocorreu naquele auditório, no que há de vasto e tempestuoso, que podemos encontrar os caminhos capazes de

nos levar aos limites. Limites que desenharam as fronteiras do que é chamado de antimanicomial. Limites que pretendemos atravessar, expandir e transformar, pois, para seguir na luta contra o manicômio, é preciso abrir o olhar a outros “países da verdade”, definindo, sem cessar, fronteiras *que vêm*.

2. Fronteiras antimanicomiais

É aqui que tem lugar a incidência política. Trata-se em ato desta pergunta – de que saber se faz a lei? Quando se descobre isso, pode ser que mude.
Jaques Lacan

Buscando compreender e analisar racionalidade clínico-política que sustenta o pensamento antimanicomial, sigamos em direção aos seus limites, às fronteiras estabelecidas por sua luta. Esta reconhecida no prefixo que a nomeia: *anti*, contra, que diz *não* ao manicômio. Esse *não*, endereçado às formas de perceber, falar e agir identificadas como manicomiais, interpôs-se na relação dos trabalhadores e militantes com a *negra-e-reivindicante-senhora-mãe-de-autista-que-queria-internar-o-filho*. Por duas vezes, nas duas partes que compõem a narrativa do capítulo anterior, pudemos acompanhar a produção de uma reação à presença e à participação da *senhora qualquer* na reunião – reação que teve como efeito o seu silenciamento. Identificamos esse ato de silenciamento com o imperativo *isso não!*.

Na primeira parte da cena, vimos a produção de um *isso não se faz*: ao romper com a forma estabelecida de apresentar-se na reunião, a *senhora qualquer* foi silenciada, como se advertida de que o microfone deveria ser usado apenas para falas rápidas e organizadas segundo certos parâmetros. Rompendo com essa forma, a voz da senhora foi abafada pela continuidade do ritual de apresentações. Na segunda parte da cena, vimos uma nova produção, um *isso não se pede*: ao reivindicar um local de internação para o filho, a *senhora qualquer* foi uma vez mais silenciada e, contra sua vontade, “encaminhada” para um serviço de saúde mental. Para o que ela reivindicava, o *não* veio rápido e seco, e, em substituição, foi oferecido um específico tipo de cuidado.

Nos dedicaremos à reflexão sobre essas ofertas de cuidados criadas em substituição aos manicômios – os *sins* antimanicomiais –, no terceiro capítulo deste trabalho. Por ora, seguiremos o caminho da produção do *não*, buscando, na breve história antimanicomial brasileira, as forças que o engendraram. Esse primeiro movimento do capítulo nos levará a um segundo, dedicado a formalizar a gramática que rege a constituição desse *não*; de sua

produção e de suas regras, portanto, delimitaremos as fronteiras do que se reconhece hoje em dia como antimanicomial. Tomaremos o *não*, portanto, como um analisador do sistema discursivo antimanicomial no que tange a sua relação com a *verdade*. A aposta é de que, nesse caminho, possamos analisar os efeitos do *não* – efeitos de verdade – nas formas de perceber, falar e agir daqueles que são formados a partir do pensamento antimanicomial: último movimento deste capítulo.

2.1. O não ao manicômio

O manicômio é compreendido como uma instituição que “tem um efeito pedagógico de afirmação de uma forma de se relacionar com a loucura” (NICÁCIO, 1989, p. 97). O manicômio, portanto, engendra formas de compreender o louco, de falar dele e agir sobre ele – efeitos de verdade. Da constituição dessas formas participam diversos elementos concernentes à história do surgimento da psiquiatria como disciplina médica, ao reconhecimento da loucura como entidade patológica e à utilização das instituições de enclausuramento para o tratamento das doenças mentais. Essa série de elementos compõe-se de narrativas – mitos fundadores, histórias de descobertas e curas, biografias das figuras pioneiras e relatos de avanços conquistados – que criam um imaginário e dão um corpo a essa forma de se relacionar com a loucura.

Nesse mesmo sentido, podemos afirmar que a luta antimanicomial brasileira é também uma instituição que engendra formas de compreender a loucura à medida que define seus modos de enfrentamento ao manicômio; e que da constituição dessas formas participam também elementos da história.

Iniciaremos essa discussão, portanto, com a apresentação desse passado antimanicomial; de olhares, juízos e valores definidores do que o manicômio e a loucura seriam. Passado que organiza o que poderíamos chamar de uma *versão oficial da perspectiva antimanicomial*: assim como a psiquiatria tem seus mitos de origem, o movimento que historicamente se opôs aos manicômios também instituiu e organizou uma versão do passado. Acompanharemos, nos itens a seguir, diversos elementos que compõem essa perspectiva histórica: antecedentes e motivadores da luta antimanicomial no Brasil; disputas com a psiquiatria, centradas na publicação e recepção do livro *História da Loucura*, de Michel Foucault; a influência de Franco Basaglia na reforma psiquiátrica brasileira; experiências precursoras, que tiveram no fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, seu prelúdio; e as produções culturais, com a discussão do filme *Bicho de Sete Cabeças*, de Laís Bodanzky, que se tornou a imagem exemplar daquilo a que se diz *não*. A partir dessa *versão oficial*, ou seja, a partir da delimitação daquilo que seria o manicomial ao qual se diz *não*, poderemos analisar a organização dos modos de reconhecimento, das táticas de nomeação, dos

procedimentos narrativos e das estratégias de transmissão e formação antimanicomiais.

2.1.1. Antecedentes

Para começar, sigamos as reformas psiquiátricas espalhadas pela Europa que nascem, grosso modo, como uma contraposição às formas que vinham sendo utilizadas no cuidado e no controle³³ da loucura. Seus primeiros movimentos iniciaram-se³⁴ após a Segunda Guerra Mundial, quando Inglaterra, França e Itália, cada qual com suas especificidades regionais, começaram processos de ruptura com os saberes e práticas instituídos até então pela psiquiatria clássica (AMARANTE, 2010; DESVIAT, 1999). O momento histórico no qual esse desejo de ruptura surgiu foi bastante decisivo para o seu desdobramento.

O pós-guerra, conforme vimos brevemente no capítulo anterior, foi uma época de grande sensibilidade e reflexão relativa aos regimes totalitários e à violência que eles produziram. Os encarceramentos em massa ocorridos nos campos de concentração se tornaram alvo de intensas críticas, assim como os regimes de exceção em que foram produzidos. Regimes marcados por um estado de dominação no qual o poder sobre a vida daqueles que eram encarcerados se concentrava nas mãos dos administradores e trabalhadores dos encarceramentos. Tal lógica, inerente a regimes de exceção – sem leis claras, sentenças ou penas pré-definidas e com o poder de decisão sobre a vida e a morte encerrado naqueles que ditavam as regras –, assemelhava-se, e muito, à lógica encontrada nos manicômios. No entanto, nesse momento da história europeia, não foram apenas os ditos loucos que experimentaram tamanha violência, mas potencialmente qualquer um que não fosse

33 Cuidado *versus* controle é uma das disputas que ganha força nesses movimentos de reforma aos quais nos referimos. Enquanto os trabalhadores que apostavam na internação como forma de enfrentamento da questão da loucura nomeavam suas práticas como ‘cuidado’, ou ainda ‘tratamento’, havia, e há, aqueles que se colocam contra essas práticas e passaram a entender o cuidado institucionalizado como uma forma camuflada de controle dos pobres e improdutivos, transformados, como veremos, em doentes pelo discurso médico e aprisionados nos manicômios. Cuidar e controlar formam um binômio que só aparentemente podem ser pensados como opostos. Defendemos que tal oposição camufla relação mais móvel e complexa. Sobre esse ponto, trabalharemos mais extensamente no capítulo 3 desta dissertação.

34 Diversos autores localizam o início dos movimentos de crítica e de reforma da psiquiatria junto com o nascimento da própria disciplina (AMARANTE, 2015; FOUCAULT, 2006b). Philippe Pinel, médico alienista francês, considerado por muitos como o pai da psiquiatria, é visto também como um reformador. Seu famoso (e mítico) ato de libertar os loucos dos grilhões seria, então, o primeiro ato de reforma. Desde então, a psiquiatria seguiu sendo alvo de críticas e reformas ao longo dos séculos. O movimento de reforma ao qual nos referimos neste capítulo, com seu início no pós guerras, diferencia-se das reformas anteriores por uma novidade que se instaura nesse momento: uma programática desinstitucionalizante (AMARANTE, 1996).

considerado integrante de determinado grupo ou aliado a determinada ideia. A experiência da exclusão se tornou um risco maior do que quando imputado “apenas” aos ditos doentes mentais: a segregação recaiu sobre a vida de milhões de pessoas na Europa. Ambicionando a ruptura com esses regimes., a partir do crescimento dos riscos e das experiências de exclusão, deu-se o fortalecimento de uma sensibilidade político-social relativa à questão do internamento.

Foi nessa chave de leitura, da lógica dos regimes totais, que as práticas de internação dos doentes mentais passou a ser percebida e, portanto, combatida: contra elas surgiram diversos movimentos como a psicoterapia institucional e a política de setor na França, as comunidades terapêuticas e a antipsiquiatria na Inglaterra e a psiquiatria democrática na Itália³⁵. Inspirados na “vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre e igualitária” (DESVIAT, 1999, p. 23), esses movimentos reformistas europeus passaram a denunciar e criticar o caráter fechado, autoritário, desumanizante e excludente do modelo asilar³⁶ que, centrado no saber e no poder do médico psiquiatra, produzia, assim como os campos de concentração, a exclusão ostensiva e compulsória de uma parcela da população.

O modelo da psiquiatria asilar começou a ganhar forma com as intervenções realizadas por Samuel Tuke e Phillippe Pinel, respectivamente na Inglaterra e na França, em instituições conhecidas como Hospitais Gerais³⁷. Tais instituições, durante os séculos XVII e XVIII, num período caracterizado por Foucault (2010a) como o da Grande Internação, serviram como locais para onde eram enviados todos aqueles que escapavam à norma – pobres, indigentes, depravados, vagabundos e loucos –, por serem considerados “problemas das cidades” (FOUCAULT, 2010a, p.78). Pinel e Tuke têm seu lugar na história oficial da psiquiatria como os responsáveis por um gesto decisivo na evolução dessa disciplina: eles reconheceram, dentro do grupo daqueles considerados problemas da cidade, o louco como uma figura diferente: não mais um desviante qualquer, mas alguém afetado por uma doença – *um doente mental, aquele que, devidamente reconhecido, necessita de um tratamento específico e adequado ao seu mal*. Esta, evidentemente, é a forma como o discurso da psiquiatria, debruçado sobre sua história, entende tal gesto. Podemos reformular a frase e, de forma mais

35 Não nos dedicaremos a apresentar as especificidades de cada movimento. Para uma introdução ao tema ver Desviat (1999).

36 O modelo asilar, no Brasil, é mais reconhecido sob o nome de modelo (ou lógica) manicomial.

37 Hospitais Gerais que, por sua vez, herdaram o espaço físico e simbólico dos leprosários da Idade Média.

condizente com os ensinamentos daqueles que fazem a crítica de tal disciplina (FOUCAULT, 2006b, 2010a; BASAGLIA, 1977), dizer que o gesto de Pinel e Tuke, ao reconhecer a loucura como uma nova categoria, aproximando-a da lógica médica, transformou-a em uma doença – *produziu doentes*. Sendo assim, produziu a necessidade de que os loucos, uma vez doentes, fossem separados e tratados de forma diferente dos outros desviantes, criando também a necessidade de um local apropriado para o tratamento dessa “nova doença”.

Nasce assim o asilo, local onde a loucura deveria ser isolada para ser tratada: “A grande tarefa do asilo era (e ainda é até hoje) homogenizar todas as diferenças, isto é, reprimir os vícios, extinguir as irregularidades, denunciar tudo aquilo que se opõe às virtudes da sociedade” (FRAYZE-PEREIRA, 2008, p. 86). Foi justamente esse modelo asilar que os movimentos na França, na Inglaterra e na Itália visaram reformar (ou extinguir), e, inspirada neles, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se organizou.

No Brasil, a loucura tornou-se objeto de intervenção do Estado com a chegada da família real no início do século XIX. Em 1830, uma equipe da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizou um estudo da situação dos loucos da cidade. Foi nesse momento, em solo brasileiro, que a loucura passou a ser um problema médico, tornando-se uma doença mental (AMARANTE, 1994). Pouco tempo depois, em 1852, foi inaugurado o primeiro asilo de nosso país: o Hospício de Pedro II, localizado no Rio de Janeiro. Ainda que o primeiro hospício brasileiro tenha sido construído na metade do século XIX, o modelo asilar desenvolveu-se com mais força e características próprias no início do século seguinte, a partir de diversas influências que tomaram o centro das discussões psiquiátricas (e médicas) da época. Temas culturais como o antiliberalismo, o moralismo, o racismo e a xenofobia serviram de base para um pensamento eugenista dos psiquiatras brasileiros. Estes objetivavam definir uma série de características ideais em torno das quais seria possível construir um projeto de higiene mental para a raça brasileira, a partir de propostas práticas de prevenção e repressão como: indicação de normas morais relacionadas ao comportamento sexual, projetos de esterilização dos doentes mentais e repressão policial ao alcoolismo (COSTA, 2007)³⁸ – todas elas somadas, claro, à lógica de internação em grandes complexos hospitalares.

38 Ao longo dos anos, o discurso francamente eugenista foi perdendo força no Brasil, ainda que seja possível encontrar suas bases ideológicas funcionando de maneiras mais ou menos visíveis até os dias de hoje – como em projetos de intervenções criminalizantes junto a usuários de drogas.

Grande parte dos hospitais psiquiátricos brasileiros mais conhecidos³⁹ até os dias de hoje foi fundada na primeira metade do século XX e gerida pela administração pública. A partir das décadas de 1950 e 1960, com especial ênfase durante o período da ditadura militar, viu-se uma proliferação de novos hospitais como consequência de uma política de Estado que passou a comprar vagas em leitos psiquiátricos de hospitais privados para oferecer assistência aos trabalhadores e seus familiares⁴⁰ – política produtora do que veio a ser chamado de “indústria da loucura”:

Foram os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados, que floresceram rapidamente para atender a demanda. As internações passaram a ser feitas não apenas em hospitais públicos [...], mas em instituições privadas, que eram remuneradas pelo setor público para isso. [...] as empresas hospitalares auferiam benefícios significativos com as internações (sua única fonte de lucro), com total falta de controle pelo estado, observando-se um verdadeiro empuxo à internação, razão pela qual este sistema veio a ser chamado de “indústria da loucura” (FONTE, 2013, p. 1).

Se a lógica da internação já tinha força na primeira metade do século XX no Brasil, cresceu ainda mais quando associada à possibilidade de lucro por parte dos recém-inventados empresários da loucura. Internar o maior número possível de pessoas, gastando o mínimo com cada um, foi a matemática básica que produziu o sucesso financeiro e a miséria assistencial dessas instituições. Nessa época, surgiram e cresceram hospitais como o da cidade de Paracambi – a Casa de Saúde Dr. Eiras, considerada o maior hospital psiquiátrico privado da América Latina – e polos manicomiais como o da região de Sorocaba – na qual foram inaugurados ao menos oito novos hospitais psiquiátricos privados na década de setenta (GARCIA, 2011).

A ditadura militar em solo brasileiro, além de inflacionar o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental, também produziu efeitos semelhantes aos ocorridos na Europa após a Segunda Grande Guerra. Politicamente, em especial após 1968, viu-se uma extensiva perseguição aos diversos setores da população brasileira que se opunham ao regime militar. Os direitos foram restringidos, a censura foi instalada e diversas formas de repressão de tudo o que subvertesse o discurso e as práticas oficiais foram impostas: prisões, exílios, torturas,

39 “Fama” angariada por abrigar por décadas milhares de pessoas em condições terríveis, tais como Hospital Colônia de Barbacena (MG), o Hospital Colônia Juliano Moreira (RJ) e o Hospital Psiquiátrico do Juqueri (SP)

40 Nessa época, anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS), o direito a assistência médica oferecida pelo Estado era restrito aos trabalhadores com carteira assinada que contribuíam para a previdência (AGUIAR, 2011).

assassinatos ou qualquer outra ação necessária para silenciar a oposição – incluindo o envio desses opositores políticos a manicômios para ali, junto com os outros ditos loucos, serem emudecidos e esquecidos; como afirma Nicácio: “há muito em comum entre a ditadura e o manicômio” (NICÁCIO, 1989, p. 108).

Diante desse cenário, movimentos de reforma do modelo de psiquiatria vigente no Brasil começaram a se fortalecer ao mesmo tempo em que diversos outros setores se uniam em torno da derrubada do regime militar e da construção de um modelo democrático para o país. Houve, como na Europa, uma sensibilidade social relativa a questões como o autoritarismo, o encarceramento e a tortura, permitindo que as denúncias que começaram a surgir ecoassem em diferentes meios sociais. Denúncias de superlotação, maus-tratos, negligência e morte⁴¹ repercutiram com muita força, impulsionando o movimento de reforma (ARBEX, 2013). Foi nessa mesma época, final dos anos 1970, que surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), um dos principais articuladores da reforma psiquiátrica brasileira.

Composto por profissionais de diversas categorias e simpatizantes não técnicos da saúde, o MTSM se organizou em prol de uma reforma da psiquiatria. Com pautas que reivindicavam melhoria nas condições de trabalho⁴², criticavam o autoritarismo das instituições de tratamento e pleiteavam mudanças no modelo assistencial (hospitalocêntrico, privatista e biológico), o MTSM ganhou força e cresceu, dirigindo as discussões relativas à saúde mental e compondo o cenário de reforma sanitária que também se fortalecia nessa época. O raio de ação do MTSM, na primeira metade da década de 80, ampliou-se ainda mais com a incorporação de diversos de seus membros em cargos públicos nos diferentes níveis de governo: federal, estadual e municipal. Essa foi considerada uma ação estratégica que, por um lado, proporcionou uma significativa ocupação do Estado por aliados à reforma:

A partir de 1985, pode-se fazer uma constatação importante: uma parte significativa dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de Saúde Mental, assim como a direção de importantes unidades hospitalares públicas – inclusive algumas universitárias – estão sob a condução de fundadores e ativistas do MTSM. [...] [Estes] operaram uma substituição de uma prática psiquiátrica conservadora ou voltada para interesses privados, por uma ação política de transformação da psiquiatria como prática social. (AMARANTE, 2010, p. 69).

41 Como as publicadas em 1979 pelo repórter Hiram Firmino e a fotógrafa Jane Faria, no jornal O Estado de Minas, a respeito do Hospital Colônia de Barbacena,

42 “A pauta inicial de reivindicações gira em torno da regularização da situação trabalhista [...], aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho” (AMARANTE, 1995, p. 52).

No entanto, por outro lado, essa ocupação de cargos públicos produziu uma cisão no movimento. Cisão deflagrada a partir da compreensão de que o MTSM teria dado as mãos ao Estado, unindo-se a ele na realização de ações autoritárias e de caráter superficial, ou seja, ações que não efetivavam mudanças estruturais:

As contradições evidentes entre nossas condições precárias de vida e trabalho e a propaganda oficial da Coordenadoria e da Secretaria da Saúde, que há dois anos e meio fala sobre as maravilhas da ‘nova’ orientação da política de Saúde, mostra-se de forma cristalina a cada dia. (Carta lida no I Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental, 1985 *apud* SCARCELLI, 1998, p. 20).

Nesse ponto da história, conforme vimos no primeiro capítulo deste trabalho, uma linha de força prático-discursiva foi estabelecida e cresceu, ganhando seu nome, *luta antimanicomial*, seu lema, *por uma sociedade sem manicômios*, e uma direção política: intervir junto a sociedade e congregar a diversidade no seio da luta, buscando formas independentes e não excludentes de organização. Linha de força que carregou consigo o imperativo *isso não*, ou seja, a negação de tudo aquilo que historicamente foi associado ao manicômio: controle, dominação, encarceramento, exclusão, campos de concentração, eugenia, ditadura e indústria da loucura.

2.1.2. Disputas

De maneira geral e sintética, esses são os antecedentes que temos estudado, aprendido e transmitido – dentro do contexto antimanicomial – para compreender como se produziram as lógicas manicomiais e como foi sendo construído um enfrentamento a elas. Essa narrativa é utilizada, em especial, para fazer frente a uma outra versão da história, difundida a partir do ponto de vista da psiquiatria, que coloca as doenças mentais como uma “realidade escondida, mas sempre existente, cuja iluminação gradual teria sido feita pelas astúcias do gênio científico” (FRAYZE-PEREIRA, 2008, p. 46). Essa versão é a de uma história que naturaliza a doença: visões oraculares da Grécia antiga, rituais mágicos de uma tribo indígena ou possessões em um clã africano seriam, portanto, nada além de doenças mentais ainda não diagnosticadas, fenômenos à espera da iluminação, da revelação desde o saber médico – logo, diferentes momentos históricos e diferentes culturas em nada alterariam a verdade atemporal da psiquiatria. Não é difícil perceber como essa *versão da história* tornou-se a verdade de nosso tempo, fazendo com que, socialmente, a loucura seja reconhecida a partir da lógica

médica e de sua naturalização como doença. Ou seja, tal versão da história, tal *regime de verdade*, centraliza, na psiquiatria, o saber e o poder quanto à loucura (FOUCAULT, 2010b). Contra esse *regime de verdade*, vigente e hegemônico, que os movimentos de reforma psiquiátrica lutam.

Armados com outra versão da história, objetivando desnaturalizar a verdade construída pela racionalidade médica, os trabalhadores e militantes ligados ao movimento brasileiro de reforma – assim como em outras partes do mundo – dizem *não* ao regime de verdade que reduz as experiências de sofrimento, assim como as diferenças entre as pessoas, à racionalidade das doenças⁴³; racionalidade produtora de condutas homogeneizantes de tratamento que, como vimos, centraram-se na internação, ou seja, centraram-se no aprisionamento e na exclusão dos ditos pacientes. Logo, é na direção de forjar novas formas de perceber, falar e agir – formas capazes de dizer *não* a esse discurso hegemônico e naturalizado socialmente – que se realiza uma análise, uma crítica e uma consequente redescritção histórica do processo do surgimento da loucura como doença mental e da psiquiatria:

A análise histórica deste processo e a identificação de seus efeitos permitem perceber como a pretensa neutralidade e objetividade dos jogos de verdade da ciência buscam encobrir valores e poderes no cenário cotidiano dos atores sociais (AMARANTE, 1997, p. 26).

Intenciona-se criar, dessa forma, um campo de novas visibilidades, no qual a psiquiatria e suas práticas – em especial de diagnose e tratamento via internação – deixariam o lugar de verdade estabelecida e passariam a ser olhadas como o inimigo a ser combatido e neutralizado: estratégia que, portanto, visa diminuir os efeitos de poder de seus discursos e práticas – produzindo, evidentemente, outros em seu lugar.

Tal combate, como se pode imaginar, não se dá pacificamente; tomemos o livro de Michel Foucault, *História da Loucura* (2010a), um dos grandes inspiradores de críticas à psiquiatria na atualidade, como exemplo disso⁴⁴. Publicado em 1961, fruto de sua tese de

43 Utilizamos o termo ‘doença’ para definir essa racionalidade a partir da compreensão de que o discurso social, tal como o antimanicomial, utiliza-o como sinônimo de ‘transtorno’, termo que atualmente vigora na psicopatologia psiquiátrica. ‘Transtorno’ aponta uma importante diferença em relação a ‘doença’, não sendo considerado uma entidade clínica estável, dentro da lógica médica, por não ter, por exemplo, suas causas definidas. No entanto, conforme afirmamos, no uso comum essa diferença não se apresenta, fazendo desses termos sinônimos – e elevando o transtorno à condição de categoria médica estável e confiável.

44 Foucault, em entrevistas e cursos posteriores à publicação da *História da Loucura*, indicava ter ressalvas quanto aos modos de enfrentamento ao manicômio engendrados pelos discursos de reforma psiquiátrica. No curso *O Poder Psiquiátrico*, por exemplo, ele analisou a centralidade dada à *crítica institucional* desses

doutorado, a *História da Loucura* foi alvo, após uma morna recepção, de diversas e virulentas depreciações e julgamentos ao longo dos anos:

[...] foi acolhida, em um primeiro momento, com um pouco de curiosidade e uma certa simpatia pelos psiquiatras, totalmente ignorada pelos historiadores, para os quais não era interessante. Depois, bastante rápido, o grau de hostilidade dos psiquiatras chegou a tal ponto que o livro foi julgado como um ataque dirigido à psiquiatria de hoje e um manifesto da antipsiquiatria (FOUCAULT, 2013c, p. 293).

Diante dos questionamentos produzidos pelo livro de Foucault aos ideais sobre os quais os saberes *psis* repousavam – de psiquiatras, psicólogos e historiadores da psicopatologia –, viu-se um grande esforço em desacreditá-lo. Afinal, na história oficial da psiquiatria – que elevava seus fundadores à condição gloriosa de mestres descobridores da verdadeira natureza da loucura e de construtores das bases conceituais psicopatológicas que permitiriam iluminar tal natureza –, o livro de Foucault produziu uma inversão fundamental, retirando a loucura do plano no qual foi colocada pela psiquiatria, dos fatos naturais, e colocando-a no plano histórico-cultural. *História da Loucura* revelou, conforme leitura de Roudinesco, a ilusão sobre a qual a disciplina psiquiátrica se fundamentou:

Em lugar de afirmar [...] que o surgimento de uma parafernália conceitual, a da psicopatologia, permite explicar a presença da loucura na natureza humana, mais vale mostrar que essa parafernália se construiu sobre a ilusão retroativa de uma loucura previamente existente na natureza. Consequentemente, a loucura não é um fato de natureza mas de cultura, e sua história é a das culturas que a dizem loucura e a perseguem. Da mesma forma, a ciência médica só intervém como uma das formas históricas da relação da loucura com a razão. Seus conceitos, portanto, não são adequados à análise dessa relação (ROUDINESCO, 1994, p. 15).

Trata-se de uma revisão radical do modo de encarar a loucura e a psiquiatria. Revisão que produziu, especialmente por parte de psiquiatras e historiadores da psiquiatria, reações igualmente radicais⁴⁵. Foucault foi atacado de diferentes maneiras: encontraram imprecisões nos dados coletados e erros na seleção de documentos – ele não teria tido acesso aos documentos que contariam “a verdadeira verdade da verdadeira história” (ROUDINESCO, 1994, p. 19) –; apontaram desconhecimentos relativos a determinados fatos históricos e exageros quanto a outros; no limite, acusaram-no de fantasiar uma história da loucura inexistente. Além disso, sua biografia foi utilizada como elemento de descrédito: acusaram-no

movimentos: “a luta com, na e contra a instituição” (FOUCAULT, 2006b, p.450). Para o autor, em vez de partir da instituição como problema central, dever-se-ia partir da questão do poder. Ressalvas como essa, no entanto, não abalaram a importância do livro no campo da luta contra os manicômios.

45 Ocorreram, ainda, em relação ao livro *História da Loucura*, debates intensos em outros campos, como o travado entre o filósofo Jaques Derrida e Foucault, em torno da leitura foucaultiana das *Meditações Metafísicas* de Descartes (ROUDINESCO, 1994; PELBART, 2009; FOUCAULT, 2011).

de não ser da área *psi*, de ser homossexual e de ter tentado suicídio (ROUDINESCO, 1994). Tratou-se de uma tentativa de provar que tudo aquilo que fora escrito era *falso* – um erro, uma imprecisão, uma imperícia, um desconhecimento ou uma atitude de má-fé. Tal combate contra a *História da Loucura* fez-se a partir de uma concepção da *verdade* clara e bem estabelecida, na qual esta seria um fato acabado, atemporal e imutável. Nesse sentido reivindicava-se que, caso Foucault tivesse escolhido os documentos corretos e feito as interpretações exatas, ele teria encontrado o *verdadeiro*; como não o havia feito, encontrara apenas o *falso*.

O *verdadeiro versus o falso*, foi nesse campo de batalha que se estabeleceu uma luta contra as teses da *História da Loucura* e, conseqüentemente, contra Foucault – *ele se enganou, não foi preciso, mentiu, errou; a verdade mantém-se do lado da história oficial psiquiatria*. No entanto, esse não é o mesmo campo de batalha que Foucault constituía para realizar seu trabalho; acusaram-no de não ter alcançado toda a verdade, mas, em seus termos, tratava-se de garantir que a verdade constituída até então fosse disputada, que se tornassem visíveis as engrenagens que a produziram. A precisão foucaultiana, a partir da consulta de mais de vinte e um mil documentos, foi a de ter construído uma arqueologia da percepção *sobre* a loucura – no lugar de buscar nos documentos a verdade *da* loucura, ele buscou os modos como esta foi percebida e como as alterações na percepção produziram discursos e práticas. Foi esse deslocamento, essa escolha de outro ponto de vista, que colocou a verdade atemporal da psiquiatria em xeque – exibindo-a como um *efeito de verdade*: uma produção histórica datada e engendrada a partir de um contexto propício.

Se *História da Loucura* (FOUCAULT, 2010a) colocou em xeque um saber, sendo apropriada como uma forma de luta contra ele, no entanto, essa não era a intenção de seu autor:

Ora, não era, absolutamente, minha intenção, ao menos por duas razões: quando escrevi o livro na Polônia, em 1958, a antipsiquiatria não existia na Europa; e, de toda maneira, não se tratava de um ataque dirigido contra a psiquiatria, pela simples razão que o livro se atém aos fatos que se situam no começo do século XIX (FOUCAULT, 2013c, p. 293).

Por outro lado, e esse fato nos interessa muito, o que está em jogo não são as intenções, mas os *efeitos de verdade*, as produções *a posteriori* que alguma ação no mundo, como a escrita de um livro, propicia. O próprio Foucault, após negar suas intenções antipsiquiátricas, faz uma análise desses efeitos, concluindo que o livro foi tomado como um manifesto útil ao

enfrentamento antipsiquiátrico:

[...] este livro nunca deixou de funcionar no espírito de público como sendo um ataque dirigido à psiquiatria contemporânea. Por quê? Porque o livro constitui para mim e para os que o leram ou o utilizaram – uma transformação da relação (histórica, técnica, moral e também ética) que temos com a loucura, com os loucos, com a instituição psiquiátrica, e com a própria verdade do discurso psiquiátrico (FOUCAULT, 1994, p. 45).

O *espírito público antimanicomial* viu no livro de Foucault uma poderosa arma de desmascaramento do discurso psiquiátrico e assim vem utilizando-o. Nessa perspectiva, *História da Loucura* é reenviada ao mesmo campo de batalha no qual foi desqualificada, o do *verdadeiro versus o falso*, no entanto, com os sinais invertidos: *psiquiatras mentem; nós, antimanicomiais, dizemos a verdade* – Foucault seria a prova.

Que efeitos como esse sejam engendrados, que o livro de Foucault funcione como uma experiência capaz de alterar percepções e produzir lutas, não constitui um problema, pelo contrário. É disso que se trata em qualquer disputa em torno da verdade. O que precisa ser questionado, no entanto, é o risco de que ocorra um congelamento nessa forma de luta, que a arma contra uma verdade se estabeleça como *a nova verdade* – constituindo ‘o antimanicomial’ como um campo atemporal, acrítico e a-histórico. O autor, a respeito do papel do intelectual nas lutas cotidianas e sua função no enfrentamento das verdades constituídas e hegemônicas, diz:

Há um combate ‘pela verdade’ ou, ao menos, ‘em torno da verdade’ - entendendo-se, mais uma vez, que por verdade não quero dizer ‘o conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou fazer aceitar’, mas o ‘conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder’; entendendo-se também que não se trata de um combate ‘em favor’ da verdade, mas em torno do estatuto da verdade e do papel econômico político que ela desempenha (FOUCAULT, 1979, p. 13).

Não é o objetivo desse combate, portanto, buscar qual seria a verdade, a *verdadeira* verdade; ao contrário, o que ele visa desmontar é justamente essa ideia de que haveria uma única e eterna verdade. O que há são *efeitos de verdade* que constituem, em cada ponto da história, discursos tomados como únicos e acabados:

A potência de Foucault está em fazer compreender que mesmo nossos saberes mais exatos são transitórios e mortais. Eles resultam de um agenciamento temporário do discurso, de um sistema de representações, cujas pesquisas históricas revelaram a origem e o fim. A verdade não é... - só existem discursos que podem ser historicamente situáveis (POL-DROIT, 2006, p.35).

O combate foucaultiano, portanto, se dá contra os efeitos de verdade produzidos em

cada época, contra uma naturalização da história, o seu emparedamento e sua sacralização. Nas palavras do próprio Foucault, o que ele fez, ao longo de sua obra, foi fabricar *algo* que servisse “para um cerco, uma guerra, uma destruição”, *algo* que fosse a favor “de que se possa passar, de que se possa avançar, de que se possa fazer caírem os muros” (FOUCAULT, 2006a, p. 69). Desenha-se, assim, uma diferenciação entre os objetivos de combate em torno da verdade. De um lado – aliado à lógica das ciências positivas –, o objetivo é o encontro do que chamamos de *verdadeira* verdade – sacra, atemporal, murada. Do outro – análogo ao conceito de *crítica* proposto nesse trabalho, à ideia de que a verdade não é algo fechado, inerente ou para sempre decidido –, o objetivo passa a ser o combate dos efeitos de verdade que aprisionam para permitir, assim, o avançar – o movimento.

Esse objetivo foucaultiano se conecta a duas importantes ideias. A primeira é a de que a verdade é *algo* produzido e disputável. Isso nos permite disputar as ideias das quais discordamos e compreender que, quando afirmamos algo, estamos participando de sua produção enquanto verdade. A segunda é a ideia de que sempre haverá efeitos imprevistos decorrentes dessas produções de verdade; destituída de seu lugar sacro, a verdade deixa de ter seus efeitos determináveis antecipadamente, passando a ser algo cujos efeitos só podem ser conhecidos *a posteriori*. Assim, a partir do momento em que determinadas afirmações se constituem como verdades, quaisquer que sejam elas, nosso papel passa a ser o de colher esses efeitos e pensar o que temos a fazer em relação a eles:

Veja bem, o que eu quero fazer não é a história das soluções, e essa é a razão pela qual não aceito a palavra “alternativa”. [...] Minha opinião é que nem tudo é ruim, mas tudo é perigoso, o que não significa exatamente o mesmo que ruim. Se tudo é perigoso, então temos sempre algo a fazer. Portanto, minha posição não conduz à apatia, mas ao hiperativismo pessimista (FOUCAULT, 2013b, p. 299).

Tomar a verdade dessa maneira significa, portanto, saber de nossa participação em sua produção e nossa responsabilidade por seus efeitos – algo que, justamente, não é levado em consideração quando se toma a história como algo dado, como um saber imutável a ser desvelado.

Antes de avançarmos, uma breve síntese: ao afirmarmos, no início deste capítulo, que há uma produção de *nãos* em consequência dos modos como as lutas e seus discursos foram estabelecidos, estamos, inspirados em Foucault, buscando revelar que *há uma produção de um regime de verdade concernente ao campo da Luta Antimanicomial que, como qualquer*

outro, produz efeitos. Para pensar esses efeitos, torna-se necessário, portanto, seguir buscando entender as regras de produção desse regime de verdade antimanicomial.

2.1.3. Influências

O ano era 1979, e o Brasil, após mais de uma década de ditadura, encontrava-se em um processo de transição no qual a abertura política ganhava cada vez mais força. A Lei da Anistia, assinada no mês de agosto, permitiu a volta de banidos e exilados pelo regime militar. Pouco antes, em junho, desembarcava em São Paulo, visitando o país pela terceira vez, o renomado psiquiatra italiano Franco Basaglia. Principal animador do movimento de Psiquiatria Democrática italiana e feroz crítico do opressivo poder que a psiquiatria exercia — e ainda exerce — sobre a população, Basaglia vinha ao Brasil para um ciclo de conferências realizadas durante os meses de junho e julho em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Nelas, ainda que os locais, os públicos e os temas propostos fossem diferentes, a cena era basicamente a mesma: Basaglia fazia uma breve fala, traduzida simultaneamente para sua plateia, sobre o controle que a psiquiatria exerce sobre a população, em especial as classes miseráveis. Ele expunha o uso perverso do discurso científico dessa disciplina que, utilizando-se da instituição manicômio, fazia a gestão das pessoas consideradas impossibilitadas de viver no mundo civilizado. Para a psiquiatria, essa massa era reconhecida como de ‘doentes mentais’ e por isso considerada incapaz de estar entre os sãos. Basaglia, no entanto, inspirado pelo marxismo, desvelava que os ditos loucos eram excluídos, na prática, não pela doença mental, mas por não se adequarem sob outros pontos de vistas: o econômico (por não serem produtivos), o social (por não seguirem a ordem moral) e o político (por não obedecerem ao regime vigente).

Em suas conferências também relatava as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de 1960 e 1970. Basaglia falava de como havia sido possível conquistar, junto aos trabalhadores do manicômio de Gorizia⁴⁶, uma mudança na forma de entenderem seu trabalho com os internos, permitindo uma maior horizontalidade nas relações entre

46 Gorizia é uma comunidade no extremo norte da Itália que por sete anos, a partir de 1961, teve Franco Basaglia como diretor de seu Hospital Provincial Psiquiátrico. Lá, vindo de Parma, onde trabalhava na universidade, Basaglia começou a entrar em contato com a realidade manicomial e a implantar novas ideias para transformar a instituição em um local de cura, a partir da ideia de que pacientes, médicos e equipe, todos, estão em meio a uma crise e precisam encontrar uma base comum para sair dela (AMARANTE, 1996).

profissionais e pacientes e diminuindo a dominação e a sujeição sob as quais os internos viviam. Descrevia, igualmente, o processo de fechamento do manicômio de San Giovanni em Trieste⁴⁷, que em oito anos diminuiu sua população de 1100 internos para menos de cem, até fechar completamente, sendo substituído por uma rede de serviços que se tornaram referência mundial para uma reformulação da assistência em saúde mental. Referia-se ainda à promulgação da Lei 180 na Itália, que impedia a construção de novos manicômios, incentivava a desativação dos existentes e extinguiu a atribuição de periculosidade à doença mental.

Após sua comunicação, num clima que favorecia o debate, iniciava-se uma discussão com os participantes. Havia perguntas solicitando maiores detalhamentos das questões levantadas, provocações que duvidavam da viabilidade das mudanças propostas e pareciam querer expor as ideias basaglianas como fantasias e ilusões, pedidos de análises da situação política brasileira e convites para que Basaglia indicasse caminhos para uma reforma no Brasil. Para esse último pedido sua mensagem era clara: além de denunciar a situação da psiquiatria, o que ele queria com suas conferências era incentivar que seus ouvintes abandonassem a discussão e fossem à prática iniciar mudanças — “contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática”, dizia ele (BASAGLIA, 1979).

Dia a dia, cidade a cidade, o ritual era basicamente o mesmo. No entanto, algo mudou quando chegou a Minas Gerais. Após sua visita ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, conhecido como Colônia ou Cidade dos Loucos, não pôde proferir sua conferência. O horror era visível e, segundo relatos, Basaglia pareceu ter ficado profundamente deprimido. Declarou que o que vira era “pior que um campo de concentração” (BASAGLIA, 1979, p. 137).

As temáticas em torno da institucionalização eram caras a Franco Basaglia. Ele ficara

47 Trieste é uma cidade no nordeste italiano. Basaglia chegou a ela em 1971 para começar uma “verdadeira demolição do aparato manicomial com a extinção dos ‘tratamentos’ violentos, a abertura dos cadeados e das grades, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo, a constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental.” (ROTELLI e AMARANTE, 1992, p.43). O manicômio de San Giovanni, após a passagem de Basaglia, foi fechado e transformado em um parque.

preso por seis meses, durante o ano de 1943, devido à militância que realizara junto a um grupo de estudantes antifascistas na Itália (COLUCCI; VITTORIO, 2001). Essa experiência o tornou muito sensível para a situação da loucura nos hospitais psiquiátricos da Itália. Seu primeiro contato com instituições psiquiátricas ocorreu em 1961, doze anos após ter se formado em medicina. Até então, Basaglia só havia conhecido a realidade asséptica do trabalho de gabinete e a enfermaria psiquiátrica da Universidade de Padova (AMARANTE, 1996).

Com sua experiência em Gorizia, passou a dedicar grande importância ao tema das instituições psiquiátricas. Num livro coletivo dedicado aos onze anos em que dirigiu o hospital, *A Instituição Negada* (BASAGLIA, 1985), narra uma fábula oriental sobre um homem que perdeu sua liberdade quando uma serpente entrou em sua boca. Dentro do seu corpo, a serpente tornou o homem subordinado aos seus desejos. Algum tempo se passou nesse estado em que, segundo Basaglia, o homem “já não se pertencia” (BASAGLIA, 1985, p. 132). Em uma manhã, o homem acordou sentindo que a serpente havia se desalojado de seu estômago, tornando-o livre novamente. No entanto, o homem não sabia mais o que era ser livre: a fábula revela que havia sido tão longo o tempo em que a vontade, os impulsos e os desejos da serpente passaram a ser os do homem, que este perdera a capacidade de agir de forma independente, encontrando o vazio no lugar de si mesmo. Segundo Basaglia,

não lhe restava mais do que *reconquistar* pouco a pouco o *antigo conteúdo humano* de sua vida. A analogia entre esta fábula e a condição institucional do doente mental é surpreendente, pois parece a parábola fantástica da incorporação, por parte do doente, de um inimigo que o destrói com a mesma arbitrariedade e a mesma violência com que o homem da fábula foi dominado e destruído pela serpente. (BASAGLIA, 1985, p. 132-133, grifo nosso)

Com a instituição representada pela serpente, Basaglia entendia que sua negação era necessária para a possibilidade de recuperação da humanidade na loucura.

Os *não*s ao “pior que um campo de concentração”, à dominação, à violência e à serpente institucional constituíam, portanto, importantes fundamentos das reflexões e do ensino de Basaglia e, como veremos a seguir, foram incorporados ao pensamento e as práticas antimanicomiais brasileiras.

2.1.4. Prelúdio

Diversos estudos se debruçaram sobre a trajetória institucional (GOFFMAN, 2010; BASAGLIA, 2010), a violência (BASAGLIA, 2010), os jogos de poder e a produção de verdade (FOUCAULT, 2006b; 2010a) da lógica manicomial. Há também escritos que relatam a experiência de desconstrução dessa lógica, como o já citado *A Instituição Negada* (BASAGLIA, 1985), versando sobre a experiência de transformação do manicômio italiano de Gorizia. Esses e outros trabalhos são importantes inspirações para o campo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que tem como principal influência o pensamento e as práticas italianas. Além das diversas visitas de Basaglia e de outros personagens da psiquiatria democrática italiana ao Brasil, trazendo os relatos e as reflexões a partir das experiências de Trieste e Gorizia, muitos profissionais brasileiros estagiaram na Itália como parte de seu processo de formação.

Experiências, escritos e reflexões como essas, portanto, compõem o campo discursivo daqueles que se aliam à ideia de reformar a psiquiatria e lutar contra os manicômios. Influenciadas por esses escritos e essas experiências, temos, em solo brasileiro, realizações que se transformaram em marcos das práticas e do pensamento antimanicomial. Nos deteremos em uma delas por seu pioneirismo: o processo de desinstitucionalização do manicômio da cidade de Santos. Esta experiência, de repercussão nacional, é até hoje paradigmática: um exemplo prático de que é possível implementar novos modelos de atenção à saúde mental.

Após os primeiros movimentos de reforma psiquiátrica no Brasil no fim da década de 1970, e a constituição da autônoma “luta contra os manicômios” – que teve o Congresso de Bauru como marco fundador, em 1987 –, avanços seguiram sendo conquistados; ainda no mesmo ano da realização do congresso, ocorreu a inauguração do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira⁴⁸, na rua Itapeva, em São Paulo; dois anos depois, em 1989, o deputado federal Paulo Delgado propôs o Projeto de Lei 3.657, conhecido como Lei Paulo Delgado⁴⁹. Entre esses avanços, importantes referências de nossa jovem história

48 Conhecido como CAPS Itapeva, foi um serviço substitutivo pioneiro e suas práticas serviram de modelo para a estruturação de outros serviços.

49 Esse projeto de lei propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a progressiva extinção dos manicômios brasileiros. Ele tramitou por doze anos, entre o Senado e a Câmara dos Deputados, até ser aprovado, com diversas modificações, em 2001 – Lei 10.216/2001.

antimanicomial, o mais significativo – por seu simbolismo e ineditismo – foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos. A cidade de Santos, com a eleição de Telma de Souza para a prefeitura, em 1989, passou por uma revolução em diversos setores político-sociais e, em especial, na saúde. David Capistrano, médico sanitário, foi nomeado secretário de Saúde e, à frente da secretaria, implantou diversos projetos na cidade: a construção de uma rede básica de saúde, seguindo os princípios do recém-criado SUS, a implementação de um programa de combate ao HIV que realizava uma política de redução de danos e o fechamento do manicômio santista, conhecido como a “Casa dos Horrores”.

A Casa de Saúde Anchieta foi tida como “o maior e mais moderno hospital particular da América do Sul”, segundo manchete do jornal *A Tribuna*⁵⁰, de maio de 1953, data de sua inauguração. O texto que seguia a manchete enaltecia o hospital, seus fundadores e sua arquitetura: “um edifício de linhas modernas, capaz de oferecer aos doentes ambiente propício, que não lhes desse a ideia de um hospital, mas sim de uma casa de repouso, dotada de todo o conforto”. Na prática, no entanto, a ideia de uma confortável casa de repouso não foi conquistada: as condições eram péssimas, com “superlotação, falta de profissionais e as denúncias de maus-tratos”, também segundo *A Tribuna*⁵¹, muitas décadas depois.

No começo da década de 1990, após sérias denúncias recebidas pela prefeitura, essa instituição privada sofreu um processo de intervenção no qual um psiquiatra foi indicado pelo poder público para gerir a instituição e assim pôr fim à situação calamitosa em que os pacientes viviam. O nome indicado foi o de Roberto Tykanori Kinoshita, que havia trabalhado em Trieste⁵² com o sucessor de Basaglia, Franco Rotelli, e dirigido o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) da cidade de Bauru. Uma nova gestão foi estabelecida no hospital, que, logo de início, demarcou a condição como emergencial. Havia superlotação, falta de pessoal e um alto índice de doenças clínicas – “hipertensão, diabetes, diarreias, pediculose (piolho) e escabiose (sarna), que configuravam uma endemia local” (KINOSHITA, 1996, p. 41). Do ponto de vista das relações de dominação, “havia uma hierarquia informal que ordenava as relações internas” (KINOSHITA, 2016, p. 247). Dessa hierarquia faziam parte desde o

50 Disponível em <<http://www.novomilenio.inf.br/santos/h0260r1.htm>>. Acesso em 18 Jul. 2017.

51 Disponível em <<http://www.atribuna.com.br/noticias/noticias-detalle/cultura/luta-antimanicomial-vai-para-a-tela/>>. Acesso em 18 Jul. 2017.

52 Após a experiência de Basaglia e sua equipe em Gorizia, na qual se alteraram profundamente as relações de poder estabelecidas dentro do manicômio daquela cidade, Basaglia foi trabalhar em um manicômio na cidade italiana de Trieste que foi fechado após alguns anos, tendo os seus internos reinseridos na vida social.

proprietário do hospital até alguns pacientes, passando pelos auxiliares de enfermagem, porteiros e roupeiros. Para a manutenção da ordem e a garantia de controle os funcionários tinham autorização para utilizar instrumentos de castigo físico, como a reclusão em celas fortes e banhos frios com mangueira. Tinham, ainda, o poder de produzir relatórios endereçados aos médicos decidindo sobre quem precisaria tomar eletrochoques. Com a utilização de termos técnicos como “paciente delirante”, “agressivo”, “impulsivo” ou “agitado”, justificava-se medicamente a necessidade dos tratamentos/castigos e, assim, tentava-se garantir a obediência às normas institucionais.

A intervenção pública deu um basta às condições em que os internos foram encontrados e às formas de controle exercidas; um *isso não* foi consolidado, e desse *não* novas regras e novas formas de tratar foram produzidas:

Os funcionários foram proibidos de trancar ou agredir os pacientes, além de não poderem mais recorrer a qualquer forma de violência sob a alegação de estarem 'tratando' os internos. Isso não significa dizer que se um paciente estivesse agitado não se poderia usar a força para contê-lo, mas todos tinham que ter clareza de que isso não era tratamento, mas, sim, uma contenção (RODRIGUES, 2010, p. 1).

Com essas e muitas outras transformações no cotidiano, o manicômio santista se modificou, realizando, segundo o filósofo Félix Guatarri, que visitou o local em 1990, uma “revolução psiquiátrica” (LANCETTI, 2014, p. 44). Os internos foram, pouco a pouco, saindo da instituição e voltando ao convívio social; Núcleos de Atenção Psicossocial, locais de tratamento em meio aberto, foram inaugurados, cobrindo todo o território santista; e, em 1996, o manicômio foi definitivamente fechado, tendo todos os seus pacientes absorvidos pela rede de cuidados local. Mais importante que isso, foi encerrada uma produção de relações, saberes e poderes na qual um determinado itinerário era instituído na vida daqueles diagnosticados como doentes mentais:

[...] uma situação em que, ao tentar negar sua insanidade e a necessidade de internação, [o dito doente mental] acaba por confirmar a necessidade de internação (de controle); quanto maior a força com que resiste, mais identificado como pouco razoável e violento e, portanto, necessitando de tratamento (a internação); se nega estar doente (não sou louco!), sempre pode ser entendido como “desprovido de autocritica” e portanto perigoso, sujeito, uma vez mais, a internação. [...] Nas situações iniciais, o indivíduo, mesmo adoecido, mantém-se ativo, lutando por suas ideias e condutas (independente de qualquer juízo de seus conteúdos), mas toda a resistência é considerada ou como sintoma da própria doença ou como reações psicológicas defensivas. (KINOSHITA, 2016, p. 206-207)

É importante notar como essa descrição inverte o que normalmente se entende como

cronicidade na psiquiatria: cronicantes passam a ser as percepções, os pensamentos e as práticas que incidem sobre o louco, e não a própria doença que incide sobre ele. Se a psiquiatria tradicional adjetiva como crônicos os casos daquelas pessoas que não melhoram, que não respondem a nenhum tratamento e que se mantêm doentes indefinidamente, Kinoshita (2016) inverte os termos dessa equação e coloca a cronicidade na instituição, em seus atores e em suas formas de cuidar. A doença torna-se uma produção complexa e entre muitos, e não mais uma entidade específica que afeta um corpo. Assim sendo, a transformação ocorrida em Santos, que buscou tratar da cronicidade da instituição, produziu meios de barrar essa trajetória imposta ao louco.

O *não* se produziu frente aos horrores constatados na Casa de Saúde Anchieta e contra a lógica vigente produziu-se algo novo. Dizer *não*, ou seja, romper com uma lógica institucionalizada, cronicante e violenta, possibilitou a implementação de intervenções desburocratizadas, inventivas e capazes de produzir respostas coerentes com a complexidade de cada situação: essa foi uma das grandes vitórias da experiência santista. O *não* possibilitou a transformação das percepções, dos pensamentos e das práticas. Essas alterações, no entanto, tomaram as mais diversas e inesperadas formas.

O fechamento do manicômio santista e a consequente abertura de serviços substitutivos, que visavam oferecer novas formas de cuidado, configuraram-se como um momento de radical contraposição ao manicômio. O *não* a essa instituição serviu como um sistema de referência para a prática, de tal modo que nada que se aproximasse ao modelo manicomial poderia ser aceito: era “necessário apagar todas as marcas que pudessem lembrar a instituição manicômio” (KODA, FERNANDES, 2007, p. 1458). Viu-se, portanto, uma nova organização prático-discursiva que visava superar tudo aquilo que o manicômio representava. Claro que, como em toda invenção, toda nova forma de organização, surgem também novos problemas a partir de efeitos inesperados. Um exemplo desses efeitos inesperados é relatado no artigo de Koda e Fernandes:

Numa distração da equipe, uma usuária sai do NAPS e vai até a praia. Lá, ela é socorrida por um bombeiro. O caso gera intensas repercussões na equipe. Surge a ideia de se colocar uma porta para separar os quartos onde os usuários em situação mais aguda pudessem permanecer. Tal ideia é tomada, por parte da equipe, como um ataque frontal ao projeto antimanicomial. Na fala de uma das entrevistadas: “Tinha um grupo do qual eu fazia parte, que achava que não podia isso, que a porta tinha um valor simbólico. A gente tinha acabado com a ideia da porta, não podia ter uma porta que fechasse (...) e aí uma parte da equipe enlouqueceu. A gente achava que

era um absurdo isso, que era um retrocesso, que a gente tinha avançado a ponto de não precisar da porta” (Sandra – técnica).

Nesse momento, a coesão grupal se esfacela, parte dos trabalhadores ameaça sair da instituição. Por fim, a porta é colocada, contudo ninguém consegue sustentar o ato de fechá-la. Se a porta simboliza o aprisionamento vivido no manicômio, ela também corresponde a uma forma de proteção, de divisão e discriminação. Para além da memória do hospital psiquiátrico, o grupo não pode suportar as diferenças dentro da equipe (KODA, FERNANDES, 2007, p. 1458).

No artigo, afirma-se a produção de uma identidade de grupo fundada na negação do manicomial. Tal produção, para as autoras, impossibilita a sustentação da diferença, engendrando a indiscriminação e a homogeneidade de pensamento – efeitos que levam a um processo de enrijecimento das práticas. Foi, portanto, conquistada a construção de formas antimanicomiais de pensar, agir e falar – uma *comunidade* antimanicomial – que se baseava em uma lógica identitária – certos predicados a compunham, enquanto outros precisavam ficar de fora.

Estamos, no entanto, antecipando uma discussão que ainda virá, relativa aos efeitos práticos na produção dos *nãos*. Voltemos um pouco mais, ainda, à trilha da produção e do fortalecimento desses *nãos*. Na experiência santista, essa construção de uma identidade antimanicomial, de corpos capazes de perceber o que é manicomial e de dizer *não* a ele, foi um dos fatores que permitiram a efetividade da luta. Tal efetividade está diretamente relacionada à ampliação dessas discussões para o campo social.

A revolução psiquiátrica santista nasceu como uma forma de enfrentamento ao horror existente nos manicômios. E são justamente as cenas de horror que, em algumas ocasiões, foram utilizadas como meio de sensibilização comunitária. Um exemplo disso é relatado por Antonio Lancetti, em sua *Clínica Peripatética* (2014). Enquanto o manicômio estava sendo fechado e substituído por serviços abertos – nos quais os pacientes podiam circular com liberdade –, os profissionais da saúde mental realizavam reuniões com a população santista, intencionando sensibilizar a comunidade para o novo panorama da cidade; os loucos deixariam de estar escondidos atrás dos muros do hospital e passariam a compor o cotidiano das pessoas. Antes do início das conversas, um vídeo era exibido: *A batalha da cidadania*. Tratava-se da filmagem que documentou a visita da prefeita de Santos, Telma de Souza, e sua equipe à Casa de Saúde Anchieta: “em meio aos horrores do hospício, podíamos ver alguns internos gritando: – Telma, você veio nos libertar!” (LANCETTI, 2014, p.42). Cenas fortes que, ainda segundo Lancetti, objetivavam romper com o cerco da mídia local, que se opunha à

experiência de cuidado em meio aberto, e mobilizar o apoio da população ao movimento de desinstitucionalização dos internos da Casa dos Horrores.

Saindo do cenário santista, mas seguindo nessa mesma linha de relatos fortes e paradigmáticos, Amarante (2015) recorda a história de uma mulher que foi esquecida em uma cela de um hospício e lá faleceu; de frio e de fome. Passou-se tanto tempo entre o esquecimento da mulher louca e o reencontro do corpo morto que, quando tal fato se deu, anos depois, a silhueta da mulher morta ficou estampada no piso da cela forte. Nenhum produto de limpeza, nem mesmo ácidos, conseguiram apagar aquela marca; a direção do hospital, como solução, determinou que o piso fosse arrancado, mas não antes que o fato pudesse ser documentado – com fotos e essa breve narrativa que compõe o livro de Amarante (2015). Tal narrativa parece fundamentar-se na mesma lógica de ação à mobilização social: a partir da visibilidade da violência manicomial, produz-se o desejo e o esforço para que os erros do passado não se repitam, engendrando, nos “profissionais comprometidos com os ideais de mudança”, o desejo de “implantar um processo efetivamente distinto do anterior” (AMARANTE, 2007, p. 62).

Temos aqui, nas histórias de Lancetti e Amarante e na experiência santista, os fundamentos de uma importante direção estratégica do Movimento de Luta Antimanicomial, conforme apresentado no primeiro capítulo deste trabalho: dar visibilidade e incluir o maior número de atores – tanto profissionais, quanto pessoas da comunidade – na pauta de uma luta contra os manicômios. Com ações que levaram em conta a dimensão sociocultural, o movimento demonstrou grande eficácia ao adotar a estratégia de envolver “a sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental e dos hospitais psiquiátricos” (AMARANTE, 2007, p.73). Para tanto, utilizaram-se as próprias produções culturais e artísticas dos atores do movimento (pacientes, familiares e trabalhadores) como meio de divulgação junto à comunidade; além disso, realizaram-se produções midiáticas de maior alcance, tais como a reportagem exibida no *Fantástico*⁵³ sobre a Colônia Juliano Moreira, o documentário *Em*

53 Reportagem exibida dia 18 de maio de 1980 no *Fantástico*, programa dominical de grande audiência da Rede Globo, sobre a Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro. Logo no início, a voz do narrador avisa: “O que você vai ver agora são cenas impressionantes, que você talvez jamais esqueça, mas este é um caso que só podemos denunciar assim: documentando, mostrando coisas que muita gente preferia ignorar[...]” Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=8kQ-qfDNMc0>>. Acessado em: 09 Nov. 2016.

nome da razão, do cineasta Helvécio Ratton⁵⁴ e o filme *Bicho de sete cabeças*, da diretora Laís Bodanzky. Todos denunciando as condições degradantes em que as pessoas viviam nos hospitais. Havia uma aposta que aspirava atingir, com o envolvimento da sociedade, dois objetivos contíguos: mobilizar a opinião pública contra a lógica manicomial e sensibilizá-la quanto à complexidade da questão da loucura, de modo a produzir uma alteração da percepção social sobre o tema.

Propomos, então, acompanhando essa declarada estratégia de engajamento social, analisar elementos da produção do *não* a partir de uma dessas ficções criadas como modo de sensibilização. Para tanto, escolhemos apresentar e discutir o filme *Bicho de sete cabeças*, que nos servirá para examinar a ficção como estratégia de afirmação do *não*.

2.1.5. Imagem

No ano de 2001, Rodrigo Santoro já era um ator bastante conhecido no Brasil pela realização de trabalhos na televisão interpretando papéis de destaque, em geral como o galã – aquele personagem reconhecido por sua beleza física, inteligência, coragem e habilidades românticas. Seu grande público, cativado por suas participações em novelas de grande audiência na televisão aberta, foi surpreendido ao vê-lo interpretar um novo personagem, agora no cinema: um adolescente de classe média, filho de um pai autoritário e uma mãe deprimida, e irmão mais novo de uma influente funcionária de uma empresa privada de planos de saúde.

Rodrigo Santoro era Neto, personagem inspirado no livro *O Canto dos Malditos*, de Austregésilo Carrano Bueno (BUENO, 2004). Um adolescente que vivia entre a escola, o quarto, as festas de rock e o beco onde fumava maconha, escondido com os amigos. Frequentava jogos de futebol, apaixonava-se, saía de casa sem avisar, viajava para a praia sem dinheiro e desentendia-se muito com o pai, na tentativa de libertar-se do autoritarismo dele. Uma adolescência nos moldes das apresentadas nas séries televisivas juvenis do início dos anos 2000.

No entanto, o roteiro sofre uma reviravolta quando o pai de Neto descobre um cigarro

⁵⁴ O documentário, de 1979, realiza uma denúncia, mostrando as péssimas condições de vida dos pacientes internados no Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=WcSmiMZlnLg>>. Acessado em: 09 Nov. 2016.

de maconha na mochila do filho. Assaltado pela ideia⁵⁵ de que, da maconha, ele migraria para o consumo de “drogas mais pesadas”, tornando-se violento e capaz de roubar da própria família para sustentar seu vício, o pai decide interná-lo. Para tanto, tem ajuda da irmã de Neto, que consegue uma vaga em um hospital psiquiátrico particular de renome para realizar o tratamento de seu irmão. Para ser levado à internação, Neto é enganado pelo pai, que o convida a acompanhá-lo ao hospital sob o pretexto de visitar um amigo doente – quando, na verdade, era o próprio Neto quem seria transformado em um *jovem-doente*. É nesse ponto da história que se inicia a descida de Neto ao inferno: de adolescente rebelde a louco trancafiado em uma sala escura, sem banheiro, alimento, luz ou água.

Abandonado pelo pai no hospital e, sem sequer ser avaliado pelo médico, Neto é diagnosticado e medicado: as decisões da internação e sobre qual seria sua doença foram realizadas antes mesmo de sua chegada ao hospital. Os enfermeiros que o recebem já sabem que ele “é violento” e o advertem: “quanto mais calmo você ficar, melhor será para você”. Neto ainda tenta pedir para falar, quer ser ouvido por alguém, poder contar sua versão da história, mas uma lógica já está em funcionamento; doente não tem direito à voz, nada do que for dito pode ser tomado como verdade. Basta um rótulo, *jovem-doente*, e todos já sabem muito bem do que se trata; assim, não é preciso investigar uma história, tentar saber o que alguém pensa ou ouvir outra versão dos fatos – apenas seguir os procedimentos médicos preestabelecidos.

No hospital, como Neto, outras pessoas estão internadas. Os motivos são os mais variados e, ainda assim, todos estão reunidos sob uma mesma identidade: doentes mentais. Algumas dessas pessoas tentam ajudar o novo morador da instituição, ensinando-o, por exemplo, a respeito dos riscos de enfrentar a autoridade médica; o advertem de que, em casos extremos, o castigo vigente é “tomar choque na cabeça”. Neto também é alertado de que seus pais não acreditarão em nada do que ele disser quando se encontrarem no dia da visitação: estarão instruídos de que os doentes inventam histórias e tentam manipular a família, exagerando um sofrimento que, na verdade, inexistente. Pior, avisam que os remédios psiquiátricos o deixarão com fome e, bem alimentado, parecerá melhor, mais forte e corado – sinais que a família entenderá como um bom desenvolvimento do tratamento.

Os fãs de Santoro, do outro lado da tela, observam como toda essa montagem se

55 Ideia socialmente construída e de muita força até os dias de hoje, vale notar.

engendra. Assistem ao médico conversando com o pai de Neto, alertando-o para as mentiras que o filho provavelmente contará na visita. Acompanham o pai avisando o resto da família sobre tal fato e, durante o período de visitação, assistem Neto, mesmo alertado, tentando relatar a vida horrível que leva no hospital, sem, no entanto, ser escutado pela família: Neto é agora um *jovem-doente-que-mente*. A situação revolta Neto e, também revoltados, os espectadores tornam-se testemunhas das cenas nas quais ele é amarrado em uma maca e, com a respiração acelerada de medo, eletrocutado pelos enfermeiros do hospital. Neto, após a visita dos pais, tentara fugir do hospital, sendo por isso indicado ao “tratamento” de eletrochoque pelos enfermeiros que impediram sua fuga; uma forma de castigo por sua má conduta.

A saga manicomial de Neto não para por aí. Sua mãe, muito preocupada com a condição em que o filho se encontrava quando fora visitá-lo pela segunda vez no hospital, decide retirá-lo de lá. Por efeito dos remédios psiquiátricos e da eletroconvulsoterapia, Neto estava apático, quase não falava, tinha uma marcha lentificada e babava. De volta pra casa, depois de meses internado e, portanto, depois de meses afastado de seu cotidiano, Neto sofre os efeitos desse tratamento: é assaltado por memórias da internação e não consegue reunir forças sequer para sair de seu quarto; parece temer voltar ao mundo. No entanto, teme ainda mais voltar ao hospital e, percebendo as ameaças veladas que o pai lhe faz, relativas a sua reclusão, decide tentar sair do quarto, a fim de evitar uma nova internação.

A vida, como sempre, apresenta a ele diversos desafios e dificuldades. Primeiro, Neto reencontra um antigo amor, que esteve em seus pensamentos durante todo o período em que ficou no manicômio, agora envolvida com outro homem; ela o ignora, quando se cruzam em uma livraria, fingindo não o conhecer, o que o deixa arrasado. Depois, visitando seu melhor amigo, Neto é convidado a ir embora da casa e nunca mais voltar: a mãe de seu amigo, incomodada com a presença de um *jovem-doente-que-esteve-internado-e-mente*, pede que o filho não ande mais em sua companhia. No emprego de vendedor de seguros de saúde, obtido graças à ajuda da irmã, enfrenta ainda mais obstáculos: não conseguindo decorar toda a variedade de planos existentes, é maltratado por um cliente que grita e o humilha por sua falta de memória.

Todas essas dificuldades vão desestabilizando Neto e resultam em um acesso de raiva, quando somadas a um último acontecimento: ele não consegue ter uma ereção. Neto, que

estava com uma garota no banheiro de uma festa, quebra o espelho, grita e soca as paredes. Com isso, a polícia acaba sendo chamada e, rapidamente, os fatos ocorridos tornam-se uma única e poderosa verdade: o *jovem-e-violento-doente-que-mente* precisa voltar ao hospital.

A partir daí, não precisamos mais recorrer ao filme para compreender os passos seguintes dessa história: diagnósticos, internações, remédios, castigos, choques, subordinação e silenciamento; eis a lógica manicomial. Acompanhando essa história narrada pelo filme, ficamos com a certeza de que Neto não merece passar por tudo isso, e assim, repetimos em coro: *isso não!*

A estratégia-filme alcança um importante efeito.

2.2. A gramática antimanicomial

O que fiz, o que quis fazer, enfim, minha análise, não visava tanto as palavras mas o tipo de discurso que é desenvolvido na peça [...]. Algo como a estratégia do discurso de uns em relação aos outros, as táticas empregadas para chegar à verdade.
Michel Foucault

As formas de luta contra o manicômio produziram importantes efeitos na esfera macropolítica, mostrando-se ora mais fortes, e assim conquistando importantes vitórias – como na promulgação da Lei 10.216/2001⁵⁶ –, e ora mais enfraquecidas, perdendo certas batalhas – como quando, no final do ano de 2015, Valencius Wurch, ex-diretor de um manicômio, foi nomeado coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/MS)⁵⁷. Se houve conquistas, com o fechamento de hospitais psiquiátricos e com o reordenamento dos serviços públicos de atenção à saúde mental, seguimos em tempos onde a lógica manicomial é hegemônica, ainda que transformada ou modernizada. Ela aparece tanto de forma mais evidente, em propostas de políticas públicas que permitem a internação compulsória de usuários de drogas⁵⁸, quanto de modos mais sutis, na substituição das camisas de força têxteis pelas farmacológicas ou na modernização do discurso psiquiátrico, que passou a incluir pautas como ética, humanização e direitos civis, apesar de seguir impondo sua verdade e calando o suposto doente, reduzindo-o à condição de objeto de seu saber.

Fazemos esses apontamentos para lembrar que vivemos em tempos nos quais o discurso antimanicomial segue periférico, contra-hegemônico. Entre vitórias e derrotas, avanços e retrocessos, críticas e autocríticas, a linha que dirige com mais força nossas vidas é aquela que nos reduz a objetos: do saber médico, do julgamento social e das decisões do Estado –

56 Lei que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). É um marco legal conquistado pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.

57 Vale ressaltar a grande mobilização dos setores ligados aos movimentos de luta antimanicomial que, durante o tempo em que Valencius foi coordenador, inventaram uma série de estratégias de resistência à sua nomeação.

58 No início de janeiro de 2013 o Governo do Estado de São Paulo criou uma parceria com o Ministério Público, o Tribunal de Justiça e a OAB (Ordem dos Advogados do Brasil) para facilitar e acelerar as decisões judiciais relativas à internação de dependentes químicos. Na prática, juízes, promotores e advogados passaram a ficar em regime de plantão no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (Cratod), na região central de São Paulo, para atender aos pedidos de internação compulsória de dependentes de crack e outras drogas.

saberes, julgamentos e decisões pautados por uma normatização e moralização das formas de ser, de nos relacionar, de trabalhar e de sonhar. No entanto, podemos afirmar que a luta antimanicomial produziu transformações, tanto nesse discurso social hegemônico, em suas formas de perceber e falar sobre a loucura, quanto nas práticas dispensadas às pessoas em intenso sofrimento psíquico. Passamos a ver e a discutir as violências, os maus-tratos, as mortes, os abusos de poder, os silenciamentos, as perseguições políticas, os abandonos, a miséria, a segregação, os esquecimentos, o exílio, a dominação, a exclusão e o controle praticados nos manicômios; ou seja, *um novo campo de visibilidades foi produzido*, e a partir dele outras práticas se tornaram possíveis.

Conforme apontamos anteriormente, a produção desse novo campo de visibilidades foi um importante ponto da pauta do Movimento de Luta contra os Manicômios; buscou-se uma transformação da percepção da loucura no plano sociocultural – uma aposta do Movimento de que as mudanças precisavam ser amplas e afetar não apenas profissionais, mas alcançar o debate público:

No plano sociocultural, o desafio é fazer da loucura e do sofrimento psíquico uma questão que ultrapasse as fronteiras do discurso técnico, e do saber psiquiátrico em especial, insistindo na dimensão existencial e humana que facilmente se esconde por trás dos jargões e protocolos médico-psicológicos, trazendo para o debate público do tema atores de diversos segmentos sociais. (BEZERRA, 2007, p.247)

Para tanto, foram utilizadas estratégias que gostaríamos de enfatizar neste trabalho; procedimentos que comparecem, em maior ou menor grau, nos diferentes recortes que elencamos até aqui – o histórico, o prático e o ficcional. Dentre esses, o terceiro, através do que chamamos de *estratégia-filme*, será aquele que nos permitirá, com maior didatismo, apresentar a gramática organizadora das formas de enfrentamento ao manicômio. A cinematografia permite liberdades e impõe necessidades à elaboração de suas narrativas que não são as mesmas da construção histórica e da fundamentação das práticas, nas quais os acontecimentos serão sempre mais complexos e irredutíveis a generalizações. Realizaremos, portanto, uma análise a partir do filme, tomando-o como uma caricatura, uma amplificação dos procedimentos que compõem a luta. Não buscamos com isso a produção de uma lei geral. Trata-se, então, da busca por tornar visíveis aspectos da construção do filme que possibilitarão constituir um pensamento crítico acerca das formas de luta que vêm sendo produzidas em oposição ao manicômio.

A escolha pela análise da *estratégia-filme* e, mais especificamente, a escolha do filme *Bicho de sete cabeças*, justifica-se ainda por outros motivos. Em primeiro lugar, produções artísticas e jornalísticas tiveram, no seio da luta, o importante papel de fazer da loucura e do sofrimento psíquico uma questão que ultrapassa as fronteiras do discurso técnico. Conquistando inclusive – com iniciativas como blocos de carnaval, grupos musicais, peças de teatro, documentários e filmes – importantes efeitos no processo de sustentação social do ideário da Reforma (BEZERRA, 2007).

Bicho de sete cabeças, dentre essas produções, obteve grande sucesso de crítica e público, além de ter conquistado 57 prêmios, oito deles no exterior. Segundo sua diretora, a produção alcançou o objetivo de lançar luz sobre certas questões naturalizadas em nossa sociedade, como as drogas, a loucura e a internação. Em entrevista, ela relata:

Muitos pais modernos me disseram que, depois de ver o filme, a primeira coisa que fizeram foi chegar em casa e chamar o filho para um papo. E muitos filhos pedem para os pais assistirem ao filme, usando-o como uma maneira de aproximação. Isso é ótimo. (ALVES FILHO, 2001, p. 1)

Na formação de estudantes de áreas relacionadas à saúde mental, professores que ambicionam formar alunos críticos em relação ao regime de verdade hegemônico de nosso tempo utilizam o filme como forma de transmissão dos horrores que podem ser produzidos dentro de um manicômio.

Esse filme foi, ainda, considerado uma ação de sensibilização fundamental para a aprovação da Lei Federal 10.216/2001. Sobre a relação do filme com a aprovação da lei, Bueno afirma:

[O filme] sensibilizou uma cidade, os políticos e mais tarde todo o país. O então ministro José Serra pediu a Laís Bodanzky uma apresentação particular para todo o Ministério da Saúde, o que foi feito depois do festival [de Brasília em 2000]. Em abril do ano seguinte, foi aprovada a Lei de Reforma Psiquiátrica no Brasil. (BUENO, 2004, p. 183)

Bicho de sete cabeças demonstrou, portanto, grande eficácia no enfrentamento da questão psiquiátrica brasileira. Sua concepção objetivou expandir o debate público e modificar as percepções acerca da questão da loucura: “fazer com que o espectador saísse do cinema com vontade de mudar a realidade” (ALVES FILHO, 2001, p. 1). Logo, sua análise possibilitará que nos aproximemos dos procedimentos narrativos utilizados na conquista desse objetivo. Sigamos, enfim, com a prometida análise das táticas de afirmação do *não* que compõem o filme.

2.2.1. A estratégia-filme

Inicialmente, gostaríamos de ressaltar uma estratégia geral, encontrada, do mesmo modo, nos textos de autores brasileiros dedicados à luta antimanicomial aqui citados. Tanto nos textos quanto no filme, trata-se de buscar revelar o que ficava escondido por trás dos muros do asilo e do discurso técnico-científico da psiquiatria: de *denunciar*, expor, sem meias palavras ou eufemismos, as diversas formas de violência produzidas dentro dos manicômios. Esse é um primeiro plano que se pode destacar. Se os manicômios e o regime de verdade da psiquiatria vinham servindo para tornar a loucura algo invisível ou, no máximo, algo com uma resposta simples, extremamente comum e popular – *manda pro hospício* –, isso muda com as práticas de denúncia: uma estratégia que busca revelar toda a extensão do que *mandar para o hospício* significa.

Em *Bicho de sete cabeças*, tal estratégia foi amplificada e impulsionada a partir de uma série de outras decisões táticas tomadas pela diretora e pelo roteirista: a escolha do elenco, as alterações do roteiro, a ambientação da história, a construção dos personagens e a montagem final.

Rodrigo Santoro era, conforme afirmamos, um ator em ascensão; galã, jovem e famoso. A escolha dele para o papel de Neto provoca uma série de reflexões: há uma força identitária nessa escolha; em geral, é com o galã ou a mocinha de uma novela ou filme que nos identificamos e por quem torcemos até o último capítulo. *Bicho de sete cabeças* consegue produzir o mesmo efeito na relação do espectador com Neto; torcemos por ele do começo ao fim.

Bolognesi, roteirista do filme, relata a preocupação em fazer do filme algo crível para o grande público. Para isso cortou certas cenas narradas no livro, por considerar que “as pessoas não iriam acreditar” nelas (MERTEN, 2001). Todo o filme parece ter sido montado com essa preocupação: afetar o maior número de pessoas.

Outra escolha, nessa mesma direção, foi a de ter trazido a história para o final da década de 1990, quase 25 anos depois da data em que se deu o encontro de Austregésilo Carrano Bueno, autor da biografia em que se baseou o filme, com os muros manicomiais. Se tudo o que ocorreu com o autor foi dramático, encenar a trajetória manicomial de Bueno 25 anos adiante isola a questão psiquiátrica de outras que estavam em jogo à época e que também

produziam aprisionamentos – auge da ditadura militar, conservadorismo e moralismo acentuados e maior intolerância às drogas. O próprio Carrano considerava-se vítima da omissão da sociedade e do regime militar (BUENO, 2004). Fazer o filme em outra época permitiu intensificar o foco na psiquiatria e na instituição manicomial – “do livro ao filme, novas relações e novos processos de criação e produção social de sentidos” (MAGNO, 2011, p. 126). A produção social de sentidos, através do desejo de fazer o espectador identificar-se com a história, era um ponto importante na produção do filme, como explica Laís Bodanzky:

Eu tinha medo de fazer um filme que se passasse nos anos 70 e que as pessoas fossem para casa felizes da vida imaginando que isso não acontece mais. Por isso, resolvi trazer o personagem para os anos 90, para cutucar o espectador, dar um alerta. (ALVES FILHO, 2001)

A diretora tomou conhecimento do movimento de reforma psiquiátrica quando integrava um grupo de pesquisa sobre a questão dos manicômios no Brasil e leu o livro *O Canto dos Malditos* (BUENO, 2004). Ela relata: “Tinha uma visão preconceituosa do assunto e ao ler o livro tomei contato pela primeira vez com a visão de quem viveu o problema na pele” (CLAUDIO, 2001, p. 1). Na mesma reportagem, ainda lemos que:

Ao adaptar o livro para as telas, o objetivo de Laís foi o mesmo de Carrano. Por isso, fez questão de trazer para os dias de hoje o drama vivido pelo autor nos anos 70: “Muita gente pensa que o problema dos hospitais manicomiais acabou com o fim da ditadura. Não é verdade. Estes verdadeiros campos de concentração, que Carrano chama de depósitos humanos, continuam aí”. Para que a denúncia desta realidade fosse eficiente, Laís optou por uma linguagem seca, quase documental. Filmou tudo com câmera na mão e usou como cenário dois hospitais desativados de São Paulo, ambos fechados recentemente por maus-tratos aos internos. (CLAUDIO, 2001, p.1)

Essas escolhas foram acertadas, e o filme conseguiu conquistar a simpatia do grande público. Uma matéria do jornal *O Estado de S. Paulo*, diz que *Bicho de sete cabeças* foi um “sucesso de crítica” e “tem arrebatado as plateias de festivais e também o público das pré-estreias pelo Brasil afora”⁵⁹. O filme fez cerca de 450 mil espectadores nos cinemas e, quando exibido na Rede Globo, atingiu média de 37 pontos de audiência⁶⁰. Como é dito em sua sinopse, “*Bicho de sete cabeças* é uma poderosa denúncia do sistema manicomial brasileiro”. Não é difícil encontrar quem, jamais tendo ouvido falar em luta antimanicomial ou reforma psiquiátrica, lembre-se bem dos absurdos que fizeram com o personagem de Santoro no

59 Disponível em <<http://cultura.estadao.com.br/noticias/cinema,bicho-de-sete-cabecas-testa-o-grande-publico,20010621p2133>>. Acesso em 21 Jul. 2017.

60 Dados retirados do site da produtora do filme. Disponível em: <http://www.buritofilmes.com.br/filmes.php?cat=filme&mostra_filme=1> Acesso em: 05 de Novembro de 2016.

hospício. Se a loucura causa uma série de sentimentos, tais como medo, piedade, raiva e até sadismo, Bodanzky conquistou com seu filme uma compreensão mais complexa em relação ao dito doente (BORBA, 2016). Essa grande empatia com o personagem produziu também, como consequência, um sentimento de horror frente ao que a instituição manicômio é capaz de fazer com alguém:

[...] o manicômio resume-se a uma Organização caracterizada por relações hierárquicas, fundada sobre um gradiente de saber, que estabelece relações de controle para a preservação da sua própria Organização, com o uso de força física sobre os pacientes, legitimado e autorizado por aquele saber (KINOSHITA, 2016, p. 241).

A forma como diferentes elementos são compostos no filme – o encontro das relações de força presentes no manicômio com a vida de um jovem, o autoritarismo e o conservadorismo de um pai associados a um irrefreável saber-poder médico, a vida que se desenhava antes do manicômio e a vida destruída após a passagem por ele – nos faz ter pouca dúvida a respeito de quem são os vilões e quem são os mocinhos, facilitando que nos identifiquemos com o personagem de Santoro e, do lugar dele, entendamos a inadmissibilidade de toda a situação. O roteirista do filme, Luis Bolognesi, a respeito da construção do personagem de Neto a partir da biografia de Carrano (2004), comenta a busca da construção de uma identificação com o espectador:

Procurei criar um Neto muito mais tímido que o articulado e carismático Carrano. Queria que Neto fosse apenas um dos alunos da sala de aula e não o líder da turma. O objetivo era construir uma personagem que espelhasse o espectador comum [...] (BOLOGNESI, 2000, p. 12).

É justamente nesse tipo de construção que se baseia a força e a eficácia da argumentação proposta em *Bicho de sete cabeças*. Trata-se de um filme produzido a partir da lógica do gênero conhecido como melodrama – o mesmo da maioria dos filmes hollywoodianos e das novelas brasileiras. Tal gênero, esquematicamente, caracteriza-se por uma:

[...] organização de um mundo mais simples, em que os projetos humanos parecem ter a vocação de chegar a termo e o sucesso é produto do mérito e da ajuda da Providência, ao passo que o fracasso resulta de uma conspiração exterior que isenta o sujeito de culpa e o transforma em vítima radical. [...] Associado a um maniqueísmo adolescente, o melodrama se desenha, neste esquema, como o vértice desvalorizado do triângulo [composto pelo realismo moderno e a tragédia clássica], sendo no entanto a modalidade mais popular na ficção moderna, aparentemente imbatível no mercado de sonhos e de experiências vicárias consoladoras (XAVIER, 2000, p. 81).

Na construção de sua narrativa, o melodrama encena a luta do bem contra o mal, do vício contra a virtude. Nessa lógica, a polarização moral é, ao mesmo tempo, uma forma de garantir a personificação dos valores – a identidade de cada personagem é colada ao valor moral que se deseja lhe atribuir – e a encenação de um mundo possível no qual os valores éticos são claramente identificados e localizados, sem lugar para dubiedades ou incertezas. O objetivo final é o encontro de uma ordem social harmônica, livre do mal e da incerteza (RODRIGUES, 2006). É através desse modo de construção narrativa que os processos de dominação ficam evidentes e, conseqüentemente, o *não* ao manicômio é produzido no espectador.

Luiz Bolognesi, que teve a função de adaptar o livro autobiográfico de Carrano, construindo, a partir dele, um roteiro ficcional para a história do filme, revela:

Carrano topou prontamente [ficcionalizar sua história], na medida em que dissemos (roteirista e diretora) que nosso desejo era manter a espinha dorsal da história, ventilando-a para o grande público, mas com liberdade de recriar o que achássemos necessário para a eficácia da narrativa cinematográfica (BOLOGNESI, 2000, p. 11)

A eficácia da narrativa, visando ventilar a história para o grande público, era uma grande preocupação da dupla Bolognesi e Bodanzky. O roteirista relata uma série de mudanças realizadas durante a produção do filme que objetivavam “não perder a atenção do espectador em nenhum segundo” (BOLOGNESI, 2000, p.13), como ilustra uma situação ocorrida na montagem do filme⁶¹. Nesse momento, relata Bolognesi, houve diversos incômodos com os resultados que estavam sendo obtidos – de pouca intensidade emocional. Um deles se referia ao um trecho em que Neto, após sua primeira estada no manicômio, quando foi desinternado a pedido da mãe, tentava retomar uma vida normal:

O período entre as duas internações também apresentava problemas. O foco se afastava um pouco da angústia de Neto e abria espaço para um ou dois discursos paralelos, incluindo até uma sequência de humor na hora em que Neto ia vender seguro para uma senhora. Limamos essa sequência e uma outra com um amigo que Neto conhecia na seguradora (BOLOGNESI, 2000, p. 20).

Para garantir a atenção do espectador, sustentar a angústia e manter uma eficiência narrativa, cenas que mostravam momentos de comicidade ou de construção de novos laços de amizade foram retiradas da montagem final do filme.

61 A montagem de um filme é o momento em que se decide o formato final que a história terá. Ela é feita quando todas as cenas já foram filmadas, mas ainda não foram organizadas com nenhum tipo de ordenamento cronológico ou edição. Montam-se, então, as cenas de um determinado modo, buscando construir uma narrativa específica para o filme.

Esses procedimentos operaram uma simplificação das complexidades presentes na vida – matizes foram desbotados, contradições desfeitas e delicadezas cortadas do produto final. O filme tem muita potência justamente por isso: ele deixa claro, sem sombras ou vestígios de dúvidas, o por que devemos ser contra os manicômios. Ao mesmo tempo, rompe com as certezas que temos quanto ao dito doente mental. Um personagem, que poderia ser qualquer um de nós⁶², nos faz duvidar se os ditos doentes mentais, loucos ou usuários de drogas seriam, de fato, tão perigosos ou tão desarrazoados quanto se crê. Aqui, é bastante importante ressaltar que o termo qualquer é utilizado com seu sentido usual – indiferentemente qual. O filme é eficaz não por exhibir a *singularidade qualquer* do personagem e da situação, mas por mostrar como Neto poderia ser um de nós, como nós, *como-um*.

A *estratégia-filme* constrói um *caso exemplar*, ou seja, monta um exemplo com linhas bem definidas e com claros contornos, capazes de, com simplicidade, dar a ver uma lógica que queremos combater. A partir dela, torna-se fácil identificar o inimigo – e identificar-se com os aliados.

A redução da complexidade, grande alvo de quem constrói críticas contra a psiquiatria, passa a ser uma arma de combate: um *caso exemplar* é construído e, graças a ele, uma importante certeza produzida: *manicômios não!*

2.2.2. Caso exemplar: poder e dominação

Retornando à narrativa sobre a *senhora qualquer* que apresentamos no primeiro capítulo, voltemos a pensar sobre os *nãos* a ela direcionados pelos trabalhadores de saúde mental presentes no auditório. Interessa, mais uma vez, localizar que, se houve *nãos* nas duas vezes em que ela pegou o microfone para falar, tratou-se de *nãos* distintos. Num primeiro momento, diante da forma como ela utilizou o microfone, sua fala foi silenciada. O estranhamento que ela provocou, rompendo com o modo como as outras pessoas vinham se apresentando, foi bastante para que o silêncio lhe fosse imposto.

Num segundo momento, entretanto, o *não* se direcionou a algo mais claramente balizado: a reivindicação pela implantação de um centro de referência para autistas onde o filho pudesse morar. Algo nessa reivindicação bastou para que os trabalhadores ali presentes

⁶² Lembrando que, nos padrões ideológicos em que vivemos, esse “nós” é eficazmente representado pelo nada representativo homem branco de classe média.

afirmassem: *isso não!* O nome do que foi reivindicado, Centros de Referência em Autismo⁶³, interessou menos do que sua função: segregar, excluir e internar. Existe, entre aqueles que militam por uma sociedade sem manicômios, a convicção, efeito de verdade da redescritção histórica antimanicomial, de que as tentativas de alterar nomes, reescrever propostas ou modernizar instalações não passam, no fim das contas, de maquiagens, de modificações superficiais que não alteram a essência dos manicômios.

Dessa clareza, uma segunda pareceu afirmar-se: a de que estavam, naquele auditório, diante de uma *negra-e-reivindicante-senhora-manicomial*; é assim que entendemos que a *senhora qualquer* foi percebida. Diante da suspeita, portanto, de que sua fala era manicomial, o *não*, rápido e eficaz, foi produzido na cena. E é justamente aí, nessa produção de verdade, que a ideia de *caso exemplar* pode nos ajudar a levantar questões.

Formas de perceber, falar e agir fundadas nos preceitos da luta antimanicomial, afetadas pelo horror do que ocorria dentro dos muros hospitalares, podem compreender o significado das reivindicações da *senhora qualquer* de modo a precipitar uma conclusão sobre sua posição: manicomial e, logo, a favor de tudo o que aprendemos que essa lógica traz consigo – violência, maus-tratos, mortes, abuso de poder, silenciamento, perseguição política, abandono, miséria, segregação, esquecimento, exílio, dominação, exclusão e controle. O imperativo *isso não*, segundo uma gramática que começamos a explicitar com a análise de *Bicho de sete cabeças*, produz-se a partir de verdades generalizáveis – exemplares – capazes de apreender, através de seu crivo, uma diversidade de situações.

Inspirados nas proposições de Lima (2015), que discute à luz de Foucault – e a partir da diferenciação entre os conceitos de *poder* e *dominação* – a ideia de *caso exemplar*, concordamos em tomar este conceito como um impasse que precisa ser desmontado, fazendo com que “a própria exemplaridade do exemplo” (LIMA, 2015, p. 95) se dissolva. Dissolução que interessa em momentos como o do encontro de trabalhadores aliados ao discurso antimanicomial com as reivindicações da *senhora qualquer* – encontro que se multiplica no cotidiano desses mesmos trabalhadores: em conversas com familiares, nos pedidos que chegam das escolas, em reuniões com parceiros de trabalho e, muitas vezes, nos discursos dos próprios usuários. O que visamos questionar, justamente, é o risco que as generalizações

63 Lembrando que esse centros foram um projeto do Governo do Estado de São Paulo de construção de cinco grandes instituições que atenderiam os autistas de todo o estado. O projeto nunca saiu do papel, tendo sido alvo de muitas críticas por seu caráter segregativo e centralizador – características da lógica manicomial.

produzidas pelo discurso antimanicomial, quando tomado pela gramática do *caso* exemplar, podem trazer à escuta das singularidades.

Começemos esse caminho de desmontagem delineando a diferença entre poder e dominação, entre *relações* de poder e *estados* de dominação. Quando se fala em poder, em geral, há esquemas prontos: “as pessoas pensam imediatamente em uma estrutura política, em um governo, em uma classe social dominante, no senhor diante do escravo, etc” (FOUCAULT, 2004, p. 276). No entanto, tais esquemas prontos tendem a congelar a compreensão de poder, apagando sua dimensão *relacional*. Esta pressupõe a mobilidade do poder, sua alternância e transformação, sua possibilidade de circulação; nesse sentido é que não se pensa o poder, mas as *relações* de poder – fazendo do poder algo que está sempre presente nas relações humanas. Conforme afirmamos no primeiro capítulo deste trabalho, o poder não é algo a ser eliminado ou zerado, como se agisse indevidamente sobre os corpos e, na sua ausência, pudéssemos viver livres. O poder é, ao contrário, aquilo o que, através das relações – sociais, amorosas, institucionais ou econômicas –, participa da constituição de quem nós somos e de como nós somos. O poder, portanto, não é um bem ou um objeto de posse, também não é algo que serve única e exclusivamente a determinado senhor – seja ele o Estado, o Capital ou o senhor de engenho –, mas sim algo microscópico e volátil, que circula e age nos mais diferentes níveis. Nas relações humanas, quaisquer que sejam, com maior ou menor grau de dissimetria, o poder se faz presente, assim como sua característica móbil.

No entanto, existem momentos, *estados*, nos quais a mobilidade das relações de poder é estancada:

Quando um indivíduo ou um grupo social chega a bloquear um campo de relações de poder, a torná-las imóveis e fixas e a impedir qualquer reversibilidade do movimento por instrumentos que tanto podem ser econômicos quanto políticos ou militares, estamos diante do que se pode chamar de um *estado de dominação* (FOUCAULT, 2004, p. 266, grifo nosso).

A possibilidade de se constituírem *relações* de poder ou de estas se estancarem, constituindo *estados* de dominação, está diretamente relacionada à questão da liberdade: “lá onde a liberdade não é enunciável, ela não se cumpre; lá onde suas vias de circulação são suspensas, a relação de poder se imobiliza e se congela sob a forma de dominação” (LIMA, 2015, p. 47). Esse *lá*, ao qual se refere Lima, é o que o filme *Bicho de sete cabeças* retrata: as possibilidades de resistência, frente à dominação vigente na instituição manicomial,

encontravam-se congeladas.

Ainda que Foucault afirme que “não há relações de poder que sejam completamente triunfantes e cuja dominação seja incontornável” (FOUCAULT, 2003, p. 232), existem regimes, como os fascismos e o stalinismo – “formas patológicas” ou “doenças do poder” (FOUCAULT, 1982/2013, p. 275) – nos quais, segundo o próprio autor, “o excesso de poder do aparelho de Estado, da burocracia, e diria igualmente dos indivíduos uns com os outros, constituía alguma coisa de absolutamente revoltante” (FOUCAULT, 2003, p. 225). Nessas situações onde a ausência de liberdade é uma marca fundamental, as relações de poder se alteram:

Quando definimos o exercício do poder como um modo de ação sobre as ações dos outros, quando as caracterizamos pelo “governo” dos homens, uns pelos outros — no sentido mais extenso da palavra, incluímos um elemento importante: a liberdade. O poder só se exerce sobre “sujeitos livres”, enquanto “livres” — entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer. Não há relação de poder onde as determinações estão saturadas — a escravidão não é uma relação de poder, pois o homem está acorrentado (trata-se então de uma relação física de coação) — mas apenas quando ele pode se deslocar e, no limite, escapar (FOUCAULT, 2013a, p. 289).

Há certa radicalidade em algumas experiências, como a escravidão, os campos de concentração e os manicômios, que nos autorizam a falar de *estados* de dominação, de um *congelamento das relações de poder*. No filme *Bicho de sete cabeças*, encontramos essa situação, por exemplo, nas tentativas de Neto de contrapor-se a certas regras do hospital: num momento do filme, ele enganou os enfermeiros ao tomar seus remédios, escondendo-os em vez de engoli-los; em outro momento, inventou um jogo de futebol dentro do refeitório que rompeu com a paralisia institucional – assistimos aos internos animados, correndo atrás da bola e comemorando gols. No entanto, as respostas a tais rupturas foram violentas e aprisionantes: Neto foi obrigado a tomar medicação à força e numa quantidade muito maior do que a prescrita inicialmente, o que o incapacitou para seguir resistindo; em outra cena, foi trancado em um quarto escuro, sem luz, comida, água ou banheiro, um castigo por suas desobediências. Tais acontecimentos demonstram o estancamento das relações de poder, desenhando uma clara divisão entre *dominador* e *dominado*.

O que o filme propõe, na intenção de denunciar as formas patológicas que o poder tomou dentro dos manicômios, é a exibição da cristalização das posições: o poder todo nas mãos do dominador que aprisiona, silencia e violenta o dominado. Essa forma de apresentar a

situação e construir uma chave de leitura, um modelo simplificado, é o que denominamos *caso exemplar*. Nessa lógica, como vimos, há grande clareza sobre os limites e os posicionamentos, de modo que, conhecendo apenas um caso, é possível conhecer todos os que virão, antecipando os destinos e, portanto, sabendo de antemão como proceder.

Conforme discutimos no primeiro capítulo, o *caso exemplar* é um dos procedimentos táticos dos quais podemos nos utilizar em uma política da narratividade: é uma atitude narrativa na qual o fenômeno narrado passa a ter seus contornos bem definidos e evidentes, uma atitude na qual se reifica a identidade. Tal procedimento tem como objetivo reforçar a clareza do caso:

Frente a um caso pode-se ter como procedimento narrativo a redundância. Aqui o procedimento é o de organizar o que no caso é abundância (do latim *redundare* transbordar, ser demasiadamente abundante), gerando uma circulação (repetição) do sentido que reforça a clareza do caso, sua unidade, *sua identidade* [...] É por uma operação de repetição que o caso é narrado: o circunlóquio, a repetição circular do mesmo garante um sentido inquestionável, claro e distinto, ou garante um padrão social. (PASSOS; BARROS, 2009, p.158, grifo nosso).

A etimologia da palavra *caso*, conforme a retomada de Dunker (2011), remete ao latim *casu* e ao grego *ptosis*, ambas com o sentido genérico de queda. Na acepção latina, a palavra indica a queda como um acidente, algo inesperado, enquanto no grego conecta-se à ideia de acaso. Portanto, o *caso* é delimitado, etimologicamente, como um acidente, algo imprevisível; uma ideia que cai ao acaso. No entanto, em sua acepção moderna, tanto na ordem jurídica, como na linguística e na médica, “o caso sempre nos remete ao problema mais genérico da relação de inclusão em categorias” (DUNKER, 2011, p. 539): o caso como uma ocorrência, um elemento ou um tipo que está incluído em uma lei, uma regra ou uma categoria – o caso como constância e coerência em vez de contingência.

Seguindo com a questão das estratégias narrativas, Passos, agora acompanhado de Kastrup, retoma a discussão e defende que o caso “é narrado como uma forma, com seus limites precisos, com o seu sentido determinado por invariantes estruturais. O fenômeno [narrado] é sempre o *caso de um padrão*” (PASSOS; KASTRUP, 2013, p. 399, grifo nosso). *Caso de um padrão*, ou *caso exemplar*, diferentemente do *exemplo qualquer* agambeniano, portanto, aposta na redução da singularidade como tática para a garantia da universalidade, da unidade, e da previsibilidade do sentido.

Constituímos então, em oposição ao *exemplo qualquer*, a ideia de *caso exemplar*. A

divisão em dois opostos, evidentemente, também é um procedimento narrativo (retórico e didático) deste trabalho. De fato, a noção de Agamben (2013) não poderia ser reduzida ao oposto do caso exemplar. Ela é mais complexa que isso e serve, com efeito, para demonstrar como o *exemplo* é ao mesmo tempo uma ilusão de universalismo – efeito da linguagem – e irreduzível a uma generalidade. Nesse sentido, poderíamos dizer que a noção de *exemplo* debatida por Agamben contém em si a dicotomia, ou seja, *caso exemplar* e *exemplo qualquer* estão contidos no modo como o autor compreende a noção de *exemplo*.

Delimitado o conceito de *caso exemplar*, podemos agora afirmar que a luta antimanicomial, frente ao congelamento das relações de poder realizado dentro dos manicômios durante séculos, levantou-se contra a dominação estabelecida, objetivando o desaparecimento desse estado no qual há um – e sempre o mesmo – praticando a dominação sobre os outros. Para tanto, em suas diversas batalhas, utilizou-se do que aqui chamamos de *casos exemplares* como procedimento para revelar a lógica perversa que vinha assolando a vida de milhares de pessoas esquecidas em hospícios de todo o Brasil. Dentro da estratégia de conquistar o apoio social, denúncias, relatos de abusos, documentários e filmes foram utilizados como forma de sensibilização, objetivando mostrar com toda a clareza possível a perversidade que ocorria dentro dos manicômios.

Conforme vimos, tal recurso demonstrou eficácia no percurso dessa luta, produzindo efeitos na forma como passamos a compreender as questões relacionadas à saúde mental. Colocando a mesma ideia de outra forma, podemos afirmar que *os mecanismos utilizados como estratégia na luta contra os manicômios produziram regimes de verdade, com efeitos específicos de poder que nos fazem perceber, falar e agir de determinadas formas*. São justamente esses efeitos que nos propusermos a colocar em análise:

Produz-se verdade. Essas produções de verdades não podem ser dissociadas do poder e dos mecanismos de poder, ao mesmo tempo porque esses mecanismos de poder tornam possíveis, induzem essas produções de verdades, e porque essas produções de verdade têm, elas próprias, efeitos de poder que nos unem, nos atam (FOUCAULT, 1977/2003, p. 229).

As práticas de luta contra os manicômios, visando denunciar as formas de poder dessas instituições, são também formas de poder – com seus mecanismos próprios produtores de verdades que nos unem e nos atam.

Unidos a partir de um regime de verdade antimanicomial temos dito *não* e, assim, muito

foi conquistado. Ao disputarmos com a lógica manicomial, participamos da produção de outros regimes de verdade pelos quais nos tornamos responsáveis – tanto por sua produção quanto por seus efeitos. A percepção de um acontecimento – uma senhora que luta para que exista um local para que seu filho fique internado –, reduzida à eficiente lógica do *caso exemplar*, efeito desse regime de verdade, torna-se enrijecida e aprisionante, impedindo-nos de compreender o acontecimento para além de uma lógica binária e totalizante – dominador *versus* dominado, manicomial *versus* antimanicomial. Ou necessariamente um, ou necessariamente o outro.

Ainda que a *senhora qualquer* estivesse reproduzindo o discurso hegemônico manicomial com sua reivindicação, esse fato não pode ser configurado como um *estado* de dominação imposto por ela. Sua reivindicação foi feita em um contexto⁶⁴ no qual as forças, as percepções, as falas e as práticas eram outras, diferentes daquelas que compuseram a decisão do pai de Neto pelo internamento do filho. A reivindicação da *senhora qualquer* – por um local mais próximo para internar o filho –, no contexto histórico e político em que foi realizada, carrega elementos comuns com o atual direcionamento do modelo de atenção em saúde mental, o qual supõe a necessidade de serviços localizados em proximidade com as residências e a possibilidade de acolhida integral (noturna e diurna) em casos de maior complexidade⁶⁵. Que ela não tenha reivindicado expressamente esse tipo de serviço não nos desimplica de ter que lidar com a seguinte questão: por que esses elementos comuns não puderam ser constituídos na relação dos trabalhadores com ela? A certeza de que algo não poderia ser repetido – *manicômios nunca mais* – foi um impeditivo à constituição de outras relações.

64 Conforme apresentamos no item 1.3.a.

65 A atual política de atenção pública em saúde mental preconiza a implementação de serviços conhecidos como CAPS III, implantados seguindo uma lógica territorial e capaz de oferecer serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno.

2.3. O perigo que está em nós

*Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar
diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é
indispensável para continuar a olhar e a refletir*
Michael Foucault

Conforme vimos, o *não* ao manicômio pode produzir, a partir da gramática do *caso exemplar*, um apagamento das singularidades; corremos o risco de, junto à negação do manicomial, fabricar invisibilidades e silenciamentos. Há ainda outro perigo, articulado a esse primeiro, no modo como se delimita e compreende o manicomial: passado e presente não impõem, necessariamente, as mesmas lógicas de sujeição, aprisionamento e controle. Assim, buscar evitar *o manicomial do passado* não significa deixar de produzir *outras formas de controle no presente*.

Os manicômios e as sociedades que os produziram foram compostos em um regime de forças que não é o mesmo dos dias de hoje. As formas de perceber, falar e agir eram outras. Mais importante, as técnicas de sujeição, aprisionamento e controle existentes naquela época não se organizavam do mesmo modo que nos dias de hoje – suas histórias, lógicas e dispositivos não são mais exatamente os mesmos. Se não parece haver dúvida de que o risco do manicômio segue até hoje, faz-se necessário refletir, ao mesmo tempo, que ele não é mais o mesmo. Seria mais preciso, então, dizer que se trata de um outro risco produzido pelas atuais técnicas de poder.

Gilles Deleuze, em seu famoso *Post-scriptum sobre as sociedades de controle*, discorre sobre as diferenças entre o que Foucault chamou de *sociedades disciplinares* e o que ele, inspirado em Burroughs, denominou *sociedades de controle* (DELEUZE, 2013). Ambas, assim como as sociedades de soberania que as precederam, são os regimes de sujeição, aprisionamento e administração – dos corpos e das vidas – de cada época. Em seu artigo, Deleuze analisa e compara esses regimes em três diferentes níveis. O primeiro é o momento histórico; ele localiza no pós Segunda Guerra Mundial a transição entre um e outro. No segundo, relativo às lógicas que regem cada um desses regimes, ele diferencia as sucessivas

práticas de confinamento das *sociedades disciplinares* da administração das vidas de forma contínua e ao ar livre das *sociedades de controle*: administração das vidas na qual *cada um de nós* exerce alguma função de controle – sobre si e sobre o outro. Por fim, a respeito dos mecanismos de controle de cada regime, Deleuze contrasta as instituições totais – a prisão, o manicômio, a fábrica e a escola – com os dispositivos flexíveis, produtores de controle continuado e infinito – respectivamente, as tornozeleiras eletrônicas, os psicofármacos, o *homeoffice* e a educação continuada⁶⁶. Portanto, afirmar uma lógica manicomial nos dias de hoje significa compreender qual a nova gramática e os novos dispositivos que a regem: o manicomial deixa de ser, preferencialmente, uma lógica que se funda no confinamento dos corpos em instituições totais e passa a ser um exercício de controle em liberdade, ao ar livre, flexível, continuado e infinito; lógica na qual os profissionais da saúde, os serviços em meio aberto e a administração continuada de medicamentos podem compor comparecem como dispositivos de controle.

Foucault (1993), em seu prefácio à edição americana de *O Anti Édipo*, de Deleuze e Guatarri (2010), elenca três importantes inimigos contra os quais os autores lutam em seu livro. Segundo o autor, os dois primeiros, os *ascetas políticos* e os *técnicos do desejo*, são adversários menores, táticos. O combate só se faz contra ambos na medida em que permite o alcance de um inimigo maior; os dois seriam, portanto, vias de acesso à luta contra um terceiro adversário, esse sim o grande inimigo. A este Foucault deu o nome de *o fascismo que está em todos nós*. *O Anti Édipo*, nas palavras de seu prefaciador, é uma introdução a uma vida não fascista. Para compreendermos o que seria, portanto, esse *fascismo que está em nós*, olhemos para os elementos que constituem os dois inimigos táticos.

O asceticismo político é entendido por Foucault como a busca pela manutenção de uma determinada ordem política, ou seja, a vontade de definir e conservar uma forma de agir e um discurso específicos, que leva, vale lembrar, a modos específicos de militância: trata-se de uma política fundada na paranoia unitária e totalizante. Seus representantes seriam os *burocratas da revolução* e os *funcionários da Verdade* – tomada como atemporal e imutável. O segundo inimigo, os técnicos do desejo, é condensado por Foucault em torno das figuras do psicanalista e do semiólogo – os conhecedores dos sentidos ocultos, capazes de interpretar

66 É importante ressaltar que essa é apenas uma divisão didática de um processo mais complexo. A lógica disciplinar – assim com sua antecessora, a soberana – persiste, de determinados modos e em contextos específicos, junto da lógica do controle.

palavras, sonhos e atos, aprisionando, com isso, o desejo. Trata-se, portanto, daqueles que agem em favor da formatação do desejo, assim como de sua organização a partir de leis rígidas e específicas.

O *fascismo que está em todos nós*, portanto, compõe-se desses modos de pensar e agir na política; de perceber o desejo e dizer dele.

É fundamental frisar que essa ideia do *fascismo em nós* não pode ser confundida com a da produção de um Estado fascista, como o de Hitler e Mussolini. Sobre essa questão, Deleuze e Guatarri advertem:

O conceito de Estado totalitário só vale para uma escala macropolítica, para uma segmentaridade dura e para um modo especial de totalização e centralização. Mas o fascismo é inseparável de focos moleculares, que pululam e saltam de um ponto a outro, em interação, antes de ressoarem todos juntos no Estado nacional-socialista. Fascismo rural e fascismo de cidade ou de bairro, fascismo jovem e fascismo ex-combatente, fascismo de esquerda e de direita, de casal, de família, de escola ou de repartição. [...] É muito fácil ser antifascista no nível molar [do Estado], sem ver o *fascista que nós mesmos somos*, que entretemos e nutrimos, que estimamos com moléculas pessoais e coletivas (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 84-85, grifo nosso).

Essa diferenciação entre o fascismo de Estado, macropolítico, e o *fascismo que está em todos nós* é de extrema importância. A partir dela, também como uma derivação, propomos pensar em algo como um manicômio que está em todos nós⁶⁷. O termo, tal como fascismo, é forte e talvez atrapalhe mais do que ajude, oferecendo riscos à compreensão do que está em jogo. Ainda mais quando, articulada pela lógica do *caso exemplar*, a palavra *manicômio* nos remeta imediatamente à figura de Neto rastejando pelos cantos após ser punido com uma sessão de eletrochoque. Valeria aqui retomar a diferenciação entre os manicômios do passado e as formas de controle do presente, de modo a destacar que se tratam de outros desdobramentos em outra conjuntura histórica: as formas de dominação e de controle atuais – microscópicas, flexíveis e contínuas – são, mais do que em qualquer outra época, efeitos de nossas ações e, portanto, nossa responsabilidade: *o perigo está em nós*.

Com essas ideias em mãos, retornemos mais uma vez ao auditório para relembrar os *nãos* dirigidos à senhora de nossa narrativa: delimitamos uma diferença entre os dois momentos em que ela tentou falar e foi silenciada. Se, no segundo momento, o *não* se referiu à intenção de internar o filho, interpretado rapidamente como manicomial, o primeiro foi

67 Machado e Lavrador (2002), de modo análogo e inspirado nos mesmos autores, propõem que haveriam *desejos de manicômio*.

diferente. Tratou-se de uma cena na qual o que se destacou no discurso da senhora foi sua diferença em relação ao instituído: o *não* se produziu, portanto, diante da diferença, da estranheza por ela causada.

Conforme antecipamos no primeiro capítulo, o *não* à diferença e à aparente loucura, o pungente ato de silenciamento de alguém que, até então, havia apenas dito seu nome, poderia facilmente ser identificado como manicomial. Uma das características dessa lógica é, justamente, a de objetificar o louco, retirar-lhe o direito, por sua insensatez, de dizer o que pensa. Adjetivar esse ato, no entanto, não nos ajuda se, com isso, o que se produz é apenas a certeza de um passado que se repete, a certeza de que estamos diante da “boa e velha lógica manicomial”. Se transformamos o ocorrido em uma prova de que seguimos manicomiais, perdemos algo; a diferenciação entre o *manicômio instituição total de confinamento* e o *perigo que se produz em nós* perde sua força, assim como se enfraquece nossa capacidade de produzir o combate necessário diante de cada um deles. É mais preciso dizer, portanto, que, em relação à *senhora qualquer*, houve um exercício de poder revelador de formas de controle, sujeição e codificação da vida que têm de ser escutadas, conhecidas e analisadas.

Essas técnicas atuais de controle, sujeição e codificação da vida, flexibilizadas e operadas em níveis microscópicos das relações individuais e coletivas – em oposição às macroestruturas manicomiais e à convergência do poder e do saber sobre a loucura na figura do médico – são um campo de forças que queremos tornar visível neste trabalho – campo de forças dos *perigos que se produzem em cada um de nós*. Na constituição do imperativo *isso não*, vimos como a conquista do *não* foi algo importante na luta contra os silenciamentos, os aprisionamentos e as violências produzidos nos hospitais psiquiátricos. Ao mesmo tempo, vimos como a construção de uma generalização desse *isso não*, sua exemplaridade, pode nos levar a *outras* formas de silenciamentos, aprisionamentos e violências. Poderíamos sintetizar que o grande perigo está no modo como tomamos o *isso*: na crença de que sabemos como identificá-lo, de que conhecemos seu significado e de que dominamos as formas de contraposição a ele. Expor, denunciar, localizar e generalizar o manicômio serviu como arma para a sua negação. No entanto, tal estratégia carrega em si o risco de fazer desaparecer as singularidades, as diferenças e as marcas do *comum*.

Para seguir adiante com este trabalho, propormos aprofundar a reflexão sobre esses *perigos que se produzem em cada um de nós* a partir de outra perspectiva: a análise das

afirmações antimanicomiais. Acompanharemos sob qual racionalidade o imperativo *isso não* incide na constituição de práticas substitutivas ao manicômio.

3. A dura tarefa cotidiana: a liberdade e o vã

Entre o sim e o não existe o vã
Itamar Assumpção

Incitados pelos silenciamentos impostos à *senhora qualquer*, no auditório onde ocorrera a reunião de trabalhadores e militantes da reforma psiquiátrica, tomamos a produção do imperativo *isso não*, no contexto da luta antimanicomial, como uma questão a ser investigada. Nessa investigação, circunscrevemos uma gramática que não expõe todas as linhas de força que compõem a produção dos *nãos*, mas demonstra uma lógica de funcionamento que precisa ganhar evidência – tornar-se visível –, tanto por sua eficácia quanto por seus perigos.

Foram, portanto, os *efeitos* de silenciamento que nos levaram a questionar o que os haveria produzido. Agora, neste terceiro capítulo, propomos que nos retiremos do auditório onde ocorreu a reunião dos trabalhadores de saúde mental e rumemos ao cotidiano prático. A intenção é a de colher outros *efeitos*: deixando de lado o *não* como produtor de denúncia, recusa e proibição – o mesmo *não* que também reprime e silencia –, propomos agora olhar para o que se produz enquanto afirmação – de percepções, de discursos e de ações.

O imperativo *isso não* é uma estratégia de luta contra certas práticas e certas relações de poder. Sendo o poder algo que se exerce, não que se detém ou se possui, a luta contra práticas e relações de poder só pode ocorrer *na* própria rede de poderes – ou seja, na disputa pela dissolução de estados de dominação, para constituir outras relações de poder, é resistindo ao poder e exercendo-o de outros modos que se alcançam mudanças (MACHADO, 1979). O *isso não*, portanto, é uma forma de exercer poder que busca *estancar, proibir e rejeitar* o manicômio e suas formas de dominação, mas não só. O poder, como Foucault constantemente afirma, não apenas reprime, mas também produz – “produz realidade; produz campos de objetos e rituais da verdade” (FOUCAULT, 1987, p. 161). Essa é, aliás, a característica do poder que mais interessa ao autor; a eficácia do poder não está na capacidade de reprimir, mas sim, na de produzir – produzir gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discurso; capacidade de produzir novas afirmações. Qual seria então o impacto do *isso não* na afirmação das práticas antimanicomiais?

Ainda no capítulo anterior, demos início a essa reflexão quando apresentamos o relato de um acontecimento no NAPS de Santos – constituído após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta. Naquele serviço recém-criado, deu-se um importante debate sobre quais caminhos práticos seguir. Esse debate foi disparado por um preocupante acontecimento: uma mulher, usuária do serviço, desapareceu sem que ninguém percebesse, caminhou até a praia, entrou no mar e quase morreu afogada (KODA, 2002). Além da angústia causada pelo risco em si, produziu-se entre os profissionais do serviço uma controvérsia a respeito da necessidade ou não da existência de portas e trancas, debate que se resumiu à seguinte questão: fechando as portas, estaríamos restringindo liberdades e, portanto, sendo manicomiais?

Tendo compreendido, até aqui, a centralidade da negação do manicômio, propomos, neste capítulo, seguir um percurso de reflexão sobre o que, articulado às proibições, afirma-se como práticas antimanicomiais.

3.1. Liberdade ou prisão

A bolsa ou a vida! Se escolho a bolsa, perco as duas. Se escolho a vida, tenho a vida sem a bolsa, isto é, uma vida decepada.
Jaques Lacan

A criação de novas instituições e de novos modelos de atendimento à loucura – outras formas de tratamento, cuidado, atenção e inserção social – é um importante ponto de discussão dos movimentos de reforma psiquiátrica no Brasil e no mundo. A partir da negação do modelo manicomial, produziram-se desde alterações internas às instituições de asilamento psiquiátrico até a sua extinção: práticas terapêuticas foram criadas, hipóteses etiológicas e modos de compreender a loucura revistos, direitos afirmados e formas de circulação social propostas.

Uma das características fundamentais do manicômio – tais como as prisões e os conventos, conforme estudou Goffman (2010) – é a de ser uma *instituição total*: um local que administra e controla integralmente as vidas daqueles de quem se ocupa: do acordar ao dormir, de domingo a domingo, da alimentação à excreção, dos afetos e dos laços, da saúde e da doença. Dessa forma, uma das grandes necessidades que se impõem ao desmonte dessa lógica total de controle dos indivíduos é a da *produção de alternativas*. As vidas que se tornaram formatadas pelo modelo manicomial, quando passam a viver fora da instituição, necessitam de alternativas para seguirem seus caminhos, para seguirem acordando e dormindo, alimentando-se, cuidando-se e constituindo ou recuperando laços afetivos.

No Brasil, com direta influência italiana, a produção de alternativas centrou-se em um modelo *comunitário* de atenção em saúde mental; visando romper com a lógica de encarceramento e exclusão presente nos manicômios, a aposta foi na constituição de serviços capazes de oferecer cuidado sem qualquer privação de liberdade e em articulação com outros atores e instituições – familiares, amigos, serviços da saúde e da assistência social, equipamentos de lazer e cultura –, com o objetivo de reabilitar as possibilidades de circulação social. Dessa forma, a *liberdade* e a *inclusão social* tornaram-se centrais na afirmação das novas práticas. Entendemos que ambas são um importante norte, um guia do modelo brasileiro de reforma.

Nos itens a seguir veremos como esses guias, *liberdade* e *inclusão*, comparecem nas percepções, nos discursos e nas práticas antimanicomiais brasileiras. Para tanto, percorreremos um caminho que, olhado sempre do ponto de vista brasileiro, rumará às divisas de França e Itália: dois países onde foram propostos modelos substitutivos ao manicômio que pautam as nossas discussões sobre o assunto. Apresentaremos, ainda, uma proposta brasileira de alternativa ao manicômio, os Serviços Residenciais Terapêuticos e, por fim, traremos uma narrativa do cotidiano prático que, como já ocorre ao longo deste trabalho, visa levar-nos aos limites.

3.1.1. Um ponto de vista

Acompanharemos, para iniciar esta viagem, os relatos de uma pesquisadora brasileira, Izabel Passos (2009), em visita a uma instituição francesa de tratamento psiquiátrico que constituiu um modo próprio – diverso do brasileiro e do italiano⁶⁸ – de reordenamento das práticas de atenção à loucura. Seu relato sobre a clínica psiquiátrica francesa La Borde nos interessa por trazer as percepções e inquietações presentes na construção do pensamento antimanicomial brasileiro.

Fundada em 1951, e situada a aproximadamente duzentos quilômetros de Paris, no Vale do Loire francês, La Borde é uma clínica psiquiátrica *sui generis*. Alocada em um castelo do século XVIII, em meio a uma paisagem bucólica, tem em média cem pensionistas — modo como são chamados os internos da clínica —, além de algumas dezenas de pacientes que frequentam o local em regime de hospital-dia⁶⁹. Nela trabalha quase uma centena de profissionais, incluindo estagiários vindos de diferentes locais da França e do mundo – entre eles alguns brasileiros; e, entre os brasileiros, Izabel Friche Passos. Nossa guia na incursão a La Borde relata que, ao chegar à clínica, teve uma forte impressão de *liberdade*, favorecida pela ausência de diferenciação entre as pessoas: era difícil discernir quem eram os trabalhadores e quem eram os loucos; todos podiam se expressar livremente. Em La Borde, as esquisitices que cada um de nós passa o dia tentando esconder, principalmente quando em

68 Izabel Christina Friche Passos, em seu livro *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana* (2009), estuda e compara os modelos francês e italiano de reforma. Como pesquisadora, ela visitou e estagiou em diversos serviços desses países, relatando essas suas experiências.

69 Os pacientes que frequentavam La Borde em regime de hospital-dia passavam manhãs e tardes na instituição, mas retornavam às suas residências no final do dia.

público, apareciam sem qualquer constrangimento. Passos conta que tal clima de *laissez-faire* era bastante sedutor para alguns dos profissionais que lá trabalhavam e, especialmente, para parte dos estagiários que passavam apenas alguns meses na clínica. Todos podiam experimentar a possibilidade de levar a vida de um modo diferente daquele de onde vieram, e essa era, de fato, a intenção: Jean Oury, fundador da clínica, defendia a ideia de que aquele local rompesse com o mundo normopata e suas regras de conduta aprisionantes. Para tanto, La Borde estruturou-se de forma a incluir todos os seus integrantes nas decisões e nas tarefas cotidianas, contando para isso com uma série de dispositivos institucionais⁷⁰ criados ao longo dos mais de sessenta anos de sua história. Passos, como estagiária em La Borde, morou durante um tempo na clínica antes de regressar ao Brasil. No dia de sua partida, na estação de trem, teve uma última conversa com uma pensionista que só conhecia de vista: ouviu seu relato sobre as dificuldades que vivera em casa, junto de sua família, e sobre sua preferência em morar na clínica, falaram do clima e, ao final da conversa, Passos respondeu a uma pergunta da pensionista sobre o que havia achado de La Borde. Ao dizer o quanto julgou interessante o que tinha vivido, foi interrompida por uma interlocutora visivelmente ofendida: “É interessante para vocês, não para nós!”. Diante dessas palavras, Passos (2009, p. 208) relata ter compreendido uma diferença fundamental: “Vocês, os ‘sãos’, os que vêm e vão ao bel-prazer; nós, os ‘loucos’, que precisamos ficar”. Para a pesquisadora, apesar de toda liberdade, uma linha se desenhou, demarcando uma divisa entre *sãos* e *loucos*, entre os que *vêm e vão* e os que *precisam ficar*. Impactada por essa reflexão, Passos conclui:

Penso que se é verdade, parafraseando Pelbart (1989), que o fora, o espaço social em que vivemos, encerra em si mesmo uma clausura persistente da loucura, estar dentro de um espaço especial, criado precisamente para proteger as pessoas ‘do social’, *pode não passar de uma pseudoliberalidade* (PASSOS, 2009, p. 208, grifo nosso).

Há, nessa conclusão, uma importante articulação para o pensamento antimanicomial brasileiro: *liberdade* e *inclusão* correlacionam-se de tal modo que, para a realização da primeira, a segunda é um elemento fundamental – sem a inclusão social, a liberdade pode não passar, conforme afirma a autora, de uma mentira, uma falsidade. Sigamos acompanhando os desdobramentos dessa articulação.

70 Para saber mais, ver Moura (2003).

3.1.2. Divisas

As linhas que seguem desenhando-se – linhas que demarcam um dentro e um fora de La Borde, linhas que dizem quem somos *nós* e quem são *eles*, quem são loucos ou sãos, linhas traçadas pelo caminho de microfones em auditórios onde ocorrem reuniões de saúde mental – são importantes vetores de tensionamento das práticas antimanicomiais; elas não são apenas linhas que demarcariam os limites entre a loucura e a razão, são também linhas que passam a demarcar aquilo que compreendemos como práticas manicomiais ou práticas antimanicomiais. Uma dessas linhas desenhou-se com bastante clareza, reforçando a divisa geográfica existente entre França e Itália e produzindo uma importante delimitação no pensamento brasileiro da reforma.

No dilema enunciado por Passos (2009), é proposta uma diferença fundamental entre os projetos de reforma da Itália e da França – respectivamente, a Psiquiatria Democrática e o Movimento Institucionalista. A própria autora opõe esses modelos e localiza, na aposta francesa de manutenção de um espaço institucional afastado ‘do social’, a causa da continuidade da exclusão da loucura – ideia alinhada à perspectiva italiana.

A leste da divisa entre França e Itália, atores do movimento da Psiquiatria Democrática afirmam que clínicas como La Borde não passariam de um manicômio aprimorado, uma instituição capaz de construir uma narrativa sobre si alinhada com práticas antimanicomiais, mas que não enfrenta, de fato, o problema da exclusão e do controle:

Tendo chegado a um resultado radicalmente diferente da própria experiência, através da crítica e da negação das instituições manicomiais, os psiquiatras gorizianos moveram também, nos anos sucessivos, ao movimento francês, a acusação de ter censurado, em nome de uma ideologia da cura e de uma obstinada vocação terapêutica, a análise das funções reais – de exclusão e de ordem – encobertas pela instituição manicomial nas relações de força social e de ter favorecido um processo ilusório de modernização e reorganização institucional da psiquiatria, sem realmente trazer para o debate a redefinição do “lugar”, a posição ocupada pela psiquiatria na regulação – no ocultamento – das relações sociais e institucionais da saúde e da doença mental (GALLIO; CONSTANTINO, 1993, p. 87-88).

O Movimento Institucionalista⁷¹ francês, por outro lado, concebe sua prática como uma análise e um consequente reordenamento do espaço institucional; compreende-se que o espaço de um hospital psiquiátrico seria uma prisão não pela existência de muros, mas pelas

71 A Reforma Psiquiátrica na França contou com dois movimentos distintos: a política de setor e o movimento institucionalista. Centramos nossa análise na recepção do segundo em solo brasileiro. Para uma discussão mais aprofundada de ambos, sugerimos a leitura do livro *Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana* (PASSOS, 2009).

relações que se constroem entre as pessoas. Sendo assim, no movimento francês, os muros são mantidos e os hospitais seguem existindo, mas os profissionais que trabalham neles passam a investir na produção de novas relações. Considerando o mundo normopata um local aprisionante, La Borde produz liberdade rompendo com as regras e condutas sociais. Tosquelles, precursor desse movimento, nomeava esses espaços como escolas de liberdade⁷²:

[...] é esta a diferença entre Basaglia e eu: me preocupei com que o hospital psiquiátrico fosse uma escola de liberdade, antes de tudo. Não disse: “feche o barracão”, porque depois não há escola de liberdade na vida social corrente, mas apenas escola de alienação administrativa (GALLIO; CONSTANTINO, 1993, p. 93).

No entanto, é justamente esse tipo de reordenamento discursivo que os italianos criticavam: enfrentar o problema do manicômio dessa forma, mantendo o hospital aberto e seus muros intactos, não passaria de uma modernização institucional da psiquiatria, deixando tudo com um aspecto “limpinho”, mas sem alterar as estruturas de poder que, permanecendo intactas, seguiriam desenhando linhas que dividem *nós* e *eles* – e impediriam, assim, a *inclusão* e a *liberdade*.

Por isso, a aposta italiana de reforma é francamente anti-institucional. Para eles a instituição precisaria ser demolida, e não remodelada. Basaglia, na mesma visita ao Brasil relatada anteriormente neste trabalho, chutou as paredes da enfermaria psiquiátrica do Instituto Raul Soares, num gesto interpretado por seus interlocutores brasileiros⁷³ como a necessidade de demolir as paredes dos manicômios para construir uma nova prática. A abolição dessas instituições seria, então, o caminho para acabar com todas as divisas que mantêm apartada a loucura da sociedade.

A recepção dessas ideias influenciou o pensamento brasileiro e a produção de nossas práticas antimanicomiais. Desse modo, a Reforma Psiquiátrica brasileira investiu e investe fortemente em uma visão política e comunitária da situação da loucura, construindo como guia primordial da luta *por uma sociedade sem manicômios* a ideia de que, junto com o fechamento de todos os manicômios, é preciso restituir a condição de cidadania dos ditos doentes mentais (BIRMAN, 1992). Por restituir a condição de cidadania, compreende-se a garantia do acesso aos direitos que todo indivíduo tem, mas que foram negados àqueles

72 Liberdade, para Tosquelles, tomada evidentemente como algo diferente e não dependente da inclusão na cidade.

73 Segundo depoimento de Antônio Benetti para o documentário sobre o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Disponível em: <www.youtube.com/watch?v=PG1DJXjk99M> Acesso em 20 Mar. 2016.

considerados doentes mentais: através do fechamento dos manicômios e da garantia de direitos, portanto, o louco teria sua *liberdade* restabelecida – reabilitada.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) brasileiros estão entre os dispositivos comunitários criados no Brasil como forma de enfrentamento desse problema e têm, como proposição central, realizar a “inserção do usuário na rede de serviços, organizações e relações sociais da *comunidade*. Ou seja, a inserção em um SRT é o início de longo processo de *reabilitação* que deverá buscar a progressiva *inclusão social* do morador” (BRASIL, 2004, p. 6, grifo nosso). Alinhadas às propostas italianas, as afirmativas práticas brasileiras, em substituição ao aprisionamento e à exclusão social, apostam na *inclusão social*, que condensa em si uma série de significações: a defesa do cuidado em *liberdade*, a garantia de *direitos* sociais, a produção de *autonomia*, a devolução da condição de *cidadania* e a luta pela *igualdade*. Vejamos como elas se articulam na proposta das residências terapêuticas.

3.1.3. Versão brasileira

Com a progressiva diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, substituídos por um modelo *comunitário* de atenção em saúde mental, alternativas precisaram ser criadas para garantir o direito à moradia daqueles que – por terem sido excluídos da sociedade, tendo permanecido presos nos manicômios por décadas – perderam todos os laços que possibilitariam sua reinserção comunitária. Assim foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): imóveis residenciais de três ou quatro quartos, localizados em diferentes bairros de um município, nos quais passaram a viver até oito ex-moradores de hospitais psiquiátricos que, na ausência de outras alternativas de moradia, foram acolhidos nesses serviços. Algumas casas são exclusivamente masculinas ou femininas, outras são mistas. Nelas trabalham equipes compostas por um coordenador, que possui formação superior, e sete ou oito acompanhantes comunitários, que possuem formação fundamental e revezam-se 24 horas por dia na casa.

Como na experiência francesa de La Borde, a proposta institucional é de que a gestão seja compartilhada; assembleias são realizadas entre moradores e trabalhadores, no esforço de que as decisões sejam tomadas conjuntamente. As tarefas são divididas e quase todos auxiliam no cuidado da casa – da compra do pão para o café da manhã até a lavagem da louça

após o chá com bolachas antes de dormir.

Alinhada à premissa brasileira de um modelo *comunitário* de atenção em saúde mental, aqui diferente da proposta francesa, a aposta maciça desse equipamento é na *inclusão*, tendo como sua função primordial a de ser uma morada na cidade – questiona-se, inclusive, o fato de que essas casas tenham sido caracterizadas como “serviços”, e que estes sejam “terapêuticos”; caracterizações que remeteriam ao manicômio (AMARANTE, 2011) e ao risco de normatização (SCARCELLI, 2011), implicando o afastamento da proposta de constituição de uma morada. Essas críticas apontam para a centralidade de outro aspecto da reforma psiquiátrica brasileira: a ênfase na questão sociopolítica. *Liberdade e inclusão* são, nesse sentido, direções práticas articuladas ao enfrentamento de dois tipos de aprisionamentos impostos à loucura. O primeiro é o físico – presos no manicômio, os loucos foram excluídos da cidade; o segundo é o aprisionamento em uma lógica de reconhecimento – presos à categoria de doentes, à necessidade de tratamento, os loucos foram excluídos da condição social de sãos, assim como da condição política de cidadãos. Garantir que os SRT se aproximem da ideia de lar, afastando-os da caracterização como um “serviço terapêutico”, visaria, portanto, romper com esses dois aprisionamentos.

O investimento na *inclusão* tem conquistado avanços inegáveis; a mudança de endereço causa impactos em diversos âmbitos da vida de uma pessoa, justamente por ser, além de uma mudança de localidade física, um ato que traz consigo uma série de outros rearranjos simbólicos. Não é incomum, inclusive, que casos tidos pela psiquiatria organicista como crônicos e refratários a qualquer tipo de tratamento apresentem uma significativa transformação após a troca de CEP. Há pessoas que chegaram às residências sem falar, evitando contato visual, rastejando pelos cantos da casa e dormindo debaixo da cama. Sinais que a disciplina psiquiátrica poderia ler como indicativos da *doença-mental-crônica-geneticamente-herdada* também podem ser lidos como indicativos das formas de vida que um manicômio é capaz de produzir, ou, como formula Kinoshita (2016, p. 283), sinais que “denunciam a nossa cronicidade”:

[...] utilizamos *crônico* como um termo que indica o fracasso das nossas interações como profissional e não se refere a nenhuma propriedade específica do paciente. A contradição emocional aqui, do observador que designa alguém como crônico, precisa ser esclarecida. (KINOSHITA, 2016, p. 281)

O que temos visto nos Serviços Residenciais Terapêuticos é que muitas dessas pessoas

voltaram a se comunicar, deixando de evitar o contato com o outro, passaram a ocupar a casa como um morador, tomando-a como um espaço seu, e recobriram a postura ereta, deixando de rastejar pelos cantos. Em alguns casos, tais avanços estenderam-se para além dos muros das casas, alcançando lugares mais distantes: armazéns e padarias dos bairros, conversas com a vizinhança, reencontros com familiares, passeios pela cidade e viagens ao litoral ou interior.

Sair do manicômio em direção à cidade é ter a possibilidade de sair de diversos lugares que estão diretamente ligados ao processo de institucionalização produzido pela lógica psiquiátrica brasileira no século XX. O lugar de doente mental é com certeza o principal, mas junto dele estão também diversos outros, como o de miserável, de incapaz, de improdutivo, de perigoso, de abandonado e de esquecido. O manicômio foi o dispositivo engendrado, grosso modo, para dar conta dessa massa populacional que não convinha à cidade, e a psiquiatria erigiu sua racionalidade como uma forma de cientificamente tornar-se guardiã de uma verdade sobre essa população e, assim, portar o dever de tratá-la em nome de um suposto bem-estar comum: as cidades ficaram “protegidas” dos loucos, e estes, “protegidos” da cidade. Fechar os manicômios e abrir casas na cidade foi uma forma de abalar uma estabilidade que tornava a loucura invisível para a população em geral – foi uma forma de afirmar uma prática não aprisionante e não excludente, uma forma de tentar evitar a produção das linhas que dividem *nós* e *eles*.

Discutimos até aqui, genericamente, as conquistas das práticas de inclusão na implantação dos Serviços Residências Terapêuticas. Agora, propomos uma aproximação do olhar, a partir do relato de acontecimentos cotidianos de uma residência terapêutica *qualquer*. Com esse relato, pretendemos rever a centralidade das discussões sobre *liberdade e inclusão*, lidas a partir da ideia das linhas que dividiram *nós* e *eles*.

3.1.4. Uma narrativa

Em uma casa alugada pela prefeitura para sediar um SRT, localizada em um bairro residencial, viviam oito homens com histórias de vida e dificuldades diferentes, todos ligados pela chaga da institucionalização em um manicômio. Alguns passaram a vida internados – vinte, trinta, quarenta anos. Outros transitaram de internação em internação, quase como um ofício: regularmente, a qualquer sinal de estranheza, eram encaminhados por familiares,

amigos, vizinhos ou policiais a médicos ou a prontos-socorros que, invariavelmente, frente às mais variadas situações, davam a mesma resposta: medicação, contenção e internação.

Com a reforma psiquiátrica brasileira, suas novas leis e dispositivos de atenção, esses oito homens saíram dos hospitais em direção à vida na cidade. Assim, o cotidiano passou a ser outro: *liberdade* para sair e ir à padaria, ao armazém ou à praça; dinheiro para, com *independência*, escolher e comprar o próprio cigarro, a própria roupa, o próprio sabonete e o próprio lanche da tarde; controle remoto da televisão à mão para ter *autonomia* na escolha do programa que quer assistir; amigos, vizinhos e familiares *incluídos*, podendo compor o cenário cotidiano de vida.

Tamanha mudança, no entanto, continha seus entraves. Um dos oito moradores, Jonathan, apresentava uma condição de grande instabilidade afetiva, o que fazia com que ele, de afável e tranquilo, ficasse irritadiço e agressivo. A situação era agravada pela sensação de que tal mudança podia ocorrer a qualquer momento e sem qualquer sinal. Os outros moradores e os trabalhadores da casa – coordenador e acompanhantes comunitários – eram abordados por Jonathan de forma abrupta e acusatória: em um momento, eram os assassinos dos povos; noutros, teriam dormido com sua esposa ou pactuado um complô para derramar o sangue de seu pai. Tais abordagens intensificavam-se no dia a dia, transformando-se, muitas vezes, em agressões físicas e tumultos. Janelas, espelhos e acabamentos de vidro dos móveis da casa não permaneciam inteiros por muito tempo, ainda que a reposição fosse constante para evitar que a moradia tivesse um aspecto degradado. O “quebra-quebra” ocorria, em geral, durante a noite, criando um cenário de terror que impedia que os outros dormissem tranquilamente. A vida na casa se tornou bastante desgastante, tanto para quem trabalhava quanto para quem residia.

Alguns moradores conseguiam inventar maneiras de passar o maior tempo possível fora da casa, indo ao CAPS, à padaria ou perambulando pelo bairro. Os outros tentavam construir itinerários que garantissem uma maior sensação de segurança dentro da própria casa, permanecendo mais próximos dos trabalhadores ou reclusos em seus quartos. De todo modo, falava-se muito em fugir da residência, morar em outro lugar e, algumas vezes, voltar ao hospital. Houve diversas tentativas de fuga, algumas com sucesso. Os moradores que conseguiram fugir ficaram fora por dias, semanas e até meses. Alguns voltaram espontaneamente, enquanto outros foram encontrados, passado algum tempo, morando na rua

ou internados em um pronto-socorro.

O próprio Jonathan, em momentos de grande desorganização, gritava pedindo ajuda da polícia: dizia que as residências terapêuticas eram proibidas por lei, que queria ser libertado de lá para voltar para sua casa – que às vezes era na Inglaterra, local onde seria rei, no bairro de sua infância ou no próprio hospital psiquiátrico de onde era egresso. Via-se preso e queria de toda forma sair de lá.

Os profissionais envolvidos na situação – trabalhadores do serviço e parceiros no cuidado ligados ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da região –, empenhados em evitar o que consideravam um retorno à lógica manicomial, concordavam em não internar Jonathan, assim como dissuadiam os outros moradores da ideia de que seria melhor voltar ao hospital psiquiátrico. Sustentavam, com isso, uma série de situações angustiantes e perigosas. Porém, um dado era bastante revelador nesse cenário: nos anos de existência desse serviço, nenhum coordenador ou acompanhante comunitário permaneceram no trabalho por tempo maior do que um ano. Portanto, os únicos que seguiram vivendo em tais circunstâncias, ao longo dos anos, foram os oito moradores da casa – os loucos. Mais uma vez, vemos desenhar-se a tal linha que divide *nós* e *eles*: trabalhadores e usuários, são e loucos, livres para ir e vir e presos a uma situação da qual quem pode foge.

O dilema de Passos (2009) vivido em La Borde volta à tona, agora em um serviço comunitário concebido, idealmente, para evitá-lo. Primeiramente, podemos afirmar que tal situação ilustra que, em nossas práticas, quaisquer que sejam, o perigo está sempre à espreita – ainda que nos empenhemos em construir um caminho alternativo àquele que criticamos. Demolir muros, abolir instituições e impedir práticas importa; e algo resiste, insiste, irrompe. Deleuze disse que “não se deve perguntar qual é o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam as liberações e as sujeições” (DELEUZE, 2013, p. 224). As liberações e sujeições – o *manicômio que está em todos nós* –, portanto, precisam ser enfrentadas a todo tempo e em cada regime, instituição, prática ou dispositivo que inventamos.

Isso significa, em segundo lugar, que precisamos olhar de outra maneira para o problema das linhas que dividem *nós* e *eles*. Afirmar que linhas seguem se desenhando, como

um juízo de valor ou uma avaliação das práticas, é supor que elas deveriam cessar de se desenhar, supor que haveria um momento de *chegada* no qual alcançaríamos a plena *liberdade* e a plena *inclusão* – seria, então, supor uma comunidade antimanicomial acabada e estável, capaz de, com sua total implantação, evitar o surgimento de qualquer nova centelha de segregação. A partir dessa linha de raciocínio, tornar-se-ia fácil decidir sobre a efetividade dos serviços e das práticas substitutivas: apenas aquelas que evitassem o desenhar das linhas seriam as corretas, quaisquer outras precisariam ser revistas.

Relembremos que Foucault (1993), ao falar do combate ao *fascismo em nós*, delimitou dois inimigos táticos. Para qualificar um deles, o ascetismo político, ele elegeu dois representantes que ilustram bem essa posição de avaliação da efetividade das práticas: os *burocratas da revolução* e os *funcionários da Verdade*. A partir de um conjunto de regras, de evitações e de comportamentos preestabelecidos – antimanicomiais, inclusivos, libertários e democráticos – a revolução estaria sistematizada e a Verdade garantida – esse é um tipo de pensamento que, segundo Foucault, precisa ser combatido. Quando alguma coisa não funciona, quando há restos, conclui-se imediatamente que há *algo* a ser feito: o problema incide justamente sobre como compreendemos esse *algo*; o risco é o de tomá-lo como um elemento pleno, confiando em sua suposta capacidade de solucionar os dilemas e encerrar as disputas.

Para esse modo do pensamento que busca nas formas completas e acabadas as soluções para os problemas, daremos o nome de *ideal*; e, no contexto específico que estamos estudando, utilizaremos a expressão *ideais de inclusão* para nos referir a essas apostas que buscam reabilitar a condição de exclusão da loucura.

Em La Borde e nos acontecimentos relatados na residência terapêutica, assim como em diversas outras práticas substitutivas, trabalhadores aliados aos princípios antimanicomiais brasileiros se embaraçam frente aos dilemas trazidos pelos *ideais de inclusão* que articulam suas práticas. Não intencionamos, frente a esses dilemas, propor qualquer solução – que certamente, em um trabalho amplo como este, funcionaria, no máximo, como uma outra versão de ideal –, mas refletir sobre como a afirmação de princípios antimanicomiais é regida por uma racionalidade, aqui chamada de *ideal*, há muito presente nos discursos e percepções sobre a loucura. Espera-se, com isso, abrir caminho para novos movimentos.

3.2. Ideais de inclusão

Liberdade, direitos, autonomia, independência, cidadania e igualdade. Palavras organizadoras de um consenso que, em sua constituição, recobre o dissenso, o irredutível, o inacessível – os vãos. Palavras, também, que carregam consigo a história de importantes princípios, assim como traços e marcas de lutas fundamentais. Palavras, ainda, que remetem à entraves epistemológicos, disputas teóricas e debates conceituais. Palavras, por fim, organizadoras de uma forma de perceber, dizer e agir que aqui chamamos de antimanicomial.

Essa forma suscita, sobre a negação do manicômio e a afirmação de um modelo substitutivo, uma maneira de compreender, ainda que implícita, o que seria uma *comunidade*. Incluir, como princípio geral antimanicomial, é sempre incluir em algum lugar, em uma comunidade – essa é, inclusive, a aposta maior do projeto de reforma: realizar a inserção comunitária do dito doente mental. A comunidade aqui, portanto, pode ser interpretada como um local de chegada, um local de realização plena das máximas que organizam o pensar antimanicomial.

Dentro do que convencionamos chamar de *ideais de inclusão*, portanto, emaranhada às noções de *liberdade, direitos, autonomia, independência, cidadania e igualdade*, subjaz uma ideia de *comunidade*. Entendemos que no projeto antimanicomial brasileiro, através dessa racionalidade *ideal* que discutiremos a seguir, há, ainda que implicitamente, uma concepção de comunidade específica.

Partindo da relação dessa lógica *ideal* com práticas que remontam às origens da psiquiatria, analisaremos a racionalidade produtora das afirmações antimanicomiais, assim como do pensamento de comunidade subjacente a ela. Dessa análise, proporemos uma alteração dos limites do projeto de desinstitucionalização brasileiro.

3.2.1. Continuidades

O *ideal de inclusão*, como uma forma total e plena, no campo da saúde mental, traz consigo um sistema de pensamento há muito tempo forjado entre nós, e que tem sua origem no alienista francês do século XVIII Philippe Pinel. Figurava em seu pensamento a suposição de que, via tratamento, haveria a possibilidade de reverter a alienação daqueles que vieram a

ser chamados de doentes mentais. Para ele, a internação dos alienados em um espaço restrito – que hoje chamamos manicômio – favorecia a constituição de uma sociedade idealmente organizada: a vivência intramuros permitiria aos loucos superarem a desrazão em benefício da razão, que também os habitaria. Relendo os textos de Pinel, é possível verificar

sua crença nas capacidades mutativas de certas intervenções sobre o paciente, seu rigor com o respeito à dignidade e humanidade do outro, e suas concepções sobre o uso clínico-terapêutico da humanidade, do relacionamento caloroso e da ênfase na responsabilização do sujeito por seus atos e suas consequências em seu contato com os outros. (PEREIRA, 2004, p. 116)

Tais ideais, verificados por Pereira nos textos de Pinel, não nos parecem distantes daqueles que assumimos hoje em dia, com a clara diferença de que lutamos contra a reclusão da loucura em instituições fechadas e apartadas da sociedade – instituições estas largamente utilizadas e defendidas por Pinel. No entanto, tal como o pioneiro alienista, em larga medida apostamos na possibilidade de *resgate* de certa condição da loucura, na ideia de que em algum lugar profundo e escondido, para além da desrazão, restaria um núcleo de razão a ser *restaurado*. Segundo Birman (1992), a aposta pineliana e a atual contêm em si um mesmo princípio: a suposição de que haveria, por trás de um estado de negatividade da loucura, uma positividade a ser restabelecida e que tornaria o louco mais um entre todos – *como-uns*. O que distanciaria essas as apostas estaria presente em seu encaminhamento prático: para Pinel, a prática da internação, consistindo em um espaço de exceção organizado e controlado, seria o caminho para curar o louco, devolvendo, assim, sua *condição natural* de homem civilizado e racional; já no caso do discurso antimanicomial, como vimos, as práticas se opõem diametralmente à internação, mas, formalmente, a aposta se assemelha à pineliana na ideia da cidadania como uma espécie de *condição natural* a ser restabelecida:

[...] o enfermo mental seria positivamente um cidadão que não foi reconhecido devidamente pelo Estado brasileiro, constituindo-se então a privação e sua consequente condição negativa de cidadania, que caberia ser politicamente resgatada. (BIRMAN, 1992, p. 72).

Em outras palavras: o resgate dessa condição de cidadania negada pelo Estado restituiria ao louco um lugar que só deixou de ser seu quando lhe privaram de algo. Restabelecer a cidadania se tornou, portanto, uma forma de tratamento que devolveria o louco ao mundo dos normais. Há um claro deslocamento entre esses dois momentos – Pinel e a luta antimanicomial –, no qual a negatividade deixa de estar compreendida no louco (doente),

passando a localizar-se no tratamento a ele dispensando (excludente). De todo modo, há uma continuidade na percepção da loucura, em especial, na compreensão de suas causas, por um viés negativista: na psiquiatria, clássica e moderna, esse viés é figurado pela *falta* de razão, de moral, de neurotransmissores ou de uma determinada genética; no discurso antimanicomial, é na *falta* de direitos, de inclusão ou de liberdade que a condição negativa da loucura aparece. Ambas constituem uma crença formal de que algo foi suprimido, mas pode ser restituído, alcançando um ponto ideal de completude – onde nada faltaria, não haveria contradições e o louco seria mais um entre nós, um igual. Propostas que são, ao mesmo tempo, distantes e próximas.

Encontramos no próprio Basaglia a condenação a esse tipo de articulação; o psiquiatra italiano é assertivo ao criticar uma concepção idealizada da loucura, afirmando que as contradições do real precisam ser enfrentadas, “em vez de serem ignoradas ou programaticamente afastadas, na tentativa de criar um mundo ideal” (BASAGLIA, 2010, p. 115). O contexto dessa crítica, em sua obra, é o de análise do projeto inglês das comunidades terapêuticas⁷⁴, que se propunham a criar sociedades ideais dentro de seus muros – tal como Pinel, aliás. Basaglia expõe a impossibilidade de tal projeto, denunciando o perigo da tentativa de levá-lo adiante: manter o louco obrigatoriamente aprisionado a uma ordem preestabelecida — idealizada e não contraditória. Entendemos que essa crítica seja válida ao projeto da psiquiatria clássica pineliana, às tentativas de modernização dos hospitais (como a inglesa) e, também, aos modelos que visam sua superação, como o antimanicomial brasileiro – ainda que de inspiração francamente basagliana. Apesar de existirem importantes descontinuidades entre esses projetos, há também o que Birman (1992, p. 83) localiza com uma “continuidade do dispositivo”, que estaria sempre buscando o retorno a um ideal no qual se realizaria o “sonho inaugural” da razão psiquiátrica e iluminista de romper com o “universo das trevas” ao qual a loucura estaria presa:

A formulação da existência dessa continuidade não implica absolutamente o reconhecimento da produção de algumas descontinuidades, mas estas se inscrevem na periferia do dispositivo e na manutenção do seu fundamento. Além disso, as descontinuidades indicam a extensão do dispositivo, com multiplicação dos seus efeitos no espaço social. A relação paradoxal da loucura com a problemática da cidadania permanece, apesar das descontinuidades. Portanto, pretendemos indicar com isso que, não obstante a intenção de ruptura com o modelo inaugural do alienismo pretendido por essas novas concepções e mesmo as complexificações que

74 Que, para os italianos, contém a mesma problemática apresentada aqui em relação a La Borde.

foram introduzidas, o discurso psiquiátrico não conseguiu produzir ainda um outro lugar para a loucura na tradição ocidental (BIRMAN, 1992, p. 83).

Desde Pinel postula-se que, para alcançar o ideal do restabelecimento, a loucura precisa ser libertada. Liberdade, no viés do alienista, seria livrar das correntes e da relação com outras figuras que, antes de Pinel, eram misturadas nas grandes internações – criminosos, prostitutas e vagabundos, por exemplo. Hoje em dia, para o projeto de reforma psiquiátrica brasileiro, a liberdade precisa ir além: não basta a libertação das correntes nem a modernização dos asilos. Faz-se necessária também a queda dos muros desses asilos, assim como dos muros invisíveis impostos socialmente. Correntes, muros, controle e subordinação são, de fato, problemáticos, e interessa-nos combatê-los. No entanto, é preciso que nos aprofundemos na formulação desses problemas e no que projetamos conquistar em nossa luta. Amarante, pensando os caminhos para a criação de um projeto antimanicomial, defende a necessidade de

uma importante atitude epistemológica no “lidar com as contradições do real”, onde o projeto de *desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal de positividade absoluta* da ciência moderna em sua racionalidade de causa-efeito, para voltar-se para a invenção da realidade enquanto um processo histórico (AMARANTE, 1996, p.24, grifo nosso).

Seguindo a proposta de Amarante, e *levando-a ao limite*, afirmamos a necessidade de um projeto de desinstitucionalização voltado para a superação do ideal de positividade absoluta do programa de luta antimanicomial brasileiro, em sua articulação com a negação, também absoluta, do manicomial. Vejamos o que isso significa.

Nosso projeto de reforma, muitas vezes, parece embaralhar noções como cidadania, igualdade e liberdade, ao mesmo tempo em que as coloca, numa articulação de causa e efeito, como ponto central a ser conquistado – positivado. Nessa medida, tudo o que se distancia dessas noções passa a ser considerado como indicador de que algo vai mal, de que ainda vai mal, e novas propostas são implementadas para tentar alcançar, plenamente, a cidadania, a liberdade, a autonomia e a igualdade. É a esse conjunto de metas, que se combinam e se confundem, que demos o nome de *ideais de inclusão*.

Como vimos no capítulo anterior, na construção da luta contra as formas como a loucura vinha sendo tratada, produziu-se um procedimento narrativo que localiza com clareza *exemplar* os inimigos a serem combatidos, provocando uma negação absoluta a eles. Desse *não*, uma nova retórica foi construída, fundada em afirmações baseadas na antinomia

(DUNKER; KYRILLOS NETO, 2004)⁷⁵. De um lado, portanto, denunciaram-se os maus-tratos, a subordinação, a segregação, a violência e o abandono – denúncias condensadas em torno da expressão *exclusão social*. Do outro lado, visando a superação desta condição de exclusão, vemos a produção de uma outra, de uma meta a ser alcançada, a saber, a *inclusão social*: condição fundada, portanto, na antinomia – na produção de um antimodelo:

A eficácia retórica de um antimodelo define-se pela inversão e negação irrestrita dos atributos que ele leva em conta, ou seja, o antimodelo é tão mais eficaz na medida em que em nenhum ponto do modelo sugerido encontre paridade com o antimodelo (Perelman, 1996, *apud* DUNKER; KYRILLOS NETO, 2004, p.118).

Dessa maneira, nega-se que o louco sofra com um transtorno, uma doença mental, e, no lugar, afirma-se o sofrimento “por exclusão social”. Assim ele não precisa mais ser curado, mas sim incluído socialmente. Ponto por ponto, são substituídos os termos que, no discurso antimanicomial, passaram a ser compreendidos em conexão com a ideia de exclusão – doente, tratamento e manicômio – por outros que, antinomicamente, são associados com a ideia de inclusão – cidadão, autonomia e comunidade: “surge, assim, uma estratégia retórica inversa, baseada na inclusão, na cidadania e no retorno da palavra ao paciente, definida a partir da negação de um modelo sobre o qual se estabeleceu um consenso negativo” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2004, p. 118). É pela força da oposição clara e irrestrita a um modelo – no caso, o manicomial – que se afirma um outro modelo, um antimodelo. Assim, a partir de uma lógica binária e totalizante, as dúvidas, as vacilações, o inacessível – os vãos – são abolidos em nome das certezas do que seriam manicomial e antimanicomial. É aqui, portanto, seguindo essa mesma lógica, que subjaz uma concepção de comunidade: toda, plena, acabada; sem dúvidas, vacilações ou vãos. Concepção que carrega consigo os riscos já discutidos no primeiro capítulo deste trabalho – das lógicas totais, do fechamento à diferença, da obstrução da percepção do singular.

Retomando a proposta de Amarante levada ao limite: *a desinstitucionalização precisa incidir, também, sobre essa articulação da negação absoluta do que passou a ser percebido como manicomial com o ideal de positividade, também absoluto, do projeto antimanicomial brasileiro.*

75 Afirmações que os autores denominaram de *imperativos de inclusão* (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2004).

3.2.2. Desinstitucionalização

A atual abominação, dos trabalhadores e militantes do campo antimanicomial, em relação às categorias diagnósticas, assim como o investimento na produção de eufemismos para nomear o estado de cada usuário, são exemplos do efeito dessa retórica organizada por um *ideal de positividade absoluta*. Entendemos a importância e a necessidade de uma disputa no campo das lógicas de reconhecimento, de um levante contra a hegemonia da diagnóstica psiquiátrica – na forma como impõe um lugar simbólico ao louco. No entanto, constituir um enfrentamento que evita qualquer forma de nomeação, que diante das inevitáveis perguntas sobre “o que ele tem?” ou “ele é esquizofrênico?” visa ocultar qualquer marca de diferença, produz perigos. Em geral, a resposta dada a essas perguntas é: “ele está passando por um momento difícil da vida, como pode acontecer com qualquer um de nós”⁷⁶. Preocupada em realçar que “estar com dificuldades” é algo *como-um*, igual para todos, tal resposta, visando evitar nomeações que segreguem, ao mesmo tempo, obstrui a possibilidade de distinção de dificuldades, de necessidades e de formas de sofrimento específicas.

Se, de seu lado, a psiquiatria “*limitou-se* à definição das síndromes em que o doente, arrancado de sua realidade e apartado do contexto social em que vive, vê-se etiquetado, ‘*constrangido*’ a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica” (BASAGLIA, 2010, p. 35, grifo nosso), a simples negação desse modo de ação tem também seus limites. O que se alcança nesses casos, para o bem e para o mal, é algo que, assim como Basaglia, também podemos localizar como sendo da ordem do constrangimento. Segundo o dicionário, o verbo *constranger* possui os sentidos de: “obrigar por força, coagir”; “dificultar os movimentos”; “tolher a liberdade” e causar “embaraço” (MICHAELIS, 2016). Diante do encontro com o louco, ainda que seja visível que algo *difere*, evita-se o reconhecimento da diferença – seja buscando eufemismos ou impedindo que as classificações médicas sejam usadas. Com isso, o que se consegue é evitar a utilização de certas nomenclaturas, o que não produz, necessariamente, maior igualdade ou liberdade, antes, dificulta movimentos e provoca embaraço. Ainda que não concordemos que a classificação esquizofrenia seja um bom recorte para identificar certo grupo de sintomas, sofrimentos ou pessoas e que reconheçamos uma

76 Aqui, mais uma vez, é possível inferir a ideia de comunidade subjacente ao pensamento antimanicomial: uma comunidade baseada na identidade – *todos* passamos por momentos difíceis, logo, podemos partilhar de uma mesma comunidade. Essa ideia, também de maneira implícita, carrega a impossibilidade de imaginar uma comunidade onde haja diferenças ou disparidades.

série de efeitos iatrogênicos em tal forma de nomeação, simplesmente negar a possibilidade de falar do que é visível, de nomear de alguma forma a diferença ou o sofrimento, parece não produzir nada além de embaraço – de um silêncio constrangido frente ao irremediável encontro com aquilo que desconhecemos.

Observa-se que dizer apenas *não* para as possibilidades de nomeação da diferença tem um efeito bastante preocupante e oposto ao que se deseja produzir no campo da luta antimanicomial, já que acaba por provocar um apagamento das diferenças no campo subjetivo. Campos (2001, p. 102) observa, no discurso antimanicomial, que “a doença foi negada, negligenciada, oculta por trás dos véus de um discurso que, às vezes, e lamentavelmente, se transformou em ideológico”. Ainda que não concordemos com a forma como a autora constrói sua crítica – fazer a denúncia dos efeitos de uma prática nomeando-a de ideológica não a coloca em análise nem, tampouco, a transforma⁷⁷ –, há algo nela que nos faz indagar: com a doença e a diferença negadas, que tipo de práticas são afirmadas? Podemos esboçar uma resposta, a partir dos apontamentos de Figueiredo (2004). A autora sugere que, ao lado da diferença tomada como doença, a clínica, tomada como tratamento ao doente, foi também negada e, assim, engendraram-se soluções práticas que não passariam de armadilhas:

[...] vemos frequentemente uma tendência a negar e mesmo a desqualificar a clínica, colocando-a no sentido contrário à reabilitação. Palavras de ordem como o direito à cidadania, à autonomia, à ampliação dos vínculos sociais parecem prescindir da clínica, como se essa fosse algo ultrapassado, ineficaz e até cronificante. Nada mais equivocado, pois a clínica no sentido radical, ao pé da letra do discurso do sujeito é o único meio de escapar de duas grandes armadilhas insidiosas que são: a “pedagogia interpretativa”, vício de uma certa tendência da psicanálise; e a “terapêutica da restauração”, isto é, a terapêutica no sentido de fazer retornar ao estado anterior à doença. (FIGUEIREDO, 2004, p. 81)

Ao tentar evitar o enfrentamento das diferenças corremos o risco de, sem perceber, deixar que volte, pela porta dos fundos, aquilo que lutamos para erradicar: os aprisionamentos. Entendemos por aprisionamento tudo aquilo que reduz a complexidade da vida social e dos processos de subjetivação e diferenciação – essa é inclusive uma boa forma de entender o que Foucault (1993) nomeou com o *fascismo que está em todos nós*. Reaparecem aqui, mais uma vez, nas armadilhas insidiosas citadas por Figueiredo (2004), os inimigos táticos à questão do *fascismo que está em todos nós*. No risco de uma *pedagogia interpretativa*, reencontramos a figura dos *técnicos do desejo*: redutores e organizadores dos

77 Zizek (1996, p. 10) aponta que “quando um processo é denunciado como ‘ideológico por excelência’, pode-se ter certeza de que seu inverso não é menos ideológico”.

sentidos, eles reconheceriam o que estaria oculto no outro, interpretariam os seus sinais e, assim, saberiam como dirigir seu desenvolvimento ou sua cura. Em segundo lugar, e mais importante para esta nossa reflexão, reencontramos os *ascetas políticos*: “os militantes morosos, os terroristas da teoria, aqueles que gostariam de preservar a ordem pura da política e do discurso político” (FOUCAULT, 1993, p. 198). Entendemos que, na lógica que rege os *ideais de inclusão*, o que está em jogo é, justamente, uma *terapêutica da restauração*, como uma tentativa de *retorno a um estado anterior*. Conforme propusemos, afirma-se no campo antimanicomial brasileiro, em continuidade à lógica presente (pelo menos) desde o alienismo, uma visão da loucura que aposta na recuperação de um estado natural perdido ou usurpado – um estado “politicamente natural”.

Essa visão metafísica de política solucionaria a ferida aberta pela exclusão social⁷⁸, fazendo dos *ideais* antimanicomiais, como *terapêuticas da restauração*, máximas políticas reparadoras, organizadas nas afirmações da liberdade, da cidadania, dos direitos sociais, da igualdade e do que seria uma comunidade: afirmações que conjugam – e confundem – importantes ações políticas de enfrentamento ao manicômio com ações práticas de cuidado com a loucura⁷⁹.

Essa conjunção, no entanto, ao delimitar o que seria manicomial e articular, a partir dessa delimitação, suas afirmações, obstruiu, em seu campo perceptivo, discursivo e prático a possibilidade de discernimento das diferenças, dos sofrimentos, das delicadezas e das dificuldades daqueles que *não-podem-ser-vistos-como-doentes-ou-como-loucos (isso não!)* – imperativo que, justamente, engendra essa obstrução, ao condensar as diferenças, os sofrimentos, as delicadezas e as dificuldades na figura da doença.

Do relato sobre a residência terapêutica, por exemplo, é possível concluir que livrar dos

78 Afirmação inspirada por Lacan que propõe pensar a política como algo aberto – furado –, e a metafísica como aquilo que viria “tentar tapar o furo da política” (2003, p. 552). Lacan inclusive alude ao que levaria esse preenchimento da política pela metafísica, fazendo referência à Alemanha nazista. De modo análogo, a loucura tem sido pensada no contexto antimanicomial por um viés político preenchido por naturalizações metafísicas – através das concepções de comunidade, inclusão, liberdade, autonomia, cidadania e igualdade.

79 É importante ressaltar que a crítica não é sobre os conteúdos das afirmações, aquilo que elas defendem, nem sobre seu viés político. O que Foucault (1993) enfatiza em sua crítica é que a ação política tome uma forma naturalizada, unitária e totalizante, produzindo efeitos de aprisionamento. Duas proposições aparentemente opostas como “a loucura é a falta da razão e por isso precisa ser excluída do convívio com os racionais” ou “de perto ninguém é normal”, podem ou não produzir efeitos de aprisionamento – é nesse sentido que os conteúdos em si importam menos do que seus efeitos. Claro que, em relação a primeira afirmação, temos elementos o bastante para pensar que esses efeitos já foram colhidos ao longo dos anos, sendo suficientes para nos opormos a ela. Já, quanto a segunda, ainda que concordemos com seu conteúdo, é preciso olhar, um a um, para seus efeitos.

muros e ofertar cidadania são condições necessárias, porém não suficientes. Logo, pautar-se exclusivamente por uma direção do cuidado – incluir –, sem estar atento aos efeitos do encontro dessa forma de cuidar com cada singularidade pode tornar-se uma prática aprisionante.

O enfrentamento das questões da loucura exige que não produzamos respostas definitivas, a partir da não exclusão daquilo que é da ordem do irreduzível. Ainda que se garantam os direitos – ação mais do que necessária, não há dúvida –, algo permanecerá *inacessível* e *não transparente* – como em toda relação humana. Nessa perspectiva, a constatação de Passos (2009), de que persiste uma divisão entre *nós* e *eles*, deixa de exigir uma resposta que elimine qualquer divisão e abre a possibilidade para que outros tensionamentos sejam produzidos. O desafio a ser enfrentado é o de escutar a loucura sem reduzi-la àquilo que nela vemos como falta em relação à razão. Fazemos essa redução tanto ao reconhecer a loucura como desprovida de um equilíbrio químico, como supõe a psiquiatria, quanto ao reconhecê-la apenas como desprovida de direitos, cidadania ou liberdade. Em ambos os casos, olha-se para a loucura como aquela que deve algo à “não loucura”, e nós, pessimistas da razão, ficamos no lugar daqueles que *a priori* sabemos o que está em falta – fármacos, terapias, Édipo, cidadania, limites, direitos ou inclusão. É nesse sentido que entendemos a afirmação de Foucault: “livrem-se das velhas categorias do Negativo” (FOUCAULT, 1993, p. 199), nas quais o que falta se transforma no que precisaria ser restituído.

A fábula oriental narrada por Basaglia (2010) – sobre um homem que perdeu sua liberdade quando uma serpente entrou em sua boca – pode ser interpretada de modo a nos leva a acreditar na liberdade como algo natural e dado *a priori*, mas roubado pela serpente manicomial. Assim, permite que sigamos pensando a partir de uma lógica polarizada – ou totalmente preso, ou totalmente liberto; ou excluído, ou incluído – que o próprio Basaglia luta em afastar. A liberdade e a prisão, assim como a saúde e a doença, são construções em movimento, nunca acabadas ou totais e, portanto, abertas a novos descaminhos e perspectivas.

Dezesseis anos após referir-se à fábula da serpente, utilizada para refletir sobre os aprendizados da experiência em Gorizia, Basaglia conclui sobre sua trajetória:

[...] tratou-se de lutar contra a cristalização das respostas, fossem elas a existência global da instituição ou os atos executados em nome de sua transformação. Isto, a fim de constantemente reabrir interrogações e processos críticos sobre a demanda e

sobre a necessidade. Ou seja, tratou-se de não encerrar contradições com respostas pré-constituídas, mas de fazê-las agir, fermentar e generalizar-se, aprofundando-lhes todos os significados. (BASAGLIA, 2010, p. 251-252)

Saúde e doença, normalidade e loucura, manicomial e antimanicomial, inclusão e exclusão são tentativas humanas de encerrar em polaridades toda a complexidade da experiência. Se há algo que podemos localizar como aquilo que une a todos nós, como *comum*, é justamente a impossibilidade de abranger nossas complexidades em pares complementares: sempre restará algo *entre* o sim e o não, algo que nos aproxima de outras maneiras – clínicas, políticas e afetivas – de estar com o outro; louco ou não, aqui, sim, tanto faz.

Considerações finais – percurso singular de uma luta

Não é o melhor caminho porque há uma característica que, de qualquer modo, não se deve esquecer nas chamadas revoluções: é que essa palavra é admiravelmente escolhida, por querer dizer retorno ao ponto de partida.

Jaques Lacan

*E eu digo não.
E eu digo não ao não.*
Caetano Veloso

Diversos *movimentos do pensamento* possibilitaram a escrita deste trabalho que, desde seu início, foi tomada como uma forma de luta. Apresentaremos aqui, dividindo esses movimentos em três tempos, diferentes momentos do texto. Tempos que delimitam, especialmente, distintas formas de engajar-se em uma batalha – formas de luta que se diferenciam nos modos de perceber os adversários que a escrita vai constituindo, na compreensão de política que a orienta, nas estratégias e nas táticas que a compõem. Essa divisão em fragmentos organiza, com efeito, um movimento contínuo: composição de torções, mudanças de rumo, cortes e ressignificações. As divisões interessam, aqui, no seu conjunto, por organizarem o que se delineou, no termo deste trabalho, como *um exercício necessário ao combate das formas totalizantes* – do pensamento, das práticas e das lutas. Exercício singular, pessoal e coletivo, como o desenhar das letras que compõem uma escrita.

Os *movimentos do pensamento* passam-nos muitas vezes despercebidos, especialmente quando soterrados pelos formatos preestabelecidos que se encontram à nossa volta – sejam eles padrões acadêmicos ou práticas de militância política. No entanto, imputar a alguma instituição ou grupo a exigência do uso desses padrões não nos desresponsabiliza do fato de empregá-los ou reificá-los. Essa responsabilidade torna necessário o olhar para o nosso próprio percurso, avaliando-o em sua disposição e nas suas variações, e buscando, neles, romper com os perigos que se engendram.

Estas últimas considerações, momento de concluir, se propõem a narrar esses *movimentos do pensamento*, esse processo de olhar o próprio caminhar enquanto ele se faz. Para tanto, pede-se licença para se passar a usar a primeira pessoa do singular.

Levantando muros: denúncia e revolução

O início desta escrita, seu estado nascente, antes mesmo de qualquer rascunho, remete a uma consternada percepção: *todos estão surdos!* Esse estado e essa percepção são perfeitamente resumidos por um *instante* narrado no início deste trabalho: aquele em que o microfone foi tomado da *senhora qualquer*, calando-a, na reunião de trabalhadores e militantes aliados à luta antimanicomial. Antes mesmo que esse acontecimento se constituísse como elemento deste trabalho, ele já ressoava em mim – em outros termos. Naquele instante, ao olhar em minha volta e não ver ninguém fazendo nada para lhe restituir a palavra, revoltei-me.

Durante anos, aliás, no cotidiano de trabalhador da saúde mental pública, já combatia, debatia e denunciava aquilo que considerava uma surdez: a inflação do discurso militante em detrimento da escuta singular dos sujeitos. No dia a dia, recolhia *exemplos* práticos dela: em reuniões, conversas, atendimentos, livros e palestras; colecionando-os como provas de que algo ia mal. Lembro do incômodo que senti ao presenciar um colega de trabalho indignado com o pedido, realizado por uma professora preocupada com o possível autismo do aluno, por um diagnóstico e uma indicação de conduta. Ele ofertava, em substituição, lições de moral sobre o reducionismo desse tipo de classificação, além de discorrer sobre o direito de toda criança estar incluída na escola.

Exemplos como esse tiveram uma importante função no movimento desta escrita, servindo como suportes do pensamento ao longo de todo o trajeto. Nesta última versão, a que se tornou pública, narramos diversos deles: exemplos que serviram para movimentar as linhas que definem o antimanicomial, buscando, nelas, seus limites, ocupando seus *entres* e revelando seus *vãos*. No entanto, nessa primeira forma do pensamento do qual falamos aqui, o papel desses exemplos era outro: produzir uma denúncia, objetivando uma revolução.

As vivências cotidianas reunidas como evidências reiteradas de que algo ia mal tinham soluções que não pareciam difíceis de encontrar: a *senhora qualquer* reivindicava proximidade, queria estar perto do filho – tratar-se-ia de uma situação singular que precisava ser ouvida com mais calma, não uma reprodução da lógica manicomial. A consternação relativa à surdez somava-se a certa irritação diante da aparente obviedade da solução, e a reunião desses afetos motivava o desejo de denúncia, produzindo o diagnóstico totalizante: *todos estão surdos*. Para a validação do diagnóstico, dessa forma de perceber e nomear a

realidade, é que se fazia necessária a reunião de provas, a coleção de *casos exemplares*: histórias complexas, com diversas causas e múltiplos desdobramentos, transformadas em exemplos que demonstram, sempre, o mesmo – a surdez do outro. A compilação dessas histórias, por sua vez, facilitava a busca por soluções, *afirmações substitutivas*: se há surdez, precisamos, com efeito, de mais escuta. Pronto, um enredo estava montado e não seria difícil encontrar autores que validassem o diagnóstico e corroborassem a solução. Estavam em minhas mãos, claros e cristalinos, os meus *sins* e *nãos* – minha enviesada luta. Com eles, construí meus muros – os que ouvem e os que são surdos –, confortavelmente me alocando do lado *certo* da divisão.

É evidente que essa descrição do primeiro momento desta escrita já traz consigo elementos para a sua crítica: mais do que uma descrição, portanto, realizamos uma análise *a posteriori*, uma investigação dessa forma do pensamento a partir daquilo que foi sendo construído ao longo desta pesquisa. Esse giro de cabeça, esse esforço para olhar a si e ao que passou – no lugar de olhar apenas em volta –, foi o que tornou possível um movimento. Foi assim que os termos constituídos na versão final desta escrita serviram para realizar sua própria análise; *lógicas totalizantes*, *casos exemplares*, *nãos* e *sins* permitem localizar e nomear, na luta contra os manicômios, e também nas lutas que se constituem em uma escrita, os perigos envolvidos na construção de um pensamento.

Apagando fronteiras: mimetismo e consenso

A constatação de que muros haviam sido levantados produziu deslocamentos, demarcando um segundo tempo desta pesquisa, a partir de uma nova questão: acusar a surdez, denunciá-la, e afirmar a necessidade da escuta produziria mudanças? Nada indicava que sim; ao contrário, só aprofundava uma tensão presente no campo antimanicomial: clínicos, preocupados com a escuta singular, *versus* militantes, mobilizados pelas questões políticas e sociais. Cisão que se produz a partir da totalização e separação de duas formas de conceber ações de cuidado: de um lado, estaria escuta singular, do outro, em oposição, ficaria a intervenção comunitária; ou tratamento, ou inclusão.

Não são raros, no cotidiano dos serviços, psicólogos e psicanalistas que, por exemplo, em nome de um suposto rigor com sua práxis, constroem muros em torno de si: acusando

surdez, como fiz, deixando de participar de reuniões ou utilizando um linguajar incompreensível nelas, reivindicando salas exclusivas para si e qualificando o fazer dos outros profissionais como de menor importância. Nessa perspectiva, intervenções em grupo, ações na comunidade ou propostas de lazer seriam opostas ao que se entende como cuidar.

No outro polo da cisão, haveria aqueles profissionais temerosos com o risco de retorno da lógica manicomial e seus disfarces, temor que leva ao desejo de prevenção: ações práticas que estabeleçam uma relação individual com o usuário passam a ser vistas como aquelas que teriam um potencial manicomial, que seriam desmobilizadoras e descontextualizadas das questões político-sociais e que conteriam em si os riscos da lógica segregativa e reducionista. O trabalho com usuários precisaria, então, ser sempre coletivo e compartilhado com diferentes profissionais, medidas que evitariam simplificações, exclusões e a centralização do saber e do poder em uma única categoria profissional. É nessa perspectiva que uma escuta clínica pode ser tomada como oposta ao cuidar.

Enxergando a cisão dessa maneira e incapaz de ver seus vãos e seus entres, questionava-me sobre como superá-la – ou ao menos sobre como não reificá-la – e buscava formas para construir um pensamento e uma prática nos quais clínica e política não fossem antagônicos.

A solução fez-se clara e resoluta, uma nova revolução: evitar o uso do vocabulário que delimitaria um posicionamento explicitamente clínico – minhas fronteiras. Psicólogo, formado a partir de um pensamento com acento na escuta do sujeito, animado pelos saberes que a psicanálise lacaniana oferece ao tratamento da psicose, decidi que não utilizaria declaradamente os autores, conceitos e termos relacionados a esse campo do saber, acreditando que assim superaria as cisões. Via-me ocupando um dos polos e intencionava produzir uma escrita que evitasse essa posição.

A produção de um texto que afetasse aqueles que eu considerava surdos, que engendrasses mudanças, passou a ser o objetivo, distanciando-me de uma pedagogização da clínica: *escutem, inclinem-se, estejam abertos, aprendam como as coisas devem ser*. Queria me fazer ouvir e, para tanto, considerava necessário evitar polarizações nas formas de escrever, pensar e transmitir.

Havia ainda uma preocupação que se resume popularmente no dito: *não jogue fora o bebê junto com a água do banho*. O encarceramento e a exclusão da loucura são problemas graves, historicamente recentes e não superados. Tornei-me, em meu percurso como

trabalhador da saúde mental pública, sensível a tal questão, não intencionando, portanto, produzir uma crítica que pudesse ser tomada como opositora ao movimento de luta contra os manicômios – como um pensamento *antiantimanicomial*. Esse segundo tempo, em síntese, organizou-se na tentativa de construção de um diálogo, que só parecia realizável, em meu pensamento, a partir da evitação de uma possível identidade de inimigo da luta.

Uma versão da dissertação foi escrita, fruto desse segundo tempo e de suas preocupações, distanciando-se do primeiro impulso: consternado, irritado, revolucionário e denunciasta. O objetivo passou a ser propiciar a interlocução. Para tanto, entre malabarismos retóricos, adequações semânticas e uma maleabilidade conceitual, escrevi um texto que apostava na identidade com os trabalhadores e militantes da luta antimanicomial para, a partir dela, buscar produzir mudanças.

As decisões teóricas e estilísticas foram fortemente pautadas pela tentativa de fundar um *consenso*: omitindo determinadas formas – hermetismos acadêmicos, discussões clínicas, termos psicanalíticos – para, com isso, conquistar uma suposta aliança com os trabalhadores e militantes aliados ao pensamento antimanicomial. Como se, da *exclusão* de certas *diferenças*, um discurso comum, *como-um*, pudesse ser produzido. Mais uma vez, fazendo a análise nos termos constituídos ao final deste trabalho, pode-se afirmar que acreditei em uma *comunidade* fundada no encontro *identitário*: somos todos antimanicomiais. Estratégia análoga àquela na qual, diante do louco, evita-se qualquer nomeação que possa marcar a presença da diferença, de necessidades ou de dificuldades específicas: como se a possibilidade de estar com o outro se fundasse na *igualdade*.

Visando uma unidade, mas desacreditando da possibilidade de união diante de dissensos ou disputas, tentei apagar o que poderia estabelecer divergências. Ainda que o combate seguisse dirigido à surdez, ele só parecia poder ser feito a partir de um encontro pleno, como se as fronteiras fossem barreiras intransponíveis, tornando necessário, para habitar a comunidade antimanicomial, abrir mão de outros pertencimentos.

Das discussões produzidas a partir dessa versão do texto que se pretendia consensual, um novo e importante elemento se destacou: a relação entre a proposição central da reforma psiquiátrica brasileira, *por uma sociedade sem manicômios*, e o debate filosófico em torno da noção de *comunidade* como algo aberto e inacabado, em andamento. Relação que se estabelece na centralidade política da noção de um *por vir*: tomar a práxis política – assim

como a clínica – como uma ação instituinte e em curso, e não como algo regressivo ou já dado; enfrentar continuamente cada novo sinal de fechamento que movimentos de abertura podem produzir.

Esta pesquisa confrontava, justamente, a distância entre a proposição antimanicomial de prosseguir na construção de uma sociedade sem muros e o entrincheiramento prático por ela produzido – exposto, neste trabalho, nos exemplos narrados e nas noções de *caso exemplar* e *ideais de inclusão*. Reproduzindo o paradoxo, no entanto, esta escrita, ao mesmo tempo em que se baseava em uma discussão filosófico-política que propunha a abertura à diferença como terreno *comum*, apagava pertencimentos, possíveis produtores de conflitos, desenhando assim novas fronteiras discursivas rígidas e acabadas: curioso movimento que, na tentativa de romper com as linhas divisórias, de extinguir as fronteiras, constrói outras, tão ou mais rígidas.

Momento de concluir: os entres e os vãos

Do denunciamento ao mimetismo identitário, foram produzidas formas que visavam garantir, ao fim do percurso, o consenso: uma comunidade estável e acabada. Tal percepção produziu um novo movimento, aquele que delimita os contornos finais desta dissertação. Distante da revolução ou da supressão das diferenças, buscou-se produzir, em relação aos tempos anteriores, uma leve torção, um olhar para o lado e para si: *movimento que ao mesmo tempo em que faz variar carga consigo aquilo que critica*. Isso significa que as consternações e seus desejos de mudança, as preocupações e intenções de produzir diálogos, as táticas e estratégias constituídas nos outros tempos, constituem, de algum modo, esse momento final.

Foi nessa direção que a ideia agambeniana de uma *comunidade que vem* mobilizou o pensamento, afetando tanto a política da escrita deste trabalho quanto o desdobramento de seus argumentos. Apostar na construção de uma comunidade *que vem* é radicalizar a abertura contida em sua proposição – abertura ao outro, a si, às diferenças, aos vãos, ao inacessível; é, ainda, ocupar o *entre*, as contradições, os desencontros, os dissensos e as disputas. Nem uma harmonia consensual, nem uma oposição radical que exclui o contraditório – faces de uma mesma moeda totalizante –, a comunidade que *vem* propõe relações firmadas na diferença, na

disputa: nesse sentido, a escuta clínica e a militância política não seriam nem o mesmo, nem opostos, mas elementos que compõem o campo antimanicomial em constante e incongruente tensão. Foi assim, portanto, que elementos da psicanálise, da clínica e da crítica despontaram nesta última versão do trabalho, como balizas necessárias de meu pensamento, agora dispostas ao lado de outra: meu posicionamento francamente contrário aos manicômios – inquieto pertencimento.

Em um percurso que visa romper com formas totais, sejam elas manicômios ou relações surdas, certos estados são *necessários* e, simultaneamente, *perigosos*. Revoltar-se contra algo, desejar que aquilo não exista, é necessário. Desde aí, delimitam-se os adversários e decidem-se as estratégias de enfrentamento. Adversários e estratégias que são, também, necessários. O necessário se faz diante daquilo que ocorre em determinado ponto da história, diante de determinados jogos de forças. Manicômios como o de Barbacena, qualificado por Basaglia como pior que um campo de concentração, são formas totais para as quais é necessário dizer *não*. *Nãos*, no entanto, que, quando constituídos, podem tornar-se uma nova forma totalizante, passando, então, a apresentar-se como um perigo.

Perceber surdez em *todos* e querer denunciá-los constitui perigos. Perceber manicômio na *senhora qualquer* e calá-la, também. Faz-se necessário, uma vez mais, que outras lutas ocorram para romper com essas novas totalizações: lutas que podem ser constituídas quando olhamos para o *perigo que está em todos nós*, ou seja, quando olhamos para aquilo que produzimos como resposta a um problema, como algo que engendra novos problemas: *nossos* problemas. Estes, tomados assim, impedem, ainda que momentaneamente, um fechamento identitário que localizaria no outro todo o problema, e em nós, toda a solução – ou o manicômio, todo, como o problema, e o modelo substitutivo ao manicômio, todo, como a solução. É na afirmação do *necessário*, no reconhecimento de sua insuficiência e na busca por seus perigos que os movimentos podem constituir-se – até que uma asserção como esta se transforme, ela mesma, em uma nova forma totalizante.

Um trabalho, uma luta e uma escrita, portanto, são necessários pelos perigosos movimentos que podem produzir.

Referências Bibliográficas

AGAMBEN, G. **A Comunidade que vem**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013

AGAMBEN, G. Prefácio In. **Estâncias: A Palavra e o Fantasma na Cultura Ocidental**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

AGAMBEN, G. **Homo Sacer: O poder soberano e a vida nua I**. 2ª Ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2014.

AGÊNCIA ESTADO. **“Bicho de sete cabeças” testa o grande público**. Disponível em: <<http://cultura.estadao.com.br/noticias/cinema,bicho-de-sete-cabecas-testa-o-grande-publico,20010621p2133>> Acesso em: 05 Nov. 2016.

AGUIAR, Z. N. **SUS: sistema único de saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALVES FILHO, F. **Choque estético**. Entrevista de Laís Bodanzky à Revista Isto É. Disponível em: <www.bichodesetecabecas.com.br/imprensa/b7c_choque_estetico.doc> Acesso em: 05 Jan. 2017.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In. _____. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4ª ed. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. (coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

AMARANTE, P. Prefácio. In. SCARCELLI, I. R. **Entre o hospício e a cidade: dilemas no campo da saúde mental**. São Paulo: Zagodoni, 2011.

AMARANTE, P. D. C e TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.25, n.28, p. 26-34, 2001.

ANTELO, R. *Lá comunità che viene*. Ontologia da potência. In: SEDLMAYER, S.;

GUIMARÃES, C. E OTTE, G. **O Comum e a experiência da linguagem**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. p. 29-50.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AULAGNIER, P. **Do pictograma ao Enunciado**. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

BASAGLIA, F. **¿Qué es la psiquiatria?** Madrid: Guadarrama, 1977.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, F. **A instituição Negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica** [Org. Paulo Amarante]. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BEZERRA, B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: BEZERRA Jr., B.; AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.113-126.

BEZERRA, B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002> Acesso em: 26 Nov. 2016.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 71-90.

BAIR, D. **Jung**: uma biografia, volume II. São Paulo: Globo, 2006.

BODANZKY, L. **Bicho de sete cabeças**. Produção: Luiz Bolognesi. Intérpretes: Rodrigo Santoro; Othon Bastos; Cássia Kis Magro e outros. Roteiro: Luiz Bolognesi, Austregésilo Carrano. 74 min, 2000.

BOLOGNESI, L. **Bicho de sete cabeças**: roteiro do filme. São Paulo: Ed. 34, 2000.

BORBA, L. **Crítica**: Bicho de sete cabeças. Disponível em: <<http://www.planocritico.com/critica-bicho-de-sete-cabecas/>> Acesso em: 26 Nov. 2016.

BORGES, V. T. **Do esquecimento ao tombamento**: a invenção de Arthur Bispo do Rosário. 232f. 2010. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF: Casa Civil, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 18 Nov. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Diário Oficial da União, seção 1. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 05 Jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html> Acesso em: 05 Jan. 2017.

BRASIL **Residências terapêuticas:** o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Mental p. 6, 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>> Acesso em: 05 Jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010, **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em: 05 Jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 17 Nov. 2016.

BIATO, E. C. L.; COSTA, L. B.; MONTEIRO, S. B.. Pequenas e grandes saúdes: uma leitura nietzschiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 965-974, Mar. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300965&lng=en&nrm=iso> Acesso em 07 Set. 2017.

BUENO, A. C. **Canto dos Malditos** Ed. Rev. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, vol. 25, n. 58, p. 98-111, mai/ago, 2001.

CAYRES, A. Z. F. et al **Caminhos para a desinstitucionalização no estado de São Paulo: censo psicossocial 2014**. São Paulo: FUNDAP: Secretaria de Saúde, 2015.

CLAUDIO, I. **Um estranho no ninho**. Revista Isto É. São Paulo: Editora Três, 2001. Disponível em: < http://istoe.com.br/38273_UM+ESTRANHO+NO+NINHO/> Acesso em: 05 Nov. 2016.

COLUCCI, M.; DI VITTORIO, P. **Franco Basaglia**. Milano: Edizioni Bruno Mondadori, 2001. Disponível em: <<http://www.triestesalutementale.it/basaglia/biografia.htm>> Acesso em: 24 Nov. 2016.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5ª Ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**, Vol. 3. São Paulo: Editora 34, 1996.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é Filosofia?** 3ª Ed. São Paulo: Editora 34, 2010.

DELEUZE, G. **Bergsonismo** São Paulo: Editora 34, 2012.

DELEUZE, G. **Conversações: 1972-1990**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2013.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DUNKER, C. I. L. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma Arqueologia das Práticas de Cura, Psicoterapia e Tratamento**. São Paulo: Annablume, 2011.

DUNKER, C. I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo: Boitempo, 2015.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidados a psicóticos. **Psicologia, ciência e profissão**. Brasília, vol. 24, n. 1, p. 116-125, 2004.

ESPOSITO, R. Niilismo e comunidade. In. PAIVA, R. **O retorno da comunidade**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007.

FIGUEIREDO, A. C. A Construção do Caso Clínico: uma Contribuição da Psicanálise à Psicopatologia e à Saúde Mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, V.II, n.1, 2004. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume07/n1/a_construcao_do_caso_clinico_uma_contribuicao_da_psicanalise_a_psicopatologia_e_a_saude_mental>

[pdf](#)> Acesso em: 29 Set. 2016.

FILHO, F. A. **Choque Estético**. Entrevista de Laís Bodanzky à revista Isto é sobre o filme Bicho de sete cabeças. São Paulo: Editora Três, 2001. Disponível em: <http://bichodesetecabecas.com.br/imprensa/b7c_choque_estetico.doc> Acesso em: 23 Out. 2016.

FONTE, E. Da Institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, Pernambuco: UFPE, nº 1, Março 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48>>. Acesso em: 19 Mai. 2017.

FÓRUM MINEIRO DE SAÚDE MENTAL. **35 anos de Basaglia no Brasil**: memórias do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, 1979. Disponível em: <www.youtube.com/watch?v=PG1DJXjk99M> Acesso em: 20 Mar. 2016.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. O Anti-édipo: Uma Introdução à vida não fascista. **Cadernos de Subjetividade**, Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 197-200, 1993.

FOUCAULT, M. Poder e saber In: _____. **Estratégia, poder-saber** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p. 223-252.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: FOUCAULT, M. **Ética, Sexualidade e Política** (Ditos e Escritos V). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004, p. 264-287.

FOUCAULT, M. Eu sou um pirotécnico. In: POL-DROIT, R. **Michel Foucault, entrevistas**. São Paulo: Edições Graal, 2006a.

FOUCAULT, M. **O Poder psiquiátrico**: Curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006b

FOUCAULT, M. **História da loucura**: na idade clássica. 9ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2010a.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. 2ª Ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010b.

FOUCAULT, M. Resposta a Derrida In. _____. **Problematizações do sujeito**: psicologia, psiquiatria e psicanálise (Ditos & Escritos I). 3ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p.268-284.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder In. Dreyfus, H. L; Rabinow, P. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2ª Ed. Rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013a. p.273-295.

FOUCAULT, M. Michel Foucault entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. In. DREYFUS, H. L; RABINOW, P. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2ª Ed. Rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013b. p.296-342.

FOUCAULT, M. Conversa com Michel Foucault. In. _____. **Repensar a política** (Ditos & Escritos VI). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013c. p. 289-347.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura?** São Paulo: Brasiliense, 2008.

GALLIO, G.; CONSTANTINO, M. François Tosquelles: a escola de liberdade. In: A. Lancetti. **Saúde e loucura**. Vol. 4. São Paulo: Hucitec, 1993. p.85-128.

GARCIA, M. R. V. **Levantamento de Indicadores sobre os Manicômios de Sorocaba e Região** (relatório parcial de pesquisa). FLAMAS (Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba). Sorocaba, 2011. Disponível em: <https://flamasorocaba.files.wordpress.com/2011/09/dossie-setembro-18-09-2011.pdf>. Acesso em: 19 Mai. 2017.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 8ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GUATARRI, F. **As três ecologias**. 3ª Ed. Campinas: Papirus Editora, 1991.

HIDALGO, L. **Arthur Bispo do Rosário**: o senhor do labirinto. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2011.

HOBBSBAWN, E. **Era dos extremos**: O breve século XX: 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

JAPIASSU, H. **Introdução à epistemologia da psicologia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1977.

JUNIOR, A. F. N. Fragmentos da construção histórica do pensamento neo-empirista. **Revista Ciência & Educação**. Bauru, N. 5(1), p. 37-54, 1998.

JUNIOR, H. M. M. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para debate**. Rio de Janeiro. N. 52. P 15-37, Outubro 2014.

KODA, M. Y. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental**: o discurso de usuários e trabalhadores de um Núcleo de Atenção Psicossocial. 2002. 186 p. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

KODA, M. Y. E FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(6):1455-1461, Junho 2007.

KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania In. CAMPOS, F. C. B.; HENRIQUES, C. M. P. **Contra a Maré à Beira-Mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1996. p. 39-50.

KINOSHITA, R. T. **Autopoiese e Reforma Psiquiátrica**. São Paulo: Hucitec, 2016.

LACAN, J. **O Seminário, livro 11**: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

LACAN, J. **O Seminário, livro 17**: O Avesso da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, J. Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos. In. _____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LACAN, J. **O Seminário, livro 23**: O Sinthoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. 9ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2014.

LIMA, R. A. **Por uma Historiografia Foucaultiana para a Psicanálise**: o poder como método. São Paulo: Via Leterra, 2015.

LOPES, S. R. A íntima exterioridade In: SEDLMAYER, S.; GUIMARÃES, C.; OTTE, G. **O comum e a experiência da linguagem**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. p. 71-80.

MACHADO, R. Introdução. In. FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. VII-XXIII

MACHADO, R. **Foucault, a filosofia e a literatura**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Loucura e subjetividade. In: MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Texturas da psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MAGNO, Maria Ignês Carlos. Como nascem os filmes ou o cinema, e as histórias que os filmes contam. **Comunicação & Educação**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 125-127, Junho 2011. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/comueduc/article/view/44873>>. Acesso em: 10 out. 2017.

MANIFESTO de Bauru. Bauru, 1987. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3708> Acesso em: 28 Mar. 2017

MERTEN, L. C. **Uma metralhadora contra os chiqueiros psiquiátricos do país**. Disponível em: <http://bichodesetecabecas.com.br/imprensa/b7c_uma_metralhadora_contra_os_chiqueiros_p_siquiatricos_do_pais.doc> Acesso em: 05 nov. 2016.

MICHAELIS moderno dicionário de língua portuguesa. Disponível em: <www.uol.com.br/michaelis> Acesso em: 20 mar. 2016.

MOURA, A. H. **A psicoterapia institucional e o clube dos saberes**. São Paulo: Hucitec, 2003.

NICACIO, M. F. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A. **Saúde e loucura**: número 1. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 91-108.

PAIVA, R. **O retorno da comunidade**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2007.

PALOMBINI, A. L. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psychê**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 115-127, set. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382006000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 out. 2017.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Por uma Política da Narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009. p. 150-171.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. **Fractal**, Revista de Psicologia, v. 25, n. 2, p. 391-414, 2013.

PASSOS, I. C. F. **Reforma psiquiátrica**: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PELBART, P. P. A potência de não: linguagem e política em Agamben. 2007. Disponível em: <<https://territoriosdefilosofia.wordpress.com/2014/05/31/a-potencia-de-nao-linguagem-e-politica-em-agamben-peter-pal-pelbart/>> Acesso em 20 ago. 2017.

PELBART, P. P. **Da clausura do fora ao fora da clausura**: loucura e desrazão. 2ª ed. São Paulo: Iluminuras, 2009.

PELBART, P. P. Anota aí: eu sou ninguém. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 19 jul. 2013. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2013/07/1313378-peter-pal-pelbart-anota-ai-eu-sou-ninguem.shtml>>. Acesso em 10 out. 2017.

PIGLIA, R. **Formas Breves**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004

PEREIRA, M. E. C. Pinel – a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. VII, n. 3, p. 113-116. 2004.

POL-DROIT, R. Um pensador, mil faces. In. _____. **Michel Foucault, entrevistas**. São Paulo: Graal, 2006. p. 19-39.

RAMOS, P. H. V. Sobre A comunidade que vem de Giorgio Agamben. In. **Ética e Alteridade** (transcrição do Seminário), 2010. Disponível em: <www.ufrj.br/graduacao/prodocencia/publicacoes/etica-alteridade/artigos/Pedro_Hussak.pdf>. Acesso em 31 mar. de 2017.

RODRIGUES, A. Interdição em hospital particular leva Santos à condição de pioneira na luta antimanicomial. **Agência Brasil**. Salvador, 2010. Disponível em: <<https://agencia-brasil.jusbrasil.com.br/noticias/2256296/interdicao-em-hospital-particular-leva-santos-a-condicao-de-pioneira-na-luta-antimanicomial>>. Acesso em 29 mai. de 2017.

RODRIGUES, V. J. S. **Coração de ouro**: o cinema melodramático de Lars von Trier. Dissertação de Mestrado em Comunicação, Curso de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura Contemporâneas, Universidade Federal da Bahia, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/11294>>. Acesso em 25 mai. 2017.

ROTTELI, F.; AMARANTE, P. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA Jr., B.; AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROUDINESCO, E. Introdução: leituras da história da loucura (1961-1986). In: _____. et al. **Foucault: leituras da história da loucura**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 7-32.

SAFATLE, V. **O circuito dos afetos**: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo. São Paulo: Autêntica, 2015.

- SAFATLE, V. **Quando as ruas queimam**: manifesto pela emergência. São Paulo: n-1, 2016.
- SALVETTI, E. F. A comunidade que vem: uma tarefa ética em Giorgio Agamben. **Profanações**. Ano 1, n. 2, p. 48-69, jul./dez. 2014.
- SCARCELLI, I. R. **Entre o hospício e a cidade**: dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagodoni, 2011.
- SCARCELLI, I. R. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental**: a experiência do município de São Paulo 1989 – 1992. 1998. 144 pp. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.
- SEDLMAYER, S. A Comunidade que vem. In PUCHEU, A. **Nove abraços no inapreensível**: filosofia e arte em Giorgio Agamben. Rio de Janeiro, Azougue, 2008.
- SILVA, M. V. O. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In. CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (org.) **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- XAVIER, I. Melodrama, ou a sedução da moral negociada. **Revista Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, nº 57, p. 81-90. Jul. 2000. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32422554/20080627_melodrama_ou_a_seducao.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1507652485&Signature=iMD0JRUG6PIsd69xn3uifcTzE%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMelodrama_ou_a_seducao_da_moral_negociad.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.
- YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. 2006. 208 f. Tese de Doutorado em Ciências na área de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- ZIZEK, S. O espectro da Ideologia. In: _____. (org) **Um mapa da ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p. 7-38.

ANEXOS

ANEXO I – Ata da 1ª Reunião Coletivo em Prol da Saúde Mental

Local: Câmara dos Vereadores

Data: 29 de janeiro de 2014

Ana Thomé (coordenadora de CAPS adulto região Fó-Brasilândia) abre a conversa contextualizando a ideia e o caráter do Encontro: um espaço aberto para discussão do Plano da Rede de Atenção Psicossocial do município de São Paulo; uma proposta surgida de conversas anteriores entre trabalhadores e gestores de Saúde Mental com o objetivo de dar a conhecer, debater e problematizar questões relativas ao Plano RAPS-SP abrindo diálogo com a Área Técnica de Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, rumo à organização de uma rede de atenção psicossocial viva, horizontal, inclusiva e de qualidade.

Cleusa Pavan (consultora da Política Nacional de Humanização PNH-MS), complementa a contextualização que motivou esta reunião, mencionando que o **Plano Municipal da Rede de Atenção Psicossocial do município de São Paulo** (RAS 6) discutido e aprovado pelo Grupo Condutor Estadual da RAPS-SP foi construído sob a coordenação da Área Técnica de Saúde Mental (ATSM) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) através da Coordenação Municipal de Saúde Mental (CMSM). Ainda que esforços para participação de todos os atores envolvidos tenham sido feitas, discussões incluindo trabalhadores, gestores e usuários para a sua elaboração não ocorreram.

Ao tomar conhecimento do Plano, um coletivo, inicialmente trabalhadores de saúde mental da Fó-Brasilândia, começou a agenciar uma reunião para se apropriar do seu conteúdo. Contato com outros coletivos no sentido de ampliar a conversa sobre a RAPS-SP foram feitos visando abrir um espaço de diálogo sobre o Plano com a ATSM-SMS/SP.

Foi elaborado um convite (ANEXO I) que circulou pelas diferentes regiões de SP, e a proposta, então, é que na reunião de hoje, 29 de janeiro de 2014, os principais pontos do plano da RAPS (em seus sete eixos, a saber: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial) possam ser apresentados e discutidos como preparação para a abertura de um espaço de discussão sobre o plano e sobre as formas de criar um campo de diálogo entre os trabalhadores, usuários e gestores da RAPS São Paulo e a Secretaria Municipal de Saúde.

Ana Thomé apresenta os principais pontos dentro dos sete eixos do Plano da RAPS São Paulo e é aberto espaço para discussão com as pessoas presentes (acesso ao Plano pelo site da

SMS-SP). Foi entregue um documento aos coordenadores da reunião pela gerente do CAPS Butantã. Neste momento, foi resgatada a informação de que os organizadores desta reunião receberiam o documento, mas não fariam qualquer encaminhamento visto que a proposta do encontro é estabelecer-se como espaço instituinte que dê voz a todos aqueles que militam pela Reforma Psiquiátrica e desejam fortalecer a RAPS na cidade de São Paulo a partir de uma interlocução com a ATSM da SMS-SP.

A seguir o relato das falas. As falas onde foi possível anotar o nome do participante há identificação nominal. Nas falas onde não se conseguiu anotar, consta apenas o termo “Participante”:

“Participante: Houve participação do conselho municipal na criação do Plano da RAPS? O conselho tem que ser paritário, ou seja, com 50% da composição feita pelos usuários. (O documento foi apenas formalmente apresentado pela SMS ao CMS).”

“Participante: Tenho preocupações em relação à UBS integral: inserir ginecologistas e pediatras fragmenta o cuidado. A ideia é interessante em relação a ter profissionais da saúde mental na Atenção Básica. O posicionamento da Conferência Municipal de Saúde é a manutenção da estratégia da Saúde da Família. Há ainda questões em relação à Educação Permanente, que difere essencialmente da Educação Continuada, porque fala não só de cursos, mas da transformação do processo de trabalho.”

“Participante: Os CAPS em geral não interagem com o território. É importante que os serviços trabalhem em rede e com a participação dos usuários. A proposta é que a pessoa esteja na vida civil e não em uma instituição fechada.”

“Maria Alice (gerente CAPS Perdizes) questiona: Quem chamou o encontro? Cleusa responde: esclarece recolocando a contextualização: um grupo de trabalhadores SM da Fó-Brasilândia se reuniu no NUPSI duas vezes, entrou em contato com vários coletivos dentre eles o “Vamos falar de SM do SEDES”, estes grupos concordaram com a idéia de ampliar a roda de conversa, convocaram outros coletivos e trabalhadores e estamos aqui hoje depois disso. Este encontro não tem dono, é um espaço fórum, aberto e a responsabilidade pelo que advir será de todos nós. A ideia dessa primeira reunião é que as pessoas conheçam o plano para que o diálogo com a área técnica de saúde mental da prefeitura seja possível.”

“Rildo Marques (Movimento Nacional de Direitos Humanos): É importante que se forme um coletivo para a discussão das RAPS. O Plano prevê monitoramento? Como se dão as intersecções com outros setores, como a segurança pública? É preciso um processo de educação dos trabalhadores, dos usuários, em relação à RAPS.”

“Castalide (Clínica UBS Santa Cecília): Importância de que as pessoas estejam nos seus territórios. Há pouca comunicação entre os especialistas e a ESF, e as famílias das pessoas.”

Propõe-se que, em se tratando de uma reunião pública, um documento deva ser produzido para ser entregue ao gabinete.

“Patrícia Rocha (Coordenação CAPSi Brasilândia): Há um tempo em que não há coletivos para discussão da saúde mental em São Paulo. Há um plano, mas é importante que as contradições desse plano sejam expostas, como que CAPS III não são para internação; o plano não deve ser vertical, e equipes mínimas não são suficientes para sustentação do CAPS. Será que esse plano atende as necessidades da RAPS em São Paulo?”

“(Trabalhadora da UBS) Houve um encontro nacional da RAPS em Curitiba, em que documentos foram produzidos, que diziam de questões como que não é possível que as comunidades terapêuticas tenham financiamento público. O encontro era de usuários, trabalhadores e gestores. É importante que, em coletivos como esse, gestores participem, mesmo nos momentos iniciais. Acho que é importante a presença de profissionais da saúde mental e de especialidades médicas, com a sua devida formação.”

“Diego: o objetivo principal da reunião é que a gente consiga promover um espaço de discussão da RAPS em nível municipal. Pontos para discussão: Qual a proposta para a Atenção Básica? Como está sendo pensado o NASF? E o matriciamento? Quanto a transformação de CAPS II em CAPS III: a paridade entre números profissionais da equipe (há o risco de diminuição das equipes? Qual a equipe esperada para o CAPS III?). Chamamento público das OSS? Por que alguns CAPS não entram no chamamento público? Isso ainda não foi discutido.”

“Moacyr: o Plano da RAPS é uma pactuação entre entes federados MS-ES-SMSs, exigida pelo MS governo federa?), para as redes prioritárias e a RAPS é hoje uma das redes prioritárias. É feito de forma tripartite, a partir do grupo condutor da RAPS, e aprovada em CIB. O plano pode ser alterado desde que o município proponha. Talvez não seja a hora de um documento do coletivo?

Será que as equipes têm que ser maiores ou deve existir mais CAPS? É importante equipes suficientes aos territórios.”

“Patricia (OIA/SEDES): Há hoje mais de 50 serviços e bairros diferentes aqui. Isso é inédito em São Paulo há muitos anos. A possibilidade de interferência no plano da RAPS vem da capacidade da nossa organização em um coletivo. Há a proposta no Vamos Falar de Saúde Mental, de criar um fórum de discussão. Talvez seja interessante a criação de um Fórum de usuários, trabalhadores e gestores do município de SP.”

“Cleusa: Houve essa ideia de criação de um fórum municipal de saúde mental, mas o município já tem vários fóruns. Por isso propusemos este arranjo de Coletivos em Prol da SM-SP a ideia da criação de um coletivos. A proposta é que seja possível a articulação de uma discussão transversal, para além de microterritórios, aproximando vários fóruns e grupos já existentes em torno desta pauta do momento. O que vier a sair daqui discute-se a partir daqui. De fato faz muito tempo que não se encontram atores de todas as regiões da cidade, de diferentes grupos organizados para uma conversa.”

“Augusto (Psicólogo NASF): Eu enfatizaria a capacidade de produção política desse espaço e sua transversalização.”

“Participante: Temos uma experiência acumulada, com a produção de alguns documentos, inclusive sobre as OSS. Esse é um espaço transversal importante diante da na fragmentação que estamos vivendo.”

Encaminhamentos:

- Formalização deste espaço (Encontro de Coletivos em Prol da SM do município de SP) como legítimo de discussão!
- Discussão do Plano Municipal da RAPS nas regiões e depois nova reunião deste coletivo (II Encontro). A responsabilidade por tal discussão nas regiões ficou a cargo dos trabalhadores, gestores e usuários das regiões presentes neste encontro. Foi indicado o site da SMS-SP para acesso ao Plano RAPS e divulgação do mesmo.
- Após o II Encontro do coletivo esse encontro é que será solicitada a presença da Área Técnica de Saúde Mental do município e agendo local e data para a conversa.
- Para o II Encontro a proposta é que na primeira hora as pessoas se dividam em grupos de trabalho sobre cada um dos eixos do Plano da RAPS e após seja aberta a discussão.
- Propor um grande seminário para discussão do Plano, com usuários, trabalhadores e gestores.

ANEXO II – Carta em repúdio a implementação das equipes mínimas nos Caps

São Paulo, 03 de agosto de 2014

CARTA EM REPÚDIO A IMPLEMENTAÇÃO DAS EQUIPES MÍNIMAS NOS CAPS

Assinam este documento quaisquer trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial que, por temerem individualizações, preferem manter escondidos seus nomes.

Nós, trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial, repudiamos o documento DIRETRIZES PARA IMPLANTAÇÃO DE NOVOS CAPS E ADEQUAÇÕES AOS EXISTENTES: FARMÁCIA E RH, emitido pela Coordenadoria de Saúde Mental do Município de São Paulo, no dia 23 do mês de Julho, no tocante que regulamenta a equipe mínima que deve ser implementada nos novos Centros de Atenção Psicossociais - CAPS, bem como nos serviços em funcionamento no referido município.

No documento citado temos um uso perverso de diretrizes que norteiam nosso trabalho cotidiano, como a portaria nº 336/GM de 19/02/02, e a portaria 3088 de 23/12/11, que instituem a RAPS. Estas portarias prevêem a garantia de uma rede de cuidados em um âmbito de ações territoriais. A lógica de equipe mínima não só impediria essa execução como estaria em desacordo com certos princípios. Como exemplo, destacamos da portaria nº 336/GM de 19/02/02: “supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; e realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial.” Com uma equipe reduzida, e sem contar com a Farmácia e a garantia de Rh dos profissionais por ela responsáveis (farmacêuticos e técnicos de farmácia), por exemplo, essas ações não se consolidam.

Além disso, visto que mesmo com todos esses avanços, como bem coloca a portaria 3088 de 23/12/11, o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo as regiões qualificarem, ampliarem e expandirem o seu quadro de profissionais e ações nos pontos de atenção que compõe tal Rede. Considerando que a portaria 336/GM institui equipes mínimas de CAPS II para municípios ou regiões entre 70.000 e 200.000 habitantes, e equipes mínimas de CAPS III para municípios ou regiões com mais de 200.000 habitantes, é importante atentarmos que grande maioria dos CAPS existentes no município se responsabiliza por região com no mínimo o dobro da marca de 200.000 habitantes.

Com a diminuição do número de trabalhadores, impõe-se ao serviço um cotidiano de cuidado que inviabiliza ações extra-muros que objetivam construir redes de atenção integral aos usuários de saúde mental. Sabemos que para a efetivação das práticas de atenção psicossocial necessitamos de dispositivos que articulem a rede inter e intrasetorial territorial,

afim de poder estabelecer a circulação de nossos usuários pelos espaços comunitários e garantir parcerias que sustentem este cuidado, como visitas domiciliares e intervenções realizadas na comunidade. Essas são ações impreteríveis para a Reforma Psiquiátrica e sensibilização do corpo social para com o sofrimento psíquico. Com a redução das equipes e a consequente sobrecarga de trabalho, o acompanhamento será centrado em grupos (dentro da instituição) e atendimentos serializados, focados em uma lógica de cuidado estatística e medicalocêntrica. Desta forma, cairemos na impossibilidade de uma construção singular de cuidado.

Assim, repudiamos essa lógica de equipe mínima por compreendermos que ela sobrecarrega os trabalhadores que atuam na ponta, impondo uma demanda ainda maior de casos num já inchado serviço. Isso impossibilitaria uma intervenção intensiva aos casos mais graves, que demandam uma atenção direta, impossível num fluxo grupo-diagnóstico-medicação.

Levantamos outro ponto preocupante, que diz respeito a como vimos ser utilizada a nova forma de contabilizar a produção dos serviços baseadas na RAPS. Compreendemos que a ideia primeira em gerar uma produção apoiada nos conceitos presentes viria a consolidar um olhar qualitativo para as ações realizadas pelos CAPS. No entanto, infelizmente, constatamos que as folhas de produção implementadas recentemente pesam como mecanismos de vigia sobre os trabalhadores. E, como agravante, vemos que sua avaliação por parte do município tem sido feita de forma quantitativa, relacionando os números a metas de atendimentos sem ater-se a qualidade dos mesmos. O uso torcido deste instrumento tem servido como base para justificar que os CAPS não estão produzindo o suficiente (lógica do capital, e não do cuidado em saúde) e que possuem profissionais a mais em seus quadros, o que não é verdade, absolutamente!

A partir das complexidades e das vulnerabilidades das vidas que acompanhamos nos serviços, considerando que os CAPS são os lugares de excelência para o cuidado das situações de crise, a lógica de equipe mínima precariza esse espaço continente de acompanhar singularmente os movimentos da vida dos sujeitos. Vemos como desdobramento desta precarização o reforço do uso de equipamentos de retaguarda que, com a presença de uma equipe múltipla e ampla, poderiam ser evitados. Ou seja, para que possamos reduzir o número de internações psiquiátricas, como previsto para a Atenção Psicossocial e garantir aos usuários o cuidado em território, inclusive e principalmente em crise, necessitamos de uma equipe ampla e interdisciplinar, de um equipamento de farmácia a fim de realizar os procedimentos necessários, de um acompanhamento de nossa produção que vise a qualidade do cuidado prestado (e não apenas a quantidade), do fortalecimento da RAPS sem sucateamento dos serviços e retrocesso da lógica da Reforma Psiquiátrica. Precisamos de um equipamento que possa estar em bom funcionamento para poder acolher tal complexidade. Tais medidas apontam, então, para a volta de uma lógica ambulatorial, transformando os CAPS da cidade de São Paulo em ambulatórios ou hospitais-dias: retrocesso histórico sem precedentes no Movimento da Luta Antimanicomial.

Ao que supomos, a Coordenadoria de Saúde Mental do Município de São Paulo pretende, a partir dessa diminuição abrupta e estrondosa das equipes que compõem os serviços, produzir um marco de gestão, realizando um cálculo de recursos humanos que garantam a abertura dos CAPS III, alardeados como meta principal desta atual Coordenadoria. Economia de recursos para o Município de São Paulo, sobrecarga de trabalho para aqueles que atuam na linha de frente.

As diretrizes que regem os CAPS, vitórias históricas da Luta Antimanicomial, realizaram-se coletivamente, com participação direta, sobretudo, dos trabalhadores. Atualmente, somos reféns de diversos mecanismos de coerção, que impedem a articulação da linha de frente dos serviços, imposição pintada sob um verniz democrático e participativo. As recentes demissões e afastamentos em diversos equipamentos demonstram a corda no pescoço à que todos – trabalhadores, usuários e familiares – estão submetidos.

O desmonte das instituições totais e da lógica manicomial guiam nosso trabalho, nossos desejos e nossa indignação. Existe um interesse eleitoreiro por detrás das atuais decisões da Coordenadoria de Saúde Mental, nada focado na implementação real de uma Rede de Atenção Psicossocial. Mesmo assim, entendemos que a força coletiva não deve perecer diante deste fato.

E, portanto, convidamos a todos para um **ENCONTRO**:

DIA: 16/08/2014

HORÁRIO: 15h

LOCAL: Centro Cultural São Paulo – Rua Vergueiro, 1000 - Paraíso, São Paulo – SP.

OBJETIVO: Traçarmos estratégias de levar este debate para os CAPS da cidade; pensarmos formas de articular todos aqueles que atuam na ponta dos Pontos de Atenção; e construirmos coletivamente formas de posicionamento contundente de nossas posturas éticas e enfrentamentos.

Esta presente carta pode, e deve, ser usada por qualquer trabalhador de Saúde Mental que se sinta contemplado e igualmente convidado ao posicionamento contrário de tal documento disparado pela Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo.

LEIAM

DIVULGUEM

DISCUTAM

REFLITAM

PUBLICIZEM

Qualquer trabalhador de saúde mental

Disponível em: <https://www.facebook.com/qualquertrabalhador/posts/834426643234391>

Acesso em: 20 Dez. 2016

ANEXO III – Sobre ser qualquer e evitar individualizações

Pensamos ser importante esclarecer a escolha de denominarmo-nos “qualquer” e não trazermos junto à primeira carta “Carta em repúdio a implementação das equipes mínimas nos CAPS” nossos nomes próprios.

Existem alguns motivos pelos quais “tememos individualizações”. Um deles, e o menos importante, é que atualmente temos visto diversas individualizações por parte de algumas instituições (governo, polícia, imprensa) a fim de interromper as ações de movimentos sociais que colocam ao corpo social insatisfações quanto à determinadas medidas governamentais e não governamentais. Como exemplo, poderíamos trazer a prisão de Fábio Hideki, Rafael Lusvargui, Camila Jourdan, amplamente divulgadas por algumas mídias. Vimos em um fluxo intenso de manifestações que explicitam descontentamentos com diversos modos de operar do capital, dos governos, que explicitam como, diante de movimentos coletivos que desterritorializam “certas ordens” há uma rápida busca por responsabilizar e punir indivíduos como forma de estancar um fluxo, que poderia renovar formas de vida e, de gestão e da governabilidade do corpo social.

Outro exemplo recente é a perseguição que alguns professores da PUC-SP tem sofrido, como forma de retaliação de um acontecimento coletivo iniciado a partir de uma ato hierárquico e não democrático por parte da gestão da mesma universidade. Responsabilizar três professores é também uma forma de individualizar algo que fora coletivo, acionado por uma certa multidão para defender um bem comum: a forma democrática de co-gestionar uma instituição de conhecimento e compartilhamento.

Diante destes dois exemplos, pinçados entre tantos outros verificáveis cotidianamente é inegável que há risco quando alguns trabalhadores se reúnem para problematizarem e explicitarem posições que nem sempre são condizentes com as posições da instituição que o administra. “Sustentar diferenças” infelizmente torna-se mais um discurso falado e bandeirado, do que de fato uma ética. Com isso, gostaríamos de frisar que não compreendemos que a equipe técnica de saúde mental intente alguma ameaça aos trabalhadores da RAPS, por colocarem sua opinião contrária a uma nova diretriz produzida pela mesma, mas são tempos em que a estratégia de perseguir individualmente é claramente um mecanismo de poder para perpetuar solidões, paranóias e mais exaustão nos corpos daqueles que estão na linha de frente. Por isso, assinar como “qualquer” é também proposição de combate contra esses movimentos individualizantes. Um combate ao medo, à solidão.

O segundo motivo, e mais importante, vem do sentido que encontramos no conceito de qualquer forjado por Giorgio Agamben. Para este filósofo o ser qualquer é aquele que “seja como for, não é indiferente”. O ser que importa porque sua existência é potência, independentemente do que o identifica a uma classe, ou a outro conjunto já determinado. Desta forma, os nomes próprios não cabem, pelo menos em um primeiro momento, pois o que se pretendeu foi acionar um corpo coletivo, formar um encontro entre quaisquer que compartilhem esta questão comum. O desconforto não é de um, de dois, de fulano, cicrano ou beltrano, é de um coletivo que habita um campo de trabalho e de questões compartilhadas. Acionar um comum, instaurar uma ética.

Ainda que, nesse primeiro momento, tenhamos optado por qualificar o “qualquer” conferindo-lhe uma atividade de “trabalhador da saúde mental” com intuito de nortear um

emissor, entendemos que essa proposição não deve se restringir aos trabalhadores, mas abraçar todos que se interessem por agenciar e pensar a saúde pública (principalmente, os usuários).

A carta, sem os nomes próprios, deseja que cada um se aproprie dela conforme queira e lhe teça sentido. Que ela possa ser desse campo, e não de poucos autores. Não é a autoria que importa. O que importa é o que pode através dela acontecer, quem ela possa alcançar e as discussões que dela possam desdobrar-se.

A carta pretende negar que a redução das equipes mínimas seja instaurada, pelos danos que sabemos que ela irá trazer. Ela não pretende ser um ataque direto à gestão municipal, em sua totalidade, pois vemos também ações importantes vindo desta equipe. Ela existiu por esta determinada diretriz

Deixamos claro, nosso desinteresse por filiações partidárias, perseguidoras ou destrutivas. Isto não nos interessa, somente poder comunicar e ampliar questões presentes em nosso campo comum.

Disponível em: <https://www.facebook.com/qualquertrabalhador/posts/834427203234335>

Acesso em: 20 Dez. 2016