

O CONCEITO BASAGLIANO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO: de dentro do manicômio para a liberdade terapêutica

Rinaldo Conde Bueno¹ 

RESUMO

Este trabalho é pautado em revisão de literatura que versa sobre o desenvolvimento do conceito de desinstitucionalização que Franca, Franco Basaglia e seus colaboradores estruturaram em relação ao processo de cuidado às pessoas com transtornos mentais, desde os anos 1960. Da tentativa frustrada em Gorizia até a efetivação da destruição do manicômio em Trieste, ambas cidades italianas, os basaglianos rompem com a tradição hospitalocêntrica do tratamento em saúde mental e provocam em diversos países, incluindo o Brasil, novas formas de cuidar e lidar com a loucura na cidade. Com o lema “A liberdade é terapêutica”, os italianos provocam a quebra do paradigma da antítese saúde-doença, ensejando novas formas de viver e de lidar com a loucura. Priorizar a existência-sofrimento das pessoas é a palavra de ordem, ao invés de patologizar as dores da vida, inerentes ao ser humano. Mesmo considerando uma luta interminável contra inimigos poderosos, em especial o ideal científico de normalidade, os basaglianos impuseram a experiência de que outro tipo de cuidado é possível, mesmo que um dia retornemos às instituições totais de outrora.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Reforma Psiquiátrica Italiana. Luta Antimanicomial.

BASAGLIA'S CONCEPT OF DEINSTITUTIONALIZATION: from inside the asylum to therapeutic freedom

ABSTRACT

This work is based on a literature review that deals with the development of the concept of deinstitutionalization that Franca, Franco Basaglia and their collaborators structured in relation to the care process for people with mental disorders, since the 1960s. From the failed attempt in Gorizia to the destruction of the asylum in Trieste, both Italian cities, the Basaglians break with the hospital-centric tradition of mental health treatment and provoke in several countries, including Brazil, new ways of caring for and dealing with madness in the city. With the motto “Freedom is therapeutic”, the Italians break the paradigm of the health-disease antithesis, giving rise to new ways of living and dealing with madness. Prioritizing people's existence-suffering is the watchword, instead of pathologizing the pains of life, inherent to human beings. Even considering an endless struggle against powerful enemies, especially the scientific ideal of normality, the Basaglians imposed the experience that another type of care is possible, even if one day we return to the total institutions of yesteryear.

Keywords: Deinstitutionalization. Italian Psychiatric Reform. Anti-asylum fight.

¹ Rede Doctum de Ensino

Autor Correspondente: Rinaldo Conde Bueno

E-mail: rinaldocob@gmail.com

Recebido em 25 de Março de 2023 | Aceito em 19 de Abril de 2024.

INTRODUÇÃO

O processo de reforma psiquiátrica italiano, ou de ruptura com o modelo assistencial vigente até a década de 1960, como aponta Amarante (2007), pode ser compreendido como uma tentativa inicial de desmontagem do sistema hegemônico psiquiátrico, que tinha o hospital como ponto central. A influência dos movimentos internacionais de reforma psiquiátrica, mais especificamente o das Comunidades Terapêuticas, o da Psicoterapia Institucional e o da Antipsiquiatria, proporcionou aos italianos a apropriação de algumas práticas, como a horizontalidade das relações institucionais, a expansão do tratamento para além dos muros manicomiais e a crítica ao paradigma médico-científico. Mesmo considerando o fracasso da experiência de Gorizia (Goulart, 2007), os basaglianos já tentavam desmontar a “instituição de violência”, pois, segundo eles, isso seria fundamental para o progresso de uma ação de enfrentamento às mazelas sofridas pelos loucos institucionalizados e abriria outros campos de ação na rede de assistência em saúde mental e na comunidade. É em Trieste que Basaglia e sua equipe conseguem ultrapassar os modelos de reforma em que se basearam para romper em definitivo com o que eles chamavam de “circuito do controle”, onde imperava sempre a determinação das ações vindas das instituições hospitalares. O circuito se rompe e a loucura se impõe à cidade, sem mais prender-se ao rótulo de periculosidade, e sim apegar-se aos direitos civis e de cidadania. Busca-se com este texto, orientado por revisão de literatura e estruturado a partir excertos de uma pesquisa desenvolvida sobre as bases da tradição basagliana e seus caminhos (Anônimo, 2011), fomentar reflexões e proporcionar novas pesquisas e debates acerca daquela que foi a maior inspiração para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, a Psiquiatria Democrática italiana.

1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO VIOLÊNCIA SUBJETIVA

O termo *institucionalização* chama a atenção de Basaglia, que se alia aos postulados de Goffman (1974) e Barton (1959). Estes autores apontam, respectivamente, as “carreiras institucionais” e as “neuroses institucionais” para deflagrar um combate à “objetivação” que uma instituição fechada provoca em quem ali é, supostamente, tratado (Amarante, 1996; Basaglia, 2005; Anônimo, 2011). Há uma evidente contraposição ao ato terapêutico (Basaglia & Gallio, 1991), que, conforme os basaglianos, era a própria vertente da violência científica posta em prática. Almeja-se ainda, a destruição do manicômio, por ser o local principal e mais requisitado para assistir os pacientes com transtornos mentais. Tal proposição seria condição *sine qua non* para a transformação da assistência italiana em saúde mental, uma intervenção no *fora*, muito além de uma reforma na instituição, conforme se verificou nas comunidades terapêuticas e na psicoterapia institucional, como criticava Basaglia.

“Revolucionar” a instituição significava na experiência goriziana o ponto pacífico do movimento que tomava corpo na Itália. Combater a “institucionalização” e as sequelas que suas práticas induzem nos pacientes, a anulação da subjetividade, o “esvaziamento emocional”, a perda da liberdade e de perspectivas em relação ao futuro, com a consequente dependência e submissão a terceiros (Basaglia, 1985), tudo isso era a ordem do dia para a equipe do hospital psiquiátrico de Gorizia.

Mesmo com a interrupção da experiência goriziana ocasionada pelas demissões da equipe (provocada pelo próprio grupo), incluindo as passagens pelos Estados Unidos e Parma, Basaglia retomou seu projeto de revolucionar as relações na assistência psiquiátrica aos loucos e transcende o que ele denominava de “tensão recíproca dos técnicos e pacientes” provocadas dentro do manicômio para uma “tensão da loucura com a cidade”. Isto é, ocorreu uma mudança estrutural da luta: do hospital para a cidade, ou ainda, dos manicômios institucionais para os manicômios mentais, como nos propõe Pelbart (1989). Segundo F.O. Basaglia (2008), esposa de Franco e um expoente de grandeza equivalente ao esposo no processo de reforma italiano, a luta contra a institucionalização partiu do questionamento de um naturalismo implícito na pesquisa científica

que separa corpo e psique. Ou seja, um saber que se origina da investigação anátomo-patológica de um corpo morto, que é “desprovido de necessidades, de exigências e de reações subjetivas.” (p.18). Para Franca, a separação entre assistência sanitária e assistência social incorre no erro primário de tratar a doença do paciente em um órgão que funciona mal, desresponsabilizando a medicina e, especificamente, a psiquiatria de debruçarem sobre questões fundamentais, como a complexidade das variáveis que envolvem o adoecimento psíquico de alguém (Basaglia, Ongaro F., 2008).

2 EVADIR O HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PARA INVADIR A CIDADE

Se antes era pretendida uma desinstitucionalização, na acepção simplificada do termo, em relação às estruturas assistenciais em psiquiatria, em Trieste os basaglianos ressignificaram o termo enfrentando a lógica manicomial no território, nas comunidades, quebrando o circuito hospitalocêntrico por completo. Ao invés de um circuito pautado no hospital psiquiátrico como serviço central no processo de tratamento em saúde mental, foi organizada uma complexa rede alternativa a ele em diversos pontos da cidade. Centro de Saúde Mental (CSM) com funcionamento vinte e quatro horas em zonas que compreendiam em torno de 50.000 habitantes; equipe de saúde mental permanente no hospital geral da cidade, assim como no presídio; residências terapêuticas coordenadas por pessoas ligadas ao Departamento de Saúde Mental e às cooperativas sociais; postos de trabalho e formação/capacitação dos assistidos para inserção laboral; redes de apoio aos familiares e à comunidade; e diversas ações culturais e de lazer envolvendo a cidade como um todo, para indicar apenas algumas das intervenções após o fechamento do hospital psiquiátrico (ASS nº 1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010). Os basaglianos estruturaram a proposta inicial de desinstitucionalização em Trieste, que mais tarde, em 1978, se estenderia a todo o território nacional, sob a forma de lei. As lutas e conquistas iniciadas pelo grupo desde Gorizia e sua posterior capilarização por diferentes cidades, com membros e seguidores do grupo inicial (Goulart, 2007), se fortaleceram por todo o território italiano. Trieste não foi apenas uma inspiração, mas também um laboratório para as muitas pessoas que queriam ver de perto as conquistas do movimento revolucionário liderado por Basaglia. Essa luta que aspirava estratégias novas, com atores novos, especialmente por mirar na transformação social e na ação política, desconstruindo conceitos que evocavam o desvio e provocavam a exclusão social que a assistência aos loucos até então preconizava (Amarante, 1996).

Neste percurso, tomando emprestado o termo *desinstitucionalização* proposto na reforma norte-americana, os italianos promoveram ações que vão muito além de um esvaziamento hospitalar e do conseqüente abandono dos pacientes à própria sorte em estruturas deficitárias da rede de saúde mental, nas famílias ou, mesmo, nas ruas. Para Rotelli, De Leonardis, Mauri e Risio (1990), o modelo da psiquiatria preventiva comunitária dos Estados Unidos tem um intento muito mais econômico do que propriamente resolutivo em relação aos problemas postos à violência institucional. Não houve, na prática, a extinção do manicômio, e sim a diminuição considerável dos gastos públicos hospitalares, além de uma conversão dos subsídios ao setor privado (Basaglia, 2005; Desviat, 1999; Passos, 2009).

Para Anônimo (2011), a passagem de Basaglia pelos Estados Unidos permitiu ao italiano perceber uma forma de ampliação da dominação do sistema capitalista, pungente na nação mais rica do mundo, em relação aos “desadaptados” sociais, que, agora, deverão ser recuperados e integrados à engrenagem produtiva da sociedade. Dito de outra forma, o sistema governamental tentava adaptar sutilmente os *outsiders* sob o “verniz” de uma instituição acolhedora e tolerante, mas evidenciava com tal política a intenção clara de eliminar a pobreza, que gerava preocupações às elites, incluindo a loucura neste rol de inadaptados sociais, obviamente indesejados e ainda excluídos. Anônimo (2011) indica que a experiência nos Estados Unidos provocou importante inflexão na concepção e na forma que Basaglia passaria a adotar posteriormente em Trieste. Para além da negação da instituição e do poder médico exercido sobre os doentes, novas questões

passaram a ser evocadas pelo italiano, tais como: trabalho, renda, habitação e direitos civis. Entraram na pauta do revolucionamento basagliano questões sociológicas, antropológicas e econômicas, antes tratadas de forma tangencial e sem a força que foi gerada na experiência de Trieste.

Basaglia (2005) é enfático ao criticar o modelo norte-americano de “prevenção e cura” das doenças mentais, afirmando que a nova forma de tratar ali, vista por ele *in loco*, refletia a produção de doenças e contextos artificiais. Para o italiano é artificial importar modelos de países avançados, pois a realidade é *sui generis* e a transposição da prática para outros locais torna-se inviável. E, igualmente, afirma que existe o caráter de artificialidade em uma instituição que propõe curar uma doença que é muito mais social (ou da pretensão do que a sociedade almeja ser o “ideal”) do que orgânica ou somática. Não há tratamento, mas readaptação e adestramento de pessoas para uma realidade desejada pelo Estado. Neste sentido, a ciência é utilizada para respaldar práticas de dominação e de fortalecimento do controle social dos sujeitos. Em síntese, o que era para ser um aprendizado novo para Basaglia partindo das recém inauguradas tecnologias de ponta norte-americanas e o conhecimento de novas ferramentas para lidar de forma global e integral com a loucura acabavam por produzir novos conceitos e novas formas de criticar e de atuar em relação ao sentido da doença no *socius*, na perspectiva do saber-poder científico. Um genuíno “desvio” da clínica ocorre a partir de novas vivências e agenciamentos a que se viu enredado Basaglia, provocando a abertura de outros territórios e outros embates no seu percurso.

3 “DESINSTITUIR” A DOENÇA PELO CUIDADO DA EXISTÊNCIA SOFRIMENTO

Tendo como base esse novo empenho dos basaglianos, o processo de desinstitucionalização passou a ser o de cuidar das pessoas em “existência sofrimento” em detrimento da cura da doença em si (Rotelli et al., 1990). A expressão *presa in carico*, que pode ser traduzida livremente por “tomada de responsabilidade”, reivindica a organização dos serviços para o campo territorial; ou seja, a desterritorialização dos saberes e das técnicas em uso, para dar lugar a uma reterritorialização criativa e baseada na cidadania do paciente, forjando novas estruturas, novos experimentos e novas competências. Passos (2009) indica que “uma característica importante da experiência italiana é o fato de ter sido construída e expandida a partir da desmontagem interna da instituição, e não a partir do estabelecimento de uma política geral idealizada por administradores ou ideólogos profissionais” (p. 135). Uma mudança de atitude, antes de tudo, no âmbito cultural. O lema “A liberdade é terapêutica” passa a ser fundamentado nas práticas de assistência à loucura e contra a exclusão social, para os italianos. Argumentam Rotelli et al. (1990, p.46, grifo dos autores):

Se se trata de pensar que “a liberdade é terapêutica”, cada ato em liberdade pode ser terapêutico. Se se trata de desinstituir a doença como experiência que não é separável da existência, trata-se de valorizar, mais que o sintoma (sobre o qual se constrói a instituição), o conjunto de recursos positivos do serviço e da demanda.

A Lei 180, conhecida como “Lei Basaglia”, prevê, além de proibir da construção de novos hospitais psiquiátricos e de efetivar o tratamento de saúde mental nos dispositivos territoriais, o direito ao paciente de recusar o tratamento e, ao mesmo tempo, a obrigação do Serviço Sanitário de não abandonar o paciente a si mesmo (Rotelli et al., 1990). Essa designação legal, ponto de destaque na discussão da desinstitucionalização italiana, colocava em constante conflito a rede assistencial de saúde mental, uma vez que os responsáveis pelo território não poderiam simplesmente deixar de acompanhar o paciente a partir da recusa deste ao tratamento. É a execução literal da liberdade do paciente e, ao mesmo tempo, a convocação de uma resposta efetiva e de enorme responsabilidade legada aos serviços da rede de saúde. Esse tópico exige dos serviços a quebra de modelos preestabelecidos e uma transformação incessante em seu corpo institucional; uma inovação clínica constante, antimodelista e aberta aos espaços entre as estruturas das instituições e da sociedade; um constante processo de construção e reconstrução de saberes coletivos; uma produção rizomática de periferia (fora do eixo central científico) e horizontalizada, “menor”, como diria Deleuze,

ensejando novas práticas e novos campos de atuação para além do campo sanitário. Para Basaglia (1985), esta seria a práxis de uma afirmação dialética das contradições do real.

Em termos práticos, logo poder-se-ia indagar: E então? Como fazer com a recusa do paciente, mesmo constatando-se um quadro clínico de crise? Os basaglianos certamente responderiam: “Sem hospital psiquiátrico, com CSM disponível e também equipe de saúde mental em hospital geral, mas subtraída a possibilidade de coação ou internação involuntária”. Como lidamos com isso em nossas atuações na área da saúde mental? Não é preciso pensar muito: À falta de conexão de nossas redes, podemos lançar mão da reconfortante figura do hospital psiquiátrico! Por outro lado, a proposta desta lei desinstitucionalizante ou, mesmo, desterritorializante seria, em primeiro plano, tornar obrigatória a criação e experimentação de um quadro diversificado de estratégias, variáveis para cada região e em diferentes contextos das cidades. Sem hospital psiquiátrico e com a responsabilidade de apresentar propostas viáveis e singulares, os italianos foram convocados a construir incessantemente outros modos de intervenção com seus pacientes em crise e após a suspensão dos sintomas “graves”. Redes em conexões ativas que visavam à “promoção da saúde mental” (ASS n.1 Triestina. Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010) e dos direitos civis do paciente, não apenas nas crises.

O Tratamento Sanitário Obrigatório (TSO) é uma ferramenta legal que pressupõe acompanhamento integral da pessoa em crise, em um período de uma semana, podendo ser prorrogável, com a anuência de dois psiquiatras e a ciência de um juiz tutelar (que garante os direitos da pessoa) e do prefeito. Pode ser feito em qualquer dispositivo do território, assim como na casa da própria pessoa (ASS nº1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste, 2010). É de se supor que, pelo grau de exigência e de concordância em todas as instâncias envolvidas, o TSO era pouquíssimo utilizado na Itália desde os seus primórdios. Mesmo porque tendo apenas uma semana para produzir uma estratégia eficiente e dar uma resposta ao caso em questão, prorrogá-lo seria procrastinar ações que em nada ajudariam. Deve-se levar em conta a questão da responsabilização da equipe do território no que se refere ao cuidado dos seus pacientes. Esse processo induz uma ação profícua dos operadores da rede e serviços “fortes” (Rotelli et al., 1990; Saraceno, 2001) que deve produzir resultados e mudanças na vida das pessoas.

Segundo demonstram Rotelli et al. (1990), indicadores de pesquisas realizadas nos serviços italianos apontavam para um balanço positivo no que se refere à implantação da Lei 180. Para os autores, o investimento nas estruturas territoriais de reabilitação e em cooperativas sociais, assim como nos serviços abertos 24 horas por dia proporcionavam uma dinâmica produtiva e rica em renegociações, transformações e inovações na rede assistencial do país. A desinstitucionalização alcança, dessa forma, seu objetivo: não se adequa a um modelo fixo, enraizado, normativo; ao contrário, busca modificar as relações sociais e dar respostas institucionais de acordo com as necessidades das pessoas e da sociedade.

Diante de uma resposta burocrática e ineficaz às demandas da saúde mental ou, ainda, da possibilidade de reutilização do hospital psiquiátrico para fazer frente aos caos mais difíceis e à justificativa dos técnicos dos serviços que não viam outras possibilidades de atuação, tornava-se possível a tessitura de uma fonte de recursos inovadora e transformadora de uma realidade estratificada e inflexível. Quer dizer, é por meio da construção coletiva que visa a autonomia institucional e individual que se agencia algo como uma resposta sempre incompleta e em mutação aos modelos instituídos e cristalizados presentes no campo real de nossas vidas. Nas palavras de Rotelli et al. (1990), a desinstitucionalização é

um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) *para transformar o seu sofrimento*, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de

estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. (...) [A] desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (p. 29, grifos dos autores).

4 NEGAR A INSTITUIÇÃO PARA INVENTAR NOVOS SENTIDOS DE VIDA

Os autores sugerem que a transformação institucional é uma produção que advém de dentro da instituição, devendo-se trabalhar com os recursos existentes, incluindo aí os problemas, e decompor as estruturas para recompor parte por parte no exterior, tecendo uma rede territorial balizada na multiplicidade das trocas sociais e na construção de novas políticas de saúde mental que considere o estatuto jurídico dos pacientes. Este último ponto muda radicalmente a relação dos serviços de saúde mental e seu contrato com as pessoas que recorrem a ele. Entende-se que a intenção de promover a questão dos direitos e, conseqüentemente, o exercício da cidadania seja um dos pontos fundamentais e diferenciados do processo de reforma italiano. A execução do trabalho transcende as redes sanitárias (sem excluí-las) e invoca um redimensionamento dos técnicos, antes que da área da saúde, para fazer “intercessores” (Deleuze, 1992, Mehry, 2014) em diversas áreas, da ordem da economia, da cultura, da assistência social, da habitação, dos afetos, dos laços comunitários. Enfim, uma relação terapêutica na *polis* com profissionais e pessoas comuns, numa atuação direta com o território de vida; um estilo de vida que se faça com direitos, sem a *despersonalização* do louco em prol de um tratamento que se diz curativo (Basaglia, 1985), sem a dependência totalizante que um asilo induz nesta forma extremista de se fazer clínica. A inversão da lógica manicomial, calcada em sua desterritorialização, propõe um reordenamento de atendimento às necessidades do usuário, e não uma adaptação dele ao que a instituição oferece. Em síntese, um serviço que vá ao encontro das pessoas, móvel, deambulante, integrado à comunidade e criando com o usuário formas de atendimento e de ofertas de recursos.

A insistência de Basaglia em negar a instituição e, por conseguinte, em destruir o manicômio pode parecer simplificada. Todavia, tendo sido este objetivo alcançado – o de destruir o manicômio –, a eliminação da internação provoca um enorme redimensionamento de ações, “um percurso social complexo que suscita conflitos, crise e transformações dentro da rede mais ampla das estruturas institucionais (e suas normas, poderes e competências) nas quais o sistema psiquiátrico está envolvido” (Rotelli et al., 1990, p. 53), um desvio clínico, indutor de incertezas, de embates, de soluções micropolíticas pontuais, mas que bifurca da ótica medicalizante e hegemônica do saber médico-científico.

Os caminhos, denominados por Rotelli et al. (1990) como uma complexidade de múltiplos planos de existência, não devem reduzir o sujeito a uma doença, com comunicação perturbada, ou, simplesmente, a alguém “pobre”, no sentido duplo da palavra. Eles têm como ensejo maior reinscrever este sujeito no corpo social, determinando o trabalho feito pela desinstitucionalização como aquele que é capaz de “fazer, inventar, representar, reconstruir relações entre esferas que tendem a autonomizar-se, na esquizofrenia do indivíduo, assim como na geral. Nós não podemos senão fazer isto: representar para agir” (Rotelli et al., 1990, p. 99), numa alusão ao imperativo de conectar-se com as multiplicidades e com as práticas diversas que possam fazer emergir as singularidades. Ou seja, um tratamento terapêutico com marcas de inventividade constantes que dão sentido às mudanças cotidianas de cada usuário, sua identidade e seus valores individuais, com uma preocupação maior para a não cronificação tanto dele quanto das instituições (Anônimo, 2011). Rotelli et al. (1990)

A produção de vida e a reprodução social que são o objetivo e a prática da “instituição inventada” devem evitar as estreitas vias do olhar clínico, assim como da investigação psicológica e da simples compreensão fenomenológica, e fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro (p. 93).

Uma crítica bastante oportuna é destacada por De Leonardis, Mauri e Rotelli (Rotelli et al. 1990) no período posterior à promulgação da Lei 180. Os autores discorrem sobre a necessidade primeira de “prevenir a prevenção”, pois a estrutura contagiante do manicômio invariavelmente reverbera na sociedade como um todo e, em muitas ocasiões, nos deparamos com atos e soluções genuinamente autoritários e institucionalizantes. A “cultura manicomial” preconiza um fazer no âmbito fechado, provocador de dependência, etiquetamento e expropriação das identidades. Não basta fechar essas instituições ou apenas romper seus muros físicos. É fundamental o exercício de uma crítica constante das ações no campo da assistência em saúde mental para combater sempre a “doença-instituição”, os pequenos “manicômios itinerantes” (Delgado, 1991) que nos habitam para evitar o que Basaglia (1985) indicava como um “manicômio com uma casaca nova”, moderno e humanizado, mas ainda centralizador das e nas ações referentes ao tratamento dos loucos. A negação é agora dirigida à instituição da loucura. Atuar no exterior das instituições requer novos códigos, novas relações com as famílias, com a questão da habitação, do consumo e do poder contratual dos pacientes. Ao invés da privação no interior do manicômio, a ênfase no trabalho territorial deve ser na prevenção da dependência material, que evoca novas redes de enfrentamento da miséria e do combate persistente ao modelo normalizador, que dá respostas técnicas aos problemas institucionais (nas salas de aula, nas empresas, nos equipamentos de saúde e no ordenamento jurídico) e torna o cotidiano simplificado e banal.

5 O DIREITO À DESRAZÃO

A desinstitucionalização enfatiza o desmascaramento dos códigos normativos do saber-poder científico e induz uma nova lógica voltada ao exterior, ao território: cuidar das pessoas “fora” e da existência global delas no cotidiano. Não seria tão simples o ato de fechar manicômios, como indica Basaglia. Pelbart (1990) afirma que é necessário deixar os loucos potencializarem sua desterritorialização. Isso significa que se faz necessário embaralhar os códigos, subverter as regras do jogo e deslocar os limites, sempre de outros modos. Em uma explanação que incita à reflexão do que realmente se deseja com a abolição dos manicômios e com a nova lida relativa à loucura no fora, Pelbart tece interessante questão sobre esse debate: o louco, reconhecido como alguém marginalizado, excluído e recluso, é o portador maior da desrazão (mas não só ele o é). Para fins conceituais, Pelbart (1990) diferencia o louco da loucura (desrazão), indicando esta como uma dimensão essencial da nossa cultura, portadora de estranheza, ameaça e alteridade radical, “tudo aquilo que uma civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além” (p. 133). Mais do que acabar com os manicômios ou relativizar a loucura por meio de intervenções sociopolíticas que aboliriam o distúrbio e o sintoma social, Pelbart alerta para a perturbadora manutenção dos nossos “manicômios mentais”, ali onde confinamos a desrazão. Declara o autor:

Libertar o pensamento dessa realidade carcerária é uma tarefa tão urgente quanto liberar nossas sociedades dos manicômios. Isso significa que no plano de nossa geografia cultural e política é preciso recusar o Império da Razão. (...) A nossa razão, a forma hegemônica de racionalidade vigente é carcerária, mesmo quando ela é edulcorada pelos burocratas do desejo com uma terminologia inefável. É preciso desmontar essa racionalidade, é preciso deixar nosso pensamento ser invadido pela desrazão – o que não significa optar pela irracionalidade (...) -, mas de praticar um trânsito com tudo aquilo que os loucos nos sugerem, embora eles mesmos, por estarem imersos nesse funcionamento exclusivo, tenham sido reduzidos a corpos passivos e impotentes (Pelbart, 1990, p. 135).

O desafio é prevenir constantemente o retorno aos processos cristalizados de institucionalização, de perda da subjetividade, e incentivar a autonomia e o poder contratual das pessoas. Enfim, exercer a cidadania plena, o que talvez seja ainda mais complexo do que lutar contra o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Rotelli et al. consideram que a cronicidade deve ser combatida invariavelmente e que isso já é por si só um trabalho árduo e incondicional a ser realizado na desinstitucionalização. O cotidiano controlado, normalizado

e com regras de comportamento designadas deve ser, ele sim, o “suspeito” que demanda inúmeras técnicas de intervenção, e não a pretensa normalidade social. Cabe-nos suspeitar desse cotidiano indeterminado e banal, “que recorre à existência na sua espontaneidade, assim como a vivemos, no momento em que, vivida, se subtrai a cada organização especulativa, talvez a toda coerência e regularidade...” (Rotelli et al., 1990, p. 82). Pelbart (1990) convida a um relacionamento com o “Acaso”, que faz parte do cotidiano “suspeito”, citado pelos autores acima, em que a imprevisibilidade e o desconhecido devem ser tomados como linhas de fuga micropolíticas pautadas por uma “nova relação entre corpo e linguagem, entre a subjetividade e a exterioridade, entre os devires e o social, entre o humano e o inumano, entre a percepção e o invisível, entre o desejo e o pensar” (p. 136). Indica-se uma congruência nas afirmativas dos autores pelo fato de eles sugerirem uma fuga à armadilha da normalização e do preventivismo racionalista que a nossa sociedade se acostumou a seguir e idealizou como a forma desejada de se viver em sociedade. Como aponta Passos (2009), a desinstitucionalização deve romper com a lógica “problema-solução”, que é manicomial, assim como a moderna lógica “especialística”, que se baseia no ideal higiênico da plena normalidade ou da saúde mental controlada. O direito à desrazão! Isso significa pensar loucamente, delirar em plena praça pública e se descolar da razão: eis o que propõe Pelbart (1990) para que a desrazão tenha eco em nossos processos de desinstitucionalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda essa reflexão acima sugere que a clínica não está banida dos processos de desinstitucionalização e que se há uma clínica a ser posta entre parêntesis, como sugere Amarante (2003), é aquela baseada, única ou prioritariamente, num saber-fazer “especialístico”, seja ele de tipo psicopatológico, psicológico ou psicanalítico, que se orienta, fundamentalmente, pela estratégia do psicodiagnóstico. As próprias práticas desinstitucionalizantes devem estar muito atentas a uma permanente autocrítica, uma vez que a medicação psiquiátrica maciça, portanto baseada no saber psicofarmacológico, ainda é uma realidade dos serviços de saúde mental, mesmo daqueles mais afinados com as reformas e independentemente do contexto nacional em questão (I. F. Passos, Comunicação Pessoal, junho de 2016). Os saberes acerca da psicopatologia e “psi”, de modo geral, são saberes muito caros a nossa cultura ocidental acadêmica e profissional, especialmente no Brasil. Nossos profissionais, certamente, resistiriam à uma ideia de simplesmente abandoná-los soaria como absurda. Uma proposta radical como esta teria um caráter tão violento quanto a violência exercida pelo saber médico racionalista hegemônico sobre outros tipos de saber-fazer terapêuticos baseados em outras tradições não racionalistas ou valorizados em outras culturas, como é o caso dos saberes indígenas ou religiosos.

Faz-se importante o desafio de pensarmos como compreender e formular esta nova clínica que se apresenta afinada com a desinstitucionalização. Perguntamo-nos qual seria o lugar na desinstitucionalização desses saberes “psi”. Temos optado por denominá-las no plural de “clínicas da desinstitucionalização”, como práticas terapêuticas das reformas, por serem muito variadas na maneira de serem exercidas ou fundamentadas conceitualmente, mas, ao mesmo tempo, por guardarem, em alguma medida, os princípios da desinstitucionalização. No Brasil, elas vêm adquirindo muitas formas de nomeação, que acabam sendo identificadas com os autores que as tematizam.

Por fim, é importante ressaltar, como lembra Mehry (2013), que foram atizados “inimigos poderosos” contra todos os que se enveredaram nesta luta antimanicomial, especialmente em relação aos trabalhadores da área. O autor indica, baseado no trabalho de Capozzolo (2003), que o lugar desta luta pode ser definido como o “olho do furacão”, em que novas práticas e velhos “hábitos” se enfrentam cotidianamente. Com esses “interditores” de uma política plenamente antimanicomial no Brasil, pode-se emaranhar em várias discussões e em diversos campos de debate (ou embate). Passos (2009) afirma que a prática da nossa Reforma não é tão próxima da tradição basagliana como gostaríamos que fosse, ou que dizemos ser. São muitos esses

atravessamentos que obstaculizam nossos fazeres na seara da saúde mental no Brasil. Mas não me aterei aqui a tais pontos. Considero que, mesmo com todas essas dificuldades que tivemos e temos ainda hoje, o Brasil é considerado uma referência importante no Movimento de Reforma Psiquiátrica no âmbito mundial. Derivamos das experiências europeias e norte-americanas e criamos movimentos inovadores e em constante mutação, com a participação de diversos atores sociais, incluindo os movimentos sociais, a sociedade civil e as políticas públicas de saúde e de outros campos. A produção de novos coletivos estruturados como dispositivos antimanicomiais, que lutam pela interdição do modelo de morte manicomial (Merhy, 2013) sugere que o viés territorial e a proliferação das redes de cuidado, incluindo os “cuidadores”, sejam uma aposta potente e inovadora na lida com o sofrimento causado pela exclusão da loucura na sociedade. Parece ser esse o caminho da nossa desinstitucionalização atualmente.

REFERÊNCIAS

- Anônimo, X. (2011). Texto texto. Texto: texto
- Amarante, P. (1996). O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz.
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante, P. (org.) Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Amarante, P. (2007). Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz.
- ASS n. 1 Triestina, Dipartimento di Salute Mentale di Trieste. (2010). La guida ai servizi di salute mentale. Trieste: Stella Arti Grafiche.
- Barton, R. (1959). Institutional neurosis. Bristol: John Wright & Sons Ltd.
- Basaglia, F. (1985). A instituição negada. São Paulo: Ed. Graal.
- Basaglia, F. (2005). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. (Amarante, P, org.). Rio de Janeiro: Garamond.
- Basaglia, Ongaro. F. (2008) Saúde/doença. In: Amarante, P. (org.). Saúde mental, formação e crítica (pp.17-36). Rio de Janeiro: Laps.
- Basaglia, F. & Gallio, G.(1991). Vocação terapêutica e luta de classes. Para uma análise crítica do modelo italiano (pp. 27-51). In: Delgado, J. (1991). A loucura na sala de jantar. São Paulo: Editora Resenha.
- Capozzolo, A. (2003). No olho do furacão: trabalho médico e o programa de saúde da família. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Deleuze, G. (1992). Conversações. São Paulo: Ed. 34.
- Delgado, J. (1991). A loucura na sala de jantar. São Paulo: Editora Resenha.
- Desviat, M. (1999). A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Goffman, E. (1974). Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva.
- Goulart, M.S.B. (2007). As raízes italianas do movimento antimanicomial. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Merhy, E.E. (2013). Os Caps e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Franco, T.B., Merhy, E.E. (org.). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E.E. (2014).Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec Editora.
- Passos, I. C. F. (2009). Reforma psiquiátrica. As experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Pelbart, P.P. (1989). Da clausura do fora ao fora da clausura. Loucura e desrazão. São Paulo: Editora Brasiliense.

Pelbart, P.P. (1990). Manicômio mental: a outra face da loucura. In: lancetti, A. SaúdeLoucura 2. São Paulo: Hucitec.

Rotelli, F., De Leonardis, O., Mauri, D. & Risio, C. (1990). Desinstitucionalização. São Paulo, Ed. Hucitec.

Saraceno, B. (2001). Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte / Rio de Janeiro; Te Cora Editora / Instituto Franco Basaglia.